

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

ANDRÉIA CARVALHO JAMBEIRO DE SOUZA

Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas,
bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife,
Brasil.

RECIFE

2018

ANDRÉIA CARVALHO JAMBEIRO DE SOUZA

Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil.

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de doutor Ciências

Orientador: Dr^a. Ana Maria de Brito

Coorientadoras: Dr^a. Flávia do B. Teixeira

Dr^a. Tereza Maciel Lyra

RECIFE

2018

Andréia Carvalho Jambeiro de Souza

Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil

Tese apresentada ao Doutorado de Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de doutor em Ciências

Aprovada em: 29/10/2018

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Ana Maria de Brito
Instituto Aggeu Magalhães

Dr^a Fran Demétrio Silva Santos
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Dr^a Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas
Universidade Católica de Pernambuco

Dr^a Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Instituto Aggeu Magalhães

Dr^a Naíde Teodósio Valois Santos
Instituto Aggeu Magalhães

À Beatriz, fruto de um amor forte e verdadeiro, que com sua espontaneidade me inspira e me incentiva a continuar.

AGRADECIMENTOS

A pesquisa foi feita através de múltiplas redes de apoio, seja ela de natureza acadêmica, intelectual, social, emocional e/ou financeira, que possibilitaram e constituíram a concretude desse estudo. O caminho foi longo e árduo, mas com apoio é sempre mais tranquilo. Assim, gostaria de aqui agradecer pessoas e instituições que, de variadas formas, contribuíram para a realização desta tese.

À Deus por ter me concedido a oportunidade de realizar mais um sonho, porque pra mim ser DOUTORA tinha que ser um título adotado por mérito conquistado. Obrigada Senhor por nunca me desamparar.

À minha querida filha Beatriz, meu amor!! Meus pensamentos estão sempre com você, em pequeninas coisas e nas grandiosas também. Obrigada por me mostrar a todo instante que é preciso ter força e perseverança para continuar e desculpa os vários momentos de presença ausente para mamãe se dedicar aos estudos. Agora vamos brincar de escolinha, fazer comidinha e de “perturbar” o papai. Te amo infinita e incondicionalmente, minha filha.

Ao meu amor Anderson, meu companheiro e amigo pra toda vida!!! Sempre presente em todas as minhas conquistas, me incentivando, me mostrando a todo instante que sou capaz de ir muito além do que imagino. Desculpa também pela minha presença ausente, meu estresse, variação de humor... Obrigada por ter me dado o nosso maior tesouro, a nossa família que em breve aumentará. Obrigada por ter deixado alguns sonhos seus guardados na caixinha durante esse tempo, para que eu pudesse realizar o meu. Te amo!!!!

À minha mãe Antonia, toda gratidão por tudo que fez e faz por mim e pela minha família! Com muito amor me ensinou que através da educação, humildade, esforço e perseverança é possível alcançarmos nossos objetivos e sonhos aparentemente impossíveis. Amor incondicional por você!!!

Aos meus irmãos Ney e Man, pelo amor e pela admiração de irmãos e com quem posso sempre contar.

À “Tia Sodréia” como chama Beatriz, pela preocupação constante e pelas orações frequentes. Você sabe que meu carinho, amor e consideração vão além de uma relação de tia e sobrinha. Obrigada por tudo que fez e faz por mim e por minha família.

Aos meus familiares pelo incentivo, torcida, presença constante em minha vida e pelo amor que nos une!

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Ana Maria de Brito, por quem tenho grande admiração e gratidão. Obrigada pela acolhida, pelas orientações, sua disponibilidade em todos os

momentos, incentivo, dedicação e paciência nestes quatro anos de aprendizado. Suas palavras sábias e reflexões sempre foram inspiradoras para a escrita deste estudo.

À minha coorientadora Prof^a. Dr^a Tereza Maciel Lyra, pelas contribuições, palavras de conforto e reflexões ao longo da realização deste estudo. Tenho um carinho muito especial de você.

À minha também coorientadora Prof^a Dr^a Flávia do Bonsucesso Teixeira pelas contribuições na minha qualificação e pela disponibilidade sempre que solicitei. Lhe ouvir me acalmava o coração e suas orientações faziam com que o processo de construção da tese fluísse mais suavemente.

À Fiocruz, por proporcionar o ensino acadêmico de excelência aos seus discentes, o desenvolvimento da ciência em nosso país, em defesa e o fortalecimento do SUS e aos professores do Instituto Aggeu Magalhães pelo acolhimento, competência, pelas trocas de experiências durante esse período. Obrigada também pelos ensinamentos e contribuições que proporcionaram o enriquecimento e aprofundamento das questões aqui debatidas, bem como reflexões na trajetória de nos tornarmos sanitaristas e cidadãos melhores. Com certeza esse foi um fator decisivo na minha escolha pelo doutorado nessa Instituição.

Aos funcionários do Aggeu sempre prestativos e carinhosos nas solicitações e nos atendimentos. Um agradecimento em especial a Adriana, Rivaldete, Glauco e Sr. Wilson. Obrigada pelo atendimento humano e acolhedor, sempre dispostos a nos ajudar e sanar dúvidas.

À Prof^a Dr^a Ana Lúcia Vasconcelos pela disponibilidade e contribuições na minha qualificação e agora na defesa da tese. Obrigada pelo seu coração generoso, sempre disposta a colaborar.

Ao ex diretor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, campus Santa Inês, Nelson Vieira da Silva Filho, por acreditar no meu potencial e possibilitar o meu afastamento para o doutorado, quando se sabe que essa concessão para um técnico-administrativo é bem mais complicada do que para docente. Obrigada por compreender essa necessidade e possibilitar que muitos outros colegas acessassem esse direito também.

Aos meus queridos colegas de trabalho no IF Baiano, mas especialmente a Valter Costa Silva que assumiu o compromisso e a responsabilidade pelo setor durante o meu afastamento. Sem você não sei o que seria de mim. Obrigada por tudo!!!

Aos colegas da turma 2014 de Doutorado em Saúde Pública, amigas e momentos inesquecíveis. Foi muito bom trilhar esse caminho na companhia de vocês, compartilhando momentos de tensão, mas também de muita gargalhada. Obrigada pelos favores, apoio, conselhos...

À minha amiga Ana Maria, que se tornou muito mais que uma amiga. Uma pessoa que quero sempre presente na minha vida.

Ao amigo Celestino e a amiga Ana Lúcia, que junto com Ana Maria formávamos o quarteto fantástico. Obrigada pelo carinho e companheirismo!

Às amigas Jamile e Myrtis pelo carinho, companheirismo e cuidado comigo, principalmente na minha gestação.

Aos participantes desta pesquisa, usuárias, profissionais, equipe de apoio. Obrigada pela confiança depositada. Sem as valiosas contribuições de todos, este estudo não se concretizaria.

A todos aqueles que contribuíram para este estudo, minhas desculpas aos não citados, reconheço em todos a sua importância

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”

Albert Einstein

SOUZA, Andréia Carvalho Jambreiro de. Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

A população LGBT, em decorrência da não adequação do gênero ao sexo biológico ou à identidade sexual heteronormativa, historicamente é submetida a situações de vulnerabilidade, decorrentes do preconceito e do estigma social. Para enfrentar os desafios impostos ao agravamento de saúde dessa população, o Ministério da Saúde reconheceu que a identidade sexual e de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão e lançou em 2011, atendendo às demandas da mobilização social, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. O estudo objetivou analisar o acesso e a qualidade da Atenção Integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, mulheres transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde, na cidade do Recife. Esse foi um estudo descritivo quali e quanti, desenvolvido por meio de oficinas com as mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis frequentadoras do SUS e da aplicação de um questionário sócio-demográfico. Para a análise descritiva dos questionários utilizou-se o software excel 2010 e o SPSS versão 22.0. Já a análise das oficinas foi realizada com o método análise do discurso, pois a mesma trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto. Os resultados dos questionários mostram que a maioria das lésbicas se identificam no gênero como mulher, orientação sexual como lésbica, não participam de movimento social e possuem escolaridade com ensino superior. Já a maior parte das mulheres transexuais e as travestis possuem no máximo o ensino médio, se identificam com orientação sexual heterossexual e sinaliza a categoria “mulher” como a identidade de gênero. A análise das oficinas aponta como principais dificuldades no acesso a saúde integral e na qualidade do atendimento prestado estão o preconceito, a discriminação, a falta de informação e o despreparo dos profissionais de saúde, quando se recusam a reconhecer as especificidades dessas pessoas e potencializam o afastamento dessas usuárias dos serviços de saúde.

Palavras Chaves: Assistência à saúde. Integralidade em saúde. Minorias Sexuais e de Gênero.

SOUZA, Andréia Carvalho Jambreiro de. Analysis for access and quality of attention integral to health women, bissexuais, transexuais and travestis in the Health basic na Cidade do Recife, Brasil. 2018. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

ABSTRACT

The LGBT population, due to the non-adequacy of gender to biological sex or heteronormative sexual identity, has historically been subjected to situations of vulnerability due to prejudice and social stigma. In order to face the challenges posed by the worsening health of this population, the Ministry of Health acknowledged that sexual and gender identity are constituents of a complex process of discrimination and exclusion and launched in 2011, in response to the demands of social mobilization, the National Policy of LGBT Comprehensive Health. The study aimed to analyze the access and quality of Integral Care to the health of lesbian, bisexual, transsexual and transvestite women in Basic Health Care in the city of Recife. This was a qualitative and quantitative descriptive study, developed through workshops with lesbian, bisexual, transsexual and transvestite women attending SUS and the application of a socio-demographic questionnaire. For the descriptive analysis of the questionnaires, the software excel 2010 and SPSS version 22.0 were used. The analysis of the workshops was done using the discourse analysis method, since it works with the meaning and not with the content of the text. The results of the questionnaires show that most lesbians identify in the gender as female, sexual orientation as lesbian, do not participate in social movement and have education with higher education. However, most transsexual women and transvestites have a high school diploma, identify themselves with heterosexual sexual orientation, and signify the category "woman" as gender identity. The analysis of the workshops points out as the main difficulties in access to integral health and in the quality of care provided are prejudice, discrimination, lack of information and lack of preparation of health professionals, when they refuse to recognize the specificities of these people and potentiate those users of health services.

Keywords: Delivery of health care. Integrality in health. Sexual and Gender Minorities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – A inclinação do estigma-doença	77
Quadro 1 - Total de participantes por oficina realizada de acordo com a orientação sexual e identidade de gênero, Recife 2015	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da sexualidade e do gênero das participantes do estudo em Recife, 2015	100
Tabela 2 - Perfil sócio-econômico das participantes do estudo em Recife, 2015	101
Tabela 3 - Participação no Movimento Social, uso da saúde suplementar e vínculo com a Unidade Básica de Saúde das participantes do estudo em Recife, 2015.	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COC	<i>Center for Culture and Recreation</i>
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBGLT	Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros
ENTLAIDS	Encontro Nacional de Travestis que atuam na luta contra a aids
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros
GLBTT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Transgêneros
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILGA	<i>International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association</i>
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
MHB	Movimento Homossexual Brasileiro
ONG	Organização Não-Governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNHD-3	Programa Nacional de Direitos Humanos 3
PSF	Programa de Saúde da Família
SENALE	Seminário Nacional de Lésbicas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	17
3 OBJETIVO GERAL	26
3.1 Objetivos Específicos	26
4 REFERENCIAL TEÓRICO	27
4.1 Sexualidade e Gênero	27
4.2 Movimento Político LGBT	32
4.2.1 Movimento LGBT no Mundo	32
4.2.2 Movimento LGBT no Brasil: falando sobre o protagonismo gay	35
4.2.3 Movimento LGBT em Pernambuco	42
4.2.4 O feminismo interseccionado pela sexualidade e pelo gênero: o reconhecimento das lésbicas e bissexuais	44
4.2.5 Movimento Político das Travestis e Transexuais	51
4.3 Vulnerabilidade Social e Saúde LGBT	59
4.4 Política de Saúde no Brasil	63
4.4.1 Acesso aos Serviços de Saúde	68
4.4.2 Qualidade nos Serviços de Saúde	69
4.5 Saúde da população LGBT	70
4.5.1 Saúde das mulheres Lésbicas e Bissexuais	71
4.5.2 Saúde das Mulheres Transexuais e Travestis	76
4.6 Política Nacional de Saúde Integral para população LGBT	82
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	89
5.1 Locus da Pesquisa	90
5.2 População do Estudo	91
5.3 Coleta de Dados	92
5.3.1 Aplicação de questionário socioeconômico	92
5.3.2 Oficinas	92
5.3.2.1 <i>Execução das oficinas</i>	94
5.3.2.2 <i>Preparação da Equipe</i>	96
5.4 Análise de Dados	96
5.5 Questões Éticas	98
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	100

6.1 Embaralhando as certezas da pesquisa: não era somente um perfil socioeconômico?	103
6.2 A deslegitimação por preconceito e discriminação nos serviços de saúde: como fica o acesso das mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e das travestis?	113
6.3 A legitimação do descuido pelo despreparo dos profissionais de saúde	120
6.4 O cuidado que exclui: o processo transexualizador	130
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS	142
ANEXO A – Questionário socioeconômico para participante da oficina	184
ANEXO B- Roteiro para execução das oficinas	186
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participantes das oficinas	194
ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP	195
ANEXO E – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife	198

1 APRESENTAÇÃO

Essa tese é fruto de uma pesquisa unicêntrica, nacional, contemplando as cinco regiões brasileiras intitulada como: “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS”. Estudo realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília em parceria com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia; Universidade de São Paulo; Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro e financiado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

A intenção dessa pesquisa nacional foi mapear, identificar e compreender as dimensões do acesso dos sujeitos da pesquisa aos serviços de atenção à saúde - bem como sua qualidade - na perspectiva desses usuários, profissionais e gestores, e depois confrontar tais dimensões com às ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT. É sabido que níveis de desigualdade de diversos graus na sociedade brasileira faz com que as condições de acesso dos distintos segmentos populacionais aos bens e serviços de saúde sejam desiguais, e até limitantes.

Recife foi uma das cidades contempladas para a realização dessa pesquisa nacional por apresentar os seguintes os critérios de inclusão: a política LGBT implementada; ter mais de 50 mil habitantes; equipe das Unidades Básicas de Saúde da Família completa com cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e equipe da UBSF que, há pelo menos um ano, conta com a mesma composição de trabalhadores.

A Atenção Básica tem justamente a incumbência de favorecer acesso universal e serviços abrangentes, bem como, expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, implementando ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Ela se constitui, portanto, como a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde. Mas não basta adentrar ao serviço, é preciso que ele consiga responder às demandas dos usuários, através de um atendimento humanizado, para que o cidadão sintasse acolhido e à vontade para sanar suas necessidades em saúde.

Minha atuação nessa pesquisa foi com a coleta de dados, realizando entrevista individuais áudio- gravadas, com o auxílio de um questionário semiestruturado, com gestores e com a equipe multiprofissional e seus Agentes Comunitários de Saúde. Foram sorteadas, aleatoriamente, dez Unidades Saúde da família, de forma a contemplar todas

as regiões político-administrativa do município. Além dessas duas etapas, também atuei na realização das oficinas com a população LGBT, momento no qual foi permitido apreender as percepções de cada categoria sobre acesso e qualidade da atenção à saúde, bem como suas necessidades e especificidades, através da problematização dos temas abordados, com intuito de gerar reflexões e transformações políticas sociais em todos os sujeitos envolvidos nesse processo.

Dentro desse universo LGBT, minha tese originou-se da necessidade de uma análise baseada em gênero, dada a invisibilidade histórica das mulheres lésbicas, bissexuais, trans e travestis nas políticas públicas e nos serviços e práticas de promoção e atenção à saúde. Minha intenção é que essa análise atue como uma ferramenta importante no fortalecimento dos sistemas de saúde, priorizando a satisfação e consolidação do direito à saúde integral e de qualidade para essa população.

Inicialmente, as participantes do estudo seriam indicadas/convidadas apenas pelas equipes de saúde das unidades de saúde, mas no transcorrer da pesquisa foi preciso contar com a colaboração das redes de amizades, ONG e articulação da militância LGBT. A invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais ainda permanece muito frequente nas diversas esferas sociais, que mesmo contando que essa colaboração, foi difícil compor as três oficinas.

Apesar de terem sido convidadas inicialmente para compor grupos distintos, travestis e mulheres trans optaram por participar das oficinas de forma conjunta. Essa decisão das participantes materializou, nessa pesquisa, o que Marcos Benedetti (2005) nomeou como universo trans, ou seja, a partilha de um conjunto de experiências que produzem o sentido de unidade, apesar das singularidades. No entanto, para evitar o apagamento dos homens trans, que não estão contemplados nessa discussão, mas integram o universo trans, utilizaremos sempre os termos mulheres trans e travestis para nomear as participantes dessa pesquisa.

Também no desenho inicial da pesquisa a bissexualidade não integrou o recorte da investigação. Novamente, o campo é que definiu a necessidade de mudança. As mulheres bissexuais responderam ao chamado, e esse movimento encontra ressonância no contexto nacional, no qual as pessoas bissexuais começam a reivindicar espaços de representação nos movimentos sociais e nas políticas públicas (MARQUES et al., 2013).

As oficinas com as mulheres lésbicas e sexuais foram mais tímidas, necessitando do estímulo frequente da moderadora e do observador para que elas participassem, manifestando suas opiniões e relatando suas experiências. Já as oficinas com as mulheres

trans e travestis fluiu mais tranquilamente, demonstrando o tempo todo a necessidade que elas possuem, de serem vistas, ouvidas e respeitadas. Essa necessidade também foi expressa pelas mulheres lésbicas e bissexuais, mas manifestada de forma mais discreta, eu diria.

Analisando a minha trajetória acadêmica, profissional e político-social, o tema abordado, em primeiro momento, parece não apresentar conexão alguma com os outros trabalhos desenvolvidos, mas considero que não fugi do meu foco, pois continuo atuando em prol de “minorias”, mesmo não fazendo parte delas na totalidade.

Com certeza foi mais difícil pra mim, que sou uma mulher cis, heterossexual, casada, mãe, nutricionista mergulhar no tema que sabia da sua existência, mas não tinha ideia de suas inúmeras particularidades e das dimensões que cada uma dessas categorias apresenta. Foi difícil, desafiador, um aprendizado que foi acontecendo, principalmente, na prática, pois a teoria muitas vezes, não conseguia dar conta. Acredito que os padrões da cultura heteronormativa e do pensamento cartesiano tenham contribuído significativamente para deixar o “entendimento da diversidade sexual” um pouco mais lento e complicado pra mim, mas com a ajuda dos outros colaboradores, que apresentavam a particularidades de pertencerem a população LGBT e de serem militantes, isso foi se tornando mais suave, mas não menos difícil. A pesquisa terminou, a tese foi concluída, mas o aprendizado ainda continua, já que as mudanças acontecem a todo instante.

Em seus resultados, esse trabalho procura demonstrar os sentidos que puderam ser atribuídos pelas participantes, dessa amostra intencional, sobre o acesso e a qualidade da atenção à saúde delas, no Sistema Único de Saúde, na cidade do Recife. As principais questões levantadas por essas mulheres estão relacionadas ao preconceito e a discriminação que imperam na sociedade, não sendo diferente nos serviços públicos de saúde, conduzindo as atividades profissionais, que limita o acesso e cerceia diversos direitos, favorecendo a permanência de sua invisibilidade social e aumentando suas vulnerabilidades.

2 INTRODUÇÃO

A sexualidade se constitui numa invenção social, e assim como o gênero são construtos sociais que se conformam a partir de múltiplos discursos que regulam, normatizam e instauram saberes sobre corpo, desejo e o sexo. Esses saberes se materializam em normas que definem o reconhecimento do humano e a inteligibilidade de um corpo (BUTLER, 2004; LEITE Jr., 2008).

De acordo com Foucault (2015), o próprio termo sexualidade surgiu tardiamente, no início do século XIX, quando ocorreu um processo de aprimoramento das estratégias de vigilância e controle sobre os corpos e a forma de exercer suas práticas sexuais e de gênero. Entretanto, sempre foi objeto de investigação e controle dos comportamentos que se afastavam da heterossexualidade tradicional, num contexto social divergente da atualidade e que historicamente exterioriza profundas transformações na cultura, moral, religião e na família (ROZARIO, 2011).

Ao se determinar que existem apenas duas formas de exercer a sexualidade e gênero, tornam-se marginalizados e considera-se desmerecedores os corpos que não cumprem essa norma, criando uma zona hostil, povoada por pessoas não reconhecidas como sujeitos (BUTLER, 2004). Desta forma, os dissidentes são convidados a construir uma identidade particular em meio a uma massa homogênea, numa sociedade em que se considera a heterossexualidade como algo natural e a impõe compulsoriamente por meios educativos, culturais e institucionais (MISKOLCI, 2011; SAMPAIO; GERMANO, 2014).

As concepções sobre gênero e sexualidade presentes no debate contemporâneo resultam de um processo histórico sobre a conquista de direitos, que é construído de acordo com as lutas sociais que entram em defesa de novos modos de existência e que surgem de modo gradual, partindo dos seres humanos concretos e das suas necessidades também concretas. A luta do feminismo e dos movimentos de defesa da diversidade sexual, portanto, correspondem a esse movimento histórico em que esses temas foram discutidos. Se houve uma época em que se acreditava que mulheres e homens mereciam condições sociais, econômicas e culturais distintas, porque tinham corpos e papéis sociais diferentes, a transformação desse pensamento só foi possível, graças às pessoas que o enfrentaram (BOBBIO, 2004). No Brasil, já no começo da década de 1980, o movimento homossexual começava a se organizar, a partir de alguns coletivos em processo de

institucionalização, mas que já lutavam por visibilidade e garantia de direitos civis elementares, como a despatologização da homossexualidade (PERILO et al., 2010).

Nesse cenário, surge a epidemia de HIV/aids que, segundo Miskolci (2011, p. 49), “teve o efeito de repatologizar a homossexualidade em seus novos termos contribuindo para que certas identidades, vistas como perigo para a saúde pública, passassem por um processo de politização controlada”, sendo uma das principais responsáveis pela força com que o movimento (re)emergiu na década de 90 (MOLINA, 2011) A epidemia trouxe à tona a visibilidade homossexual, estigando o debate em diversos espaços sociais, como no convívio familiar, nos espaços escolares e nas estatais, entre outros (SAMPAIO; GERMANO, 2014), ainda que se tenha reprimido as tentativas de mobilizar setores do movimento (FACHINNI, 2009)

No encontro nacional LGBT de 1989, além de discutir questões relacionadas a violência, discriminação religiosa e a necessidade de estimular a formação de grupos, a aids assume privilegiado destaque na agenda do movimento homossexual. Nos anos seguintes, procurou-se reforçar a luta contra a aids e a necessidade de fortalecer o movimento, exigindo do governo alguma resposta em relação à epidemia (FACCHINI, 2016).

A associação negativa entre aids e homossexualidade no início da epidemia, levou vários grupos a optarem por não trabalhar prioritariamente na luta contra essa doença. Uma associação que ia de encontro com a busca de legitimidade para a homossexualidade, mas alguns grupos conseguiram harmonizar essa relação, a exemplo dos grupos “Outra Coisa” e “Lambda”, ambos de São Paulo (FACHINNI, 2003).

O pioneirismo do Brasil na resposta comunitária e governamental à aids foi conquistado graças ao crescimento e expansão do movimento homossexual nos anos 1990, que contou com a diversificação dos tipos de organizações e dos formatos institucionais. Surgem então, os grupos comunitários, organizações não-governamentais (ONG), setoriais de partidos, grupos religiosos, acadêmicos, que coordenava projetos de prevenção financiados por programas estatais de combate à aids, ampliando a sua rede de alianças e espaços de participação, bem como possibilitando a diferenciação de vários sujeitos políticos internos no próprio movimento (FACCHINI, 2016).

Nesse período, também ocorreu a desmobilização do movimento, mas mesmo assim, muitas conquistas foram obtidas, como a exclusão da homossexualidade da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS); a adoção e a disseminação da ideia de

orientação sexual e um debate fervoroso sobre garantia de não-discriminação por orientação sexual, que deveria ser incluída na Constituição Brasileira (FACCHINI, 2009).

O fenômeno de visibilidade política e social de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT) por via da aids é chamado por Pelúcio (2007) de SIDAdanização, termo que denuncia uma cidadania alcançada a partir da epidemia da aids, pois a politização desses indivíduos era uma meta estratégica de controle, sutilmente centrada na responsabilização dos sujeitos diante das questões de saúde.

A epidemia da aids provocou uma elevada preocupação com a sexualidade, particularmente com as práticas sexuais entre homossexuais masculinos, direcionando para esse público as políticas de enfrentamento dessa doença. Com isto, a homossexualidade feminina e sua relação com a saúde mantiveram-se marginais por muito tempo, pois acreditava-se numa suposta invulnerabilidade das mulheres homossexuais à transmissão da doença. Isso favoreceu a uma invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais nas políticas de saúde, quanto a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da infecção pelo HIV (MELO, 2010).

A literatura mostra que desde o seu surgimento, a epidemia de aids se constituiu em uma realidade para as mulheres, sendo detectada a ocorrência da infecção pelo HIV nestas em 1981, nos Estados Unidos. Entretanto, não fora dada a importância devida, pois a existência desses casos era entendida como sendo reservada às mulheres envolvidas com usuários de drogas injetáveis, parceiras de hemofílicos e de homens bissexuais, ou aquelas envolvidas na prática da prostituição. As primeiras respostas coordenadas voltadas para esse segmento só começam a surgir nos anos 1990, com ações para a conscientização dessas mulheres quanto a sua vulnerabilidade social e individual (BRASIL, 2007).

A reformulação do Programa Materno-Infantil só aconteceu a partir da década de 1980, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, juntamente com a Conferência internacional sobre população e desenvolvimento do Cairo em 1994 e a Conferência mundial sobre as mulheres de Pequim em 1995. Nesse momento, as dimensões da sexualidade e da reprodução começaram a ser problematizadas tanto nas esferas individuais, quanto autônomas, evidenciando que a mulher tem plenas condições de discernir sobre as questões relativas à sua saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência (RODRIGUES; SCHOR, 2010).

Embora as articulações feministas tivessem iniciado, desde o final dos anos 1970, uma pressão junto ao Estado para o rompimento da lógica materno-infantil e para a reestruturação da política de atenção à saúde da mulher visando um modelo integral, só em 2004 o novo texto da Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher passa a incluir um tópico específico voltado para a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais.

Lionço (2008) chama a atenção que pelo fato da população LGBT possuir modos de vida e práticas sexuais que vão de encontro com os padrões heteronormativos, estão mais vulneráveis em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, o que não, necessariamente, tem relação com uma suposta característica intrínseca com sua orientação sexual ou identidade de gênero. Assim, Álvarez-Díaz (2009) ressalta que a política de atenção à saúde da mulher ainda não é uma realidade para lésbicas e bissexuais, pois a sociedade não facilita as condições para o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

A inclusão e o reconhecimento do gênero e da sexualidade como marcadores sociais da diferença que incidem na determinação do processo de saúde-adoecimento-cuidado da população LGBT produziu um cenário de novos desafios para os formuladores de políticas públicas, compreendendo que esse conjunto de letras reflete as diferentes identidades sexuais no que refere ao desejo, práticas sexuais e identidade de gênero (LIONÇO, 2008).

Deslocava, assim a preocupação centrada nas práticas sexuais para um número expressivo de propostas que funcionaram como norteadoras ou balizadoras para ações e programas direcionados inicialmente aos homens inseridos de diferentes formas, desde gays, homossexuais e homens que fazem sexo com homens, até travestis e transexuais (SEFFNER; PARKER, 2016). As travestis e as mulheres transexuais, principalmente em decorrência da prostituição, eram preocupação da política, mas compreendidas como pertencentes à categoria homens e as únicas mulheres que foram consideradas centrais para as ações das políticas foram as prostitutas.

Como afirma Perilo et al. (2010), as primeiras ações e programas do Governo Federal para a população LGBT no Brasil foram sistematizadas no campo da saúde, considerando as singularidades pertinentes à epidemia da aids. Desde então, a saúde conta com inúmeras ações efetivas e estruturadas para esta população, mas sempre com o viés do combate às DST/HIV/aids, mesmo atualmente tendo dado uma ênfase no cuidado integral a saúde. Entretanto, a implementação destas propostas fica limitada pelos

desafios postos às políticas de saúde em geral e, ainda, em função de um contexto específico referente ao atendimento desta população (PERILO et al., 2010).

A equação utilizada pelos formuladores da política reverberaram e, em 2007, o Ministério da Saúde lançou dois planos nacionais de enfrentamento da epidemia: o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST e o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis. Importa destacar aqui que as mulheres transexuais migraram para o Plano de Feminização, enquanto as travestis permaneceram no Plano destinado aos homens, embora, aparentemente, tenham recebido denominação e tratamento de questões específicas no mesmo (TEIXEIRA, 2013).

As travestis e os gays foram os principais sujeitos destinatários da política pública, resultando na focalização do acesso aos serviços restritos a oferta de insumos de prevenção, testagem e tratamento para HIV/ aids. A focalização que, se um por lado possibilitou o fortalecimento e organização do movimento gay e de travestis e transexuais no Brasil, no seu avesso, produziu uma “população-alvo” para uma política pública, cuja luta por direitos (um certo nível de reconhecimento jurídico) esteve atrelado ao financiamento e ao discurso do enfrentamento da aids - processo de “SIDAnização” (PELÚCIO, 2011). Pesquisas problematizaram os efeitos dessa focalização na relação de cuidado estabelecido pelos profissionais nos serviços de saúde, resultando no que foi nomeado como sobreposição, ou seja, a associação compulsória entre gays e aids e travestis e aids (FÉBOLE, 2017, PAULINO, 2016; PEREIRA, 2015).

Contudo, Larissa Pelúcio em 2007, já levantava a discussão que as travestis não são um problema de saúde pública, mas, via aids, acabam sendo tratadas como tal, e essa constatação é válida também para as mulheres transexuais. O alerta feito pela autora chama a atenção para “o discurso preventivo que parece não considerar, que o problema central das travestis ainda é o estigma, e não a aids” (PELÚCIO, 2007, p. 132). Assim, as medidas de prevenção são dirigidas exclusivamente a elas e não se efetivam, porque as situações de violações e restrição de direitos não são alteradas, e sim reafirmadas quando todos os discursos centram-se nas travestis e mulheres transexuais como portadoras e vetores em potencial do vírus. Não existem nem mesmo ações preventivas direcionadas aos parceiros íntimos ou aos clientes delas, como se suas existências se materializassem isoladamente até mesmo no ato sexual. O risco que permanece é da dor do estigma, que cerceia seus direitos e suas potencialidades, e não reconhece suas relações afetivas (PELÚCIO, 2007).

A maioria das análises epidemiológicas sobre a epidemia de HIV/aids incluem o grupo de travestis e transexuais na categoria “homens que fazem sexo com homens” (HSH) ocultando, desta forma, graus muito distintos de vulnerabilidade, de necessidades de saúde e de barreiras de acesso a serviços. Assim, as especificidades deste grupo são invisibilizadas, visto que suas identidades sociais e psicológicas não se aproximam ou não se adequam a esta categoria (VERAS et al., 2016). Não há dados epidemiológicos capazes de indicar de forma separada quem são as travestis e transexuais no universo HSH, mas dados de pesquisas recentes apontam que a prevalência de aids entre jovens HSH aumentou 140% entre 2009 e 2016 (FORMENTI, 2017). Mais de 30% das travestis e transexuais, em estudo no Rio de Janeiro, são HIV-positivos e a frequência da infecção pelo vírus da aids é 12 vezes mais elevada entre mulheres profissionais do sexo em comparação com à população geral (SCHEFFER; ROSENTHAL, 2017), implicando que esses segmentos ainda permanecem como central na discussão do enfrentamento da epidemia.

Scheffer e Rosenthal (2017) afirmam que a combinação entre práticas sexuais desprotegidas, ausência de políticas de prevenção, negação de direitos, racismo, sexismo, homofobia, transfobia e outros determinantes sociais é que leva alguém a se infectar pelo HIV e não o fato de pertencer a um grupo ou viver em determinados contextos. Além disso, campanhas e ações de saúde não alcançam as mudanças geracionais, de comportamento e os novos espaços de sociabilidade, inclusive digitais.

Há alguns estudos que buscam conhecer melhor as dificuldades da população de travestis e transexuais, suas experiências relacionadas à violência estrutural e de gênero, discriminação em diversas áreas, comportamentos, anseios, problemas para acessar serviços sociais, de saúde, estratégias para capacitação, emprego, questões relacionadas a saúde mental, qualidade de vida, estigmas e aids. A exemplo, temos a Pesquisa Social Divas, que tem como principal objetivo conhecer melhor a realidade individual e coletiva das Mulheres Transexuais e Travestis no Brasil, acessando diferentes redes sociais, para conhecer a dinâmica de interação social desse grupo e o contexto que estão inseridas (MALTA, 2016).

A Pesquisa Muriel é outro exemplo, que procurou compreender as vulnerabilidades, demandas de saúde e acesso a serviços dessa população no estado de São Paulo. O estudo detectou que essas pessoas enfrentam situações cotidianas de estigma, tanto na família quanto em serviços e ambientes públicos, e que o desrespeito ao uso do nome social é uma constante, mesmo com as transformações significativas

ocorridas nos últimos anos. Isso demonstra que a identidade de gênero e o processo de transição determinam limites e possibilidades de acesso aos serviços e direitos, resultando em altos níveis de vulnerabilidade individual e social, retratando a precariedade da assistência a essa população, caracterizada pela negação da sua existência pública (VERAS et al., 2016).

Por fim, a pesquisa POPTRANS teve o intuito de conhecer as experiências identitárias e as condições e modos de vida, e de investigar fatores determinantes da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites virais na população de travestis e mulheres transexuais, em Salvador/BA (DOURADO et al., 2016). Os dados demonstram uma precariedade e limitações na assistência a população trans, desrespeito por parte dos profissionais, sendo o contato com os serviços de saúde marcados por deslegitimação de identidade e pelo não reconhecimento do nome social como direito e das necessidades desses indivíduos. O estigma ligado ao HIV afasta as trans dos serviços de saúde, além do receio do resultado de sorologia positiva. Os serviços de saúde precisam entender as especificidades desse segmento social, cuja realidade não é conhecida em profundidade, onde as ações não devem ser voltadas apenas para o controle e prevenção do HIV/aids, mas para promoção de uma atenção integral (SILVA et al., 2015).

A partir dessa constatação, para enfrentar os desafios impostos, o Ministério da Saúde atendendo a demandas da mobilização social lançou, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, com vistas à promoção, atenção e o cuidado em saúde a essas populações (BRASIL, 2013).

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. Ele vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada, configurando-se como um dispositivo transformador da realidade. Partindo da concepção de que somente se garantirá o ingresso universal do usuário no sistema de saúde através da consciência de cidadania (JESUS, ASSIS, 2010).

Já a qualidade da assistência à saúde é definida como um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde. A qualidade em serviços é muito difícil de ser avaliada, principalmente pelo consumidor, uma vez que sua concepção de qualidade em serviços representa uma experiência vivenciada por ele, além da comparação entre suas

expectativas e sua percepção do serviço recebido; que envolve não só o serviço final, como também o processo de entrega do serviço (ARAÚJO et al., 2009).

O conceito de saúde integral na própria Política de Saúde Integral LGBT indica o reconhecimento da complexidade e das especificidades na atenção à saúde dessa população, considerando a confluência entre diversos marcadores sociais (POPADIUK et al., 2017). Incluir os marcadores gênero e sexualidade teve como desdobramento a necessidade de reconhecer a homofobia como responsável por processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura da população LGBT. Ou seja, abriram fissuras nas narrativas sobre o cuidado em saúde para que questões como preconceito e estigma social fossem reconhecidos como produtores de adoecimentos e também mediadores de uma relação violenta entre o usuário e os serviços de saúde (FÉBOLE, 2017; FERNANDES et al., 2017; NATARELLI et al., 2015; PAULINO, 2016; PEREIRA, 2015; TEIXEIRA-FILHO; RONDINI, 2012).

Embora os dados sobre a morbimortalidade e sobre o acesso aos serviços de saúde sejam limitados, pesquisas existentes e informações epidemiológicas estratégicas de caráter preliminar, indicam que os membros da comunidade LGBT enfrentam barreiras para obter acesso à assistência de saúde apropriada e centrada no paciente. Além disso, não conseguem utilizar os serviços de saúde de maneira precoce e oportuna, devido a incompreensão social, representada pela estigmatização e pela discriminação generalizada na sociedade, inclusive dentro dos sistemas de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Partindo da premissa que a população LGBT sofre com as disparidades e desigualdades em saúde, que estão frequentemente vinculadas aos determinantes sociais da saúde (DSS), aumentando a vulnerabilidade a desfechos de saúde adversos e, considerando a Resolução A/67/L.36 da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Saúde Global e Política Externa¹, é de importância máxima à eliminação das desigualdades de saúde, inclusive aquelas associadas à identidade de gênero e a orientação sexual (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Assim, a análise desse estudo baseada na orientação sexual e identidade de gênero poderá se constituir em uma ferramenta importante para conhecer a dimensão social do processo de adoecimento associado à sexualidade, bem como para o fortalecimento dos

¹ Que reconhece que a cobertura universal de saúde pressupõe que todas as pessoas tenham acesso, sem discriminação, a serviços básicos de saúde de caráter promotor, preventivo, curativo e reabilitativo, principalmente as mais carentes, vulneráveis e marginalizadas

sistemas de saúde na prestação de assistência e para monitoração dos planos, políticas, programas e leis no âmbito nacional. Isso favorece também a satisfação e a consolidação do direito à saúde integral e de qualidade para essa população, combatendo as iniquidades que a acomete e a vulnerabiliza, justificando-se, assim a realização de mais estudos que conheçam o estado de saúde e a inserção nos serviços de saúde dessas pessoas marcadas pela invisibilidade institucional e social, no que se refere aos serviços e práticas de promoção e de atenção à saúde.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar os sentidos sobre o acesso e a qualidade da Atenção Integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na cidade de Recife.

3.1 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil socio-econômico das mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis participantes do estudo;
- b) Apreender na perspectiva das mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e das travestis, as dimensões do acesso na Atenção Básica de Saúde na cidade de Recife;
- c) Compreender as dimensões da qualidade da atenção integral à saúde na perspectiva das mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e das travestis na Atenção Básica de Saúde na cidade de Recife.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Sexualidade e Gênero

A sexualidade pode ser explicada como um componente essencial para fundamentar as bases da existência de um ser, justamente por perpassar todas etapas da sua vida, além dos contatos pessoais nela estabelecidos. Ela tem a capacidade de estruturar a identidade e a personalidade do indivíduo, já que ela consegue congrega seus níveis biológico, psicológico e social (ABDO; GUARIGLIA-FILHO, 2004).

Temos compreensão da pluralidade que constitui a humanidade, visto que os seres que a integram divergem na maneira de ser, sentir, raciocinar, agir e até mesmo de perceber a vida e de nos relacionarmos afetivamente e/ou sexualmente com outras pessoas. Assim, podemos considerar “que não existe um modo único de relação, que supostamente seja natural, estável, desejável, sadio, certo ou normal, mas, ao contrário, as possibilidades são inúmeras” (BRASIL, 2010, p. 13).

A sexualidade também é plural e o termo orientação sexual é utilizado para contemplar a diversidade de possibilidades de viver a sexualidade, pois significa a orientação que cada sujeito dá ao exercício da sua sexualidade. Assim, uma mesma pessoa, ao longo de sua vida, pode apresentar mais de uma identidade sexual, ou seja, ser heterossexual, homossexual ou bissexual etc. Essas identidades sexuais são culturalmente construídas e, na nossa cultura, referem-se às formas como os sujeitos vivem sua sexualidade, que pode ser com pessoas do mesmo sexo, do sexo oposto ou, ainda, com ambos os sexos (GOELLNER, 2010).

As identidades de gênero tendem a estar em consonância com o sexo biológico do sujeito, porém, não são estruturas fixas, encerradas em si mesmas; pelo contrário, podem e estão continuamente se renovando, em ebulição, e a cada momento podem ser novamente moldadas de outras formas. Elas também são impostas pelo processo de socialização, que impede construções singulares, moldando um comportamento comum a todos os indivíduos. A identidade de gênero não possibilita uma pluralidade de escolhas identitárias, pois a não correspondência entre sexo e gênero possibilitaria se viver como mulher em um corpo de homem, e como um homem no corpo de uma mulher (SILVA, 2006).

Como se refere à experiência de uma pessoa com o seu próprio gênero, a as pessoas trans e das travestis possuem uma identidade de gênero que é diferente do sexo

que lhes foi designado no momento de seu nascimento. A identidade de gênero é diferente de orientação sexual, pois as pessoas trans podem ter qualquer orientação sexual, incluindo heterossexual, homossexual, bissexual e assexual.

A análise de Dinis (2008) sobre a História da Sexualidade, de Michel Foucault, demonstra as possibilidades de novos olhares para as diferenças sexuais e de gênero, após a produção pós-estruturalista francesa. A sexualidade passa a ser entendida como uma produção cultural com poderes regulatórios da vivência sexual humana.

Assim, a essência dos dispositivos da sexualidade no sentido delineado e analisado por Michel Foucault (1988), é constituído por práticas discursivas e não-discursivas que produzem uma concepção do indivíduo enquanto sujeito de uma sexualidade, ou seja, saberes e poderes que buscam normalizar, controlar e estabelecer "verdades" acerca do sujeito na relação com seu corpo e seus prazeres (DINIS, 2008, p. 482).

Portanto, o que ele chama de dispositivo é uma forma de dominação que usa o conceito de sexualidade como a medida de segregação entre normalidade e anormalidade e a rede que se estabelece entre esses elementos (FOUCAULT, 1995).

O processo histórico de negociações e disputas de poder sobre o corpo, o desejo, a escolha e principalmente sobre o prazer é o que constitui a sexualidade em si (FÉBOLE, 2017). Pode-se afirmar que ela forma um conjunto heterogêneo que abarca diferentes discursos, instituições, leis, enunciados científicos, proposições filosóficas e morais (FOUCAULT, 2015). Os aspectos relacionados à sexualidade não constituíam um marco identitário antes da criação do dispositivo da sexualidade, pois o uso do corpo, o intercurso sexual, as práticas corporais ligadas a produção do prazer não compunham um modo de falar de si, ou seja, não compunham um lugar subjetivo sobre nós e sobre os outros (FÉBOLE, 2017).

Para o sociólogo britânico Weeks (2000), a sexualidade é moldada na conexão da subjetividade do indivíduo e da sociedade na qual ele está inserido, porque, no centro de ambas, está o corpo e suas potencialidades. À medida que a sociedade se tornou mais interessada na vida de seus membros, ela se tornou mais centrada no disciplinamento dos corpos e na vida sexual dos indivíduos (LOURO, 2010).

Paiva (2008) afirma que a história da sexualidade foi dividida em dois períodos - o sexológico e o construcionista. O período sexológico foi marcado por discursos técnicos e científicos sobre a sexualidade, tendo sua base de sustentação nas noções de impulso, de força natural de imenso poder, se opondo à civilização e à cultura e com intuito de desnudar os seus segredos e a sua natureza. Mas, era preciso beneficiar a humanidade

com o estabelecimento de um potencial equilíbrio entre indivíduo e sociedade, sem alterar a essencial diferença entre homens e mulheres, que assumissem relações sexuais naturais e saudáveis de caráter heterossexual (PAIVA, 2008).

Na esfera da sexualidade, surgem dessas concepções os modelos clínicos de intervenção operados por psicólogos, médicos e psicanalistas até hoje, permitindo grandes contribuições para a mudança social, como a naturalização do prazer no mundo de tradição judaico-cristã, legitimação da sexualidade independente da reprodução com o advento da pílula anticoncepcional e revelando a prevalência maior e insuspeitada de certas atitudes e práticas sexuais (PAIVA, 2008).

Findando os anos 1960, as teorias sobre a vida instintiva começam a ser questionadas por teóricos dos movimentos feminista e homossexual, que impulsionaram de forma definitiva o crescimento de estudos no campo das ciências humanas e sociais, aprofundando a crise do paradigma sexológico (DETOMINI; PARO, 2015). Assim, surge o discurso construcionista, “que redefiniu o gênero e a identidade sexual, separou a identidade das práticas sexuais, questionou o determinismo biológico, construiu a história da homossexualidade e da origem da dominação masculina” (PAIVA, 2008, p. 644).

Ainda de acordo com as análises de Paiva (2008), teóricos do campo construcionista como Heilborn (1999) e Parker (1994) têm demonstrado a natureza intersubjetiva da sexualidade e dos significados sexuais e sua semelhança com outras atividades sociais, produzem a vivência subjetiva e a vida cotidiana de homens e mulheres. A sexualidade está impregnada de simbolismos compartilhados e, por isso, extrapola às dimensões reprodutiva e psíquica (PAIVA, 2008).

As pesquisas sexológicas se solidificaram a partir da resolução de problemas demográficos e de saúde e da consolidação de discursos sobre o biopoder, conforme definido por Foucault. Já as abordagens construcionistas alicerçaram sua base conceituando a sexualidade como um fenômeno social, trazendo reflexões sobre questões como a discriminação e a violação de direitos sexuais, a epidemia da aids e também a desigualdade entre os sexos e a subordinação das mulheres. Essa última, a partir de 1970, começa a ser questionada pela produção feminista (PAIVA, 2008).

Apesar de conectados, sexo e gênero são domínios distintos, constituem sistemas diferentes e exigem teorias próprias, de acordo com Rubin (2003 apud PAIVA, 2008, p. 644). “O sistema sexo/gênero representa a forma que a sociedade transforma a sexualidade biológica em produto da atividade humana com satisfação das necessidades sexuais” (RUBIN, 1975 apud PAIVA, 2008). Assim, estabeleceu-se para “sexo” um

conceito descritivo para as peculiaridades anatômicas básicas, internas e externas, que diferenciam o homem da mulher, já “gênero” refere-se a construção social entre homens e mulheres e a “sexualidade” uma descrição geral para série de crenças, comportamentos, relações e identidades construídas no meio social e modeladas no decorrer da história, que Weeks (2000) chamou de construcionismo social. Essa nova abordagem veio com o intuito de compreender as relações de poder que modelam atitudes em relação ao corpo.

Cortez (2010) refere a diferença entre as abordagens sexológicas e construcionistas como tensões históricas em torno do essencialismo, que segundo Vance (1989), representa um divisor de águas entre os enfoques naturalista e social, conferindo pluralidade entre as próprias abordagens construcionistas.

Um das heranças herdadas pela teoria feminista foi a consagração da categoria gênero, no final do século XX, como relevante para a análise social, favorecendo a retomada crítica sobre os operadores da estruturação e reprodução social (PAIVA, 2008). Butler (2007) afirma que o gênero é performativo, como um processo de construção e reconstrução, que nos ajuda a compreender um dos mecanismos mediante os quais a realidade é socioculturalmente estabelecida, através das normas que regem a realidade.

Os estudos de Michel Foucault, nos anos 1970, sobre a história da sexualidade mostram que novas sexualidades são produzidas constantemente e isso configura como estratégias de um dispositivo político. Assim, ele deixa de dar importância demasiada as características repressivas da sexualidade e suas consequências sobre os indivíduos, destacando os aspectos generativos da organização social do sexo. Ele também considerou importante analisar o sexo na sua concepção enquanto história, significação e discurso, abortando o binômio sexo/natureza. “A própria distinção homo/hetero serviu de base para todos os aspectos da vida contemporânea” (GAMSON, 2006, p. 353). Nesse sentido, a nova ciência sobre o comportamento sexual deu uma história ao sexo e criou uma alternativa construtivista ao essencialismo sexual hegemônico (RUBIN, 2003).

A heteronormatividade sustenta-se na naturalidade da heterossexualidade, embutindo uma associação obrigatória entre sexo e reprodução, que se perpetua através de um sistema reforçado de reprodução social. As práticas sexuais são legitimadas por vários mecanismos que estabelecem, por exemplo, a família heterossexual e produtiva economicamente como modelo a ser seguido e rejeitam qualquer prática considerada ininteligível e os corpos abjetos (BUTLER, 2004). Considerando o fato de que vivemos em uma sociedade heterossexista, que pressupõe a heterossexualidade como única forma válida, normal e legítima de expressão da sexualidade, e heteronormativa, que emprega

uma diferença natural entre o masculino e o feminino, levando em conta seus sexos biológicos, as pessoas que se autodeclaram não heterossexuais vivem o dilema de assumirem-se para si mesmos e para os outros e sofrem as consequências de exclusão social e da vitimização do heterocentrismo, que tratam todos por princípio como heterossexuais (TEIXEIRA et al., 2012).

A sexualidade é estruturada como dispositivo histórico de poder, que procura se consolidar na instituição familiar para “formar todos para serem heterossexuais ou organizarem suas vidas a partir do modelo supostamente coerente, superior e ‘natural’ da heterossexualidade” (MISKOLCI, 2009 p.12). Assim, a heteronormatividade enfatiza a relação entre normalização e sua instituição

Foucault (2015) coloca que a homossexualidade surgiu como uma das figuras da sexualidade, para afirmar a necessidade da heterossexualidade, a partir da existência de um contrário que deve ser evitado, aquilo que seria oposto, chamando a atenção para o surgimento da identidade homossexual.

Em 1869, o médico húngaro Karoly Benkert utilizou pela primeira vez o termo homossexualidade. Sua descrição médico-moral surgiu no século XIX, pelo alemão Kraft-Ebing, para especificar as identidades sexuais no que se referia a seus tipos e formas, tornando-se o oposto à heterossexualidade após a consolidação das sociedades industrializadas ocidentais (FRANCO, 2009). Na sociedade brasileira, o livro “Atenados ao pudor: estudos sobre as aberrações do instinto sexual” de Francisco José Viveiros de Castro, professor de Criminologia da Faculdade de Direito do Rio de Janeiro e Desembargador da corte de Apelação do Distrito Federal, nos apresenta pela primeira vez o termo homossexualidade, em 1894 (ALMEIDA, 2012).

Como o dispositivo da sexualidade é múltiplo e construído a partir de discursos, um de fundamental importância para o caminho trilhado pelas diversidades sexuais foi dentro do campo da saúde. O saber científico que se constituía para que sua legitimação acontecesse, para reconhecimento e assim diferenciação do aceitável e do não-aceitável, precisava estabelecer as diferenças entre o normal e o patológico e conhecer a descrição e identificação das doenças (PEREIRA, 2009; MOSCHETA, 2011). Dentre as práticas marcadas como desviantes da sexualidade dita normal se encontram a masturbação, o masoquismo, qualquer prática sexual que se distanciasse do objetivo de procriação e as práticas sexuais não-heterossexuais. A homossexualidade, assim como a travestilidade, é uma perversão e se trata de uma predisposição congênita, classificada como perversa por se desviar de sua direção natural e congênita (VIEIRA, 2009).

A homossexualidade ao longo dos tempos e das diferentes culturas foi motivo de punição, vergonha, segregação e violência contra todos aqueles que atravessam a fronteira da heteronormatividade. Mitos criados sobre a homossexualidade acabam consolidando a heterossexualidade como sendo uma sexualidade estável e natural, inviabilizando o sujeito homossexual de viver plenamente. Para Louro (2001, p.542) aos homossexuais restou habitar as margens de uma sociedade pautada pelo ideal da heteronormatividade, que com esta “prática passava a definir um tipo especial de sujeito que viria a ser assim marcado e reconhecido. Categorizado e nomeado como desvio da norma, seu destino só poderia ser o segredo ou a segregação – um lugar incômodo para permanecer”.

A diversidade só se torna um problema quando grupos humanos dela se socorrem para estabelecer hierarquia e para justificar o subjugo de uns sobre os outros. O discurso que se constrói acerca dessas diferenças é sempre valorativo, é uma dimensão importante na identidade dos grupos discriminados e dos que discriminam (SILVEIRA, 2006). Falar da homossexualidade é falar da sexualidade humana, da diversidade sexual, resgatando elementos para compreender significados e sentidos dessa construção social (TONIETTE, 2006). “Todas as práticas sexuais devem ser construídas, pois nossos interesses e práticas são socialmente negociados durante toda nossa vida e a moldagem sexual não precisa estar presa a estruturas de dominação e sujeição” (BRITZMAN, 1996, p.91).

A implementação de ações para proporcionar e proteger direitos e promover saúde sexual devem considerar o contexto e a dinâmica das interações sociais, além de dimensionar o impacto do estigma e da discriminação relacionados à orientação sexual e às relações de gênero, compreendendo, assim como se comporta a expressão dos diferenciais de poder e seus determinantes macro-sociais, como a pobreza e racismo, na vida das pessoas LGBT (PAIVA, 2008).

4.2 Movimento Político LGBT

4.2.1 Movimento LGBT no Mundo

Os movimentos sociais são frutos da necessidade de melhorias na forma como as esferas públicas e instituições, privadas ou não, percebem e tratam questões e personagens que fogem a normatividade estabelecida pela sociedade. Nesse sentido vale parafrasear

Gohn (1995, p. 44) quando afirma que os movimentos sociais “[...] são ações de caráter sociopolítico constituído por atores sociais permanentes [...] Suas ações estruturam-se a partir de repertórios criados sobre os temas e problemas em situações de: conflitos, litígio e disputa”. Assim, o movimento político LGBT é aqui entendido como o conjunto das associações e entidades, mais ou menos institucionalizadas, constituídas com o objetivo de defender e garantir direitos relacionados à livre orientação sexual e/ou reunir, com finalidades não exclusivamente, mas necessariamente políticas, indivíduos que se reconheçam a partir de qualquer uma das identidades sexuais e de gênero tomadas como sujeito desse movimento (FACCHINI, 2003).

O movimento LGBT ao trazer a discussão da sexualidade para o domínio público, como fizeram o feminismo e os movimentos de liberação sexual dos anos 1960, explicita que não admite que o desrespeito ao direito fundamental de exercer livremente a orientação sexual e identidade de gênero sejam tratadas pelo Estado como assunto limitado à esfera privada (CONDE, 2004)

As primeiras tentativas de organização de um movimento LGBT contra as discriminações de direitos aconteceram na Europa como reação às legislações que criminalizavam atos sexuais entre pessoas do mesmo sexo, entre 1850 e 1993. Na Alemanha em 1933, o advento do nazismo, no qual mais de 200 mil homossexuais foram mortos, e do estalinismo na Rússia em 1927 significaram o fim de toda militância homossexual até a conclusão da II Guerra Mundial, retomada somente em 1948 pela campanha por direitos para os homossexuais (MOLINA, 2011).

A origem do movimento homossexual é datada no final da década de 40, quando emergem organizações voltadas a desconstruir uma imagem negativa da homossexualidade (FERRARI, 2004). Em Amsterdam, os organizadores do espaço chamado de *Center for Culture and Recreation* (COC) não pouparam esforços para promover oportunidades de sociabilidade para homossexuais, além de trabalhar junto às autoridades locais a questão da tolerância para com essa parcela da população (FACCHINI, 2016).

Já nos Estados Unidos (EUA), a partir de 1950, formou-se o *Mattachine Society*, inicialmente uma organização semiclandestina que, adotando uma linha de moderação e cautela, visava a integração dos homossexuais na sociedade. Seus associados muitas vezes aceitavam a noção da homossexualidade ser uma doença, frequentemente adotavam pseudônimos e enfatizavam a sua respeitabilidade. A própria palavra “homossexual” era rejeitada devido à sua ênfase no “sexual” e outros neologismos eram adotados como

“homófilo” e “homoerótico”, por conta da natureza repressiva da sociedade americana e da ameaça constante que o macarthismo representava para qualquer atuação política mais radical (MACRAE, 2011). Ligado à *Mattachine Society*, também nascia nos EUA, em meados da década de 1950, o grupo *Daughters of Bilitis*, direcionado às lésbicas. Nesta organização as mulheres insistiram em disputar políticas para os movimentos homossexual e feminista, para superação do sexismo, da homofobia e do machismo.

No final da década de 1960, após o aparecimento do movimento hippie e da contracultura, depois dos eventos de maio de 68 em Paris, surgiu o Gay Liberation Front, nos EUA, advogando uma postura muito mais radical e questionadora da sociedade. O grande marco simbólico internacional do movimento homossexual nesse período, que representou a ruptura com os métodos tradicionais de militância e o início do movimento LGBT moderno, foi uma batalha de três noites, travada por homossexuais, incluindo muitas travestis e prostitutas, contra as arbitrárias batidas policiais no Bar *Stonewall* de New York, em junho de 1969 (GOMES FILHO; MELO, 2014). A luta foi bastante violenta e os homossexuais, além de evidenciar uma fúria inusitada contra seus tradicionais repressores, também gritaram palavras de ordem insólitas para a época (MACRAE, 2011). Poucos meses depois o Gay Liberation Front, já mais estruturado, lançaria seu próprio jornal, chamado *Come Out*, e consagraria o dia 28 de junho como o “Dia internacional de Orgulho Gay”, segundo Reis (2007).

Segundo MacRae (2011), o exemplo de New York logo foi seguido em outras partes dos EUA, e também em outros países na Europa e começaram a surgir grupos similares, como o *Arcadie*, na França, o *Forbundet 48*, na Dinamarca, o *COC*, na Holanda etc. Esses grupos radicais que, além de adotarem táticas de luta muito mais diretas e às vezes violentas, tinham reivindicações qualitativamente diferentes. Indo muito além de uma exigência por direitos civis, desejavam uma integração à sociedade existente, preconizando a abolição das diferenças entre os papéis sexuais desempenhados pelo homem e pela mulher, juntamente com os padrões estereotipados de masculinidade e feminilidade e advogando a bissexualização da sociedade.

Na sociedade brasileira foi no final da década de 1970, em pleno contexto militar, que nasceu, o então chamado na época, “movimento homossexual” no qual preponderava uma disputa acirrada entre dois modelos de classificação da sexualidade. No modelo tradicional existia a hierarquia do sexo e sua respectiva relação com os papéis sexuais relativos aos dois sexos biológicos. Já o modelo moderno pressupõe uma lógica

igualitária e da orientação do desejo (GUIMARÃES, 2004; MACRAE, 1990; MOLINA, 2011).

No início dos anos 1980, o aparecimento da aids e a maneira como a doença foi propagada e como as políticas públicas de enfrentamento à epidemia foram estruturadas, possibilitaram maior visibilidade à homossexualidade e a forma moderna de classificação da sexualidade. Por outro lado, o tratamento inicial da aids como "peste gay" ou "câncer gay" levou à necessidade da desconstrução dos aspectos marginais da homossexualidade, com a valorização de uma boa imagem pública da mesma que possibilitasse a luta pela garantia de direitos civis (FACCHINI, 2016).

Diante da inércia dos governos e o crescimento exponencial dos casos de aids, os ativistas homossexuais, de boa parte dos países ocidentais, foram os responsáveis pelas primeiras mobilizações contra a epidemia, tanto no âmbito da assistência solidária à comunidade, quanto na formulação de demandas para o poder público (FACCHINI, 2016).

De acordo com Facchini (2016), a aids apesar de intensificar a discriminação, permitiu a visibilidade dos espaços de sociabilidade e das práticas homossexuais e dessa forma contribuiu para o lançamento dos primeiros projetos de lei a favor de direitos LGBT, reconhecendo publicamente essa população como sujeitos de direitos. Isso resulta num engrandecimento da importância das relações entre movimento social e Estado, bem como do movimento LGBT e os movimentos por direitos humanos em nível internacional, com a abertura de canais de interlocução política com os governos e com atores internacionais.

A história do movimento LGBT é caracterizada pela luta coletiva contra as categorias que foram utilizadas para agregar estigma e sofrimento à vida de sujeitos com desejos e condutas distintas da normatividade estabelecida pela sociedade para gênero e sexualidade. Uma retrospectiva evidencia que esse percurso foi permeado de conquistas para a vida dos sujeitos, que a sociedade descrita como mundo heterossexual, separava e oprimia (ANDERSON, 1991 apud FACCHINI, 2009).

4.2.2 Movimento LGBT no Brasil: falando sobre o protagonismo gay

No Brasil, no final da década de 1970 e início dos anos 1980, os movimentos sociais marcaram a história na busca pela democracia, pela cidadania plena e pelos direitos civis. Nesse contexto, surgem as primeiras organizações dos movimentos negro

contemporâneo, feminista e LGBT, predominantemente formado por homens homossexuais, construindo a sua visibilidade num contexto marcado pela ditadura militar (FACCHINI, 2009).

Durante o século XX, a categoria homossexual popularizou-se, chegando ao senso comum. A categorização desse comportamento foi marcada por conflitos tanto nas categorias locais, como nas apropriações e traduções dessas categorizações (FACCHINI, 2009).

A origem do movimento homossexual no Brasil é marcada pela afirmação de um projeto de politização da questão da homossexualidade em contraste às alternativas presentes no "gueto" e em algumas associações existentes no período anterior ao seu surgimento, que estavam voltadas exclusivamente para a "sociabilidade". Entre as primeiras alternativas de agregação política de homossexuais, destacavam-se as ações de pequenos jornais distribuídos em bares, fã-clubes de artistas e bailes de carnaval (GREEN, 2000).

O Somos foi o primeiro grupo brasileiro fundado a trabalhar a questão da homossexualidade. Inspirado no movimento argentino Nuestro Mundo da Frente de Liberación Homossexual (FLH), originou-se em São Paulo no ano 1978. Foi a primeira proposta de politização da questão da homossexualidade no Brasil, de caráter contestatório e anti-autoritário, surgido num contexto marcado pela ditadura militar e pela contracultura, além de uma intensa expressão de grupos esquerdistas e do surgimento e visibilização das versões modernas do movimento feminista e negro (MACRAE, 1990).

O fato de o grupo ter nascido de uma polarização entre a “esquerda” e a “autonomia das lutas das minorias” fez com que, posteriormente, surgisse graves conflitos internos. A ideia do grupo era discutir sexualidade a partir das vivências de seus integrantes, na tentativa de se construir uma identidade coletiva. Num primeiro momento, o Somos era composto exclusivamente por homens, e, aos poucos, foi crescendo e contou também com a participação de mulheres, que a partir de 1981 passam a compor o Grupo Lésbico Feminista (FACCHINI, 2009).

De acordo com Facchini (2009), o grupo compreendia a homossexualidade como ação indispensável para a transformação cultural, sendo capaz de modificar uma estrutura social conformada pelas minorias marginalizadas. Preocupavam-se em preservar relações horizontais respeitando a sua organização política não-hierárquica e combatendo as assimetrias entre homens e mulheres, principalmente a polarização ativo/passivo e os, então, considerados estereótipos efeminados/masculinizadas.

Outro agente importante nesse cenário foi o jornal *Lampião de Esquina*, editado por um grupo de intelectuais homossexuais e lançado em abril 1978, na cidade do Rio de Janeiro, primeira cidade a se apresentar como porta-voz do movimento. De formato tablóide e estilo irreverente e anárquico, utilizava linguagem popular do meio homossexual. O uso de termos como “bicha”, “boneca”, “veado” tinha o intuito de esvaziar seu sentido pejorativo, o que também representava um modo de pertencimento, prática também comum no grupo *Somos* (FACCHINI, 2009).

Segundo Conde (2004), inicialmente, a proposta do jornal *Lampião de Esquina* consistia em:

Tratar, de modo unificado, questões relevantes às mulheres, aos negros, aos ecologistas e aos homossexuais e, muito embora tenha publicado diversas matérias relativas ao feminismo, como aborto e estupro, bem como ao lesbianismo, fora um dos promotores do movimento lésbico durante a sua existência, o jornal manteve seu foco predominantemente em assuntos relativos à homossexualidade masculina.

O primeiro movimento gay do Brasil nasceu, em São Paulo, em 1979 e o primeiro Encontro Brasileiro de Homossexuais foi realizado em 1980, dando origem a formação de vários grupos e associações num período marcado pelo surgimento do HIV. Dessa maneira, esses grupos e associações conseguiram ganhar visibilidade por meio de políticas públicas voltadas a contenção do vírus HIV. A multiplicação dos movimentos gays declarava uma nova postura dos homossexuais e evidenciava uma nova relação entre cultura, sociedade e indivíduos (MOLINA, 2011).

Na metade dos anos 1980, ocorreu uma considerável diminuição no quantitativo de entidades, além de mudanças na distribuição geográfica dos grupos mais influentes, bem como na postura política mais geral do movimento (FACCHINI, 2009). Provavelmente, esta mudança ocorreu estimulada pela eclosão da epidemia da aids, que colocou a homossexualidade e a sexualidade como foco de atenção do debate público, associado ao novo contexto de democracia do país que exigia uma mudança de perfil para a continuidade dos grupos (OLIVEIRA, 2010). Facchini (2009) afirma que o fim da ditadura sinalizava a abertura de canais de comunicação do movimento homossexual com o Estado. Entretanto, esses canais só apareceram a partir da compreensão que a epidemia do HIV era um problema de saúde pública e não apenas de grupos de risco.

A democratização da sociedade brasileira implicou efeitos e transformações que resultaram numa nova configuração. Esse novo período é marcado pela fragilização da imprensa alternativa, com a abertura do mercado e da grande mídia. A expansão das

possibilidades de consumo voltada ao público homossexual esvaziou a empreitada de financiar um jornal de teor fortemente político, cuja realização já era considerada difícil. Em meio a discussões e diferentes posicionamentos a respeito de sua viabilização do ponto de vista comercial, o jornal *Lampião* fechou em 1981. O grupo *Somos* foi dissolvido anos depois. A mídia alternativa era importante para a manutenção dos grupos organizados, na medida em que construía uma esfera de comunicação entre as atividades dos diferentes grupos, sendo um veículo de divulgação de iniciativas e ações (OLIVEIRA, 2010).

O fim das publicações trouxe um impacto no que concerne à visibilidade desses grupos locais atuando para a sua desmobilização política, devido às dificuldades de divulgação ou propagação de suas iniciativas e ações. Os jornais, portanto, funcionavam com elemento articulador do movimento, tendo um papel fundamental naquele contexto (OLIVEIRA, 2010).

Ainda na metade da década de 1980, a centralização de grupos deixa de ser do eixo Rio de Janeiro-São Paulo e passa para o eixo Rio de Janeiro-Nordeste, devido a articulação dos ativistas João Antônio Mascarenhas - que participou do grupo de intelectuais que compôs o jornal *Lampião da Esquina* e foi o fundador do grupo *Triângulo Rosa*, e de Luiz Mott, fundador do Grupo Gay da Bahia (GGB). Suas lutas eram voltadas para a garantia dos direitos civis e contra a discriminação e a violência dirigidas aos homossexuais, mas sem deixar de se envolver com projetos de transformação social, num sentido mais amplo (FACCHINI, 2009).

Em 1990, houve ampliação do quantitativo de grupos, as organizações do movimento espalham-se por todo o país, apresentando formatos institucionais e propostas de atuação diferenciadas, contando com a expansão da rede de relações sociais do movimento e com a presença de novos atores. Depois do *Somos* de São Paulo, surgiu a seguir o *Somos* no Rio de Janeiro, o Grupo Gay na Bahia, o *Dialogay* em Sergipe, o *Atobá* e *Triângulo Rosa* no Rio de Janeiro, o Grupo Lésbico-Feminista de São Paulo, *Dignidade* em Curitiba, o Grupo Gay do Amazonas, o Grupo Lésbico da Bahia etc (ROSSI, 2010).

Nesse período, ocorreu a organização de setoriais LGBT em partidos como o Partido do Trabalhadores (PT) e o Partido Socialista dos Trabalhadores Unificados (PSTU), bem como o lançamento de candidaturas e a proposição de projetos de lei. Isso indicava que os conflitos observados no início dos anos 1980 entre ativistas e partidos estavam cessando e novas relações se estabelecendo. Já nos anos 2000, expande-se a gama de partidos que se aproximam da temática LGBT, quando evidencia-se o

reconhecimento LGBT nas políticas públicas e nos programas de governo (FACCHINI, 2009).

Em Curitiba foi criada a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT), em 1995 que foi um marco na organização e no fortalecimento destes segmentos, proporcionando um rápido crescimento no número de grupos e redes que exigiam a igualdade e a visibilidade das paradas gays como mecanismo de luta por seus direitos. E assim, a primeira Parada do Orgulho Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Transgêneros (GLBTT) aconteceu na cidade de São Paulo em 1997 (MOLINA, 2011).

Os anos 1990 também aparece como a fase de multiplicação das categorias de referência aos sujeitos políticos. Inicialmente, em 1993, ele surge descrito como movimento de gays e lésbicas (MGL). A partir de 1999 aparece como um movimento de gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros (GLBT), tendo como variante nesse processo a sigla LGBT, que reflete as hierarquizações e as estratégias de visibilização dos segmentos.

[...] a especificação de categorias como lésbicas, travestis e transexuais pode ser compreendido como escolhas, feita a partir de um leque de possibilidades – que com o incentivo da globalização e da grande circulação de informações, passam a trazer referências criadas em outros contextos culturais ou no âmbito de iniciativas de outra natureza, como a academia [...] (FACCHINI, 2005, p.81).

Os grupos de São Paulo incorporaram o termo GLBT, trazendo visibilidade ao segmento transgêneros, que se tornava bastante assíduo no movimento. Essa sigla também tinha o objetivo de tornar o movimento local afinado com o movimento internacional, com o “B” de bissexuais sendo incluído também na sigla (FACCHINI, 2005). Nacionalmente, essa tendência também foi seguida, embora o “B” só fora incorporado em 2005, no XII Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros (EBGLT). No evento também se convencionou que o “T” se refere a travestis, transexuais e transgêneros, como uma alternativa de achar uma letra que favorecesse um debate no interior do segmento de “pessoas trans”, que repetidas vezes contestava as categorias travestis e transexuais a transgêneros de forma incongruente (FACCHINI, 2009; FRANÇA, 2006; SIMÕES).

Mas a inserção de bissexuais na denominação do sujeito político do movimento não favoreceu o seu reconhecimento efetivo como participantes deste movimento, da mesma forma que a imagem negativa muitas vezes atribuída a bissexuais, dentro e fora do movimento, permaneceu inalterada. Os ativistas que se identificavam como bissexuais

para garantir o seu lugar no movimento, deveriam comprovar uma ação política organizada. Cansados dessa situação, militantes autoidentificados como bissexuais levaram ao XII EBGLT, além de uma carta aberta solicitando inserção, a proposta de composição de um coletivo nacional, em resposta às manifestações antagônicas à incorporação do segmento (FACCHINI, 2009).

No XII EBGLT foi encontrada uma solução provisória, que posteriormente foi revogada. Em 2008, o evento já se chamava Encontro Brasileiro de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. A sigla do EBLGBT acompanhou a alteração que aconteceu na metade do ano de 2008, a partir da I Conferência Nacional de Políticas Públicas para GLBT, quando, polemicamente, foi aprovado o uso da sigla LGBT para a denominação do movimento, com a prerrogativa de reconhecer a atuação e privilegiar as identidades do segmento das lésbicas, como uma forma de reparação ou de reconhecimento do processo histórico de invisibilidade pelo qual foram submetidas (FRANCO, 2009).

Dentro do próprio movimento é fácil perceber as variações na denominação do sujeito político, que sofrem variação regional e mesmo de um grupo para outro, o que dificulta achar um senso comum em relação às siglas que procuram definir esses sujeitos políticos. Para Facchini (2009), há uma variedade de estratégias de nomeação do sujeito político do movimento, com diferentes atores sociais, com siglas relacionadas ao nicho do mercado, como a GLS – gays, lésbicas e simpatizantes – ou ao Estado, cujas políticas de saúde adotam os termos HSH e MSM, para homens que fazem sexo com homens e para mulheres que fazem sexo com mulheres, respectivamente.

A sigla GLS foi pensada para denominar lugares ou iniciativas de mercado na primeira metade da década de 1990 direcionados a “gays e lésbicas”, mas que também pudesse englobar consumidores heterossexuais, chamados de “simpatizantes”. Inicialmente, a sigla sinalizava um público moderno, diferenciado, mas hoje popularizou-se, sendo muitas vezes utilizada apenas como sinônimo de algo que é gay ou direcionado a gays. “A sigla traduzia um discurso de convívio harmonioso e pluralista de diversas formas de identidade em um mesmo espaço físico ou ideológico” (FRANCO, 2009, p.65).

Os anos 1990 também representou o apogeu do engrandecimento da atitude do “orgulho gay” e do assumir-se publicamente. Esse período de agitação foi encorajado pela grande imprensa e particularmente pela mídia segmentada, que proporcionou a expansão e a diversificação do mercado GLS em grandes capitais e a reanimação do movimento homossexual (FRANÇA, 2006). Isso influenciou, ao menos nas grandes

capitais do país, espaços de consumo e sociabilidade a incorporarem, em certa medida, elementos do discurso ativista do “orgulho” e da “visibilidade”, compartilhando alguns símbolos do movimento, como é o caso da bandeira do arco-íris, evidenciando o seu encaminhamento a um público de orientação sexual estabelecida (FRANÇA, 2006). Essa mudança também favoreceu que os empresários do mercado GLS começassem a se ver e a serem vistos como articuladores de uma ação política para estimular a autoestima nas pessoas LGBT e propiciar a construção de uma “identidade positiva” (REINAUDO; BACELLAR, 2008).

Nesse contexto, o “mercado GLS” se segmenta e se propaga para distintas regiões da cidade absorvendo os espaços de sociabilidade homossexual sem diluir suas distinções internas, fixando-as em determinados lugares. O seu desenvolvimento foi permeado por relações de poder que direcionavam aqueles que não se “enquadravam” ao padrão de normalidade para as zonas marcadas por um menor prestígio social e de menor integração aos circuitos globais (FACCHINI, 2008; FRANÇA, 2009; SIMÕES; FRANÇA, 2005).

As ações de políticas públicas brasileiras introduziram em 1990, a sigla HSH no contexto das políticas de prevenção às DST/aids, com a finalidade de acabar com a associação entre práticas e identidades, que faz com que categorias como gays ou homossexuais não sejam apropriadas para denominar todos os sujeitos que poderiam ser alvo dos programas de prevenção. No entanto, para muitos ativistas, o uso dessa sigla além de não remeter a identidades, invisibiliza o sujeito político do movimento que exige tais políticas. Por isso, a utilização dessas categorias foi sendo substituída por definições como “lésbicas, bissexuais e outras MSM” e a “gays, HSH e travestis”. Uma preocupação latente entre alguns pesquisadores é que categorias trazem o risco de “dissolver a questão da não-correspondência entre desejos, práticas e identidades numa formulação que recria a categoria universal ‘homem’ com base na suposta estabilidade fundante do sexo biológico” (CARRARA; SIMÕES, 2007, p.94).

Facchini (2009b) afirma que alterar o nome do movimento, com o acréscimo de letras às siglas ou a troca na ordem das letras, por si só não invalida as assimetrias de gênero e não emerge lésbicas, travestis, transexuais ou bissexuais à condição de “iguais”. Essas letras representam disputas internas de poder e hierarquizações que, por vezes, divergem dos objetivos de promoção da igualdade dentro e fora do movimento. Embora a difusão de categorias exigisse demandas por reconhecimento de especificidades e de sujeitos que se julgavam invisibilizados ou excluídos, a própria constatação de especificidades e toda negociação política, que permitiria sua inclusão na agenda do

movimento e na sigla que o representa, eram mediadas por relações de aliança e de conflito que envolviam organizações ativistas e vários outros autores políticos.

A criação de letras e novos sujeitos pode até ter certa importância, mas é preciso ir além, evitando as armadilhas presentes na adoção de uma perspectiva essencialista, pois os sujeitos políticos não são estáveis e muito menos homogêneos, e justapõem eixos de diferenciação social na direção de uma “soma de opressões” (FACCHINI, 2009b).

4.2.3 Movimento LGBT em Pernambuco

Os primeiros grupos do movimento LGBT em Pernambuco começaram a surgir a partir da década de 1990 com a criação do Gathó, o primeiro Grupo de Atuação Homossexual, com intuito de lutar pelos direitos dos homossexuais e combater a violência sofrida pelos mesmos. O Grupo procurava tirar da invisibilidade as mortes frequentes e agressivas dos homossexuais, mas também ampliou sua luta para outros segmentos sociais vítimas de discriminação como os negros, mulheres, índios e não se isolava das questões nacionais e lutava conjuntamente com diversos grupos por seus direitos. Em 1981, realizou em Recife e Olinda o 1º Encontro de Grupos Homossexuais Organizados do Nordeste para discutir questões relacionadas a repressão policial, política, familiar, na escola, no trabalho, na legislação e nos meios de comunicação de massa (PERNAMBUCO, 2015).

Figura importante em defesa das minorias, foi o ativista solitário Baiardo Andrade Lima. Como militante político, se identificou com a luta do movimento gay, apresentou projetos no sentido de ser instituída a união civil entre os homossexuais e contribuiu para a criação no Estado de Pernambuco do Manguairão, o primeiro evento gay público conhecido. Através da sua mobilização, em 1986 aconteceu o Miss Gay Pernambuco, dando início a uma gama de lutas pelos direitos dos gays no estado (PERNAMBUCO, 2015).

As discussões e pautas políticas na cidade do Recife e no estado de Pernambuco relacionadas às políticas públicas para a população LGBT foram reiniciadas através das Organizações AMHOR e do Grupo Gay Leões do Norte, que também realizaram as primeiras Paradas da Diversidade no estado. Dessa forma, conseguiram, organizadamente, pressionar o poder público executor e avançar nas discussões dos Direitos Humanos Igualitários, no combate à homofobia social e institucionalizada, à

segregação dos grupos antigays, e fazendo total diferença nestas conquistas no que concerne à cidadania LGBT no Estado (PERNAMBUCO, 2015).

Pernambuco é o segundo estado com maior número de homicídios por homofobia do Brasil, registrando 28 assassinatos em 2012, porém ocupando o 21º lugar entre os 27 estados nacionais em número de denúncias de violações aos direitos da população LGBT. Questões como o respeito ao uso do nome social das travestis e transexuais nos serviços públicos de saúde e a utilização de leitos femininos pelas pessoas trans são demandas do movimento social no estado (PERNAMBUCO, 2015).

Em 2013, segundo o documento *Assassinato de Homossexuais (LGBT) no Brasil*, organizado pelo GGB, 312 LGBT foram assassinados e Pernambuco ocupou o topo no ranking dos estados brasileiros mais violentos com 34 mortes (10,8%). Por fim, em 2014 segundo essa mesma ONG foram contabilizados 326 crimes violentos letais intencionais contra LGBT no Brasil, sendo 24 (7,3%) deles ocorridos em Pernambuco (GGB, 2015).

Segundo dados da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos de Pernambuco, a transfobia institucional – definida como aversão ou discriminação contra pessoas transexuais, transgêneros ou travestis, que acontece dentro das instituições e é negligenciada, emplaca o primeiro lugar, com 27%, em relação às outras violações de direitos vivenciadas pelas travestis e transexuais (BRASIL, 2015). A falta de serviços de saúde específicos para população LGBT é uma das lacunas existentes, contribuindo para o aumento da violação de direitos do segmento no estado. Garantir a integralidade no acesso, atendimento e acolhimento às pessoas LGBT nos serviços de saúde, como preconiza a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais representa um grande desafio atualmente para a implantação e implementação da Política em Pernambuco (PERNAMBUCO, 2015).

A organização do Movimento LGBT em Pernambuco conseguiu articular-se na busca de melhores políticas públicas e no combate a violações de direitos ao seguimento. Assim, com o fortalecimento das organizações da sociedade civil e com a necessidade de trabalharem coletivamente foi criado, em 2014, o Fórum de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais de Pernambuco. Esse Fórum reúne a sociedade civil organizada que atuam no campo dos direitos humanos para a população LGBT e ativistas independentes, sem distinção de orientação sexual, gênero, identidade de gênero, religião, classe, ideologia, étnico-racial, faixa etária e/ou partidária. Sua atuação visa uma articulação política contra o preconceito e atuar na defesa dos direitos humano e civis desta população (PERNAMBUCO, 2015).

Ainda que sua fundação seja datada de 2014, os/as integrantes que o compõem são, em geral, pessoas com experiência prévia em outros movimentos sociais (sindicalistas, político-partidários, estudantil, saúde pública etc.) e atuam politicamente no campo dos direitos sexuais há muito tempo, configurando-se como rede a partir da organização da Parada da Diversidade de Pernambuco, que teve início em Recife em 2002 (MEDRADO; CARNEIRO, 2017). O Fórum, atualmente, é composto por grupos e organizações do estado como o Grupo Articulação e Movimento Homossexual do Recife e Região Metropolitana (AMHOR); o Grupo Gay Leões do Norte; a ONG Gestos – Soropositividade, Comunicação e Gênero; o Projeto Abraços; o grupo Articulação e Movimento para Travestis e Transexuais – Amotrans; a Associação Pernambucana das Profissionais do Sexo (APPS); a Organização Homossexual do Cabo de Santo Agostinho (OHCA); o Instituto Papai; o Núcleo de Pesquisa Gênero e Masculinidade da UFPE (GEMA/UFPE); LUAS; Diversa; RUA; o Sindicato dos Trabalhadores na Educação de Pernambuco (SINTEPE) e seu Coletivo LGBT, entre outras.

No que diz respeito à saúde e aos direitos humanos da população LGBT nos últimos anos, Pernambuco conquistou o Decreto/PE Nº 35.051/2010, onde fica assegurado aos servidores públicos, no âmbito da administração pública estadual direta, autárquica e fundacional, o uso do nome social adotado por travestis e transexuais; o Credenciamento/Habilitação do Hospital das Clínicas como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transsexualizador, através da Portaria Nº 1.055/2014, e, finalmente, foi instituída a Política Estadual de Saúde LGBT, em 04 de julho de 2015 (PERNAMBUCO, 2015).

4.2.4 O feminismo interseccionado pela sexualidade e pelo gênero: o reconhecimento das lésbicas e bissexuais

O movimento feminista é um movimento sociocultural, que luta por justiça e equidade nas relações entre homens e mulheres e, sobretudo, luta para garantir os direitos humanos. Tem como pressuposto ético-político denunciar um conjunto de suposições que a sociedade definiu como “natural, que engendram práticas opressivas e discriminatórias, causando sofrimento para as pessoas que fogem do padrão de “normalidade” estabelecido” (LISBOA, 2010, p. 69). Os estudos feministas propõem, ainda, desconstruir os papéis impostos a homens e mulheres pela sociedade, com base na tese de que a diferença sexual é o principal fundamento da subordinação feminina.

O pensamento feminista, portanto, tende a ser um conjunto de diferentes correntes teóricas, com múltiplas concepções e pontos de vista; caracteriza-se por ser uma prática política e cultural que busca mudar as estruturas desiguais de poder na sociedade, que luta contra inimigos comuns, como o patriarcado, o sexismo, a exploração, a discriminação, a homofobia e outros (LISBOA, 2010).

A teórica Adrienne Rich (1981 apud TAVARES, 2011) afirma que a heterossexualidade é uma construção social, imposta às mulheres como algo natural, através de vários constrangimentos de ordem econômica, social, política e ideológica, que asseguravam a apropriação das mulheres pelos homens e, por isso, o lesbianismo seria uma forma de resistência à “apropriação masculina”.

Já a autora Emmanuèle de Lesseps (1980 apud TAVARES, 2011) afirma que o lesbianismo não é a única forma de resistência à dominação masculina e que a heterossexualidade não significa necessariamente uma submissão a um sistema patriarcal, por isso que o feminismo constituía uma resposta às relações hierárquicas entre os sexos.

Segundo afirma a teórica Monique Wittig (2001), a lésbica não é uma mulher, porque ser mulher é estar inserida no domínio heterossexista. Uma lésbica não é uma mulher econômica, política ou ideologicamente, pois o que faz uma mulher é a sua construção em relação aos homens, relação de subserviência que implica uma obrigação pessoal e física, e também econômica. Para ela existe uma relação real e complexa entre feminismo e lesbianismo, já que o primeiro inclui o segundo enquanto fenômeno teórico e prático. No campo teórico há uma interrogação mútua na forma como eles articulam suas posições, e no aspecto político não haveria lesbianismo sem o feminismo (WITTIG, 2001).

A partir dos anos 1960 se iniciou, de fato, a concretização do projeto feminista com uma crescente difusão em toda parte do mundo, registrando-se uma presença mais forte nos EUA e em grande parte da Europa. Nos EUA, as feministas heterossexuais tinham receio de que o movimento perdesse a sua credibilidade política por causa de uma forte presença das lésbicas. Na França, a presença de lésbicas no movimento feminista não causou problemas, inicialmente, mas a criação de um grupo político lésbico, por parte de algumas lésbicas, gerou alguns confrontos políticos dentro do movimento (TAVARES, 2011).

No início desse movimento, a pesquisadora Betty Friedan ganhou destaque como uma das primeiras lideranças do movimento feminista defendendo as relações de igualdade de poder entre homens e mulheres, respeitando-se as diferenças. Como

também, se destacaram as teorias da antropóloga americana Margareth Mead, ao defender o peso da cultura na determinação dos papéis de gênero e das condutas e comportamentos entre homens e mulheres (LIMA, 2007). Nesse sentido, afirma Scott (1991, p. 4) que “o gênero [...] é uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres”.

Grossi (1998) refere que os estudos de gênero são uma das consequências das lutas libertárias dos anos 1960, mais particularmente dos movimentos sociais de 1968. Entre esses movimentos estão as revoltas estudantis de maio em Paris, a primavera de Praga na Tchecoslováquia, os black panthers, o movimento hippie, as lutas contra a guerra do Vietnã nos EUA e contra a ditadura militar no Brasil, que pleiteavam uma vida melhor, mais justa e igualitária. No ensejo destes movimentos surge a problemática de gênero, proveniente do papel secundário que as mulheres ocupavam nesses movimentos (GROSSI, 1998).

O conceito de gênero originou-se através das pesquisadoras norte-americanas que passaram a usar a categoria "gender" para falar das "origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres". Não existe uma determinação natural dos comportamentos de homens e de mulheres, apesar das inúmeras regras sociais moldadas numa suposta determinação biológica diferencial dos sexos, mas sim uma formulação ideológica para justificar os comportamentos sociais de homens e mulheres em determinada sociedade (MIRANDA, 2008; GROSSI, 2012).

Ainda de acordo com Grossi (1998), gênero é uma categoria usada para pensar as relações sociais que envolvem homens e mulheres, relações historicamente determinadas e expressas pelos diferentes discursos sociais sobre a diferença sexual, ou seja, enquanto categoria social e construção social, o gênero refere-se aos papéis construídos no Ocidente desde o final da Idade Média e veiculados por uma sociedade, que regem comportamentos predeterminados como sendo apropriados e característicos de homens e de mulheres.

O gênero é um aparato de construção cultural que estabelece o binarismo dos sexos, uma produção discursiva, cujo efeito é a produção do sexo, da diferença sexual, como uma categoria natural, pré-discursiva. É o gênero que assegura a estabilidade interna e a estrutura binária do sexo, por estar submetido a um conjunto de regulações sociais, que cria correlações necessárias entre sexo, gênero, prazeres e desejo (BUTLER, 2003). Ele é um saber que atravessa todas as relações que se constituem nas sociedades “generificadas”, organizando as relações de poder a partir dos significados que cada sociedade atribui à diferença sexual e produzindo desigualdades, que se expressarão em

todas dimensões da existência humana, inclusive nos modos de adoecer e morrer (REIS; PINHO, 2016). É mais do que uma maneira pela qual as pessoas se relacionam, mas sim como olham e compreendem a realidade (UMBEHAUM, 2005).

O conceito de gênero aplicado ao feminismo possibilitou a desconstrução da crença de que há um modelo universal de mulher, abrindo a possibilidade para a construção das identidades de gênero (BENTO, 2006). A partir das novas ideias e comportamentos trazidos com o movimento feminista, a percepção sobre quem são as mulheres se ampliou, deixou de apenas se remeter à mulher branca, abastada, casada com filhos, e passou a acatar a humanidade e a feminilidade de mulheres outrora invisíveis: negras, indígenas, pobres, com necessidades especiais, idosas, lésbicas, bissexuais, solteiras, e mesmo as transexuais (JESUS, 2013).

Os anos 60 constituem um período de grande questionamento da sexualidade: a pílula anticoncepcional passa a ser comercializada, a virgindade enquanto valor essencial das mulheres para o casamento começa a ser amplamente questionada, e se começa a pensar que o sexo poderia ser fonte de prazer e não apenas destinado à reprodução da espécie humana. Entre os inúmeros movimentos sociais que despontam neste período, o movimento feminista, no qual muitas lésbicas se integraram, buscava questionar as relações afetivo-sexuais no âmbito das relações íntimas do espaço privado, de acordo com Grossi (1998).

O movimento feminista incorporou em seu discurso político a perspectiva que tomava o gênero como razão explicativa da desigualdade. O movimento lutava para que se desse fim às discriminações e opressões específicas no trato sexual, político, trabalhista e social. Argumentava que tais desigualdades derivam não da biologia e sim da simbolização que se faz dela. Isto permitiu uma intervenção que rompia com o determinismo biológico e minava as noções tradicionais (SCOTT, 1992).

Dentro do movimento feminista a base comum de referência teórica era combater um sistema patriarcal para exterminar a opressão vivenciada pelas mulheres. Com isso, a questão lésbica não era colocada à tona, em termos de reivindicações de direitos dentro do movimento. Essa insatisfação por parte das lésbicas levava a uma situação histórica favorável à autonomia de um movimento lésbico, que tinha vontade política de existir e de construir a sua própria identidade (TAVARES, 2011).

De acordo com Borillo (2009, p.23) “a lésbica sofre uma violência particular advinda de um duplo menosprezo, pelo fato de ser mulher e pelo de ser homossexual”. Na sequência, o autor aponta o contexto de invisibilidade e silenciamento das

lesbianidades, advindos de sua feminilidade. Essa indiferença sinaliza um menosprezo advindo de um sexismo, que coloca a sexualidade da mulher como objeto do desejo do homem, de forma a ser impensável qualquer tipo de relação sexual ou afetiva entre mulheres.

A lesbianidade como movimento social aparece em finais dos anos de 1960, no mundo ocidental e em muitas metrópoles do sul do Brasil. Nasce em uma atmosfera de prosperidade econômica e de profundas mudanças sociais e políticas que incluem tanto o desenvolvimento da sociedade de consumo, como a descolonização e um auge das mais variadas perspectivas revolucionárias. O movimento lésbico se desenvolve em estreita vinculação ideológica e organizativa com outros dois movimentos muito fortes: por um lado, com o movimento feminista e por outro, com o movimento homossexual (FALQUET, 2014).

No Brasil, na década de 1980, no contexto do Grupo Somos, começam as primeiras discussões sobre as questões específicas envolvendo a homossexualidade feminina, com a formação de um subgrupo de mulheres, que depois se consolida de forma autônoma. Contudo, a questão de gênero sempre foi um problema dentro do Movimento Homossexual e as lésbicas não tiveram potência para modificar as relações de poder no interior do próprio movimento. Essa foi a época da ascensão do feminismo e este subgrupo reconhecendo-se com o feminismo, se autoidentifica como lésbico-feminista (NASCIMENTO; SOUSA, 2012). Entretanto, findando os anos de 1980, o grupo acaba perdendo força com a saída de algumas integrantes e sobrevive até meados de 1981, quando é formalmente substituído pelo Grupo Ação Lésbica Feminista (GALF). Esse grupo subsistiu por toda a década de 1980, quando passa a vez à Rede de Informação “Um Outro Olhar”, formalmente constituída em abril de 1990. Essas distintas denominações e substituições correspondem a alterações não só nos coletivos que compunham esses grupos, como nas influências ideológicas que os nortearam (MARTINHO, 2006).

Martinho (2006), advoga que com o declínio do Movimento Homossexual a partir de 1981, devido a conflitos internos, as lésbicas migram, por falta de opção inclusive, para o Movimento Feminista, que vai absorver individualmente as militantes do Lésbico-feminista, bem como de outros grupos lésbicos que existiam naquele momento, ao mesmo tempo em que despolitiza a questão lésbica. Ainda que liberada a participação através de palestra ou oficina lésbica em seus encontros ou mesmo dando apoio eventual a manifestações lésbicas, as liberalidades sempre foram seguidas da censura de que a questão de gênero deveria se sobrepor e não havia espaço para grupos lésbicos específicos

(MARTINHO, 2006). Assim, segundo a mesma autora, durante toda as décadas de 1980 e de 1990, a política do Movimento Feminista para lésbicas favoreceu a invisibilidade dessa categoria, visto que as feministas homossexuais prevaleciam dentro do Movimento, e por isso simplesmente reprimiam a questão lésbica ou combatiam abertamente todas as tentativas de politização do assunto. De acordo com Soares e Sardenberg (2011, p.3):

O feminismo resistiu a incorporar as questões das mulheres lésbicas em sua produção teórica e agenda política. Boa parte do movimento se deixou intimidar pela pressão social da conjuntura da época que exigiu ao feminismo o silêncio sobre a lesbianidade e sua invisibilização para que pudesse ser, minimamente, respeitado pela esquerda brasileira, pela intelectualidade acadêmica, pela Teologia da Libertação, pela mídia, pela sociedade em geral no momento pós-ditadura no Brasil.

Após frustradas tentativas de reverter a situação e de outras tantas contradições do feminismo, o Grupo Ação Lésbica Feminista quebra o vínculo com o Movimento Feminista em 1988. Assim, deixava um espaço que fora preenchido por feministas homossexuais que, ao contrário da maioria, acreditavam que o Movimento tinha condições de assumir politicamente a questão lésbica, embora permanecessem com a ideia de que seu campo de atuação deveria ser somente o próprio movimento. A invisibilidade lésbica fez parte do movimento feminista até 2002 quando a questão lésbica fora assumida na Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras, no entanto de forma indireta, escondendo-se atrás do apoio à causa de gays, lésbicas e travestis, e não como apoio a causa das mulheres lésbicas (MARTINHO, 2006). Isso reflete, possivelmente, uma sociedade machista, que acusava as feministas de reivindicarem igualdade para as mulheres, simplesmente porque elas não se interessavam por homens, e assim eram chamadas de “sapatões”. A forma que encontraram de se manterem distantes desse estigma foi fechar os olhos para as acusações e para a questão lésbica. O nível dessa invisibilidade lésbica dentro do Movimento Feminista variava conforme a capacidade delas aceitarem ou não essa situação (MARTINHO, 2006).

O renascimento do Movimento Homossexual, logo no começo dos anos de 1990, chega com um potencial reformista e mais androcêntrico do que a geração anterior, com suas ações voltadas para as questões dos gays. Era preciso tornar evidente a questão das mulheres homossexuais e a primeira ação para efetivar essa questão foi acrescentar a palavra lésbica no título do VII encontro do movimento. No entanto, foi necessário consultas nacionais, abaixo-assinados e troca de desaforos entre as ativistas lésbicas e grupos gays mais tradicionalistas, que viam na mudança de nome uma ameaça à unidade

do movimento. Mas a alteração foi concretizada e, no próprio encontro, aconteceu outra alteração que resultou na denominação Encontro Brasileiro de Gays e Lésbicas (MARTINHO, 2006).

Em 1995, acontece a 17ª Conferência da Associação Gay e Lésbica Internacional (ILGA), no Rio de Janeiro, contexto que foi favorável para a Marcha pela Cidadania Plena de Lésbicas e Gays, primeira manifestação de rua realizada no Brasil desde 1981, e para o surgimento de novos grupos, como o Coletivo de Lésbicas do Rio de Janeiro (COLERJ), formado por mulheres experientes tanto no movimento feminista quanto no movimento negro. Esse Coletivo que passa a coordenar a ILGA, retoma uma proposta antiga de formar novos grupos lésbicos em nível nacional e organiza em 1996 o primeiro seminário nacional de lésbicas (SENALE), com financiamento governamental, lançando, em seu contexto, a ideia do dia 29 de agosto como dia nacional da visibilidade lésbica. A partir desses seminários a organização dos grupos lésbicos no país começa a ganhar impulso (FACCHINI, 2016).

O SENALE tinha como proposta mais ampla a construção de uma sociedade com igualdade de direitos e respeito às diferenças e a discussão de questões relativas às especificidades do segmento lésbico, muitas vezes não devidamente aprofundado internamente pelo movimento de mulheres (OLIVEIRA, 2015).

O movimento lésbico constitui-se em um processo dinâmico e em constante fazer-se, enfrentando diversos desafios, tanto de nuances de ordens subjetivas, como na perspectiva política e social, ao tratar de questões emergenciais, que perpassa por uma série de fatores, que envolvem a invisibilidade do homoerotismo feminino; a invisibilidade da própria sexualidade feminina; machismo; misoginia; e o grau de preconceito em relação a homossexualidade (BARBOSA; FACCHINI, 2006).

A luta contra a aids contribuiu para reforçar a organização das lésbicas, mas sobretudo muitas vezes as induziu a se aproximar novamente do movimento homossexual misto, no qual muitas vezes desaparece sua problemática própria. Todos os conflitos de interesse dentro do próprio Movimento Homossexual acabaram contribuindo para manutenção da invisibilidade política das lésbicas e mulheres bissexuais, refletindo também nas ações de prevenção da aids, já que inicialmente foram excluídas como grupo com prática de risco (BRASIL, 2013).

A luta pela desnaturalização da posição de mulher é um dos pilares das lutas do movimento feminista, assim como uma das pautas de luta do movimento LGBT, que historicamente questionam as normas que são legitimadas pelo Estado como, por

exemplo, as relações de poder, parentesco e reprodução (TEIXEIRA, 2009). Os movimentos de mulheres transexuais – e das travestis, integrantes de uma parcela numerosa e historicamente mais visível da população trans – têm na aproximação com o pensamento feminista um referencial teórico e prático poderoso para resistirem e construir suas próprias forças quando confrontadas, no cotidiano, com vivências de opressão impostas pela dominação masculina (JESUS; ALVES, 2010).

Nos EUA, desde os anos 90 as mulheres transexuais reivindicavam o ingresso nos coletivos feministas e lésbico-feminista. No Brasil, essa solicitação aconteceu em 2006, durante o VI SENALE, no qual representantes do Coletivo Nacional de Transexuais foram convidadas a integrar apenas uma das mesas de discussões, cuja temática seria a interface do movimento de mulheres lésbicas com outros movimentos, quando, na verdade, as representantes desse Coletivo desejavam participar da totalidade do evento, o que foi negado (TEIXEIRA, 2009).

Provavelmente, essa recusa se deu em função da dificuldade que os coletivos lésbico-feminista e feminista tinham em reconhecer as mulheres transexuais como mulheres, a medida que para muitas integrantes do Coletivo Nacional de Transexuais, o reconhecimento de sua posição de mulher estava atrelado à presença da vagina, indo na contramão do que defendiam o movimento lésbico e feminista (TEIXEIRA, 2009). Assim, para os movimentos feministas, reconhecidos como um movimento identitário, ficou o desafio de novas ideias e comportamentos que favorecessem a ampliação da percepção sobre quem são as mulheres.

4.2.5 Movimento Político das Travestis e Transexuais

Travestis e transexuais são categorias identitárias através das quais certos coletivos se identificam no campo político, apesar de não existir uma definição real do que seja uma ou outra, que seja concebível tanto no campo político quanto no científico. De acordo com o coletivo de participantes do Encontro Nacional de Travestis e Liberados (ENTLAIDS), no Rio de Janeiro em 2009, o conceito “travestis” é definido como: “uma construção de gênero feminino, oposta ao sexo biológico, seguido de uma construção física de caráter permanente, que se identifica na vida social, familiar, cultural e interpessoal, através dessa identidade”. No cotidiano dessas categorias identitárias, a utilização do termo é bastante variada, sendo que uma mesma pessoa, a depender do contexto, pode se identificar como travesti, ou como trans (CARVALHO, 2015). Ainda que atualmente

prevaleça um relativo consenso político no uso da noção de “pessoas trans” como um dispositivo aglutinador das identidades travesti e trans (CARVALHO, 2011, 2015) parece sempre adotar trans para se referir às mulheres trans, mesmo após a crescente visibilidade dos homens trans (AVILA, 2014; TEIXEIRA, 2009).

Do ponto de vista da organização no movimento social, as mulheres transexuais emergem como sujeitos políticos depois de 1997, quando o Conselho Federal de Medicina deixa de considerar as mudanças corporais demandadas por esses sujeitos como mutilação” (FACCHINNI, 2009). Quase uma década depois, começam a aparecer organizações políticas específicas de transexuais. No início de 2005, foi fundada a União Brasileira de Transexuais (UBT), no decorrer do I Congresso da ABGLT. Já no final desse mesmo ano, durante o XXII EBGLT foi organizado em Brasília, o I Encontro Nacional de Transexuais, que favorece a criação do Coletivo Nacional de Transexuais (CNT), sob um caloroso discurso de "protagonismo político" (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

A história revela que predominam dois modelos na construção de organizações das pessoas trans no Brasil. Algumas advêm da auto-organização de travestis, para combater à violência policial nos locais de prostituição, enquanto outras estão atreladas a ação de ONGs vinculadas ao movimento homossexual ou ao movimento de luta contra a aids, para as travestis que trabalhavam na prostituição. Assim, o binômio violência policial/aids foi a pedra fundamental para a instituição do movimento que, aos poucos, passou a agregar outras bandeiras de luta (CARVALHO, 2015).

Até o início dos anos 1990, as travestis não estavam formalmente incluídas no ainda chamado Movimento Homossexual Brasileiro (MHB). Sua inserção só foi possível a partir de uma participação de ação coletiva mais efetiva, principalmente contra o aumento dos casos de violência e as consequências do impacto da epidemia da aids nesse segmento, que é considerado a ponta mais visível e exposta da comunidade LGBT (BOMFIM, 2009).

A Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro (ASTRAL), criada em 1992, em resposta à violência policial, foi uma das primeiras organizações verdadeiramente ativista. Ela contou com o apoio de um projeto de prevenção das DST e aids chamado “Saúde na Prostituição” vinculado ao Instituto ISER - uma das primeiras organizações a trabalhar com o enfrentamento da epidemia da aids. O primeiro projeto desenvolvido por esse Instituto consistia em sensibilizar distintas matrizes religiosas para a relevância do tema (CARVALHO, 2015). A formação de uma associação de travestis

foi o primeiro passo para mais adiante se definir uma identidade “travesti” (CARVALHO; CARRARA, 2013) e agregar evidências a pesquisas e políticas que passaram a demonstrar que as travestis são as maiores vítimas de homofobia e de violência (RAMOS, 2005; SOARES, 2000).

A ASTRAL contribuiu para a redução de discriminações e preconceitos ao se manifestar contra prisões arbitrárias de travestis, inclusive repercutindo na mídia. O reflexo do sucesso de suas primeiras ações foi o carro chefe para o primeiro Encontro Nacional de Travestis e Liberados, que viria a se chamar ENTLAIDS, sob o slogan “Cidadania não tem roupa certa”, no Rio de Janeiro em 1993. A presença de 95 participantes de cinco estados incentivou o surgimento de outras organizações, como o Grupo Esperança em Curitiba (1994), o grupo Filadélfia em Santos (1995), a Associação das Travestis de Salvador (ATRAS) em 1995, o grupo Igualdade, em Porto Alegre e a Associação das Travestis na Luta pela Cidadania (Unidas), em Aracajú, ambos em 1999. Nesse encontro, e nesse período, não havia referência a homens trans, nem se falava neste conceito (JOVANNA BABY in CARRIJO, 2012).

O evento, de acordo com os referidos relatos e documentos que compuseram esse grupo, foi enorme sucesso e marco fundamental para as posteriores vitórias e acontecimentos, que consolidaram, através deste evento, um coletivo forte e resistente, que, até na atualidade, vem avançando nas conquistas e posicionamentos frente ao contexto político, cultural e social no Brasil. A partir deste momento, sucessivos encontros foram realizados encadeando ações e eventos no país, que resultaram na criação, fortalecimento e projeção de várias organizações específicas de coletivos travestis e transexuais (SALES, 2018).

O ENTLAIDS é uma importante estratégia e o maior evento político com abrangência nacional realizado pelo movimento social majoritariamente composto por travestis e mulheres transexuais em parceria com o governo. Seus encontros buscam responder à necessidade de enfrentar a epidemia de aids e, sobretudo, fortalecer a militância e a formação de uma consciência política capaz de fazer frente ao estigma e a exclusão social (PERES, 2006).

Os encontros aconteciam anualmente até o ano 2000 passando por cidades, principalmente no eixo sudeste, com média de 150 a 200 participantes por evento. No interim temporal de 1993 a 1997, surgem a Rede Nacional de Travestis (RENATA) e a Rede Nacional de Travestis e Liberados (RENTRAL), na premissa de articular a criação

de algumas instituições, para além do Rio de Janeiro e agregar as demandas e diálogos numa rede específica de pessoas travestis e transexuais (SALES, 2018).

O ENTLAIDS do ano 2000 foi muito peculiar e importante, pois várias deliberações foram fortemente marcadas, empoderando mais intensamente as pessoas que estavam à frente da articulação da rede, dos eventos e auxiliando na criação de muitas instituições pelo Brasil. Uma dessas decisões foi o reconhecimento da rede ANTRA, daquele momento até então, Articulação Nacional de Travestis e Transexuais, como a instituição que representaria suas afiliadas em todo o território brasileiro e concordando em assumir para si a trajetória percorrida pelas redes em processo RENATA e RENTRAL, ambas sem precedentes jurídicos oficializados (SALES, 2018).

De acordo com Adriana Sales (2018), a ANTRA, composta hoje por 116 instituições filiadas, é a mais antiga rede de pessoas travestis e transexuais que se tem registro no Brasil, e vem avançando no seu papel de controle social e, bem mais que isso, propondo e dialogando para visibilidade positiva de direitos para essas pessoas. ANTRA consagrou muitas conquistas que foram desenhando os cenários deste movimento organizado, sempre tendo os ENTLAIDS como referência para divulgação, ampliação, movimentação e aprovação de todas as pautas levantadas pelo coletivo. A partir dos ENTLAIDS foi lançada uma campanha a nível nacional de várias ações que trouxeram necessidades reais de escolarização para as pessoas travestis e transexuais, bem como várias articulações nos estados para discutir o respeito e uso dos nomes sociais dessa população em todos os órgãos públicos e privados (SALES, 2018).

A partir de 2003 no ENTLAIDS iniciou-se um grande projeto desenvolvido pela ANTRA, em parceria com a associação PATFHINDER do Brasil, apoiados pelo Departamento de DST/aids do Ministério da Saúde, intitulado projeto “TULIPA”, que desenvolveu nas cinco regiões do país uma rede de formações, ações e intervenções para a prevenção e combate às DST, à aids e na premissa de formação de novas lideranças para esta empreitada. O encontro do ano 2009 é marcado pelo respeito do uso no nome social nos ambientes escolares e pela participação histórica e organizada dos homens trans, mas a participação efetiva deles só começou a partir do ENTLAIDS de 2011 (SALES, 2018).

Desta maneira os Encontros foram cada vez mais intensos e redimensionados para outros olhares, para além da aids, disparando várias pautas, campanhas e trabalhos que envolviam as pessoas trans nos contextos políticos e sociais em todo país. As reivindicações propostas nos ENTLAIDS relacionam-se com os macros determinantes de

saúde e doença, e neste sentido o tema “aids” proporcionou ao movimento de pessoas trans uma oportunidade de organização e fortalecimento da sua militância política (KRAICZYK, 2014).

Entretanto, conforme descrito pelos pesquisadores Teixeira (2009), Peres e Toledo (2013), apesar do objetivo central dos ENTLAIDS ser a aids, que se destaca já no nome do evento, desde sua primeira edição os debates concentram-se em torno da insuficiência na garantia dos direitos humanos, onde o tema “aids” é apenas coadjuvante, uma entre tantas outras consequências das iniquidades e injustiças sociais.

A exemplo dessa luta podemos citar a Primeira Marcha pela cidadania plena de Gays, Lésbicas e Travestis, ocorrida em 1995, após a 17ª Convenção Mundial da ILGA, onde o movimento clamava por visibilidade e o fim da violência com a criminalização da homofobia. Além da importância política, a Conferência da Ilga mudou a apresentação pública do movimento LGBT no Brasil e seu relacionamento com a mídia (CÂMARA, 2015).

Conforme Kraiczky (2014), grande parte dos textos sobre as travestis apontam patologização e inferiorização das suas práticas e vivências, desconsiderando que ser travesti não é apenas vestir roupas do sexo oposto e que as alterações em seus corpos são permanentes e dão sentido a sua existência, mesmo sem sentirem necessidade de realizar a mudança da genitália para “solucionar” um suposto transtorno de identidade. Ainda de acordo com essa autora, a diversidade sexual é um dos marcadores que compõe o universo das travestis, cujo estigma é composto por um grupo de fatores que vão além da “diversidade sexual”, uma vez que o preconceito associado ao binarismo de gênero e ao trabalho sexual, por exemplo, constituem-se em fatores determinantes para os contextos de vulnerabilidades relacionados ao HIV/aids, a violência e a discriminação para este grupo, que na maioria das vezes também é compartilhada por mulheres transexuais (KRAICZYK, 2014).

A transfobia se fundamenta justamente na incompreensão sobre o que venha a ser identidade de gênero e sobre a significação vivencial da transexualidade e travestilidade, que se revela por discursos e atitudes de hostilidade, violência física, psicológica, moral e, por vezes, o assassinato contra pessoas transexuais e travestis, tenham estas se submetido ou não à cirurgia de transgenitalização (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2013). Dados da Fundação Perseu Abramo (2008) apontam que a população brasileira reconhece a existência de forte preconceito contra travestis (93%) e transexuais (91%). Além disso, pesquisa do Grupo Gay da Bahia divulgada em seu

Relatório Anual de Assassinatos a Homossexuais mostrou que, em 2011, o Brasil ficou na primeira posição do ranking mundial de assassinatos homofóbicos/lesbofóbicos/transfóbicos, concentrando 44% do total de execuções de todo o mundo (BRASIL, 2013).

Além da orientação sexual, este grupo carrega questões de identidade de gênero que o expõe mais ao estigma e preconceito. O estigma é caracterizado como um traço que fará com que o indivíduo deixe de ser uma “criatura comum e total”, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída (GOFFMAN, 2008), pois justamente ao transgredirem suas determinações biológicas e sua socialização de gênero, desestabilizam a matriz binária de gênero (KRAICZYK, 2014). É preciso minar o sistema normativo binário baseado nesse dimorfismo sexual, a partir do reconhecimento do caráter incerto e mutável das identidades (TEIXEIRA, 2012), que explicita a fluidez e a transitoriedade das normas de gênero (LEITE Jr., 2011).

Assim, a travestilidade emerge como manifestações desafiadoras que ainda colocam muitas pessoas em desconforto e todas as suas transformações corporais, como a ingestão de hormônios e a aplicação de silicone, podem ser consideradas como práticas depreciadas, estigmatizadas no contexto social mais amplo, não por ser inerente ao atributo, mas fruto de uma interação que o qualifica como tal (CARVALHO, 2011).

Essas transformações do corpo e da estética da travesti envolvem elementos heterogêneos, que interferem no direito de acesso a bens e serviços de qualidade. Um dos aspectos fundamentais dos processos de transformação experimentados pelas travestis é a sua condição socioeconômica e cultural que, muitas vezes contribui para transformá-las em alvo da violência estrutural. Diversos autores têm demonstrado que no Brasil o termo travesti está estreitamente relacionado a grupos sociais com baixo poder econômico, e ainda que nem todas as travestis brasileiras encontrem-se situadas nesta categoria, o grupo é frequentemente associado à pobreza e miserabilidade (BARBOSA, 2010; LEITE Jr., 2008; TEIXEIRA, 2009).

As consequências dessa ausência de mínimas condições socioeconômicas variam da estigmatização tão somente, à discriminação, exclusão, violência e morte. Por exemplo, diante da falta de condições econômicas adequadas que permitam moldar seu corpo com próteses de silicones e incisões cirúrgicas, muitas delas se submetem a um processo alternativo de “escultura” corporal, realizado por outra pessoa chamada de

“²bombadeira”, muitas vezes sem nenhuma assepsia, submetendo-se a riscos de infecções ou até de morte súbita (CARVALHO, 2011).

Já com as mulheres transexuais, diferentemente das travestis, é atribuído uma espécie de “alma feminina” ou a noção de que “nasceram num corpo errado”, portanto, o desejo pela intervenção médica é apresentado como solução para o dito transtorno, daí que suas demandas são consideradas legítimas (KRAICZYK, 2014). Apresentam um domínio de uma linguagem médico-psicológica refinada, apoiando-se em escritos científicos para explicar e demonstrar seu modo de ser, evidenciando as diferenças entre sua condição e a das travestis. Por meio de argumentos e razões fundamentadas nas noções de patologia e desvio, crêem-se doentes e deduzem que o tratamento e a cirurgia podem ser o instrumento de correção ou de ajustamento de seu corpo à sua personalidade (BENEDETTI, 2005). Submeter-se à intervenção médica que viabiliza a redesignação sexual aparece como um desejo inerente a quase todos os indivíduos que vivenciam essa condição e se impõe como necessidade única, natural e universal. Nesse sentido, comparece a visão de que a transexualidade é um distúrbio, um transtorno mental que tem como tratamento normalizador o processo transexualizador.

Diante disso, travestis e mulheres transexuais enfrentam barreiras e paradoxos com relação ao espectro das feminilidades, por serem muitas vezes acusadas por setores do movimento feminista de uma caricatura ofensiva do feminino, seja na imagem da “puta” com corpo mercantilizado, seja na imagem da recatada mulher doméstica e submissa. Parece que ao se romper com a anatomia sexual esperada, coloca-se em constante questionamento a verdade da identidade de gênero. Elas, travestis e mulheres transexuais, devem constantemente provar a sua feminilidade, havendo pouco espaço para ousar na resignificação ou ampliação da feminilidade (CARVALHO, 2011).

Essas barreiras vão além das fronteiras quando a “diferença” expressa nos modos de vida das pessoas trans são caracterizadas em nossa sociedade como uma transgressão do sistema de sexo/gênero, atribuindo-lhes uma série de valores negativos e estigmas. Isso tem contribuído para violentos processos de exclusão social dessas pessoas, expressos por exemplo nas problemáticas relacionais e familiares; na evasão escolar e baixa escolaridade; no freqüente despreparo técnico e profissional destas; na discriminação no mercado de trabalho; na vulnerabilização e nas violências, tanto social quanto institucional (VILLELA et al., 2006).

² Bombadeiras é como são chamadas as travestis que transformam o corpo de suas clientes com aplicações clandestinas de silicone, geralmente silicone industrial que não é permitido para uso em seres humanos.

Souza (2012) afirma que há pouquíssimos dados oficiais acerca dos números de evasão escolar de transexuais e travestis, afirmando que, segundo a ABGLT a evasão escolar de transexuais e travestis é de um total de 73% nessa população. São inúmeros os relatos de travestis e mulheres transexuais que abandonam a escola devido ao preconceito e à violência, não havendo nenhuma relação direta entre transexualidade/travestilidade e a incapacidade de ter uma instrução formal.

A baixa instrução de grande parte das travestis, por exemplo, pode ser um dificultador para que compreendam questões cotidianas e de saúde, que muitas vezes, essa situação advém das dificuldades de permanência na escola devidas à discriminação. Conseqüentemente, a dificuldade de ter um emprego formal é muito grande, entre outros impedimentos cotidianos recorrentes a essa população estão a dificuldade em acessar os serviços públicos, principalmente, pelo despreparo dos profissionais de saúde da rede pública, pela ausência de programas e ações das demandas específicas, pelo descaso e pelo constrangimento ao serem chamadas por um nome com o qual não se identificam (CARVALHO, 2011).

Conforme descrito por Honneth (2009), não possuir o estatuto de pessoa é o calcanhar de aquiles da falta de reconhecimento. Teixeira (2009, 2013) relata que a existência humana para as pessoas “trans” se torna inviável, sem inteligibilidade social, uma vez que essas pessoas ao transitarem entre o desejo e as normas sociais, buscam seu reconhecimento, questionando a arbitrariedade para definir aqueles que apresentam os “pré-requisitos” para serem reconhecidos como humanos.

Desde o nascimento, e mesmo antes dele, o nome é uma das primeiras características adquiridas pelo sujeito e o acompanha como marca distintiva na sociedade, determinante de uma forma de individualização, mesmo após a morte. Junto ao nome são designadas as relações de gênero e sexualidade (PROCHNÓ; ROCHA, 2011).

O nome social consiste num apelido público e notório, pelo qual uma pessoa trans ou uma travesti é identificado no seu meio familiar e social e corresponde à sua identidade de gênero. Sua adoção visa a garantir o respeito à sua dignidade, evitando constrangimento psicológico e vexame social. Toda pessoa tem o direito de ser igual quando a sua diferença o inferioriza e todos têm o direito a ser diferentes quando a sua igualdade os descaracteriza (HOGEMANN, 2014).

O nome social ultrapassa a fronteira de um mero conjunto de letras isento de um forte impacto psíquico e social na vida das pessoas, pois a pronuncia de um nome traz consigo os atributos físicos, morais, jurídicos, culturais, sociais, entre outros da pessoa

indicada (MATÃO et al., 2013). Ele é parte integrante e inerente a nossa existencialidade enquanto seres sociais, que nos ajuda a definir tanto o que representamos, quanto quem somos, capaz de evocar variados efeitos para aquele que o escuta, acompanhado de um grande peso cultural (BARBOSA; SILVA, 2015).

De acordo com Mello et al. (2011), os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais. Não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais, mas, também pela intensidade da transfobia que costuma incidir sobre estes dois grupos identitários, especialmente quando associados a discriminação a partir de outros marcadores sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/ cor e aparência física, trabalho sexual, entre outros. Nesses termos, pode-se apontar que travestis e transexuais correspondem ao público, no conjunto da população LGBT, que mais intensamente sente a escassez de políticas de saúde específicas (MELLO et al., 2011).

4.3 Vulnerabilidade Social e Saúde LGBT

A não adequação do gênero ao sexo biológico (sistema sexo/gênero) ou à identidade sexual heteronormativa, acaba privando a população LGBT de direitos humanos básicos, que conseqüentemente, os submetem a variadas situações de vulnerabilidade (LIONÇO, 2008).

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero interfere na determinação social da saúde ao favorecer o desenvolvimento de processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura, advindos do preconceito e do estigma social destinado às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2013). Nesse sentido, Araujo et al. (2006) apontam que a população LGBT não tem suas necessidades de saúde contempladas por estar subordinada à homofobia, ou seja, à rejeição ou à intolerância irracional à homossexualidade, através de julgamento arbitrário quanto à conduta de outrem, relegando à pessoa homossexual a estampa de inferioridade, anormalidade, indignidade e, também a transfobia que refere-se ao medo às pessoas trans, ao indivíduo em transição e aos comportamentos negativos (ódio, repulsa, raiva ou indignação) e todas as formas de violência contra pessoas trans, aí incluídas mulheres transexuais, travestis, pessoas andróginas, pessoas não binárias, homens trans, em razão de sua transgeneridade (PODESTÀ, 2018). De acordo com Araujo et al. (2006), o grupo LGBT teme revelar a sua orientação sexual nos

serviços de saúde, imaginando o impacto negativo que isso trará à qualidade da assistência.

As informações divulgadas publicamente pelo Ministério da Saúde mostram que dois em cada três integrantes da população LGBT entrevistados (67%) já vivenciou algum tipo de discriminação relacionada a sua identidade sexual ou pelo gênero, proporção que atingiu 85% em travestis e transexuais. Os dados também demonstram que 14,5% dos participantes da pesquisa feita na Parada Gay de São Paulo disseram já ter sofrido algum tipo de preconceito nos serviços da rede de saúde (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2008).

A conjuntura LGBT implica em modos de viver estruturados, às vezes como forma de sobrevivência, às vezes como resistência e afirmação do ser, que se materializam como performaces corporais, comportamentais e sexuais que apresentam alguma aproximação com o grau de vulnerabilidade destas pessoas, abrangendo desde uso indiscriminado de silicone e de hormônios, de artefatos eróticos contaminados, passando por drogadição e mortes por causas externas (BRASIL, 2013).

A construção e a utilização do conceito de vulnerabilidade na área da saúde são relativamente recentes e estão relacionadas à tentativa de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco (MEYER et al., 2006). Assim, a partir de 1980, vêm se intensificando os estudos que levam em conta a vulnerabilidade como quadro conceitual (NICHATA et al., 2008).

O conceito de vulnerabilidade, emergente no cenário da saúde pública mundial a partir da experiência da pandemia de HIV/aids, quando no início dos anos 1980 a aids foi relacionada aos denominados “grupos de risco”, nos quais a doença foi identificada inicialmente (MANN et al., 1993). Constituía esse conceito julgamentos da moral, preconceitos e desconhecimento sobre a infecção pelo HIV, pois acreditava-se que a doença acometia apenas estes grupos sociais e que, por isso, deveriam ser isolados para proteção das demais pessoas da sociedade. Entretanto, a história da doença nos mostra que esse entendimento equivocado derivou estratégias discriminatórias de prevenção, que posteriormente mostraram-se inadequadas e insuficientes para o enfrentamento ao HIV/aids (KRAICZYK, 2014).

Posteriormente, a categoria “grupo de risco” foi trocada pela categoria “comportamento de risco” com objetivo de dilatar o entendimento de que qualquer pessoa estaria vulnerável a ser contaminada pela aids. Assim, passou-se a adotar o conceito “comportamento de risco” como sinônimo das práticas individuais e não de

características ligadas a um grupo específico. Com esse novo conceito houve progressiva redução da discriminação e ampliação de medidas de prevenção para toda a população, contudo, permaneceu “a ideia de culpabilização do indivíduo, conferindo a responsabilidade pela prevenção e/ou infecção pelo HIV/aids a capacidade cognitiva e comportamental do sujeito” (KRAICZYK, 2014, p.53).

Na década de 1990, a ideia do “comportamento de risco” começa a cair por terra, quando o conceito de vulnerabilidade passa a englobar os determinantes estruturais presentes na dinâmica da epidemia, considerando que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento derivava de um conjunto de fatores, tanto individuais quanto coletivos e contextuais (MANN, et al., 1993). Isso, implica diretamente na maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento (AYRES, 2003). Os comportamentos associados a maior vulnerabilidade para a infecção pelo HIV não são compreendidos como uma consequência da ação voluntária, mas estão associados a condições culturais, sociais e a condições objetivas do ambiente (MEYER et al., 2006).

Na contemporaneidade, o conceito de vulnerabilidade é percebido como algo dinâmico, multidimensional, polissêmico, transdisciplinar e qualitativo, amplamente usado nas diferentes áreas do conhecimento. Engloba os distintos graus de complexidade, podendo promover abordagens integradas e contribuir para ampliar o diálogo entre diferentes profissionais (PORTO, 2007).

Embora os conceitos de vulnerabilidade e risco apresentem uma estreita relação, existem diferenças entre si. Enquanto o risco apresenta um caráter analítico, comprovado através de pesquisas epidemiológicas tradicionais, que buscam elaborar um conhecimento objetivo, isolando o fenômeno e utilizando instrumentos para identificar associações entre eventos patológicos ou não, a vulnerabilidade apresenta um caráter mais sintético (AYRES et al., 2006), partindo do simples para o complexo, assim como a universalidade, considerando os elementos abstratos e subjetivos inerentes aos processos de adoecimento.

No domínio da epidemiologia, o conceito de risco se incorpora, aos poucos, à vulnerabilidade, que apresenta uma descrição mais ampla. À medida em que se busca com o risco estabelecer a probabilidade de ocorrência de um agravo em um grupo com determinadas características, com a vulnerabilidade procura-se estipular a suscetibilidade de cada indivíduo ou grupo a esse agravo, em um delimitado conjunto de condições intervenientes (AYRES, 2002).

A vulnerabilidade busca compreender como distintos níveis e naturezas de suscetibilidades expõem indivíduos e coletividades ao adoecimento, considerando as

particularidades de cada situação, dentro de um conjunto de aspectos individuais, sociais e programáticos, situando as pessoas frente à relação com o problema e com os recursos para enfrentar esse problema (GIRONDI et al., 2010).

No plano pessoal, a vulnerabilidade está ligada a comportamentos que vão gerar oportunidade. Ela sofre influência direta do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos vão encontrar sobre aquele problema, de como vão processar essas informações e como vão agregá-las no seu cotidiano, de forma a encontrar possibilidades concretas de modificar suas práticas. É preciso avaliar e considerar o grau de consciência que os indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de comportamentos associados à maior vulnerabilidade (AYRES et al., 2003). Mas a mudança de comportamentos não depende apenas da vontade imediata dos indivíduos. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões muito diferenciados na vida das pessoas, que sofre influência das especificidades individuais, da conjuntura de vida e das relações interpessoais que se estabelecem no cotidiano. Portanto, não é plausível dizer que uma pessoa “é vulnerável”. Só é factível dizer que uma pessoa está vulnerável a um determinado problema, em um determinado momento e contexto de sua existência (AYRES et al., 2003).

No plano institucional ou programática, a vulnerabilidade tem relação com a implementação de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema. Sua eficácia pode ser comprovada através de aspectos como: o comprometimento das autoridades com o enfrentamento do problema e a efetividade dessas ações propostas e implantadas; as alianças interinstitucionais e intersetorias necessárias para a ação propriamente dita e o planejamento e gerenciamento dessas ações, entre outras. A medida que o compromisso, a integração e o monitoramento de programas de prevenção e cuidado forem intensificados, aumentam as possibilidades de encaminhar os recursos, otimizando seu uso e de fortalecer os indivíduos e a sociedade (AYRES et al., 2003).

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a aspectos sócio-políticos e culturais conjugados, referindo-se ao acesso a informações, nível de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, chances de ultrapassar limites culturais etc. A vulnerabilidade social reflete as condições de bem-estar social, que se referem a moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão. A vulnerabilidade será inversamente proporcional às possibilidades de intervir nas solicitações de tomada de decisão (AYRES et al., 2003). Para medir o nível de vulnerabilidade social é preciso apreender a situação de vida dos

grupos populacionais, tendo por base elementos como: a legislação em vigor e sua aplicação; quais as condições de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas de diferentes camadas sociais e a qualidade dos serviços de saúde acessados (BRASIL, 2010).

A vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e ao adoecimento, por exemplo, sofre influência de um conglomerado de características que remetem às conjunturas política, econômica e sociocultural que interferem no sentido de ampliar ou diluir o risco individual. Nesse sentido, é preciso superar o desafio permanente e de longo prazo, a partir da sofisticação dos seus programas de prevenção e assistência. Assim, o discernimento sobre os entraves mais estruturais da prevenção e sobre o acesso aos serviços de saúde será apreendida através do diálogo e das experiências diversas com os meios preventivos disponíveis, para que, no plano individual das crenças, atitudes e práticas pessoais, todos, significando cada um, possam de fato se proteger da infecção e do adoecimento (BUCHALLA; PAIVA, 2002).

A vulnerabilidade diz respeito a todos os indivíduos, considerando que não existe indivíduo humano fora do conluio social, conferindo sentidos a aspectos da sua existência como sexo biológico, etnia, classe social, orientação sexual, faixa etária (CARVALHO et al., 2005). Cada uma das três dimensões é apenas uma perspectiva de uma realidade que é uma, única e cada dimensão examinada sempre deve remeter às duas outras. A construção de totalidades compreensivas é sempre feita a partir de uma dada perspectiva, limitada e em constante transformação (GADAMER, 1999). Por mais abrangente e exaustivo que seja um estudo de vulnerabilidade, ele jamais poderá ter a pretensão de dar a palavra final sobre o assunto (AYRES, 2009).

4.4 Política de Saúde no Brasil

O Brasil passou por grandes transformações políticas, econômicas e sociais durante nos últimos anos. Em 1970, sob o regime militar, apresentou um dos maiores crescimentos econômicos do mundo, mas as melhorias na qualidade de vida beneficiaram de forma desproporcional os setores mais privilegiados da população. Embora a democracia tenha sido restaurada em meados da década de 1980, só houve crescimento econômico e expansão das políticas sociais no século XXI (PAIM et al., 2011).

Um processo crescente de endividamento externo, seguido de um intenso questionamento do regime político autoritário que governava o país, começou a

enfraquecer o governo e a incentivar movimentos sociais de diversas ordens que buscavam melhores condições de vida, a exemplo da Revolta da Vacina no início do século XX (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; PAIM et al., 2011).

Após golpe militar em 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros. Nesse contexto, na área da saúde, o fracasso do modelo prestador de serviços, a privatização da assistência médica, a crise financeira da previdência social, os altos índices de desemprego, um perfil epidemiológico marcado por altas taxas de mortalidade materna e infantil, o aumento das doenças infecto-contagiosas e os altos índices de acidentes de trabalho geraram uma grande mobilização social que ficou conhecida como movimento sanitário (DIMENSTEIN, 1998).

A reforma do setor saúde no Brasil estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social (ALMEIDA, 1995). O direito à saúde no Brasil foi fruto do Movimento da Reforma Sanitária, impulsionado pela sociedade civil, que na sua concepção política e ideológica defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Além disso, também como decorrente do acesso das pessoas e das coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais (PAIM et al., 2011).

O movimento da reforma sanitária cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), com base no desenvolvimento de várias estratégias. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-88, o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado (PAIM et al., 2011).

A implementação do SUS começou em 1990, quando foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, que especificava as atribuições e a organização desse Sistema. Seus princípios são a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e a integralidade da atenção, operacionalizando-se pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado, de participação social e a construção de alianças entre os principais atores envolvidos. O SUS estabelece a saúde como um direito

universal, sendo dever do Estado prover o acesso à saúde a todos os cidadãos e cidadãs (KRAICZYK; FERRAZ, 2010).

A integralidade é um princípio do SUS cujo conceito permite considerar os sujeitos como um todo, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, levando em conta todos os aspectos possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios (NIETSCHE, 2000). A integralidade no cuidado apreende o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolongando pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde. Além disso, ele requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO et al., 2007).

O desafio posto pelo SUS é de que a política de saúde no Brasil seja sistematizada e implementada na concepção do acesso universal, reconhecendo as peculiaridades existentes no interior da sociedade e gerando ações para dirimi-las. Para isso, torna-se fundamental a colaboração dos distintos segmentos da sociedade no processo de elaboração e efetivação dessas políticas (KRAICZYK; FERRAZ, 2010).

Barbosa e Facchini (2009) apontam que parte das dificuldades no acesso à saúde deve ser discutida no âmbito das fragilidades políticas de saúde no Brasil. Essas políticas públicas podem ser descritas como a forma que o Estado encontra para solucionar questões que a sociedade apresenta. Quando se trata especificamente do campo da ação social, as políticas públicas de saúde estarão direcionadas para atender às necessidades de saúde da população, buscando ações que promova, proteja e recupere a saúde em nível individual e coletivo (LUCCHESI, 2004).

O processo de elaboração e efetivação dessas políticas deve levar em consideração a sua dinamicidade, que promove transformações sociais, gerando novas necessidades de saúde, e fazendo com que a materialização das políticas somente aconteça por meio da ação concreta de diversos atores sociais e de atividades institucionais (ARAUJO, 2006; LUCCHESI, 2004; SAMPAIO).

A própria desigualdade que permeia múltiplas ordens na sociedade brasileira acarreta condições de acesso de diferentes segmentos da população aos bens e serviços de saúde de forma distinta. É nesse sentido que o princípio da equidade se torna imprescindível para a consecução dos demais princípios que regem o sistema e para a promoção da justiça social (LIONÇO, 2009).

O desenvolvimento da atenção primária ou atenção básica tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, a Atenção Básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM et al., 2011).

Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos e organizacionais, em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses dois programas fizeram parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS. Criado inicialmente como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco, o PSF tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998 (PAIM et al., 2011; SOUSA, 2007).

O Programa Saúde da Família nasce como uma potente estratégia para mudanças no modelo de atenção à saúde, agregando avanços nos processos de reestruturação e reorganização das ações e serviços de saúde, no âmbito do SUS, expandindo as chances dos sujeitos serem mais participativos e autônomos. Isso tudo, com intuito de consolidar os papéis e as práticas dos gestores, trabalhadores e usuários no cotidiano dos seus processos de trabalho, criando vínculos entre os profissionais/equipes e os indivíduos, família e comunidade (BRASIL, 2013).

Uma característica inovadora do PSF é sua ênfase na reorganização de Unidades Básicas de Saúde, para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas. O PSF funciona por meio de equipes de saúde da família – compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde – e, desde 2004, começou a incluir equipes de saúde bucal. As equipes de saúde da família trabalham em Unidades de Saúde da Família que atuam em áreas geográficas definidas e com populações adscritas para cada Estratégia Saúde da Família (ESF) (PAIM et al., 2011).

Para atender as necessidades dos usuários pressupõe empenho da equipe ESF na resolução dos problemas de saúde de suas famílias. Sem o trabalho em equipe, não será possível implementar o modelo de atenção que acolhe, que escuta as pessoas, ou seja, voltado a resolver os problemas de saúde das pessoas e da comunidade, de forma coparticipativa (VIEGAS; PENNA, 2013). As equipes representam o primeiro ponto de

contato com o sistema de saúde local, coordenam a atenção e procuram integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar (PAIM et al., 2011).

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (ROSA; LABETE, 2005). Ele pode ser definido como: “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida e saúde, com serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996, p.6).

A ESF visa estruturar o modelo de atenção voltado para a integralidade e a qualidade da assistência prestada e contribuir para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (CHAGAS; SECLLEN, 2003), com a proposta de ser a porta de entrada do usuário no sistema, visando ser não somente o primeiro acesso da população ao serviço, mas também um dispositivo de responsabilização institucional e sanitária no processo do cuidado com a saúde articulado a toda a rede de serviços (BRASIL, 2003), criando vínculos e estabelecendo laços de co-responsabilidade.

O cuidado em saúde não deve ser pensado apenas como um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’. Pensar o direito de ser na saúde é ter cuidado com as diferenças dos sujeitos, que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas e respeitar as suas relações de etnia, gênero e raça (PINHEIRO, MATTOS, 2005).

O cuidar em saúde engloba o acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. O modelo biomédico que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar leões e doenças, afastou-se do sujeito humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde (ANDRADE, 2002). Entretanto, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades. O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a

escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição (DAHER et al., 2002).

O cuidado é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários em redes, de tal modo que todos participem ativamente, podem ampliar o cuidado e fortalecer a rede de apoio social (AYRES, 2001). Com isso, a noção de cuidado integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem estar dos indivíduos e devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros-objetos.

4.4.1 Acesso aos Serviços de Saúde

O acesso pode ser definido, segundo Bárbara Starfield (2004), como a utilização oportuna e adequada de serviços de saúde com o fim de chegar a melhores resultados na própria saúde. O acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade, que a característica da oferta (STARFIELD, 2002). Por outro lado, Donabedian (2003) acrescenta ao conceito de acesso a ideia de não o restringir à entrada nos serviços de saúde, trabalhando assim com acessibilidade, que abrange uma gama maior de significados, pois está mais relacionado na dimensão da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Donabedian (1973) descreveu dois aspectos da acessibilidade: sócio-organizacional e geográfico. Para esse autor, os atributos sócio-organizacionais incluem a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que termina por influenciar significativamente o acesso à saúde. A acessibilidade geográfica, por outro lado, refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços.

Ainda segundo o autor, entre outros, como Travassos e Martins (2004, p.2), a terminologia usada para definir acesso é muito complexa, às vezes confusa e imprecisa, indicando que seus referências variam no tempo, espaço, contextos e nos objetivos dirigidos por diferentes estudos. Por isso, chamam atenção para a importância das distinções entre acesso e uso de serviços de saúde, acesso e continuidade do cuidado e

acesso de efetividade dos cuidados prestados. A principal razão é que cada um destes processos corresponde a um modelo explicativo distinto. O uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. Apesar de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores.

McIntyre e Mooney (2007) incorporaram à noção de acesso à saúde a liberdade para o uso dos serviços. Os atributos que definem o indivíduo, como seu nível educacional, sua bagagem cultural e crenças, sua condição social e econômica, entre muitos outros atributos, e a relação do indivíduo com o sistema de saúde farão com que esse indivíduo seja mais ou menos “livre” para utilizar o sistema, o que se traduzirá em melhores ou piores condições de acesso à saúde. Além disso, a informação que o profissional de saúde e o paciente possuem é um importante determinante da qualidade da interação entre o sistema de saúde e o indivíduo.

Com isso, reconstruí o conceito de acesso como a inter-relação estabelecida entre os indivíduos, famílias e comunidades, gestores e equipes do PSF permeada pelo vínculo e pela corresponsabilidade, num exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos, no processo do cuidar da saúde-doença-morte, como expressões de respeito, autonomia e participação. (SOUSA, 2007, p. 35).

4.4.2 Qualidade nos Serviços de Saúde

Compreende-se que a noção de qualidade inscreve-se num conjunto de condições técnicas, éticas e estéticas de gestão, de pedagogia e de infraestrutura do ato de trabalho em saúde para atender a demandas sujeito-distinguidas. Demandas como condição de realização da ação e mobilização de recursos no enfrentamento de problemas de saúde (BRASIL, 2013).

Segundo Donabedian (1980) “um cuidado de qualidade é aquele que maximiza o bem-estar do paciente, após ser levado em conta o equilíbrio entre os ganhos e perdas esperadas em todas as etapas do processo de cuidado”. A qualidade constitui-se em um atributo fundamental da prática de saúde, compreendendo duas dimensões essenciais: a aplicação de conhecimentos científicos e de recursos tecnológicos para resolver os problemas de saúde do paciente; e a relação interpessoal, que diz respeito à relação entre o profissional de saúde e o paciente. Ainda ressalta que a qualidade se caracteriza por

diversos atributos, como efetividade, eficiência, otimização e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Serapioni (2009, p.70) destaca a complexidade do conceito de qualidade da atenção à saúde, havendo utilizações distintas sobre o mesmo termo por diversos autores. Ele, caracteriza que o “conceito de qualidade não é um termo simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente”. Para o mesmo autor, a complexidade da qualidade depende de diversos fatores, seriam eles: a) a complexidade da concepção de saúde; b) a variedade de atores e pontos de vista que atuam no âmbito dos sistemas de saúde; c) a pluralidade de abordagens e metodologias na análise da qualidade, que também dependem do próprio conceito multidimensional da qualidade; d) a peculiaridade das ações do setor saúde que não produzem bens, mas trabalho imaterial, resultado das inter-relações entre profissionais e pacientes, ações e interações que as constituem; e) qualidade está condicionada e contextualizada por fatores históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

O interesse pela qualidade da assistência à saúde é crescente e houve grandes avanços nas últimas décadas, mas ainda hoje representa um desafio para os diversos atores que operam no campo da saúde (SERAPIONE, 2009). Para o Ministério da Saúde (2012) o conceito de qualidade é definido pelo:

[...] o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL, 2012).

Serapione (2009, p. 76) considera que foi de grande valia a definição dada por Ovreteit, em 1996 ao conceito de qualidade, definindo-a como: “completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas”, pois nele está imbutido temas como a satisfação, a efetividade, eficiência, equidade, além da noção de necessidades de saúde.

4.5 Saúde da população LGBT

No âmbito das reflexões sobre acesso da população LGBT a serviços de saúde fundados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, note-se que

orientação sexual e identidade de gênero não devem ser cogitadas como atributos identitários ou marcadores sociais únicos, já que necessariamente se articulam de formas diversas com outros. Isto significa dizer que o sujeito não pode ser pensado apenas como “trans”, “lésbica”, etc, mas que esse mesmo sujeito se articula com diversos eixos de subordinação, de modo que, exclusão e aceitação se distinguem a depender do contexto social no qual se encontram (COSTA; ÁVILA, 2005; PISCITELLI, 2008).

O Relatório sobre violações de direitos da população LGBT, produzido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, com base nos dados hemerográficos de 2013, divulgados nos principais canais midiáticos do país, revelou que naquele ano foram registradas 317 violações contra a população LGBT. Entre as violações noticiadas encontram-se 251 homicídios. Pernambuco foi o estado federativo com o segundo maior índice de homicídios registrados na mídia, com 8,4% dos casos em 2013 (BRASI, 2016).

De acordo com o supracitado relatório, dos LGBT's brasileiros assassinados 53,4% são gays, 29,5% são travestis, 4,4% são lésbicas, 0,8% mulheres transexuais e 0,4% homens transexuais. A porcentagem de “Não informado” (11,7%) se deve aos casos em que a identidade sexual é presumidamente não heterossexual, porém não específica a uma das outras categorias (BRASIL, 2016).

Além dessas consequências diretas da homofobia, a população LGBT pode sofrer um processo de internalização do preconceito e da homonegatividade, advindos da hegemonia heterossexual, causando medo, silêncio e interferindo nas relações interpessoais, inclusive na relação médico-paciente, na qual o nível de confiança estará fragilizado e, conseqüentemente, reduzirá as oportunidades para orientações direcionadas e esclarecimentos específicos (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010).

4.5.1 Saúde das mulheres Lésbicas e Bissexuais

Em território brasileiro são escassos os conhecimentos científicos sobre a saúde da mulher lésbica, sendo que os estudos a esse respeito estão concentrados nos EUA, segundo o que evidenciaram Barbosa e Kayoma (2006) durante a revisão sistemática desses estudos. O enfrentamento das demandas relacionadas à homossexualidade feminina, e particularmente à sua relação com a saúde enquanto lócus de reivindicações de direitos, surge no Brasil apenas na iminência do século XXI. Esse enfrentamento iniciou-se com a noção de “direitos sexuais” como parte dos direitos humanos das

mulheres, sendo implementado através de um processo político, que possibilitou a expansão e maior visibilidade do movimento lésbico e sua articulação com o movimento feminista (BARBOSA; FACCHINI, 2009), ao considerar que a sexualidade transpõe o viés da lógica da reprodução sexuada, abrangendo também as dimensões de bem-estar e prazer dos indivíduos.

Partindo desse pressuposto, o conceito de direitos sexuais surgiu nos movimentos gays e lésbicos que queriam anular a estigmatização das chamadas sexualidades alternativas, e permitir o exercício da vivência da sexualidade, da livre escolha de parceiros e práticas sexuais sem constrangimento ou discriminação.

Almeida (2005), pesquisando a partir de organizações do movimento lésbico brasileiro, identificou como um maior diálogo e tolerância às demandas de LGBT no campo da prevenção às DST/aids, em meados dos anos 1990, cooperou para que um sujeito político que oscilava entre relações de colaboração e dependência – ora quanto ao movimento feminista e ora quanto ao movimento LGBT – fosse se concebendo de forma mais autônoma. Embora o campo da prevenção estivesse voltado primordialmente para a aids e existisse uma lacuna de dados epidemiológicos capazes de sustentar políticas de prevenção entre lésbicas, tais fatores não foram capazes de impedir esse processo, que resultou também na construção de discursos acerca de um “corpo lésbico”, num caminho que levava da invisibilidade à vulnerabilidade.

As questões sobre saúde da mulher são classificadas com base na saúde das mulheres heterossexuais, que excluem algumas especificidades das mulheres lésbicas. O acesso deficiente dos serviços de saúde por essas mulheres, associados a fatores que conduzem o adoecimento, como o sofrimento psíquico e o uso excessivo de drogas ilícitas, tabaco e álcool pode favorecer o agravamento de doenças como o câncer de mama e de colo de útero (BARBOSA; KOYAMA, 2006).

A construção da mulher lésbica, como sujeito de um direito a cuidados diferenciados de saúde, tem estimulado, em âmbito internacional, uma busca pelas especificidades de saúde de tais sujeitos (BARBOSA; FACCHINI, 2009). Dentre os motivos cruciais para o acesso reduzido aos serviços de saúde estão a discriminação, o despreparo dos profissionais para lidar com as peculiaridades dessa população, o receio dessas mulheres assumirem sua orientação sexual e, por fim, a negação do risco quanto às DST (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006). O desconhecimento dessas mulheres em relação ao risco das infecções sexualmente transmissíveis nas relações sexuais com outras mulheres, como também na questão de doenças como Vírus do Papiloma Humano

(HPV), herpes genital e tricomoníase em mulheres que nunca tiveram relações heterossexuais, causa muita preocupação (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

A Rede Feminista Saúde (2006) ainda enfatiza que muitas mulheres lésbicas nunca fizeram o exame ginecológico preventivo do câncer de colo do útero, porque há um “tabu” em relação à orientação sexual delas no consultório. Dentre aquelas que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual, e das que revelam, 28% afirmaram preferir maior rapidez no atendimento médico e 17% afirmaram que os médicos deixam de solicitar exames que para elas são considerados necessários. De acordo com uma pesquisa realizada no ano de 2002, pela Coordenação DST/aids do Ministério da Saúde, 89,7% das mulheres heterossexuais realizaram o exame preventivo de câncer uterino nos últimos três anos, enquanto apenas 66,7% das mulheres lésbicas e bissexuais realizaram, mesmo entre aquelas mulheres que possuíam maior escolaridade e renda (BRASIL, 2002).

A ida ao ginecologista pode ser compreendida como uma afirmação de necessidades femininas, e, portanto, uma conduta para as mulheres lésbicas que se percebem como femininas. Para as mulheres que possuem atributos e posturas corporais “masculinizadas”, a consulta adquirir um significado de explicitar os trejeitos desviantes, que somado às representações de que o envolvimento lésbico não oferece riscos, não transmite HIV, nem requer ações específicas com a saúde, tornam a busca por cuidados ginecológicos especialmente complexo e difícil (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Assim, como algumas mulheres em relações homoeróticas relacionam às DST ao envolvimento sexual com homens, associado à ideia de promiscuidade e traição, a prática sexual exclusiva entre mulheres pode ser vista como um fator de proteção, e, portanto, não demanda cuidados específicos (BARBOSA; FACCHINI, 2009; FACCHINI, 2004).

As mulheres lésbicas e bissexuais que participaram da pesquisa “Direitos sexuais e necessidades de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais na percepção de profissionais de saúde e de usuárias do SUS” alegaram proteger-se do HIV através de exames anti-HIV, exames ginecológicos preventivos, dando preferência a determinadas posições no ato sexual que, segundo elas, dificultam a infecção, indo ao médico com frequência e sendo monogâmicas em suas relações amorosas (PORTELLA, 2009).

Barbosa e Facchini (2009) sinalizam que algumas dificuldades em acessar a saúde precisam ser debatidas no contexto das fragilidades políticas de saúde no Brasil, e particularmente as mulheres padecem de uma atenção à saúde quase que restrita às suas dimensões reprodutivas, mesmo com a criação do Programa de Assistência Integral à

Saúde da Mulher. Em 2003, o SUS promoveu a inclusão das lésbicas e mulheres bissexuais na área técnica de Saúde da Mulher, com o intuito de combater as vulnerabilidades desses segmentos, registrados pela invisibilidade nos serviços e práticas de promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2013). Entretanto, a saúde dessas mulheres aparece no Programa pela vertente da vitimização seja por violência ou por doenças, excluindo as questões relacionadas às práticas sexuais, o prazer e o desejo (CARVALHO et al., 2013).

A falta de conhecimento em relação às especificidades dessas mulheres no processo de atendimento pode representar um dos principais motivos/causas que sustentam e alimentam o fenômeno da revitimização delas nos diversos órgãos/instituições. Silva (2015, p. 60) afirma que “[...] a invisibilidade das questões específicas dos segmentos LGBT’s dá conta do afastamento desta população dos serviços públicos”.

Parte dos profissionais de saúde identifica uma vulnerabilidade geral para a saúde desse grupo advinda da sua invisibilidade social. No que se refere às DST, os(as) profissionais compartilham a percepção das mulheres lésbicas de que estariam menos expostas a contrair esse tipo de doença. Assim, no momento em que os(as) profissionais não reconhecem as mulheres lésbicas nos serviços deixam de conhecer também o que elas trazem de questões de saúde e o que elas trazem de questão das suas próprias vidas (PORTELLA, 2014).

Valadão e Gomes (2011) afirmam que a invisibilidade da homossexualidade feminina na área da saúde é atravessada por dois campos: o das políticas que trazem a visibilidade do tema em questão, ao reforçar os direitos das diversas orientações sexuais e a tradução desses direitos na assistência à saúde; e o científico com uma produção científica que aponta certa invisibilidade desta temática no interior das práticas de saúde, na qual a flexibilização dos discursos não corresponde, necessariamente, à flexibilização das práticas.

As discussões acerca dessa invisibilidade da homossexualidade feminina na área da saúde apontam modelos que estruturam a atuação dos profissionais de saúde ao lidarem com mulheres lésbicas e bissexuais, além de criticarem os modelos que tentam explicar essa invisibilidade. Nota-se a influência de forças do campo do movimento social para que haja mudanças de certos habitus que fazem com que se exclua do foco da atenção integral à saúde as demandas dessas mulheres (VALADÃO; GOMES, 2011).

As lésbicas têm sido historicamente destituídas de sua existência política através de sua “inclusão” como versão feminina da homossexualidade masculina. Equacionar a existência lésbica com a homossexualidade masculina, por serem as duas estigmatizadas, é o mesmo que apagar a realidade feminina mais uma vez (RICH, 2010, p. 36).

Uma das hipóteses para a invisibilidade da mulher lésbica e bissexual nas políticas de saúde vem do modelo biomédico constituído por uma tradição cartesiana, que em sua abordagem produz olhares profissionais generalizantes, incapazes de perceber as diferenças (ALMEIDA, 2009), assim como, da heteronormatividade que estrutura habitus que veem e pensam a sexualidade como única e exclusivamente dessa ordem. Por um lado, isso pode causar um despreparo em se lidar com a pluralidade da orientação sexual e suas especificidades, que acaba hierarquizando o que é mais ou menos importante, e de outro, produzir dificuldades dessas mulheres revelarem sua sexualidade não heterossexual a esses profissionais (BARBOSA; FACCHINI, 2009). A carência de um ambiente que atenda as especificidades dessas mulheres lésbicas e bissexuais, por exemplo na assistência, pode favorecer a um atendimento camuflado, com informações negligenciadas bilateralmente, e conseqüentemente aumentar a vulnerabilidade destas (ALMEIDA, 2009). A desnaturalização da heterossexualidade e a legitimação de outras formas de sexualidade, é sugerido por Lionço (2008) como alternativa de superação dessa invisibilidade.

Como destaca Bourdieu (1999,2009), ao lado dessa violência aberta, há aquela de ordem simbólica, que pode ser entendida como a que é eufemizada, branda, invisível ou dissimulada, mas que não a coloca como oposta a violência real, nem tão pouco minimiza e nem faz esquecer o papel da violência física. A partir dessa dimensão, pode-se entender a invisibilidade da homossexualidade feminina como uma violência simbólica traduzida como “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” (BOURDIEU, 2003, p. 143). A mulher lésbica/bissexual ela precisa ser vista pela sociedade, mas sem exposição a julgamentos e sanções sociais (BATISTA; ZAMBENEDETTI, 2017).

Os primeiros passos para a concepção de uma política pública de saúde levando em conta a população formada por “mulheres que fazem sexo com mulheres” tenham nascido lentamente, os recursos destinados pelo Ministério da Saúde contribuíram de forma categórica para o engrandecimento do movimento lésbico, apoiando os primeiros Seminários Nacionais de Lésbicas. A consecução desse processo favoreceu tanto o

direcionamento das pautas do movimento para a saúde, como o fortalecimento desse próprio movimento a ponto de proporcionar a legitimação do seu sujeito político, convertendo-se no cerne de duas redes nacionais: a Liga Brasileira de Lésbicas e a Articulação Brasileira de Lésbicas. Progressivamente são estabelecidas as premissas para a alcançar de outras fontes de financiamento público, mais voltadas à redução das desigualdades de gênero e à promoção de direitos humanos, áreas de atuação que sempre estiveram presentes na pauta do movimento (FACCHINI; BARBOSA, 2006; FACCHINI, 2008).

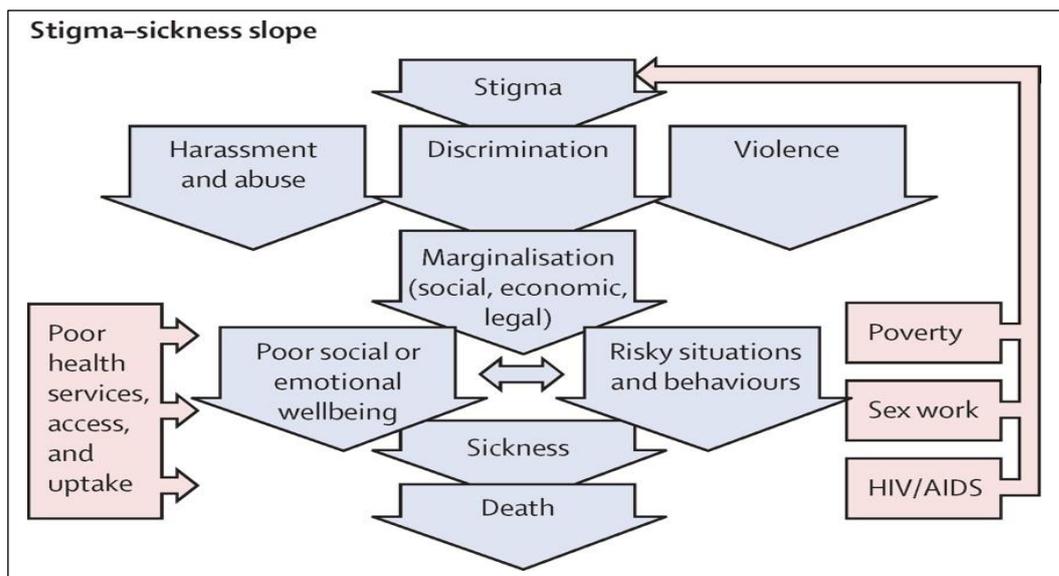
Destarte, com a possibilidade de estimar o tamanho da população homossexual feminina, reconhecer aspectos relacionados a crenças, atitudes e práticas vinculadas à saúde e à sexualidade, assim como identificar suas demandas e necessidades de cuidado, constitui-se em uma iniciativa para a formulação de políticas públicas voltadas para este grupo.

4.5.2 Saúde das Mulheres Transexuais e Travestis

Informações sobre a situação de saúde de transexuais e travestis são escassas no Brasil e em vários outros países, apesar de ser bastante evidente que essas pessoas sofrem um contínuo processo de exclusão e marginalização social, aumentando a sua vulnerabilidade social. A junção do desconhecimento, preconceito e estigma social resultam em discriminação, assédio, abuso e inquietantes repercussões à saúde e bem-estar de pessoas transgêneras, como esquematizado na figura 1 (WINTER et al., 2016).

A inclinação do estigma-doença nos mostra que muitas pessoas transexuais experimentam estigma simplesmente por serem percebidos como tal. Isso gera como efeito cascata a associação do estigma com a pobreza, envolvimento em trabalho sexual ou HIV positivo. Essas situações são exacerbadas com o estigma proveniente da raça e etnia, que geram violência, assédio, abuso e discriminação grave, levando a marginalização social, econômica e legal. Além do acesso limitado aos cuidados básicos de saúde e serviços sociais, essa realidade acarreta um deficiente bem-estar social ou emocional, ocasionam situações de risco e comportamentais, que desencadeiam doenças e até a morte.

Figura 1 A inclinação do estigma-doença



Fonte: WINTER et al. (2016)

Juny Kraiczky (2016) afirma que a distinção entre mulheres transexuais e travestis é muito sutil, pois, além de serem permeadas por processos históricos e políticos na sua construção e definição, as categorias são fluidas e não dão conta da subjetividade e da diversidade de expressão de gênero entre essa população, por isso, muitas não sabem como se nomear. Algumas se consideram travestis por questões políticas, mas outras, quando começam a trabalhar e a estudar, começam a se intitular como mulheres transexuais, visto que o termo possui um capital linguístico mais valorizado em relação ao termo travesti.

O universo das transexualidades é bastante heterogêneo, mas nesse estudo, nos referimos a mulheres transexuais como sendo aquelas que tiveram seu gênero determinado de acordo com o sexo biológico masculino ao nascer, mas que se reconhecem e reivindicam a posição de mulher (TEIXEIRA, 2013).

De forma similar, aqui consideramos as travestis como aquelas que, foi atribuído ao gênero masculino, mas encontram-se nas fronteiras do gênero, transitando no universo feminino, reivindicando essa identidade, porém sem almejar a posição de mulher (RIBEIRO; TEIXEIRA, 2015). A travestilidade é socialmente relacionada à ambiguidade, pois traz uma ruptura com a concepção binária de gênero, configurando-se como um terceiro elemento em que os símbolos referentes ao masculino e feminino se relacionam mutualmente, de tal forma que a travesti apresenta uma postura feminina incorporada de um “lado masculino” (AMORIM et al., 2013).

Por ser um dos grupos mais vulneráveis, as travestis e mulheres transexuais são em geral, populações consideradas de difícil acesso, e tendem a ser estigmatizadas, como se fossem as únicas sob risco de se infectar pelo HIV/aids. Dentro da comunidade de travestis e transexuais, a aids ainda é tabu. Para muitas, esse silêncio se deve à profissão, pois a maioria relata que ganham muito mais por um programa sem camisinha. Isso mostra que não é tão simples impedir que essas mulheres contraiam HIV. Há vários determinantes sociais que precisam ser contextualizados juntamente com a prevenção a aids. A infecção por HIV e a não adesão ao tratamento encurtam a expectativa de vida das travestis (KRAICZYK, 2016).

O HIV/aids entre as travestis está intensamente correlacionado com os processos de exclusão, estigmatização e violência, baseados na noção universalizante, binária e heteronormativa de corpo e da sexualidade, que produz nelas um déficit da autoestima, a perda da capacidade de experimentar plenamente suas potencialidades e projetos de vida e o reduzido acesso às estratégias de saúde coadunáveis com suas especificidades, originando, conseqüentemente, um contexto de maior vulnerabilidade e risco para o HIV/aids (KRAICZYK, 2014).

Entre as travestis, o temor de ser identificada como portadora do HIV é um problema latente, considerando que na realidade dessa população a aids torna-se impronunciável e ainda é encarada por muitas travestis como uma tragédia anunciada, conforme alerta Teixeira (2012).

A população trans foi sistematicamente omitida de todas os Boletins do Ministério da Saúde. De acordo com Kraiczky (2016), desconhece-se a idade média de morte das travestis brasileiras devido a ausência de sistematização, pois o governo não coleta essas informações, visto que seria necessário um alto investimento de recursos financeiros. Para a autora, fechar os olhos para essa realidade é uma transfobia institucionalizada, visto que a realidade social dessa comunidade é ignorada. No entanto, o estudo sobre vulnerabilidade para o HIV em mulheres transexuais apresenta evidências sólidas de que essa população possui maior risco, especialmente aquelas que trabalham como profissionais do sexo (COSTA, 2015).

Os estudos que avaliam o impacto das políticas públicas de saúde voltadas à população trans no Brasil apresentam resultados contraditórios. Alguns estudos afirmam que a ênfase dada aos aspectos ligados ao HIV/aids trouxe como consequência uma medicalização e estigmatização das mulheres transexuais e principalmente das travestis, que gera limitações no acesso a insumos de prevenção e ao tratamento por parte dessa

população (CARVALHO, 2011; FERREIRA, 2011). Outros estudiosos afirmam que há uma segregação desse grupo social para serviços específicos, em geral nos centros especializados no processo transexualizador - por serem locais em que se entende que há profissionais capacitados para lidar com as questões de identidade de gênero - que não operam em uma lógica de atenção integral e com uma visão ampla da diversidade de gênero. Isso pode prejudicar o acesso das pessoas trans que não buscam especificamente por cirurgias de redesignação dos genitais, limitando o acesso às atividades de promoção e proteção em saúde integral nas demais instâncias do sistema (ANTUNES; MERCADANTE, 2011; ARÁN et al., 2009; DUQUE, 2012).

Ainda, outros estudos assinalam para a discriminação cotidiana enfrentada pelas pessoas trans em situações de atendimento à saúde, onde vivenciam dificuldades em serem aceitas como pessoas que solicitam serem chamadas pelo feminino, dadas as suas caracterizações estéticas e recusa do uso do nome social nos prontuários, apontando para o acesso precário, restrito às margens do sistema, especialmente entre as travestis (LIONÇO, 2008; MARTINS et al., 2013; PERES, 2006; SOUSA et al., 2013; SOUZA et al., 2014), com tendência a protelar a busca por atendimento à saúde, supondo que serão discriminadas, o que é agravado pela dificuldade que encontram em explicitar suas queixas a profissionais de saúde despreparados (GUARANHA, 2014).

Pesquisas realizadas na América Central, pela United States Agency for International Development (USAID) em 2010, indicam que a prevalência de HIV entre pessoas trans seja maior do que entre gays e outros HSH. Já as pesquisas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2011 revelam que em relação ao HIV e outras DST, as pessoas trans são afetadas até 40% mais do que a população em geral.

Uma meta-análise realizada com estudos publicados entre 1 de janeiro de 2000 e 30 de novembro de 2011, que avaliaram o fardo de infecção pelo HIV em mulheres transexuais, totalizando uma amostra de 11 mil mulheres trans, colocou essa população como a com maior vulnerabilidade para epidemia de HIV/aids. A prevalência de HIV nas mulheres transexuais em todo mundo foi de 19,1%. Comparadas com a população em geral, as mulheres trans teriam 48.8 vezes mais chances de contrair a infecção (BARAL et al., 2013).

Diversos estudos têm apontado para o papel dos estressores sociais, como o preconceito, relacionado nas populações trans ao maior risco de suicídio (HAAS et al., 2010); depressão (OPERARIO; NEMOTO, 2005); e pior saúde mental em geral (BOCKTING et al., 2013). Essa pior saúde mental geral pode levar a uma baixa

autoestima e, portanto, a um julgamento menos crítico quanto à exposição a riscos. O risco de HIV entre mulheres trans parece contextualizado em uma conjuntura mais ampla de problemas de saúde pública simultâneos, incluindo altos índices de uso abusivo de substâncias, depressão e dificuldades socioeconômicas, que podem afetar motivações e comportamentos no contexto de relacionamentos primários (OPERARIO et al., 2011).

Os estudos realizados sobre a prevalência do HIV entre a população trans trazem algumas limitações como a não existência de estudos com abrangência nacional; a não obtenção de uma amostra representativa da população; uma parte significativa das pesquisas englobam diferentes perfis de população trans num só, que podem adquirir significados distintos a depender do contexto local (KRAICZYK, 2014). Boehmer (2002) afirma que existe uma lacuna de estudos para as pessoas trans que estejam bem integradas na sociedade e que não envolvidas com uso de drogas ou trabalho sexual.

Uma das primeiras pesquisas de larga escala buscando compreender de maneira compreensiva a vulnerabilidade das populações trans foi o projeto TransPULSE no Canadá. O Reino Unido em 2012, adaptou e replicou esse estudo com 912 participantes. Dentre os principais resultados, 62% desses relataram dependência do álcool, 19% foram vítimas de violência física e 84% apresentaram ideações suicidas (TRANSPULSE, 2012).

A autoadministração de silicone líquido por pessoas não preparadas é bastante recorrente, associada às péssimas condições de higiene, não assepsia e antisepsia adequada dos materiais utilizados nesse procedimento, o que ampliam a probabilidade das pessoas trans se contaminarem (MOSCHETA, 2011; GARRAFALO et al., 2008). Inúmeras complicações são associadas ao uso do silicone líquido e variam desde processos inflamatórios localizados, formação de siliconomas e migração do material até inflamações sistêmicas graves, associadas ou não às infecções. A remoção completa do silicone líquido injetado é difícil ou até mesmo impossível, não havendo, dessa forma, nenhum tratamento específico (MELLO et al., 2013).

Numa pesquisa sobre uso de silicone industrial com travestis e mulheres transexuais foi constatado que 49% das entrevistadas já fizeram uso dessa substância e que 42% destas tiveram problemas de saúde decorrentes dessa prática. Mas, só a metade procurou o serviço de saúde diante dessa situação. No entanto, a aplicação de silicone industrial não deve ser analisada fora do contexto social em que ocorre, no qual o desejo e a necessidade da feminilização do corpo como parte da concepção da identidade de gênero dessas pessoas se sobrepõem aos riscos do uso dessa substância, mesmo quando estes são conhecidos (PINTO et al., 2017).

Já o hormônio sexual estrogênio que têm efeitos feminilizantes, traz benefícios em relação a transformações corporais desejadas. Entretanto, a sua utilização não está livre de riscos e efeitos colaterais para a saúde, tais como doenças tromboembólicas, disfunção hepática, enxaquecas, hipertensão, retenção de líquidos, entre outras, sobretudo quando utilizados sem controle clínico. Neste caso, o uso de hormônios exige o acompanhamento médico para prescrição e monitoramento (KRAICZYK, 2014).

Em um estudo comparando pessoas trans em uso de terapia hormonal há em média 7,4 anos, verificou-se que 5% das mulheres transexuais sofreram trombose venosa profunda ou embolia pulmonar durante o primeiro ano de uso hormonal ou no decorrer da cirurgia de modificação genital. Além disso, a prevalência de acidente vascular cerebral foi maior entre mulheres transexuais do que em controles homens cis, e a prevalência de diabetes do tipo 2 foi maior tanto entre mulheres transexuais quanto entre homens transexuais (WIERCKX et al., 2013).

O uso de hormônios e de silicone industrial pelas travestis e transexuais não pode significar ação inconsequente e isolada, pois compõe a dinâmica real da sociedade na qual essas pessoas construirão modos de resistência e sobrevivência. Isso demonstra que é necessário analisar a vida delas sob uma perspectiva de totalidade histórica, na qual indivíduos e grupos possuem suas vidas atravessadas por determinações da cultura, da economia, da política e da subjetividade, que reverbera na classe social, raça/cor, orientação sexual, gênero, evasão escolar, dificuldades de acesso à saúde, entre outros. Por isso, não se pode culpabilizar individualmente as pessoas trans pelos processos de adoecimento, pois trata-se de um problema coletivo, que implica também os modos de funcionamentos dos serviços de saúde (ALMEIDA; MURTA, 2013), devendo-se sugerir a incapacidade ou a indisposição destes em comunicar-se com a diversidade de sujeitos pela educação em saúde.

Outra questão latente é o quanto ainda persistente o processo de psiquiatrização da condição de transexualidade para a garantia à cirurgia de redefinição de sexo (ARAN et al., 2008). A psiquiatria ocidental tem classificado pessoas transgêneros como portadores de transtorno mental. A CID-10, utilizada como parâmetro diagnóstico para o Processo Transexualizador (PTr) no SUS, define transexualismo como “o desejo de viver e ser aceito como membro do sexo oposto, geralmente acompanhado de uma sensação de desconforto ou inapropriação com o sexo anatômico, e um desejo de ser submetido a cirurgia e tratamento hormonal para tornar seu corpo o mais congruente possível com sexo preferido” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

A CDI, após mais de 10 anos de preparação, teve o lançamento da sua 11ª edição em 18 de junho de 2018, pela OMS. Um Grupo de Trabalho da OMS sobre Distúrbios Sexuais e Saúde Sexual propôs a reformulação desses diagnósticos como incongruência de gênero, sendo um diagnóstico para adolescentes e adultos e um outro para crianças abaixo da idade da puberdade (WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH, 2010). Assim, esses diagnósticos foram removidos do capítulo sobre transtornos mentais e comportamentais e foram colocados num novo capítulo sobre saúde sexual (BROOKS, 2018), representando uma mudança verdadeiramente histórica para as pessoas transgêneros e as pessoas envolvidas em seus cuidados de saúde. A CID-11 será apresentada durante a Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2019, para adoção por todos os estados membros e entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022 (BROOKS, 2018).

Entre todas as intervenções para modificação das características sexuais, a cirurgia de redesignação sexual é a mais procurada, frente à extrema vulnerabilidade proporcionada pela condição trans e porque a mesma representa um marco em seu processo de transformação, de auto-realização e de inserção social, mesmo estando convictos de que a alteração do sexo anatômico não significa o fim das dificuldades relacionadas a sua sexualidade (MURTA, 2011).

Uma pesquisa avaliativa sobre o procedimento cirúrgico, ajustes sociais e psicológicos de 136 transexuais, submetidos à redesignação sexual, revelou que 70% destes apresentaram melhoras nas suas relações sociais, psicológicas e aspectos psiquiátricos após a cirurgia (LAWRENCE, 2003). Os indivíduos precisam mudar para que a harmonia entre corpo e gênero seja (re)estabelecida, já que as relações sociais quanto à forma binária de constituição de gêneros não são questionadas (ALMEIDA; MURTA, 2013) e permanecem (in)alteradas.

4.6 Política Nacional de Saúde Integral para população LGBT

No Brasil, as políticas de saúde para pessoas LGBT começaram a se desenvolver há pouco tempo, como forma de resguardar o acesso aos direitos que foram negados a essa população (POPADIUK et al., 2017). A visibilidade das questões de saúde da população LGBT surgiu na década de 1980, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/aids em conjunto com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos gays e a partir do

reconhecimento da complexidade da saúde da população e consequente ampliação do conjunto de demandas em saúde (CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES, 2013).

O Ministério da Saúde acumula décadas de atenção à população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, a partir do enfrentamento da epidemia da aids. Nesse sentido, esse Ministério tem apoiado projetos nas áreas da prevenção das DST, disponibilizado assessoria jurídica e fortalecimento de redes, desenvolvido campanhas de comunicação e ações para visibilidade desses grupos, como estratégia de promoção da saúde, e promovido a participação do movimento destes em instâncias consultivas (BRASIL, 2008).

O Programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual, lançado pelo governo federal em 2004, foi criado para a formulação de políticas e programas específicos na intenção da melhoria da situação de vida dos grupos LGBT com a composição de um Comitê Técnico de Saúde desta População, que se constitui em espaço de articulação, debate e ausculta de demandas de representações do movimento social. Seu intuito é de promover a inserção das especificidades de saúde desse contingente populacional nas políticas e ações do SUS, bem como estratégias voltadas para promoção de ações diferenciadas de saúde, com o objetivo de reduzir desigualdades de grupos em condições de exclusão social e iniquidade em saúde (BRASIL, 2008).

Inspirada no artigo 196 da Constituição Federal, o Governo criou, em março de 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com o objetivo de compreender e combater as origens sociais das doenças, visto que os Determinantes Sociais de Saúde são fatores sociais, econômicos, culturais e étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam os fatores de risco e a ocorrência de problemas na população. Prioridade foi dada às linhas de pesquisas que focavam nesses determinantes, como nas desigualdades sociais, regionais, de gênero, da morbimortalidade e dos fatores de risco, desigualdade no acesso e qualidade dos serviços de saúde e suas intervenções sociais, entre outras (BUSS; FILHO, 2007).

No mesmo ano, os coletivos LGBT tiveram representantes do segmento no Conselho Nacional de Saúde (CNS), sinalizando um grande avanço para categoria no processo de democratização e controle social no SUS. A publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em 2007, sinaliza mais uma conquista a luta pela efetivação do direito à saúde LGBT, ao reiterar o direito ao atendimento humanizado, livre de

discriminação por orientação sexual e identidade de gênero e com o direito ao uso do nome social nos cadastros do SUS (BRASIL, 2007).

O Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na Construção do SUS, em agosto de 2007, foi um dos avanços promovidos em decorrência das estratégias do Comitê, no qual foram incluídas as demandas das lésbicas nas políticas de saúde da mulher e o processo transexualizador, em avançada fase de inclusão entre os procedimentos rotineiros do SUS, mantendo-se a visão crítica sobre a medicalização das transexualidades (BRASIL, 2008).

No âmbito institucional desde 2007, o Ministério da Saúde tem trabalhado na construção do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST, com ações para mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais; e do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de aids e das DST entre gays, HSH e travestis (BRASIL, 2008).

O tema dos direitos LGBT vinha sendo pautado pelo SUS desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003, mas a orientação sexual e a identidade de gênero só foram incluídas na análise da determinação social da saúde na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no período de 14 e 18 de novembro de 2007, que tinha como tema “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, visando discutir e deliberar democraticamente sobre as políticas públicas de saúde do país. Nessa discussão, foi imprescindível considerar os desafios que a implantação do SUS, mesmo depois de 20 anos, ainda apresentava, nas questões vinculados à gestão dos recursos humanos, à melhoria na qualidade da atenção e do acesso à saúde, ao aprimoramento dos mecanismos de controle, entre outros. Dentre as várias recomendações emanadas dessa conferência temos algumas como:

A sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS;

A inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde;

A ampliação da participação dos movimentos sociais LGBT nos conselhos de saúde;

O incentivo à produção de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos;

A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade;

O estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis (BRASIL, 2013a, p. 12).

O Relatório Final da 13ª CNS de 2007, dividido em 3 eixos temáticos: I) desafios para a efetivação do direito humano a saúde no século XXI: estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; II) políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde e por fim; III) a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde, evidenciam a maturidade do debate através das propostas apresentadas relacionadas a questão LGBT no eixo temático I como:

38. Assegurar a gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT) o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem da soropositividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Reconhecer as temáticas que envolvam a orientação sexual e as suas conseqüências sobre as concepções e práticas da saúde, da inclusão de item sobre livre expressão sexual nos formulários, da inclusão dos recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual na política de educação permanente, da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria MS/ GM nº 675/2006.

39. Revogar a portaria que proíbe a doação de sangue da população GLBTT, que viola os artigos nºs 1, 2 e 5 da Constituição Federal Brasileira.

167. Garantir incentivos para pesquisas científicas e inovações tecnológicas referentes às endemias, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, meio ambiente, trabalho, transporte, ações de saúde para a população GLBTT, e outras

182. Garantir o acesso de gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e transgêneros (GLBTT), prostitutas e outras populações de vulnerabilidade acrescida pelo estigma e preconceito aos bens e serviços de saúde nas três esferas de governo e proporcionando ações que assegurem os direitos de cidadania plena, o reconhecimento e aceitação à “identidade social” adotada pela pessoa, quando for o caso, e que se respeite o direito à intimidade e à individualidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008, p. 22).

Na I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de GLBT, realizada em junho de 2008, o Ministério da Saúde já sinalizava o esboço dos princípios da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que foi construída de forma compartilhada com os coletivos LGBT e, ao final, encaminhado para consulta pública em julho de 2008 (MELLO, 2011).

Na sequência, ocorreu a publicação da Portaria GM nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, instituindo o processo Transexualizador no âmbito do SUS e a Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008, aprovando a regulamentação desse processo (BRASIL, 2008c).

Já em 2009, de acordo com Mello (2011), ocorreu o I Seminário Nacional da Diversidade de Sujeitos e Igualdade de Direitos no SUS, realizado pelo Ministério da

Saúde, com o propósito de promover redes de diálogos entre os movimentos, gestores da saúde, dos direitos humanos e de promoção da igualdade racial e representantes das três esferas de governos, para fortalecer a solidariedade e construção de uma ação política estratégica de reconhecimento da diversidade dos sujeitos.

Com a perspectiva ampliada da integralidade da atenção à saúde desses segmentos populacionais brasileiros, reconhece-se que a orientação sexual e a identidade de gênero constituem situações muito mais complexas e são fatores de vulnerabilidade para a saúde. Tal reconhecimento deve-se não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, que geram “violação dos direitos humanos, entre os quais, o direito à saúde, à dignidade, à não-discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (BRASIL, 2008a, p. 571).

A compreensão das vulnerabilidades específicas da população LGBT requer atitudes políticas e operacionais que promovam a equidade a partir da proteção dos direitos humanos e sociais dessas pessoas. O combate a homofobia no SUS é uma consensualidade, que tem sua sustentação no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, que compreende que a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero perpassa a questão de segurança pública, assim como demandas referentes à saúde mental e a atenção a outras vulnerabilidades inerentes a esses segmentos (BRASIL, 2008a).

O embate à homofobia e a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção à população LGBT reivindica uma política de combate das iniquidades, com decisões estratégicas consubstanciadas, entre as quais a qualificação dos profissionais de saúde sobre as práticas sexuais e sociais dessas pessoas. Para que assim, o cuidado seja condizente com suas reais necessidades em saúde, superando a estrita associação da saúde dessas populações à epidemia de HIV/aids (BRASIL, 2008a).

A complexidade da situação de saúde do grupo LGBT e, especialmente, diante das evidências que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social da saúde, determina a execução de conexões que possibilitem a ocorrência de ações integradas para a promoção da inclusão social. O acesso e a qualidade dos serviços de saúde contribuem sumariamente para a luta contra essas injustiças (BRASIL, 2013).

E a partir do reconhecimento das vulnerabilidades ligadas a orientação sexual e/ou identidade de gênero e com a validação pelas bases sociais, a Política Nacional de Saúde

Integral LGBT foi aprovada pelo CNS em 2009, publicada por meio da Portaria nº 2.836/11, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde (MELLO, 2011).

A Política Saúde Integral LGBT reflete os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção, atenção e no cuidado em saúde, com intuito de reduzir as desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, e também contribuir pra o enfrentamento da homofobia, lesbofobia e transfobia, e combate a discriminação nas instituições e serviços do SUS. Ela abarca um conjunto de princípios éticos e políticos evidenciados pelo reconhecimento dos efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde. Como diretrizes e objetivos apresenta a promoção da equidade em saúde e para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2011).

A Política LGBT é composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde. Sua formulação seguiu as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH 3 (BRASIL, 2011).

O Programa Nacional de Direitos Humanos 3 são as resoluções aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos (CNDH), realizada em dezembro de 2008, em Brasília, cujo tema foi “Democracia e Direitos Humanos: superando as desigualdades”. Seu objetivo principal foi constituir um espaço de participação democrática para revisar e atualizar o PNDH, com o desafio de tratar de forma integrada as múltiplas dimensões dos Direitos Humanos e as propostas aprovados nas diversas conferências temáticas nacionais que ocorreram desde 2003, inclusive a LGBT (MELLO et al., 2012).

O PNDH-3 é formado por seis eixos orientadores, que dizem respeito a interação democrática entre Estado e sociedade civil; desenvolvimento e direitos humanos; universalização dos direitos em um contexto de desigualdades; segurança pública, acesso à justiça e combate à violência; educação e cultura em direitos humanos e direito à memória e à verdade. Tais eixos orientadores subdividem-se em 25 diretrizes e 82 objetivos estratégicos, os quais se desdobram em 521 ações programáticas. Dentre essas,

22 ações, em algum nível, referem-se à população LGBT, como a "garantia do respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero (MELLO et al., 2012).

Essa terceira versão representa um grande avanço nesse processo histórico de consolidação das orientações para caracterizar a promoção dos Direitos Humanos no Brasil. Entre suas conquistas mais expressivas, destaca-se a transversalidade de suas diretrizes, de seus objetivos estratégicos e de suas ações programáticas na perspectiva da universalidade, indivisibilidade e interdependência de direitos (BRASIL, 2011). No, entanto, Mello et al. (2012) chama a atenção para os limites da efetividade das ações propostas no PNHD-3, principalmente as voltadas à população LGBT, dado seu perfil exclusivamente institucional. A implementação de planos e programas para a promoção de cidadania e direitos humanos necessita de maior interação entre formuladoras/es e executoras/es de ações.

As políticas públicas no campo da sexualidade são embasadas nas particularidades referentes a este campo, mas a sua formulação e implementação dependem basicamente da mudança de crenças, valores e tradições, há muito tempo povoam o imaginário coletivo. O projeto de uma sociedade sem sexismo, machismo e homofobia, capaz de incluir pessoas que no presente momento são marginalizadas e perseguidas, simplesmente por não se conformarem ao pensamento majoritário, tem também suas próprias contradições, sendo uma das principais o risco de a assimilação implicar a própria descaracterização ou desintegração identitária das pessoas e grupos LGBT (MELLO et al., 2012).

Entre os estados nordestinos, Pernambuco foi o primeiro a implantar uma política de atenção à saúde integral LGBT. A Prefeitura do Recife lançou em 26 de setembro de 2014 a Política de Saúde Integral LGBT, que traz como meta a promoção da saúde do público LGBT, buscando eliminar a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa e qualitativa, descritiva e exploratória por entender que a mesma adquire uma sensibilidade contextual, ao analisar em profundidade uma situação específica, procurando desvendar suas particularidades, para melhor entender o contexto social. Essa pesquisa integrou a pesquisa nacional “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS” e foi realizada na Estação Pernambuco, na cidade do Recife.

Segundo Minayo (2008), esse tipo de abordagem metodológica, além de permitir revelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Desta forma, a pesquisa quanti-quali proporciona um aprofundamento nas ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo.

Serapioni (2009) recomenda o desenvolvimento de abordagens metodológicas capazes de dar uma perspectiva multidimensional, que sejam capazes de captar diferentes dimensões, sejam elas, estruturais do ambiente sanitário, das representações sociais e expectativas dos envolvidos.

As abordagens qualitativas ou quantitativas possibilitam alcance de resultados importantes de pesquisa, cada qual possui seu papel e adequação, sendo assim, torna-se infrutífero o debate no sentido de prioridade ou valor de uma abordagem sobre a outra, mas sim na sua complementariedade. Sobre a combinação de métodos qualitativos e quantitativos, afirma estarmos frente a questões de objetividade e subjetividade, que não podem ser admitidas de forma simplista e de opção pessoal do pesquisador, mas “com o entendimento de que fenômenos sociais há possibilidade de analisarem regularidades, frequências, mas também relações, histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos em ação”(MINAYO, 2008, p.57).

O campo da pesquisa quanti-qualitativa se constitui de diversas possibilidades metodológicas, as quais permitem ao pesquisador lidar com uma ampla variedade de evidências e com um processo dinâmico de aderência a novas formas de coleta e de análise de dados. Dentre essas possibilidades, utilizamos o questionário socioeconômico estruturado fechado e as oficinas, que serão detalhados mais à frente.

5.1 Locus da Pesquisa

O local escolhido para realização da pesquisa foi a cidade do Recife, por se tratar de um dos municípios contemplados para implementação da pesquisa nacional intitulada “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS”. Para isto, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a política LGBT implementada; ter mais de 50 mil habitantes; equipe das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) completa com cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e equipe da UBSF que, há pelo menos um ano, conta com a mesma composição de trabalhadores.

A cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, situada na região nordeste do país, é a quarta capital em brasileira na hierarquia da gestão federal e nona mais populosa, com uma população de 1.537.704 habitantes, de acordo com o censo demográfico de 2010 (BRASIL, 2010). A cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 8 Regiões Político-Administrativas (RPA). Cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário de Saúde.

Em 2014, o modelo de governança foi reestruturado com objetivo de qualificar áreas estratégicas e garantir a presença da gestão no território e com isso, foi decidido repensar a divisão político administrativa da saúde criando-se novos distritos sanitários a partir da divisão dos dois distritos mais populosos.

O Recife é o mais importante pólo médico do Norte/Nordeste e o segundo mais importante do Brasil, possuindo uma complexa rede de serviços no setor público, com 118 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 5 policlínicas 24h, 121 USF e 257 ESF, distribuídas nos Distritos Sanitários de Saúde.

Além disso, Recife possui o Centro Municipal de Referência em Cidadania LGBT, que funciona como articulador de uma rede de proteção e garantia de direitos à população LGBT, minimizando as vulnerabilidades a que este público está submetido. É o primeiro município do Estado a contar com serviços e atendimento específicos para vítimas de discriminação e violência com base na orientação sexual e/ou identidade de gênero. Outrossim, o Ministério da Saúde habilitou em outubro de 2014, o Hospital das Clínicas, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a oferecer atenção especializada no atendimento a transexuais para mudança de sexo.

O Hospital das Clínicas realizava a cirurgia de redesignação sexual desde 2001, mas tudo era feito em caráter experimental, porque ainda não existia uma portaria que

regulamentasse as práticas direcionadas ao público LGBT. Assim, a partir da publicação da Portaria nº 2.803/13 (BRASIL, 2013a), ficaram definidos os critérios para atendimento de transexuais e travestis no SUS, contribuindo para o funcionamento do serviço dentro de uma nova lógica do cuidado, tratando do assunto com a seriedade que ele exige (NUNES, 2015).

De acordo com Kelvyn Nunes (2015), desde que recebeu o credenciamento, o Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans vem se firmando como centro de referência no processo transexualizador no estado de Pernambuco. O espaço oferece um atendimento especializado ao paciente trans, com uma proposta de cuidado individualizada que leva em conta os interesses de cada um desses pacientes em relação aos processos de adequação corporal, como a hormonioterapia e cirurgias diversas. A equipe multidisciplinar conta com profissionais das áreas da psicologia, enfermagem, ginecologia, endocrinologia, cirurgia plástica, mastologia, serviço social, entre outros.

5.2 População do Estudo

Considerando que a fala tem significado direto, literal e explícito, foram ouvidas as mulheres que se reconheciam como lésbicas, bissexuais, transexuais e também as travestis, que participaram, voluntariamente, de uma das cinco oficinas realizadas, sendo três com a população de lésbicas e bissexuais e duas com mulheres transexuais e travestis, totalizando 29 participantes (15 lésbicas e bissexuais e 14 mulheres transexuais e travestis) conforme quadro 1.

Quadro 1 Total de participantes por oficina realizada de acordo com a orientação sexual e identidade de gênero, Recife 2015

População Oficinas	Lésbicas e Bissexuais Grupo 1	Mulheres trans e Travestis Grupo 2
Oficina 1	5	-
Oficina 2	-	6
Oficina 3	-	8
Oficina 4	5	-
Oficina 5	5	-
Total	15	14

Fonte: A autora

A realização das oficinas ocorreu de fevereiro a agosto de 2015. O recrutamento se deu por meio de articulação com representantes da militância LGBT, ONG's que trabalham com essa população, rede de amigas e indicação de profissionais, de uma das dez UBS da cidade do Recife que operam na lógica organizativa da ESF, selecionadas aleatoriamente para a pesquisa.

A definição das participantes que fizeram parte da pesquisa foi considerada tarefa relevante, uma vez que implica na capacidade de contribuição com os objetivos da mesma. A amostra foi intencional e foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos; se reconhecer como mulher lésbica, bissexual, trans ou travesti; ter frequentado ou frequentar a Atenção Básica do Recife.

5.3 Coleta de Dados

5.3.1 Aplicação de questionário socioeconômico

Foi aplicado questionário (Anexo A) composto por 15 questões fechadas sobre sexualidade e dados sócio-demográficos com as mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais e as travestis, anteriormente a realização das oficinas de trabalho. Como definido pelo grupo de pesquisa, a própria entrevistadora fazia a leitura para a entrevistada das questões e das opções de resposta, e assinalava no questionário conforme a indicação da participante.

5.3.2 Oficinas

A oficina é uma técnica de grupo utilizada para a produção de dados de pesquisa em diferentes contextos. Spink et al. (2014) entendem que as oficinas articulam as técnicas de grupos focais, estratégias de dinâmicas de grupos e rodas de conversas, de modo a facilitar a conversa de grupo orientada para abordagem de um tema específico. A realização da oficina se dá através de um roteiro estruturado de atividades que podem incluir perguntas disparadoras/problematizadoras, mas que não restringe a aplicação de um roteiro de questões. Tem como potencial distintivo a produção de um espaço de trocas entre as participantes que não apenas põe em relevo as informações necessárias ao estudo do tema de pesquisa, como também favorece a problematização dessas informações de modo estimular a reflexão e o engajamento político das participantes. Diferem-se também

das propostas de investigação que se afirmam neutras ao assumir seus efeitos sobre as participantes e, conseqüentemente, ponderando os aspectos éticos-políticos indissociáveis desta prática (SPINK et al., 2014).

Essa técnica foi utilizada por ter um duplo foco, ou seja, a produção de dados e produção reflexiva entre as participantes, com um nível de reflexão que outras técnicas não conseguem alcançar. Além disso, facilita a formação de ideias novas e originais e funciona como um estimulador para geração das respostas pertinentes à questão sobre investigação.

As oficinas foram separadas por grupos que, em princípio, responderia aos marcadores gênero e sexualidade. Embora fosse possível que uma mulher trans ou uma travesti também se identificasse como lésbica ou bissexual, o formato da oficina, organizado pela identidade de gênero, separou as mulheres transexuais e travestis. As outras mulheres foram convidadas em razão da orientação sexual, no entanto, quando nomeadas por lésbicas algumas reivindicaram o reconhecimento como bissexuais. As quatro oficinas tiveram duração de 60 a 90 minutos e uma média de 5 a 7 integrantes

A autora foi a pesquisadora e moderadora nas oficinas, desempenhando o papel de facilitar o debate, cultivando a empatia das participantes, conduzindo o grupo nas discussões com entusiasmo e propiciando um ambiente adequado para desvelar diferentes percepções e pontos de vista.

Para ajudar a pesquisadora na condução das oficinas, um bolsista de pós-graduação foi o observador, que foi essencial nessa técnica, para analisar a rede de interações presentes durante o processo grupal, apontando as reações da moderadora com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações.

O observador contribuiu com o registro de comunicações não-verbais, linguagem, atitudes, preocupações e ordem de respostas que foram consideradas importantes. Ele manteve a atenção constante durante o trabalho de grupo na aparelhagem audiovisual e auxiliou a moderadora na condução do grupo. Além de apresentar a capacidade de realizar tanto a análise quanto a síntese dos debates do grupo, quando oportuno fazia intervenções verbais para elucidação de algumas falas e mesmo para dar suporte à coordenadora na manutenção dos temas.

Na oficina uma de suas maiores riquezas, pode ser basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros sujeitos, contrastando, nesse sentido, com dados obtidos em questionários ou entrevistas, no qual o participante é chamado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha analisado anteriormente.

No tocante aos seus limites, destaca-se que, em alguns casos, na discussão grupal há possibilidade de interferência quanto aos juízos de valores do pesquisador e o risco de que as discussões sejam deturpadas ou induzidas por poucos participantes, gerando uma distorção dos resultados (TRAD, 2009). Além disso, pode ser difícil garantir um total anonimato e algumas opiniões pode inibir determinadas posturas que sejam divergentes dos demais participantes, mas oposições dentro dos grupos podem ser utilizados para encorajar a defesa de seus pontos de vista (KITZINGER; BARBOUR, 1999). Todas medidas possíveis, para que esses limites fossem minimizados, foram tomadas, desde informes antes de iniciarmos as oficinas, como posturas mais energéticas do moderador, quando necessário, para o bom andamento das atividades.

5.3.2.1 Execução das oficinas

O local para acontecimento das sessões foi um espaço neutro, isto é, fora do ambiente de trabalho e/ou convívio das participantes, acessível, acolhedor e que assegurou sua privacidade, evitando-se locais que pudessem gerar conflitos ideológicos, religiosos ou culturais. A sala era confortável, com um clima agradável, livre de ruídos, possibilitando a captação das falas, sem “muitas” interferências.

A distribuição das participantes na sala foi no formato de círculo para promover a interação entre elas. Esta distribuição foi com o intuito de favorecer um bom contato visual entre elas e a interação face-a-face, evitando-se assentos com ideia de prestígio. Para isto, foram dispostos assentos em número suficiente para todas, com cadeiras não fixas para possibilitar um novo arranjo, que favorecesse a comunicação em grupo e a captação das falas pelos recursos tecnológicos. Por isso, foi importante propiciar um ambiente em que todas as integrantes se sentissem confortáveis e seguras para relatarem suas reais percepções.

Em cada sessão foram usados dois gravadores de voz com autonomia de mais de 120 minutos para gravação. Os gravadores foram colocados na sala em contraposição e a localização foi dimensionada considerando-se a disposição das pessoas no grupo para assim, garantir a gravação de todas as falas. Mesmo estando cientes que o gravador não é capaz de registrar os dados não verbais, como a interação do grupo e a expressão de linguagem corporal (CÔTÉ-ARSENAULT; MORRISON-BEEDY, 2005), por conta das peculiaridades das participantes, optamos somente pelo gravador para evitar que recursos

de filmagem pudessem inibir a espontaneidade dos sujeitos, ou mesmo expor a constrangimentos.

Um instrumento importante para execução das oficinas foi o guia de temas (Anexo B), pois ele é composto por uma lista de temas e questões qualitativas e abrangentes, que favoreceram a discussão, servindo de roteiro para a moderadora, facilitando a condução do trabalho grupal ao encontro dos objetivos da pesquisa. Segundo Meier e Kudlowiez (2003), a elaboração desse instrumento requer dos autores habilidade, dedicação e clareza dos objetivos do estudo.

A sessão foi pensada com as seguintes atividades: preparação, apresentação, aquecimento inespecífico, aquecimento específico, desenvolvimento, encerramento do grupo e socialização com degustação. Todas as atividades tinham definição de tempo. A preparação foi exatamente arrumar o ambiente para o recebimento das convidadas, separando e organizando o material no local para que ocorresse a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C) e o preenchimento do questionário socioeconômico, com intuito de conhecer esse perfil das usuárias. Já a apresentação, com um tempo médio de 15 minutos, foi o momento de nos apresentarmos, agradecer a presença de todos participantes, distribuir os crachás, fazer uma rápida introdução do tema, exposição dos objetivos do trabalho, elucidação sobre o uso do gravador, da técnica de oficina e das questões éticas.

O aquecimento inespecífico foi o momento de apresentação dos participantes e o tempo reservado para esse momento foi de aproximadamente 5 minutos. Já o aquecimento específico teve duração de 10 minutos e foi marcado por questões sobre o serviço de saúde. O desenvolvimento se deu com base num texto reflexivo presente no guia temático e com um tempo de 30 minutos destinados a essa atividade. De acordo com a complexidade de cada tópico a ser discutido, esse tempo foi ampliado.

No encerramento, a coordenadora realizou um resumo do trabalho do grupo e fez explanação a respeito de questões abordadas por elas tanto na perspectiva ética, posicionamento da equipe em relação a alguns assuntos e até mesmo sobre informações contraditórias. Nessa etapa final ocorreu o momento de socialização e degustação de lanche.

Ao findar cada oficina houve a transcrição imediata da discussão pela moderadora do grupo, juntamente as anotações realizadas pelo observador dos mesmos.

Cabe enfatizar que a oficina pode permitir ao pesquisador não só examinar as diferentes análises das pessoas em relação a um tema. Ela também proporciona explorar

como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal e, ainda, como isto se relaciona à comunicação de pares e às normas grupais (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

As oficinas utilizam a relação grupal para gerar dados e insights que seriam dificilmente alcançados fora do grupo. Os dados adquiridos, então, levam em conta o processo do grupo, apresentando maior importância do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais em jogo (KIND, 2004).

5.3.2.2 Preparação da Equipe

Preparar a equipe é fundamental para obter um trabalho de qualidade, assim a qualificação da coordenadora e da equipe de apoio ocorreu antes e durante o desenvolvimento da pesquisa de campo. Os integrantes da equipe foram treinados a partir de leituras, simulações de casos envolvendo erros mais frequentes e graves neste tipo de técnica e discussões para dirimir dúvidas. O treinamento da equipe aconteceu nas dependências da Fundação Oswaldo Cruz - Pernambuco no Instituto Aggeu Magalhães (IAM). Esta etapa serviu para aprofundamento e uniformização do conhecimento da equipe.

Dada a importância da integração da equipe para este trabalho, foram realizadas algumas reuniões de elaboração da técnica, com elucidação do guia temático, o objeto e os objetivos da pesquisa, e a forma como seria conduzida cada sessão. Caso algum dos integrantes do grupo de pesquisa demonstrasse inabilidade para este tipo de trabalho, ele era designado para trabalhar apenas na parte pré-oficina com o preenchimento do questionário sociodemográfico e a assinatura do TCLE. Ao mesmo tempo em que cada componente é considerado individualmente, existe também uma interdependência e um compartilhar de tensão que deve ser cuidadosamente balanceada para otimizar o resultado da oficina.

5.4 Análise de Dados

A análise dos achados de pesquisa desenvolveu-se de acordo as perspectivas qualitativas e quantitativas, consideradas a partir de diferentes perspectivas do mesmo objeto, atuando de forma complementar (MINAYO et al., 2014). Os dados produzidos em campo foram analisados obedecendo às diversas etapas exigidas por cada abordagem

em seguida os resultados foram confrontados e analisados simultaneamente.

Os dados quantitativos produzidos pelos questionários socioeconômicos contendo questões fechadas, aplicados juntos às 29 participantes, constituíram um banco de dados, que posteriormente foi analisado com auxílio do software Microsoft Excel versão 2010 e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Foi realizada análise descritiva por meio de distribuições de frequências (absoluta e relativa), medidas de tendência central e de variabilidade para as características estudadas.

Sabe-se que, no universo das pesquisas qualitativas, a escolha de um método e suas técnicas de coleta, bem como o tratamento de dados, deve obrigatoriamente ser feito sob olhar multifacetado sobre a totalidade dos resultados, devido ao caráter polissêmico da pesquisa (CAMPOS; TURATO, 2009).

Para a análise de dados obtidos nas oficinas, utilizou-se a técnica da análise de discurso, pois a mesma trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido (BAUER, 2002).

Na análise do discurso a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória coletiva constituída socialmente. Essa técnica entende que não irá descobrir nada novo, apenas fará uma nova interpretação ou uma releitura, mostrando como o discurso funciona, sem ter a pretensão de dizer o que é certo, pois esta questão não está em julgamento (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A análise do discurso começou durante a transcrição das entrevistas, um momento fundamental, no qual não corrigimos as falas das entrevistadas e transcrevemo-las literalmente. Após a leitura exaustiva de todas as entrevistas foram realizadas três fases de análise: (a) identificação as expressões chaves (ECH) de cada discurso; (b) formulação as ideias centrais (IC); (c) descrição dos significados.

De acordo com Lefèvre (2005), as ECH são transcrições literais do discurso, que são destacadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento. Com suas descrições são formuladas as ideias centrais (IC), que segundo o mesmo autor, é a setença que revela e descreve, de forma mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados. Entretanto, a IC não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento (CARVALHO, 2010). Por fim, foram constituídas as categorias, que são as expressões adequadas para representar os depoimentos, de acordo com as questões de interesse, mas sendo o mais abrangente possível para possibilitar uma ampla percepção dos sentidos que as falas podem produzir (GILL, 2003). A submersão nos conteúdos possibilitou o aprofundamento e a compreensão analítica, que estimulou a identificação dos significados/categorias de cada

fala, a fim de aproveitar a riqueza dos dados. Os significados tornam os depoimentos e demais discursos equivalentes, porque expressam a mesma ideia. Minayo (2008) afirma que nessa fase é preciso compreender que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir do questionamento que fazemos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos.

Entre as categorias escolhidas para desenvolver as questões pertinentes à pesquisa, decidimos por incluir: discriminação, preconceito, despreparo profissional, processo transexualizador e políticas de saúde. Esses eixos são pertinentes para compreendermos as condições do acesso das travestis e mulheres transexuais aos serviços públicos de saúde e a qualidade do atendimento prestado.

5.5 Questões Éticas

Nesse estudo os aspectos éticos foram contemplados em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/12 para pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Procurou-se o contato mais próximo com as usuárias do serviço e com os/as profissionais, para estabelecer uma relação de confiança e respeito.

Por se tratar de um estudo unicêntrico, nacional, contemplando as cinco regiões do país, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, o qual foi apreciado e aprovado sob Parecer 652.643/14 (Anexo D). Após a aprovação do projeto, foi feito contato com a Secretaria Municipal de Saúde do Recife, que aprovou a execução da pesquisa conforme a carta de anuência (Anexo E) e posteriormente, com os(as) gerentes das Unidades Básicas de Saúde, que participaram da pesquisa.

Todos os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da mesma de livre e espontânea vontade, mediante a assinatura do TCLE, documento no qual constam todas as informações necessárias sobre a pesquisa e seus objetivos, de forma simples e clara, para que os mesmos decidissem sobre sua participação ou não. Os sujeitos poderiam deixar de participar em qualquer momento que desejasse, sem nenhum tipo de risco ou prejuízo decorrentes desta decisão.

Em todo material não houve nenhum campo de identificação das pessoas envolvidas. Foi solicitada autorização das participantes da pesquisa para gravação de áudio durante as entrevistas. Caso a participante não se sentisse confortável o recurso

de áudio seria suspenso e a oficina continuaria apenas com anotações. Em razão do objetivo do trabalho de identificar os sentidos coletivos produzidos pelos diferentes sujeitos no grupo, não apresentaremos as colaboradoras dessa pesquisa. Os fragmentos das falas serão acompanhados apenas por nomes fictícios cuja primeira letra está relacionada aos indicadores de identidade de gênero e/ou orientação sexual, com o objetivo de resguardar em sigilo suas identidades.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Tabela 1, no grupo das lésbicas e bissexuais, a idade média das participantes foi 34 anos, com uma variância que abrange de 20 a 50 anos e desvio-padrão (DP) de 10,1. A maioria (66,7%) se identifica no segmento LGBT como lésbica e 33,3% como bissexuais, percentual que se repete quando questionadas sobre sua orientação sexual. A identidade de gênero mais relatada foi a categoria “mulher” (93,3%). Já nas oficinas de mulheres transexuais e travestis, a idade média foi 35 anos com variância entre 23 a 58 anos e DP de 11,9. No tópico segmento LGBT 64,3% identificam-se como mulher trans, 28,6% como travestis e 7,1% como outro. A identidade de gênero predominante foi a categoria “mulher” (71,4%) e quanto à orientação sexual 50% se classificam como heterossexual e 28,6% como “outro”.

Tabela 1 Caracterização da sexualidade e do gênero das participantes do estudo em Recife, 2015

	Lésbicas e Bissexuais (N=15)		Travestis/Mulher trans (N=14)	
	Idade Média: 34 anos		Idade Média: 35 anos	
	n	%	n	%
Segmento LGBT				
Lésbicas	10	66,7	-	-
Bissexuais	5	33,3	-	-
Trans	-	-	9	64,3
Travestis	-	-	4	28,6
Outro	-	-	1	7,1
Identidade Gênero				
Mulher	14	93,3	10	71,4
Homem	1	6,7	2	14,3
Outro	-	-	2	14,3
Orientação Sexual				
Lésbica	10	66,7	-	-
Gay	-	-	2	14,3
Bissexual	5	33,3	1	7,1
Heterossexual	-	-	7	50,0
Outro	-	-	4	28,6
Total	15	100%	14	100%

Fonte: A autora

Tabela 2 Perfil Sócio-econômico das participantes do estudo em Recife, 2015

	Lésbicas e Bissexuais (N=15)		Travestis/Mulher trans (N=14)	
	Idade Média: 34 anos		Idade Média: 35 anos	
	n	%	n	%
Raça				
Preto	3	20	4	28,6
Branco	4	26,6	1	7,1
Pardo	7	46,7	8	57,2
Amarelo	1	6,7	-	-
Indígena	-	-	1	7,1
Estado Civil				
Casada	2	13,3	2	14,3
União estável	5	33,3	1	7,1
Divorciada	-	-	-	-
Solteira	6	40,1	10	71,4
Mora junto	2	13,3	-	-
Viúva	-	-	-	-
Outro	-	-	1	7,1
Escolaridade				
Fundamental	2	13,3	3	21,4
Médio	5	33,3	9	64,4
Superior	6	40,1	1	7,1
Especialização	2	13,3	1	7,1
Religião				
Afro-brasileira	1	6,7	3	21,4
Católica	7	46,7	8	57,2
Espírita	4	26,6	-	-
Protestante	-	-	1	7,1
Nenhuma	2	13,3	2	14,3
Outra	1	6,7	-	-
Renda (R\$)				
Até 465,00	1	6,7	5	35,8
De 461,00 - 930,00	7	46,7	3	21,4
De 931,00 - 1395,00	3	20	1	7,1
De 1936,00 - 1860,00	2	13,3	-	-
De 1861,00 - 2.790,00	2	13,3	1	7,1
+2791,00	-	-	-	-
Nenhuma	-	-	4	28,6
Total	15	100%	14	100%

Fonte: A autora

As religiões predominantes das participantes lésbicas e bissexuais foram a Católica e a Espírita, com 46,7% e 26,6%, respectivamente, e a raças preta (20,0%) e parda (46,7%) representaram a maior parte. A renda média da maioria delas (47%) variou de R\$ 466,00 a R\$ 930,00, mas 26% possuíam renda igual ou maior a R\$ 1.935,00. Quanto a escolaridade, 40% possuíam ensino superior e 13,3% possuíam algum tipo de especialização. Cerca de 40% das entrevistadas eram solteiras e as demais estavam em algum tipo de relacionamento, como união estável, morando junto ou casada, conforme dados apresentados na Tabela 2.

A escolaridade predominante no grupo trans foi o ensino médio (64%) e maioria se autodenominaram pretas (28,6%) ou pardas (57,2%) e sobreviviam com uma renda que variava de nenhuma até R\$ 930,00. A religião Católica foi citada por 57,2% das participantes e a afro-brasileira por 21,4% delas, enquanto 14,3% disseram não ter religião/crença. Pouco mais de setenta e um por cento estavam solteiras e 21,4% estavam casadas ou em união estável (Tabela 2).

Considerando o universo das participantes trans (N=14), apenas quatro se autoidentificaram como travestis, com idade média desta foi de 42 anos. A maioria encontrava-se solteira no momento da pesquisa e renda que variava de nenhuma a R\$ 466,00. Todas se identificaram como preta ou parda e afirmaram não utilizar saúde suplementar e nem manter vínculo com a UBS. A escolaridade ficou entre o ensino fundamental e o ensino médio, com 50% cada. A religião católica foi predominante e apenas uma citou o protestanismo como religião. Além da religião protestante, essa participante travesti divergia das demais no estado civil (casada) e na renda um pouco superior às demais, na faixa compreendida entre R\$466,00 a R\$930,00. Esses dados não se apresentam tabulados.

Entre as mulheres lésbicas e bissexuais, cerca de 80% declararam não participar de nenhum movimento social, 60% afirmaram não utilizar a saúde suplementar e 53,3% não possuíam vínculo com a UBS. Quanto ao grupo trans 85,7% não utilizavam a saúde suplementar, mais de cinquenta por cento participavam de movimento social e 50,0% não possuíam vínculo com a UBS, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 Caracterização da participação no Movimento Social, uso da saúde suplementar e vínculo com a Unidade Básica de Saúde das participantes do estudo em Recife, 2015

	Lésbicas (N=15)		Travestis/Mulher trans (N=14)	
	n	%	N	%
Part. Mov. Social				
Sim	3	20,0	8	57,1
Não	12	80,0	6	42,9
Uso Saúde Supl.				
Sim	6	40,0	2	14,3
Não	9	60,0	12	85,7
Vínculo UBS				
Sim	7	46,7	6	42,9
Não	8	53,3	7	50,0
Outro	-	-	1	7,1
Total	15	100%	14	100%

Fonte: A autora

6.1 Embaralhando as certezas da pesquisa: não era somente um perfil socioeconômico?

A idade das participantes das oficinas constituiu-se numa faixa etária produtiva, sendo de 20 a 50 anos para lésbicas e bissexuais e de 23 a 58 anos para as mulheres trans e travestis. Herculano (2015), em seu estudo sobre itinerários lésbicos na Paraíba, encontrou que 80% das lésbicas tinham entre 18 e 29 anos. Estudos realizados sobre vulnerabilidade para o HIV em mulheres trans, violências sofridas por transexuais e travestis, bem como sobre a atenção à saúde LGBT revelam uma faixa etária média de 25 a 28 anos de idade para as pessoas trans e travestis (BONASSI et al., 2015; COSTA et al., 2015; COSTA, 2015).

No grupo composto pelas mulheres lésbicas ou bissexuais, 66,7% se identifica no segmento LGBT como lésbica e 33,3% como bissexuais, percentual que se repete quando questionadas sobre sua orientação sexual. Em relação à identidade de gênero, uma delas se autoidentificou como homem. Esse resultado embora não cause estranhamento, aponta para outras possibilidades contemporâneas de interpretação. Embora não seja polêmica a afirmação de que as experiências da sexualidade e do gênero não se reduzem à heterossexualidade, o questionamento da posição de gênero dos homens e mulheres dissidentes dessa norma é uma constância mediada pelo medo:

La paura del desiderio omosessuale in una donna, quindi, può indurre uno stato di panico al pensiero che stia perdendo la sua femminilità, che non sia una donna, che non sia più una vera donna, che se non è neanche un uomo, comunque vi assomiglia, e quindi è in qualche modo monstra. Oppure in un uomo, il terrore del desiderio omosessuale può portare al terrore di essere giudicato femminile, femminilizzato, non essendo più propriamente un uomo, ma un uomo “fallito” [...] (BUTLER, 2005, p. 128).³

O processo de subjetivação e assujeitamento das mulheres lésbicas é atravessado pela mediação com a sua possibilidade de ser reconhecida como mulher. Um espaço de disputa que mesmo quando as mulheres lésbicas são adjetivadas no masculino e deslocadas para a posição de “maria-macho” “fanchona” não significa que estejam autorizadas a ascender ao lugar de homem, mas ali posicionadas para colocar em questão o reconhecimento como mulher.

O enunciado recente dos homens trans que foram reconhecidos e também se reconheciam, ainda que precariamente, como lésbicas também abre fissuras para compreendermos a afirmação dessa entrevistada não como erro, mas como possibilidade de um reconhecimento em processo (ALMEIDA, 2012a; TEIXEIRA, 2013).

Nas oficinas que participaram as travestis e mulheres transexuais, em relação ao pertencimento identitário no segmento LGBT, 64% identificam-se como transexuais e 28% como travestis. Segundo a pesquisa Muriel (2017), a questão da autoclassificação tem a ver com às diferenças de idade, notando-se que a categoria “mulher trans” seja utilizada principalmente pelas mais jovens e apontada pelas mais velhas como uma terminologia recente, com a qual geralmente não se identificam. Na nossa amostra, nas diversas faixas etárias, aparece o uso recorrente das categorias “travesti” e “mulher trans” de maneira intercambiável, demonstrando certa fluidez nesses termos.

A identidade de gênero informada pela maioria também foi a de mulher, mas a presença de pessoas que se afirmavam como homem e ainda como outro também não causa estranhamento. O posicionamento no masculino a partir do nascimento, vinculado à presença dos genitais, é uma experiência comum a esse grupo ao tempo que a possibilidade de pertencimento ao feminino é um fenômeno recente e desigualmente distribuído, até mesmo na política de saúde. As travestis até o final dos anos 90 e início dos anos 2000 eram evocadas através do artigo no masculino (CARRIJO, 2012) e, ainda

³ Tradução: O medo do desejo homossexual em uma mulher, portanto, pode induzir um estado de pânico ao pensar que ela está perdendo sua feminilidade, que ela não é uma mulher, que ela não é mais uma mulher real, que se ela não é mesmo um homem, assemelha-se e, portanto, é um tanto monstruoso. Ou em um homem, o terror do desejo homossexual pode levar ao terror de ser julgado feminino, feminizado, não mais propriamente um homem, mas um homem "falido"

hoje, permanecem informadas como pertencentes à categoria HSH no Boletim Epidemiológico HIV/aids, assim como as mulheres transexuais (BRASIL, 2017). Nos textos que adotam a patologia como fio narrativo, as mulheres transexuais, também permanecem atreladas à sua condição de nascimento quando sua enunciação se faz a partir do uso da terminologia “transexualismo masculino” (BENTO, 2017). O reconhecimento das travestis e mulheres transexuais como pertencentes ao feminino parece ainda uma seara sem consensos.

A orientação sexual no segmento trans ficou distribuída em 50% que se consideravam heterossexuais e 28,6% como “outro”, não se enquadrando em nenhuma nomenclatura estabelecida pela sociedade em relação a sua orientação sexual. Apenas uma travesti (7,1%) se considerou bissexual. No estudo de Sousa et al. (2013), 10% das travestis se declararam bissexuais.

Se para as mulheres lésbicas e bissexuais a identidade sexual produziria consensos, entre as pesquisadas, o mesmo não ocorreu com o grupo das travestis e mulheres transexuais. A heterossexualidade foi a identificação mais acionada por elas. No entanto, respostas como gays e bissexual e outros embaralham o universo e demonstram que os deslocamentos das fronteiras entre gênero e sexualidade forçam também as pesquisas a se reinventarem (AMARAL, 2017), pois, na pesquisa em tela, nenhuma mulher trans ou travesti se identificou como lésbica, mas o reconhecimento como bissexual apontaria para um duplo pertencimento. Estaria esta participante considerada elegível para participar com outras mulheres da oficina planejada para as bissexuais? Onde estariam as mulheres transexuais lésbicas e as travestis que se relacionam afetivo-sexualmente com outras travestis? E com as outras mulheres? Escondidas na categoria “outro”?

Em relação ao pertencimento informado sobre a etnia/raça, mais de 85% das mulheres transexuais e travestis se declararam como preta ou parda, considerando o somatório dessas duas categorias, resultado esperado considerando que a região nordeste apresenta a maior concentração de pessoas negras e pardas. Esses valores são bem próximos aos encontrados por Sousa et al. (2013) ao entrevistar 110 travestis na região metropolitana do Recife, das quais 78,2% se autodeclararam da raça preta ou parda. Já Silva et al. (2016), encontrou 62,5% de mulheres transexuais e travestis pretas ou pardas, resultado similar (60%) ao encontrado por Pinto et al. (2017). Na pesquisa de Bonassi et al. (2015), 45% das travestis e mulheres transexuais se autodeclararam pardas ou pretas, já no estudo de Jesus (2013), 43% identificam-se como pessoas negras, considerando o

critério adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de somar as autodeclarações de pretos e pardos (OSÓRIO, 2003). Em contraposição, no estudo com mulheres transexuais, realizado em Porto Alegre, de Costa et al. (2015), 85,6% destas, como era de se esperar, se declararam como da raça branca.

Quando fazemos essa mesma relação para o grupo das mulheres lésbicas e bissexuais 66,7% se declararam negras, considerando o somatório de pardas (46,7%) e pretas (20%) e 26,6% se autodeclararam brancas, resultado bem diferente do encontrado por Herculano (2015), no qual 60% das lésbicas se declararam brancas, 20% pardas e 10% pretas. Importa pensar que as entrevistadas interpelam os pesquisadores no sentido de interseccionar os marcadores de diferença trazendo a questão da raça/etnia para o centro da política de saúde e tentando compreender como o racismo pode atravessar o cuidado em saúde e potencializar situações de preconceito e discriminação.

Em relação a renda 35,8% das participantes do grupo trans tinham renda inferior a R\$ 465,00 e 28,6% não possuíam renda alguma, ficando bem aquém em relação ao grupo das lésbicas e bissexuais, cujo percentual de 46,6% possuíam renda igual ou maior a R\$931,00. A literatura sugere que transexuais e travestis trata-se de uma população distinta sob a ótica socioeconômica. De acordo com os autores Carrara e Vianna (2004), há um número expressivo de travestis negros e pardos e que isso aparece como um indicativo de pertencimento aos estratos mais pobres da sociedade brasileira, corroborando com Garcia (2009), que sugere que a maioria das travestis é proveniente de famílias pobres. No entanto, pretende-se considerar raça/cor como uma categoria interpretativa que atravessa o social na busca de iniquidades como afirma Ayres (2007), observando-se as interações sociais entre raça e outros determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, considerando particularidades étnico/raciais das travestis bem como compreendendo que possíveis interações entre racismo, homofobia e pobreza podem ser produtoras de vulnerabilidade para o segmento (SOUSA et al., 2013).

Nesse estudo, a renda do segmento lésbico fica acima de R\$ 931,00 para 46,6% das participantes. Em estudo realizado com a população LGBT no Distrito Federal, Carvalho e Philippi (2013) encontraram 53% das participantes com renda mensal de um a três salários mínimos, valores bem parecidos com o encontrado nessa pesquisa. No entanto, em seu estudo sobre itinerários lésbicos na Paraíba, Herculano (2015), constatou que 20% das lésbicas entrevistadas não possuíam renda alguma, 50% recebiam até um salário mínimo e apenas 10% mais de dois salários mínimos.

Assim, a renda média de todas as participantes sugere inserção como oriundas dos extratos populares. Esse resultado importa e preocupa quando entre elas, pelo menos 50,0% não possuíam vínculo com a UBS. Ainda que algumas mulheres identificadas como lésbicas e bissexuais tenham informado possuir acesso a saúde suplementar, mais de 50% não utilizam esse recurso e entre as mulheres transexuais e travestis esta ausência de cobertura atinge 85%. Isso pode ter relação com alto custo desse serviço e a baixa renda observada nesses grupos, mesmo a situação financeira sendo melhor no segmento lésbico. Se a maioria não está utilizando o serviço público de saúde na modalidade da UBS e nem os serviços de saúde que integram a saúde suplementar, aonde elas estão recorrendo para os cuidados com a sua saúde?

Souza et al. (2013), ao questionar sobre o acesso das travestis aos serviços de saúde, verificou que 24,5% relataram que não haviam frequentado um serviço público de saúde nos últimos 12 meses, enquanto os dados encontrados na pesquisa Muriel revelam que é do SUS que a maioria das pessoas trans entrevistadas depende, visto que 83,2% não possuem convênio médico e a renda mensal é baixa (VERAS et al., 2016).

Já na pesquisa sobre os itinerários lésbicos no acesso a políticas de saúde na Paraíba, todas afirmaram que a maior parte das lésbicas de seu circuito procuram pouco os serviços de saúde e 90% revelaram procurar os serviços de saúde de redes privadas, onde procuram um atendimento menos preconceituoso e estabelecem uma relação de confiança. Mas, isso acaba gerando um impacto econômico diante das condições econômicas delas (HERCULANO, 2015).

Estabelecendo relação entre o vínculo com o serviço de saúde, identidade de gênero e orientação sexual, em ambos os grupos, mais de 50% das participantes afirmaram não ter construído essa relação com a UBS. Esse dado não difere em muito de estudos anteriores que descrevem que a menor procura pelos serviços de saúde está associada à existência de discriminação nos serviços, ao despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades desse grupo populacional, e às suas dificuldades em revelar sua identidade sexual aos profissionais de saúde (CARDOSO; FERRO, 2012; SOUZA et al., 2013), colaborando para aumentar as barreiras simbólicas ao acesso e comprometer a qualidade da atenção a esse público.

Estabelecemos relação entre as respostas sobre identidade de gênero, orientação sexual e estado civil. No momento da coleta de dados, a maioria das travestis e mulheres transexuais informaram que estavam solteiras (71,4%). Essa informação é corroborada por outros estudos com travestis e mulheres transexuais (PRADO, 2015; SILVA et al.,

2016). Chama a atenção o pequeno percentual delas que informa vínculo de conjugalidade. Essa informação é recoberta por outros relevos quando anuncia a dificuldade de que as relações afetivas das travestis e mulheres transexuais sejam reconhecidas como legítimas, diante do preconceito da sociedade em relação ao casamento homoafetivo e por receio de sofrer opressão ao assumir uma relação afetiva. Trazem para a cena a desconfiança sobre os homens que se relacionam com elas, porque abrem fissuras na narrativa oficial da heterossexualidade e no essencialismo do binarismo de gênero. Homens e mulheres que reivindicam outra heterossexualidade (AMARAL, 2017; LOMANDO; NARDI, 2013; MULLER; SEFFNER, 2012; PELÚCIO, 2006; TEIXEIRA, 2011).

Silva et al. (2013), em sua pesquisa identificou que a maior parte das travestis declararam ser solteiras. Isso pode significar para pessoas trans que “estar solteira” funciona como um mecanismo de proteção contra a vitimização nos espaços de circulação social. Ou até mesmo, por serem profissionais do sexo, optam por esse ocultamento para não comprometer a sobrevivência e diminuir o lucro da ocupação (KULICK, 2008). Entretanto, o desejo de serem incluídas na norma faz com que as travestis valorizem os padrões de conjugalidade e parentalidade heterossexual, sobretudo, sonham com o homem capaz de “assumir” a relação, principalmente em espaços de privilegiado reconhecimento social, onde os bens simbólicos e não simbólicos estão materializados (PELÚCIO, 2006). O “marido” deve ser um “homem de verdade” e que apresente com bastante evidência todos os atributos legitimados da masculinidade hegemônica, pois o marido é também um elemento de proteção e de respeitabilidade entre elas. Confere-lhe um sentido de normalidade, legitimando sua feminilidade e permitindo muitas vezes que elas possam ampliar as fronteiras das margens, participando da vida social e familiar desses homens e transitando com mais segurança por locais públicos (PELÚCIO, 2006).

Destarte, por mais que procurem nas suas relações práticas legitimadoras, que atendam a padrões heteronormativos, essas relações acabam não sendo reconhecidas, talvez por apresentarem alguma incoerência com a legitimação dentro do binarismo de gênero instituído. Esse silenciamento que se intensifica quando essas mulheres transexuais e travestis elegem como parceiras outras mulheres e travestis, esse deslocamento também produz ranhuras na homossexualidade (AMARAL, 2017; PELÚCIO, 2009).

A maior parte das mulheres identificadas como lésbicas e bissexuais estavam em relação de conjugalidade, considerando o somatório de casamento (13%), união estável

(33%) e mora junto (13%) como um relacionamento afetivo. Estudo de revisão da literatura demonstrou que mudanças nas normas relacionadas ao casamento entre pessoas de mesmo sexo podem ter influenciado no sentido de aumentar o número de relacionamentos estáveis, exclusivos e de longo prazo (LIRA; MORAIS, 2016) e outro demonstrou que os casamentos entre mulheres aumentaram mais do que aqueles que tiveram os homens como cônjuges (ARIMA; FREITAS, 2017). O fato de que as mulheres identificadas como lésbicas e bissexuais refiram estar em relações conjugais não significa que essas sejam consideradas legítimas e reconhecidas por suas famílias e/ou em outras esferas da sociedade (ARIMA; FREITAS, 2017). A dificuldade em manter um relacionamento afetivo pode estar relacionado a pressão social, familiar e institucional, manifestada pelo preconceito e discriminação em relações homoafetivas.

Quanto ao pertencimento ao grau de escolaridade, 64,3% das travestis e mulheres trans possuíam apenas o ensino médio completo. A soma de escolarização menor que ensino médio correspondeu a 21,4%. Essa informação é corroborada por outros estudos realizados com mulheres transexuais e travestis como Silva et al. (2016), Pinto et al. (2017), Costa et al. (2015) e Sousa et al. (2013). As lésbicas possuem a escolaridade um pouco diferenciada em relação a população trans desse estudo, visto que 53,3%, no mínimo, têm ensino superior e 33% ensino médio, resultados parecidos aos dos estudos de Carvalho e Philippi (2013) e de Herculano (2015).

O baixo grau de escolaridade no segmento trans pode se relacionar com o preconceito, a discriminação e ao bullying escolar, que as levam a evasão escolar forçada, por meio de tecnologias cotidianas de exclusão, seja pela violência transfóbica ou homofóbica ou pela inadequação do planejamento pedagógico, experimentando-se diariamente um massacre na sobrevivência à escola (CRUZ, 2011). No estudo de Sousa et al. (2013) um percentual elevado das entrevistadas (48,2%) referiu que já sofreram discriminações por parte dos professores ou colegas e por isso desistiram de estudar. A escola, que deveria ser um espaço de formação e inclusão social, acaba reproduzindo a homofobia, e contribuindo para a falta de profissionalização e marginalização do segmento trans.

A baixa escolaridade nessa situação, além de ser um reflexo da reprodução homofóbica no contexto escolar, principalmente para as travestis, visto que essa é uma situação frequentemente relatada por elas, também pode ser um fator contribuinte para o aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids e outras DST, considerando-se que o acesso à informação, além de facilitar a adoção de práticas preventivas, também pode aumentar as

chances de inclusão social, a partir de melhores oportunidades e, conseqüentemente, melhores condições de vida (SOUSA et al., 2016).

Lionço (2009) reforça essa conclusão, ao apontar que a exclusão escolar reflete de forma negativa nas oportunidades sociais e profissionais de qualquer pessoa, mas principalmente entre as travestis e transexuais, pelo fato que essa situação reforça o esteriótipo que as estigmatizam e passam a viver vulneráveis a opressão de oportunistas, já que escola se exime da responsabilidade do acolhimento e da promoção de formas de convívio mais solidárias.

No caso das mulheres lésbica e bissexuais, talvez, a questão da omissão da orientação sexual (“permanecer no armário”) – como um mecanismo de regulação da sexualidade na vigilância da manutenção da heterossexualidade (SEDGWICK, 2007) - e de ter um esteriótipo que se “adequa ao padrão socialmente estabelecido”, contribuam para que elas consigam obter mais anos de estudos, a medida que evita constrangimentos e discriminações, e conseqüentemente, apresentarem maiores chances de conquistar um emprego formal e de uma melhor renda. Essa passabilidade⁴ heterossexual, entendida como - condição de aparentarem ser uma “mulher cis” (designadas como mulheres ao nascerem e se identificam com o gênero feminino), estando inseridas e sendo reconhecidas na estrutura social como mulheres de verdade, tratando-se, portanto, da inserção na possibilidade de aceitação – torna-se fundamental quando buscam uma inserção nas esferas sociais.

Entretanto, as coisas não acontecem assim tão linearmente. Como afirma Rich (2010), devido ao preconceito heterossexista no trabalho, uma lésbica é simplesmente forçada a permanecer no “armário”, negando a verdade sobre suas relações no mundo exterior ou na sua vida privada. A manutenção do seu emprego depende de que ela finja ser não apenas heterossexual, mas também essa mulher “de verdade” (RICH, 2010). Assim, a saída do armário - aqui entendido como um processo de reconhecimento dos sentimentos e afetos homoeróticos ou de pertencerem a outro gênero diferente do culturalmente esperado para o seu sexo biológico, para si mesmo e para os outros - implica negociações políticas exercidas cotidianamente e posições de sujeito que implicam ou podem implicar sofrimento para o sujeito que se revela (SEDGWICK, 2007).

⁴ A passabilidade é um julgamento arbitrário, na maioria das vezes passivo e sem significado baseado nas noções de gêneros da pessoa que está julgando.

Quanto as vivências religiosas, a religião predominante, em ambos os grupos, foi a Católica, com 46,7% nas lésbicas e 57,1% nas trans. Mais de 26% das lésbicas referiram ser espíritas, enquanto no grupo trans a segunda religião foi a afro-brasileira com 21,4%. Não pertencer a nenhuma religião foi relatado por 13,3% e 14,3%, das lésbicas/bissexuais e travestis/mulheres transexuais, respectivamente. A pesquisa de Herculano (2015) e de Sousa et al. (2013) encontraram resultados similares, sendo que o *status* de não pertencer a nenhuma religião foi superior a 16% em ambos estudos, percentual próximo ao obtido na presente pesquisa, mas bem maior que o encontrado na população brasileira (8,0%), segundo o censo do IBGE em 2010.

Há uma pluralidade de formas para manifestar o preconceito e a discriminação contra homossexuais. Vão desde silêncios, posicionamentos contrários, recusa de direitos, julgamentos morais, reprodução de estereótipos até a exclusões mais diretas e outras mais veladas, inclusive na religião, mesmo a liberdade religiosa sendo um direito assistido pela Constituição Federal. Com isso, diversas vezes, não raro, lésbicas ou bissexuais optam por se manter em uma conjuntura ligada ao padrão moral e religioso da heteronormatividade, mantendo-se “aprisionadas no armário”, para que a invisibilidade de suas sexualidades atue como uma proteção, não sendo essa, porém, uma escolha livre de sofrimento pessoal (SILVA; BARBOSA, 2016).

Na pesquisa sobre religião e homofobia, Machado (2008) constatou que, com algumas restrições, a Igreja Católica, entre as religiões apresentadas, é a que possui um discurso que se aproxima mais de uma prática inclusiva, sem homofobia, em relação ao segmento que aceita e acolhe as homossexualidades sem considerar o fenômeno como patológico ou resultados de forças espirituais que ocasionaram uma sexualidade desviante, focalizando a igualdade dos direitos.

Na revisão dos estudos disponíveis, Natividade (2013) sugere que, ao menos em um plano normativo, há religiões em que haveria espaço para uma relativa valorização da diversidade sexual, como as afro-brasileiras, enquanto posicionamentos católicos e evangélicos expressariam a persistência de uma rejeição às práticas homossexuais, qualificadas como “pecado” a partir de diferentes estratégias discursivas. Iya Maria Emilia d’Oyá, presidente da Associação Federativa da Cultura e Cultos Afro-Brasileiros de São Bernardo do Campo, aponta que as religiões afro-brasileiras, como o candomblé e a umbanda, possuem uma relação diferente com o sagrado e nela a sexualidade é vivida e experimentada de maneira muito tranquila. Por isso, há muitos homossexuais fazendo

parte dos cultos de candomblé e umbanda, pois são religiões que os acolhem e lhes dão conforto (TAVARES, 2011a).

A homofobia pode excluir e marginalizar muitas travestis e mulheres transexuais nos ambientes religiosos, a partir dos discursos e práticas neles praticados, baseados em valores religiosos que utilizam variadas táticas de desqualificação e controle da diversidade sexual, incitando medos coletivos, associando diversidade sexual à pedofilia, à corrupção de valores cristãos e à propagação de doenças, entre elas a aids (NATIVIDADE; OLIVEIRA, 2009).

Em relação a participação/atuação no movimento social, quando questionadas 80% das participantes lésbicas responderam que não participam. Esse resultado, talvez pode ser atribuído ao fato das discrepâncias existentes entre as expectativas das lésbicas e as propostas do movimento desde o seu início, aliado ao fato de que muitas lésbicas acreditam ser imprescindível "assumir-se" para realizar atividade política, como afirma Mirian Martinho (2006). Segundo a pesquisadora Caroline Oliveira (2006), que realizou entrevistas com lésbicas de faixa etária entre 18 e 51 anos, em Florianópolis, para muitas: "[...] assumir-se implica uma vida de lutas com dificuldades, medos, rejeições e aceitações parciais", o que pra maioria é um preço muito alto a pagar, preferindo viver na invisibilidade.

Resultado discordante do estudo em tela foi o da pesquisa realizada por Herculano (2015), que apurou que 50% das suas interlocutoras lésbicas participam de algum tipo de organização coletiva ou ativismo político, como ação estratégica para o fortalecimento individual e coletivo, para enfrentar a lesbofobia e lutar por políticas públicas que protejam e proporcionem melhores condições de vida.

Entretanto, na oficina das travestis e mulheres transexuais, 57% delas afirmam que atuam ativamente no movimento social, corroborando com o estudo de Souza et al. (2013). O ativismo social cada vez mais frequente entre transexuais e travestis, praticado de forma mais ou menos intuitiva, tem aumentado a consciência política da própria população trans. Isso pode se relacionar ao fato de que as pessoas passam a se perceber e são percebidas como integrantes de um grupo social antes invisível, partilham crenças e sentimentos com outros indivíduos trans, e começam a se comprometer subjetivamente com o grupo. As pessoas começam a participar mais quando passam a sentir, pensar e agir como membros efetivos de seu grupo, quando uma identidade social se torna mais proeminente do que a identidade pessoal o que, por solidariedade, estimula-as a desenvolverem uma identidade politizada (JESUS, 2012).

Silva e Barboza (2009) observaram que quanto mais intensa a situação de humilhação e exclusão vividas, mais reais são as possibilidades de mobilização para a participação política no movimento de travestis e transexuais. Elas deixam a condição de vítimas absoluta e assumem o protagonismo na luta por mudanças sociais, o que também possibilita a sua visibilidade. Vale ressaltar que o movimento trans se mantém com a intervenção governamental, que as impulsionam a participar politicamente, através do exercício de sua cidadania (SILVA; BARBOZA, 2005).

Apesar de cada pessoa que participou das oficinas ter um percurso singular com relação aos preconceitos, às dificuldades quanto a se subjetivar como dissidente das normas, as suas necessidades de pertencimento ao feminino e a sua própria concepção de mulher, todas relataram como os marcadores de gênero e sexualidade atuaram como determinantes no processo de adoecimento e cuidado em saúde e podem interferir nas vivências em relação aos serviços de saúde.

6.2 A deslegitimação por preconceito e discriminação nos serviços de saúde: como fica o acesso das mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e das travestis?

“A gente já sente um olhar diferente, né? Muitas vezes esse olhar vem da cultura das pessoas” (Laís – Grupo 1).

Preconceito e discriminação são termos correlatos, que, apesar de designarem fenômenos diversos, são por vezes utilizados de modo intercambiado. Segundo Rios (2007, p.27):

[...] por preconceito, designam-se as percepções mentais negativas em face de indivíduos e de grupos socialmente inferiorizados, bem como as representações sociais conectadas a tais percepções. Já o termo discriminação designa a materialização, no plano concreto das relações sociais, de atitudes arbitrárias, comissivas ou omissivas, relacionadas ao preconceito, que produzem violação de direitos dos indivíduos e dos grupos. O primeiro termo é utilizado largamente nos estudos acadêmicos, principalmente na psicologia e muitas vezes nas ciências sociais; o segundo, mais difundido no vocabulário jurídico.

A discriminação e o preconceito parecem orientar o olhar dos profissionais de saúde para a população LGBT (FÉBOLE 2017; PAULINO, 2016). Segundo Cecarelli e Franco (2010), a crença em uma sexualidade normal e natural leva à intolerância com comportamentos sexuais que fogem do padrão heteronormativo, pois abalam as verdades

sociais. Uma das participantes na oficina também identifica o processo de distinção que, segundo ela, passa do olhar para a ação.

A partir do momento que você chega em um Sistema Único de Saúde, seja em uma emergência ou em uma unidade da família, que você tá precisando de um atendimento médico e quando fazem algum questionamento sobre você, perguntam sobre sua vida, o profissional pra saber mais, pra poder ele atender e você fala que é bissexual ou que você é homossexual, eles já lhe olham de outra forma é... o restante dos profissionais também começam a ter aquele fuxico e você percebe que está falando de você e tão falando da sua orientação sexual e [...] A grande maioria dos profissionais tem esse preconceito em relação a atender uma pessoa que é homossexual ou bissexual. É diferente o atendimento e a forma como se trata o paciente... (Bianca – Grupo 1).

A experiência da discriminação não é percebida apenas na Atenção Básica, visto que ela consegue atravessar todas as dimensões do cuidado e suas complexidades.

Eu tenho uma amiga que ela passou mal e chamou a samu. Quando os profissionais de saúde chegou, percebeu que era uma travesti foi terrível. Ela se sentiu um lixo, a maneira deles tratar ela, com medo de tocar nela. Foi terrível pra ela (Tereza – Grupo 2).

As questões culturais advindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde e fazem com que sigam o protocolo da heteronormatividade institucional, pressupondo que todos são heterossexuais. O cuidado em saúde, assim como a formação dos profissionais de saúde estão ancorados num saber forjado na matriz heterossexual, que desde pequenos são educados a seguir, rigidamente, certos padrões impostos socialmente, no que tange a nossa sexualidade e assim, carregam valores, normas e costumes dessa natureza. Isso afasta do atendimento aqueles que não cumpre a linearidade do sistema sexo/gênero/desejo, pois falta o acolhimento, justamente o que possibilitaria uma relação de confiança, solidariedade e liberdade para revelar sua sexualidade.

Não deveria ser dessa forma não. Muitos amigos sofreram e muitos ainda sofrem preconceito quando falam que são homossexual. As pessoas falam de outro modo quando você chega doente em uma unidade saúde da família e fala que é homossexual, começam a olhar de uma forma diferente (Binha – Grupo 1).

A homofobia tem diversas formas de se manifestar. De qualquer forma que ela aconteça, pode representar uma barreira que limita ou até mesmo impede o acesso aos serviços de saúde. Acesso, por ser um conceito complexo e que varia ao longo do tempo e de acordo com o contexto, por vezes, acaba sendo empregado de forma imprecisa e com

pouca clareza em sua relação com a utilização de serviços de saúde, sua análise e sua avaliação (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). O acesso se refere à interação do sistema de saúde com os indivíduos e a dos indivíduos com os sistemas de saúde, (OLIVER; MOSSIALOS, 2005; TRAVASSOS; MARTINS, 2004), configurando, dessa forma, que o acesso de alguém a alguma coisa implica uma relação. Essa interação ocorre de forma dinâmica e relacional, centrada na troca de informações, que influencia a dinâmica do acesso pela qualidade da comunicação entre os atores envolvidos (DONABEDIAN, 1973; PENCHANSKY et al., 1981).

Na realidade brasileira, o acesso universal configura-se como um direito de cidadania, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, e tem sido alvo de diversas políticas e programas, com destaque mais recente para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017a), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011b) e a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no país (BRASIL, 2011c). Apesar dos vários avanços obtidos, ainda persistem marcantes desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2009; CUNHA; SILVA, 2010; PAIM, 2008; TRAVASSOS; CASTRO, 2008), sendo necessárias intervenções sobre tal problema. A igualdade de acesso só será concretizada se houver oportunidades iguais para todos os cidadãos (MOONEY, 1983).

Por envolver múltiplos aspectos, como de ordem socioeconômica e cultural, que extrapolam a assistência à saúde, o acesso aos sistemas de saúde gera iniquidades, ao sofrer influência de diversos fatores (disponibilidade, aceitabilidade, etc.) que modificam a oportunidade de utilização do serviço pelas pessoas, o que pode implicar em forte impacto na saúde, por ampliar ou diminuir a equidade. Destarte, operando de forma excludente e preconceituosa, o sistema de saúde informa, mesmo que implicitamente, quando o usuário é ou não é bem-vindo, não sendo o usuário quem define se vai acessar ou não o sistema; é o sistema quem diz quem, quando, onde e de que forma se dará o atendimento. Thiede, Akewengo e McIntyre (2014), sugerem a partir da concepção de que a equidade no cuidado à saúde é frequentemente definida com base no acesso aos serviços de saúde, como operacionalizar a superação das iniquidades do acesso.

O reconhecimento da existência da população LGBT é um desafio a ser superado, junto as equipes de saúde, a partir da eliminação de dois processos que parecem compor a engrenagem, que opera produzindo o apagamento da população LGBT nos serviços de saúde. O primeiro seria o do não reconhecimento e da invisibilidade LGBT nos serviços

de saúde e o segundo seria a recusa desses em acessar os serviços de saúde, como afirmam outras participantes:

O quanto é difícil identidade de gênero com todo o preconceito que a sociedade tem, a cultura numa sociedade tão conservadora. É por isso que muitas só vão ao médico nas últimas, porque chega lá vai ser discriminada (Taís – Grupo 2).

Não nos parece uma ausência de reconhecimento dessas mulheres e travestis nos serviços de saúde. Nossas interlocutoras apontam para um reconhecimento indesejado. Um suposto desconhecimento que opera produzindo um apagamento de suas diferenças. A certeza de que a relação será mediada pelo preconceito tem efeitos que se traduzem na ausência das mulheres transexuais e travestis que aparente recusa negociada. No entanto, o serviço de saúde se recusa a atender todas as mulheres transexuais e travestis a partir de uma oferta precária de cuidado a elas, que por outro lado, recusam o atendimento como é ofertado pelo serviço de saúde.

Alguns estudos consideram que a população LGBT pode sofrer um processo de internalização do preconceito e da homonegatividade, causando medo, silêncio e constituindo barreiras simbólicas ao acesso aos serviços de saúde (FÉBOLE, 2017). No entanto, outros ampliam essa perspectiva que parece situar no sujeito a responsabilidade por sua “ausência” nos serviços de saúde e procuram perceber como as engrenagens dos serviços e as ações dos profissionais atuam no sentido de reforçar distanciamentos e produzir iniquidades no acesso da população aos serviços de saúde (FÉBOLE, 2017; FERREIRA, 2016; PAULINO, 2016).

As consequências dessas iniquidades causam impacto negativo na saúde dos usuários e, particularmente no caso das mulheres lésbicas e bissexuais, podem contribuir para a perpetuação da ideia de invulnerabilidade delas às DST/HIV/aids, o desconhecimento das formas de prevenção e da importância dos exames de rotina, além de impossibilitar o conhecimento das suas especificidades e necessidades. Muitas vezes, o distanciamento dessas mulheres das ações de prevenção e promoção da saúde é reflexo das estratégias adotadas, pois muitas delas são centradas no discurso moral das práticas sexuais, com as quais essas mulheres não se identificam ou não se reconhecem.

Não é necessário pensar sobre as especificidades de cuidados para alguém cuja existência não é reconhecida. Os limites da inteligibilidade parecem ser definidos nas experiências dessas outras mulheres lésbicas e/ou bissexuais:

E a questão de ir no ginecologista como mulher demorou muito. Eu fui porque tava “noiada” que tava grávida, que quando eu tive um namorado, aí eu fiz sem camisinha, né? [...] Aí procurei a agente de saúde, que me falou da camisinha masculina, porque camisinha feminina eu vim ver mesmo um dia desses, não sabia e realmente parece um saco de açúcar (risos) (Beatriz – Grupo 1).

Para as mulheres lésbicas e/ou bissexuais, o cuidado em saúde parece restrito ao consultório ginecológico. Beatriz só se tornou elegível para o cuidado quando se “tornou” mulher. A senha que permitiu esse acesso foi a possibilidade de uma gravidez. A relação heterossexual legitima a busca/oferta de serviço de saúde, mas para além, reposiciona nossa interlocutora como mulher. A sexualidade feminina encarcerada na saúde reprodutiva é reatualizada aqui pelo discurso do planejamento familiar e representado pela indicação de estratégias para contracepção (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; MARQUEUS et al., 2013). Nessa lógica do cuidado, a heterossexualidade permanece orientando as condutas e dificultando o diálogo:

Pronto, eu tenho um filho e eu antes de me explicar, eles antes de perguntar a questão sexual, eles vão logo pra prevenção, de como é que faz para evitar o filho. Aí eu falo que não uso pílula, que tô numa união estável já faz algum tempo, camisinha feminina eu uso, mas eu não tomo pílula, nem nada. Daí eles falam: mas você não tem filho?! É, mas a minha relação é homossexual, né? No início eles vão logo para o modelo tradicional (Letícia – Grupo 1).

Ainda que a política de saúde para as mulheres seja criticada por sua focalização no cuidado com o útero, vagina e ovários (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009), para as mulheres lésbicas e bissexuais a restrição parece receber conotação ameaçadora:

A minha (namorada) mesmo, não vai a ginecologista nem amarrada. Ela nunca teve relacionamento com homem. E não vai de jeito nenhum. Se tiver exame de sangue, vai, mas de prevenção de forma nenhuma. Papanicolau eu nunca fiz. Não! Entrando no meu corpo...não quero isso aí não (Lidiane – Grupo 1).

O desconhecimento sobre a oferta de cuidado específico para essas mulheres revela condutas e orientações desalinhadas de evidências científicas. Por exemplo, assim como a orientação para o uso do preservativo masculino, também o preservativo feminino, mesmo que conhecido tardiamente pela entrevistada anterior, não teria seu uso prescrito para as práticas sexuais entre as mulheres lésbicas e bissexuais integrantes dessa pesquisa. Entre todas as condutas relatadas no serviço de saúde, a oferta do exame Papanicolau parece ser o único procedimento ofertado (FERREIRA, 2016). A presença da genitália supostamente justificaria a indicação, no seu avesso, essa oferta (ameaça) do

exame parece funcionar como um escudo que manteria as mulheres lésbicas afastadas do mesmo.

Esses mecanismos de afastamentos das travestis, mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais dos serviços de saúde têm se mostrado efetivos nesse propósito. Na pesquisa realizada, em ambos os grupos, mais de cinquenta por cento delas afirmaram não ter construído vínculo com a UBS, conforme descrito na tabela 3.

Assim, em decorrência de condutas inadequadas, constrangimentos, conotações preconceituosas ou mesmo ofensas verbais sofridas nos serviços de saúde por profissionais de saúde, gera-se redução na assiduidade e na busca subsequente da assistência dessas usuárias, contribuindo para o afastamento dos cuidados com o próprio corpo e com a saúde, elevando-se os riscos para automedicação e não adoção de cuidados preventivos (ALBUQUERQUE, 2016, 2016a).

Quando eu levei uma menina lésbica para fazer a prevenção, ela nunca tinha ido [...] e quando a menina se senta, quando ele (médico) olhou pra ela, fez sempre a primeira pergunta, é: qual o teu problema? E quanto ela tentou conversar com ele, ele não deixou ela nem terminar, falou pra ela assim: vá, sente ali e se arreganha. Na hora isso me travou, eu não falei nada, a menina se levantou disse que não ia se arreganhar pra ele. Menino, ela abriu a porta do consultório e saiu. Eu fiquei perdida sem saber o que fazer, né? (Laura – Grupo 1).

Esses discursos demonstram o quanto é necessário a conscientização dos agentes de saúde quanto às consequências individuais e sociais da homofobia.

A prática religiosa também pode se apresentar como um gargalo no cuidado em saúde, quando muitos profissionais em nome da sua religião limita ou até mesmo não presta o atendimento adequado. A religião opera categorias que constroem a subjetividade, impulsionam a ação, orientam e qualificam o comportamento externo e atitudes profundas (SANCHIS, 2008). Ser obrigado a reconhecer que existem pessoas diferentes de si mesmo, e que essa diferença não é sinônimo de inferioridade e anormalidade, pode ser uma fonte de desconforto para esses sujeitos, na medida em que desestabiliza as certezas que davam suporte à sua percepção do mundo e de si mesmos (NATIVIDADE, 2013).

As religiões são instituições que funcionam como orientadoras da vida cotidiana, além de constituírem redes de relações sociais. A tendência do seu discurso é demonizar a homossexualidade, caracterizando-a como um problema espiritual e propagar que as uniões homoafetivas significariam o extermínio da humanidade e da família (NATIVIDADE; OLIVEIRA, 2004; VITAL; LOPES, 2013). Suas convicções incidem

com razoável autonomia nas decisões dos seus adeptos, regulando comportamentos privados (MARTINS, 2009), e interferindo negativamente nos cenários das práticas cotidianas do sistema público de saúde.

As travestis e mulheres transexuais parecem materializar, através de sua suposta ambiguidade, a desordem e o perigo. Uma desordem que lida a partir de uma ética moral religiosa, que informa o profissional de saúde, tem como efeito um tipo de violência identificada como extrapolação, pois a relação de cuidado em saúde ultrapassa as fronteiras do pertinente ao campo do cuidado profissional, através de condutas que não dizem respeito, necessariamente, a relação de cuidado e prevenção em saúde (FÉBOLE, 2017).

O funcionário de saúde também confunde muito o lado profissional com o lado religioso. É a realidade, chega num hospital como é seu nome? eu quero ser chamada como Felicidade. Ah não, minha religião não permite eu ver você como mulher... Tá recebendo ali pra atender o paciente, não pra criticar e pregar a palavra, a realidade é essa. É por isso que muita transexual, travesti morre, não se cuida por que? Se a pessoa descobre que tá doente, chega no hospital fica mais doente ainda. Eles fazem uma portaria, fazem tudo, mas não fazem uma vigília, uma sensibilização com os funcionários, um treinamento pra não confundir religião com atendimento, porque voce é evangélica do hospital pra fora, aqui você ficou pra atender o público (Teonila – Grupo 2).

A fala dessa participante indicaria também como os tentáculos do fundamentalismo religioso tem se expandido para outros espaços da esfera pública que não somente o poder legislativo (LIONÇO, 2015). Ao reivindicar as fronteiras do estado laico para o serviço de saúde, Teonila está denunciando mecanismos sutis que integram a tomada de poder por meio do fundamentalismo cristão no Brasil. Lionço (2015) aponta as estratégias que moveriam as engrenagens desse processo, sendo que para a questão aqui proposta consideramos a da desqualificação moral por meio de uma política da vergonha.

Ao alegar que “minha religião não permite eu ver você como mulher” o profissional assume uma posição que significaria muito mais do que negar o direito do nome social ou alegar o desconhecimento de uma portaria, ele exerce a exclusão pelo não reconhecimento. Se nenhum laço de solidariedade seria possível com aquela que o profissional não reconhece a humanidade (SEFFNER; PARKER, 2016), não se trata de deslocar a discussão para a necessidade de processo de sensibilização ou formação continuada, trata-se de reconhecer a incidência do fundamentalismo cristão também nos serviços de saúde e a necessidade de repor urgentemente pactos que defendam a laicidade do estado brasileiro.

Destarte, o acesso dessa população aos serviços de saúde tem sido marcado pela injustiça e exclusão advindos do preconceito e discriminação, que afeta a relação profissional de saúde – paciente, obstaculiza políticas de educação e prevenção, afeta a credibilidade do sistema de saúde e impede que os usuários solicitem exames de saúde voluntários e atentam contra o direito a saúde (SEVILLA GONZÁLEZ; ÁLVAREZ LICONA, 2006; TERTO, 2002). Como destaca Williamson (2000) são visíveis as consequências negativas da homofobia para as questões de saúde, o que perpassa pela prevenção, busca de atendimento e qualidade dos serviços prestados.

6.3 A legitimação do descuido pelo despreparo dos profissionais de saúde

Eles já sabem como devem tratar as pessoas com respeito... Porque o que mais maltrata as pessoas trans, a forma como eles trata a gente, com indiferença, como se a gente fosse uma doença contagiosa, como um bicho, que não temos direito a nada (Taís – Grupo 2).

Essa fala revela o sentimento de indiferença no cuidado em saúde prestado por alguns profissionais de saúde no sistema público, reflexo do desrespeito às minorias sexuais numa sociedade heterossexista, que as vitimizam, intensificando suas vulnerabilidades, a medida que as afastam do serviço, em consequência do péssimo atendimento prestado.

Um cuidado de qualidade deve maximizar o bem-estar do paciente, com a aplicação de conhecimentos científicos e também de recursos tecnológicos que resolva seus problemas de saúde e, ir além disso, mantendo uma relação saudável entre o profissional de saúde e o paciente, com base no respeito, no acolhimento e no atendimento humanizado (DONABEDIAN, 1990).

A integralidade é um conceito que se articula em torno da qualidade da atenção, nos microprocessos de trabalho em saúde, na prática de cada profissional que deve adotar uma postura acolhedora, compromissada e integrada com a equipe em um esforço multidisciplinar em prol da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde do usuário.

A falta de acessibilidade aos serviços de saúde juntamente com a incerteza de um acolhimento humanizado e de um atendimento livre de qualquer tipo de discriminação, podem ser um dos grandes obstáculos para o tratamento de pessoas com orientação sexual e identidade de gênero que fogem ao padrão heteronormativo.

No que diz respeito ao exame citologia oncológica, muitas médicas são muito grosseiras, impedindo e colocando medo em nós. A falta de olhar médico, humano de alguns profissionais, quando nos veem e identificam a nossa orientação, nos trata com desprezo. Há uma grande necessidade de respeito com nós. Não precisa separar e sim respeitar! (Bianca – Grupo 1).

Nos últimos anos podemos constatar o predomínio da técnica em detrimento do acolhimento aos pacientes que se instalou nos serviços de saúde em geral. Os profissionais de saúde se limitam a seguir os protocolos e não escutam seus pacientes, além do uso excessivo da tecnologia pode ser um dos fatores que leva ao afastamento das pessoas do serviço, justamente por não se sentirem acolhidas, por serem tratadas com indiferença

Carvalho e Philippi (2013) afirmam que a ausência de um acolhimento adequado nas unidades de saúde configura como um dos principais problemas enfrentados pela população LGBT, e dessa maneira podem contribuir para intensificação dos problemas de saúde, e para que suas necessidades em saúde permaneçam desconhecidas.

Na pesquisa de Coelho (2001), com mulheres lésbicas e bissexuais, foram detectadas situações de preconceito, indiferença e maus-tratos nas consultas, quando relatada a orientação sexual. Dessa forma, as consultas ginecológicas podiam negligenciar ou ignorar doenças ou informações relevantes para a vida sexual saudável da mulher lésbica ou bissexual.

Eu me lembro de um sentimento, não foi de nenhuma ação, mas de um sentimento muito forte de desconforto, porque eu não tava me sentindo a vontade naquele espaço pra falar verdadeiramente sobre as minhas práticas sexuais e tal. Porque, enfim, as pessoas partem do pressuposto de que você vai ser heterossexual e monogâmica e aí eu, é, sinceramente não consegui falar abertamente isso com nenhum profissional da área da saúde. Realmente, as coisas sempre ficam no não dito, sabe?! E isso é foda, porque faz com que a gente não conheça o nosso corpo e como a gente pode se relacionar com as pessoas e tal. Principalmente, nos casos de relacionamentos entre mulheres, porque pouco se sabe sobre essas coisas de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. E acho que isso faz parte dessas questões de invisibilidade que a gente vive. E aí eu acho que deve ser um espaço acolhedor em que a gente se sentisse à vontade pra falar das nossas práticas, esse medo, essa culpa e... de alguma forma os profissionais não partissem desse pressuposto da heterossexualidade compulsória e da monogmia imposta. Mas enfim isso é uma coisa muito difícil de acontecer na prática (Luísa – Grupo 1).

A fala da entrevistada remeteu ao que Fébole (2017) chamou de ocultamento, uma estratégia na qual na relação avalia-se se deve ou não dizer sobre a sexualidade e, a avaliação está amparada na percepção que se tem sobre a possibilidade de ser ou não respeitada, ou seja, considerada como uma pessoa merecedora do cuidado. Essa

imposição de “uma negociação com o armário” foi considerada como uma forma de violência, poucas vezes, identificada por pesquisadores ou mesmo pelas usuárias (FÉBOLE, 2017). O fragmento acima também nos chama a atenção pela reivindicação da legitimidade do cuidado amparado na possibilidade do adoecimento por uma DST.

Além disso, a discussão durante as oficinas deixa claro a necessidade de evocar a estratégia considerada por gays, mulheres transexuais e travestis como eficaz no estrangulamento da relação entre os usuários e as usuárias e o serviço de saúde, nomeada como sobreposição (FÉBOLE, 2017), o mecanismo através do qual, ao ser informado ou suspeitar da orientação sexual do usuário ou da usuária, o profissional de saúde oferta/orienta/impõe a realização de exames para identificação de DST, principalmente HIV/aids invisibilizando o reconhecimento de outras necessidades em saúde (PAULINO, 2016).

Há seis anos atrás eu tive três edemas, comecei inchando daqui pra aqui. Fui procurar o pneumologista, ele olhou pra mim pediu duas radiografias do pulmão, pediu exame de sangue, pediu HIV. Fui pra nutricionista, a mesma coisa. Me vendo como homossexual e associando ao HIV. Ai resultado: fiz os exames, tomei tudo que mandaram, levei “não reagente”. Cheguei na cara dele e disse bom dia! Tu pensasse que eu por ser viado tava com HIV?! (Telma – Grupo 2).

Pereira et al. (2017) verificaram que, atualmente, na conduta médica ainda se promove a ideia de que a população LGBT são grupos protagonistas na disseminação da doença. O estigma advindo da epidemia da aids ainda é frequente nas condutas de muitos profissionais, que ao saber a identidade de gênero e/ou orientação sexual já estabelecem uma sobreposição, uma violência não reconhecida institucionalmente, que valoriza mais a sexualidade do que os aspectos da saúde (FÉBOLE, 2017). A ideia que primeiro permeia a mente desse profissional de saúde, quando a sexualidade não heterossexual é revelada, é do estigma relacionado a promiscuidade, propagação de DST/HIV, que passa a sobrepor outras características, e a ação imediata destes é seguir o protocolo institucional para essas doenças. A questão principal que levou a pessoa a procurar a assistência fica invisibilizada, para segundo plano, encobrendo suas múltiplas necessidades.

Ah, qualquer coisa que a gente vá fazer, vai pra UPA (Unidade de Pronto-Atendimento). Eu pelo simples fato que tava intoxicada, que eu não sei o que eu comi, que eu não sei o que me fez ficar intoxicada, me colocaram pra fazer o exame de HIV também, não sei porque (Talita – Grupo 2).

Não é à toa que a atual Política de Saúde LGBT enfatiza em vários momentos a necessidade de reconhecimento da discriminação e do preconceito como disparadores de iniquidades no âmbito do SUS, pois a própria ação governamental de enfrentamento da epidemia do HIV/aids, ao localizar em determinados grupos sociais o risco de transmissão pelo HIV, atuou no sentido de reforçar o estigma em torno daqueles que expressam sexualidades diversas da norma (GARANHA, 2011).

O relato extraído no discurso revela a forte relação estigmatizante da população LGBT e as DST que prevalece no imaginário, no discurso e na prática médica, atestando que a procura dos segmentos é restritamente pela preocupação e realização de exames para o diagnóstico de doenças consideradas predominante dos segmentos LGBT. Com isso, replicam uma conduta padronizada, por meio de solicitação de exames específicos, principalmente o HIV.

Sousa et al. (2009) destacam que o processo de humanização no SUS depende de mudanças sistemáticas e estratégicas que envolvem as formas de pensar e agir da comunidade, dos gestores e dos profissionais da saúde, no sentido de garantir o respeito às diferentes manifestações da sexualidade e às diversas formas de constituição familiar.

A estratégia acionada na fala de Laura (Grupo 1) para apresentar sua demanda ao serviço de saúde e ao mesmo tempo dizer do desconhecimento dos profissionais sobre ela, aponta para uma bricolagem nos discursos que performam diferentes barreiras de acesso que unem a população LGBT, como a questão da doação de sangue:

Ai eu fui uma vez doar sangue e não aceitaram alegando minha orientação sexual. Mas porquê? Porque você é lésbica. Ai não pode! As lésbicas e os gays não podem. Eles disseram que seria porque corre mais riscos de passar mais doenças contagiosas. Aí, eu achei um absurdo total (Laura Grupo 1).

A Resolução nº 153/04 da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (2004) determinava o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos e estabelecia que seriam inabilitados por um ano como doadores de sangue os homens que tiveram relações sexuais com outros homens ou com as parceiras sexuais destes. A reivindicação da revogação dessa Resolução se constituiu pauta do movimento gay⁵, com resultado exitoso, sendo essa revogada e substituída pela Resolução nº 57/10 que suprimiu o texto

⁵ Está em tramitação no Supremo Tribunal Federal (STF) a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5543 que questiona as normas do Ministério da Saúde e da Anvisa que restringem a doação de sangue por parte de homens homossexuais. O julgamento foi suspenso em 26 de outubro de 2017 com o pedido de vista do ministro Gilmar Mendes. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=5543&classe=ADI&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M>

acima (BRASIL, 2010b). No entanto, como aponta Butler (2005) a linguagem é um campo de disputa e a modificação da Resolução parece ter ampliado e fortalecido o controle e a arbitrariedade na decisão sobre a seleção de doadores. Entre os requisitos mínimos, definiu entre os critérios de exclusão, no artigo XIX, as práticas sexuais que envolvam riscos de contrair infecções transmissíveis pelo sangue.

Ao definir que Laura não seria elegível para doação de sangue, o serviço de saúde avaliou sua orientação sexual como risco para contrair infecção. Ou seja, ainda que a prevalência da infecção por HIV/aids para as mulheres lésbicas ou bissexuais não forneça elementos para situá-la entre a população chave para a epidemia (BRASIL, 2017), sua prática foi considerada de risco.

A ambiguidade da norma e a armadilha da interpretação seguem produzindo interdição para as pessoas consideradas impróprias (SEFFNER; PARKER, 2016). Ainda que a Portaria nº 1.353/11 do Ministério da Saúde afirme no “§ 5º que “A orientação sexual (heterossexualidade, bissexualidade, homossexualidade) não deve ser usada como critério para seleção de doadores de sangue, por não constituir risco em si própria” (BRASIL, 2011a) os desdobramentos da própria Portaria oferecem distintos argumentos para que a discriminação seja recoberta por critérios supostamente científicos, tais como:

§ 11. Em situações de risco acrescido vivenciadas pelos candidatos, devem ser observados os seguintes critérios:

[...]

IV - considerar inapto temporário por 12 meses o candidato que tenha sido exposto a qualquer uma das situações abaixo nos últimos 12 meses:

[...]

d) homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais destes;

O fragmento da RDC nº 153/04 (BRASIL, 2004a), retorna na última Portaria em vigor quando da finalização desse texto. Embora nada na norma sustente a decisão do serviço de saúde em relação à interdição de Laura, percebemos que uma norma pode ser ou não boa para ser cumprida. Se no caso da Portaria que estabeleceu o nome social ela é reiteradamente negada a partir da recusa em conhecer, quando é para cercear direitos a norma é acionada, ainda que sem lastro.

As pessoas tidas como homossexuais não possuiriam risco acrescido, uma vez que elas seriam o próprio risco (PAULINO, 2016). Seffner e Parker (2016) apontam o conteúdo simbólico presente no discurso de contaminação acionado pelo deputado federal Jair Bolsonaro ao considerar a necessidade de separação do sangue dos homossexuais. Segundo os autores, esse medo da contaminação não se restringiria ao aspecto fisiológico,

mas para além, o perigo que esse sangue abjeto torne impuro, do ponto de vista moral, aquele que entrar em contato com ele. A impureza da homossexualidade segue capturando as práticas dos serviços de saúde.

Os atos discriminatórios são potencializados quando as usuárias são as travestis ou mulheres transexuais

[...] comigo já aconteceu o caso da enfermeira medir minha pressão, quando eu falar ela botou luva. Olhei pra cara dela e disse assim: meu amor, você tava me atendendo e só porque você ouviu eu falando, achou que eu fosse uma travesti? Ai você foi botar a luva? Eu não tenho nenhuma doença contagiosa aqui não (Tamires - Grupo 2).

As narrativas sobre as sexualidades nos mostram como as identidades se construíram dentro de um discurso médico científico, que serviu à defesa de um direito de profissionais de saúde a reclamarem a sexualidade como um domínio de suas intervenções. Essa apropriação médico-científica da sexualidade serviu também para o seu policiamento, para que ela pudesse ser submetida a uma formatação enquadrada e normatizada em benefício de alguns interesses. E por isso, a sexualidade no campo médico-científico sempre foi objeto de violência (FÉBOLE, 2017).

Os discursos homofóbicos estão presentes nas condutas e no imaginário de profissionais de saúde e, possivelmente, o seu comportamento é influenciado pelos estereótipos, tabus e mitos sociais relativos a orientação sexual e/ou identidade de gênero, que aponta a heterossexualidade como moral e universal e pode representar uma dificuldade ao atendimento das mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (ALBUQUERQUE, 2016b).

Tal dificuldade, além de associada às questões culturais/sociais, pode ser explicada pela inexperiência ou um déficit na formação, capacitação e educação dos mesmos ao longo da formação acadêmica e profissional. De acordo com Sehnem et al. (2017), os profissionais relatam que é preciso um acolhimento eficiente, mas não se sentem preparados para atender a esse público, devido a uma abordagem limitada a essa temática na formação acadêmica, que corrobora para a consolidação de uma assistência pautada em valores discriminatórios.

No estudo sobre aspectos psicológicos e novas demandas da transexualidade, de Sampaio e Coelho (2012), as entrevistadas reivindicaram que os profissionais estejam capacitados, a fim de evitar desconforto, exclusão e discriminação por desconhecimento ou curiosidade ou até mesmo tentar uma cura ou convencimento da desistência das

cirurgias e outras intervenções, sob o argumento da seriedade e irreversibilidade das mesmas ou até mesmo da sua sexualidade.

E tem gente que ainda pergunta: eu não acredito, não entra na minha cabeça que tu é lésbica! Você já foi casada, teve uma filha e é lésbica agora... não é uma fase, não?! Eu respondo: senhora, eu com 52 anos, que fase é essa?! (risos) (Lohana – Grupo 1).

Nesse trecho o profissional sugere que a usuária reveja sua orientação sexual, com intuito que ela abandone as suas práticas homossexuais e reconsidere seu relacionamento heterossexual. Fébole (2017) denomina esse comportamento ou essa violência como extrapolação. O profissional usa da sua posição de poder/saber para regular as formas de vida de seus pacientes. Com a medicina moderna as pessoas tendem a perder “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem” (FOUCAULT, 1979,1996, p. 96). Com isso, perde-se a autonomia sobre a determinação de seu modo de vida e de sua conduta (MARTINS, 2004).

Como o cuidado em saúde está forjado num saber de matriz heterossexual, que pressupõe a supremacia desta em relação a diversas formas de vivenciar a sexualidade, a enunciação de uma sexualidade não heterossexual introduz um elemento surpresa, que exige de profissionais de saúde uma reestruturação dessas normas sexuais e de gênero e a ruptura de sistema bastante sedimentado. Na maioria das vezes, eles não se encontram preparados para tal ação, prestando um atendimento aquém das expectativas dessas usuárias e comprometendo a qualidade da assistência. Uma camada muito evidente dessa precariedade na relação de cuidado que opera nos serviços de saúde é a recusa do uso do nome social. Essa aparece reiteradamente não somente na pesquisa realizada, mas também é elemento comum em outros estudos (FÉBOLE, 2017; PAULINO, 2016) e tornou-se senso comum nos diferentes encontros dos movimentos sociais (SILVA et al., 2017).

O que eu percebi lá foi o não informação a eles, tá entendendo, sobre a questão do nome, pois eles não sabiam que hoje a gente tem o direito de ser colocado o nome social em seguida do nome civil e eu fui a todo momento tratada como macho e aquilo me constrangia muito (Telma – Grupo 2).

Um ponto de atendimento, que a tela que chamava a pessoa não estava funcionando e quem tava chamando era um segurança. [...] Daí chamaram todos os nomes, chamaram o meu (masculino) e não fui, porque tava em voz alta e não tinha precisão disso. Depois de uns dois, três nomes chamaram Gabriela e eu fui. O segurança olhou assim pra mim e falou é você que é Gabriela? Não. Eu sou esse nominho aqui. Mas o senhor, porque não veio na

hora certa? Isso em voz alta. E porque você tá me tratando de senhor agora? Após de ler meu nome civil você tá me chamando de senhor?! Se você quer respeito, você se dê ao respeito. [...] E daí, eu estava batendo de frente com ele e não consegui fazer o atendimento, tive que sair porque a vergonha foi muito grande (Tânia – Grupo 2).

O nome é um sinal caracterizador e indispensável a toda pessoa, categórico de sua personalidade tanto no nível pessoal quanto no aspecto civil. É a primeira expressão da personalidade, que se apresenta como um direito absoluto, refletindo e traduzindo a qualidade de ser pessoa (HOGEMANN, 2014).

O nome carrega junto ao corpo os múltiplos sentidos de feminilidade e masculinidade que operam como constituintes do gênero (ROCON et al., 2016). Assim, as pessoas trans, em seus processos de construção de um novo corpo, “são conduzidas a um investimento identitário significativo – um novo nome, um corpo modificado – que dê sentido ao “não senso” de um corpo que parece ter se equivocado” (TEIXEIRA, 2012). Benedetti (2005), por sua vez, afirma que o corpo das pessoas trans “é, sobretudo, uma linguagem; é no corpo e por meio dele que os significados do feminino e do masculino se concretizam e conferem à pessoa suas qualidades sociais. É no corpo que as travestis se produzem enquanto sujeitas”.

O uso do nome social nos serviços de saúde é garantido pela Portaria nº 1.820/2009, que descreve que o usuário deve ser identificado

[..] pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosa (BRASIL, 2009).

O nome social surge para amenizar o constrangimento vivenciado diariamente por pessoas trans, em várias tarefas sociais realizadas no dia a dia, porém em vários momentos o seu uso não é permitido, gerando sofrimento pelo estigma (BARBOSA; CRUZ, 2014). O reconhecimento oficial do nome social torna-se um sinalizador importante no sentido de romper barreiras do preconceito e gera inclusão social dessas pessoas. Não é a cirurgia que concede à pessoa a condição de trans, mas sim a sua identificação psíquica com o outro gênero sexual (HOGEMANN, 2014). A inclusão do nome social de pessoas trans no cartão do SUS tem como objetivo reconhecer a legitimidade da identidade dessa população e promover o maior acesso à rede pública.

Mesmo assim, depois de quase uma década, pouco reverberou no cotidiano dos serviços de saúde. Alegar desconhecimento da norma parece ser a estratégia mais

acionada para o seu não cumprimento. No entanto, torna-se necessário problematizar o desconhecimento. A menção a uma Portaria do Ministério da Saúde acionaria no profissional de saúde a necessidade de conhecer e seguir as deliberações da mesma. Essa equação não se mostrou eficiente para o uso do nome social.

O desconhecer parece ter se tornado a chave para a recusa do reconhecer. Enfim, manter os limites para o (não) reconhecimento das mulheres transexuais e travestis nos serviços de saúde. A insistência do uso do nome civil não possui uma ancoragem prática de cuidado, mas opera com a força enunciativa capaz de produzir uma barreira de acesso para as usuárias. Aquela cujo direito foi negado ainda se sente constrangida, porque as engrenagens do dispositivo atualizam as hierarquias e a partir da suposta incoerência do nome revelar a “mentira” causadora da vergonha. A usuária se torna a própria mentira. E, enfim, uma falsa pessoa que porta uma falsa demanda.

Romano (2008) relata sua experiência como médica no Programa Saúde da Família na Lapa/ RJ, onde presencia o frequente abandono ou desistência de tratamentos em andamento, mesmo nos casos de doenças crônicas ou graves como a aids, geralmente em decorrência do preconceito que a população LGBT sofre ao buscar atendimento no ambulatório. E descreve que o êxito na redução desse absenteísmo só será possível a partir de um trabalho de humanização e acolhimento realizado junto aos pacientes e profissionais.

Por isso, o uso do nome social surge como ferramenta para promoção do acesso das pessoas trans aos serviços de saúde e ao estabelecimento do vínculo profissional-paciente, binômio importantíssimo no que se refere à permanência do usuário no serviço e à aderência aos cuidados em saúde. Todavia, o cumprimento e a consolidação do uso do nome social de travestis e transexuais, dependem do bom senso dos profissionais, por se tratarem de ações descentralizadas e de âmbito institucional (SILVA et al., 2017).

Apesar do Ministério da Saúde em 2011, através da Portaria nº 2.836, ter normatizado o direito ao uso do nome social de travestis e transexuais de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, na qual todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (BRASIL, 2007), essas normativas ainda não foram integralmente acolhidas no cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde, que somado aos episódios de discriminação promovidos por estes, impedem a garantia do acesso universal à saúde pelos pacientes LGBT. Quando ocorre a valorização das subjetividades do indivíduo e é possível identificar suas necessidades sociais de saúde podemos dizer que há um atendimento em consonância com um dos

princípios da Carta dos Direitos dos Usuários da saúde, sendo este é um bom começo para a concretização de uma atenção integral em saúde. 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 et al., 2017).

Além disso, é oportuno apontar que o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, esse ano, pela desjudicialização da retificação de nome e marcador de sexo no registro de pessoas trans. Isso significa que agora não é mais necessário entrar com processo judicial para conseguir a alteração do registro. Esse procedimento será feito por cartórios, a partir da auto-identificação, sem precisar apresentar nenhum laudo. Essa decisão do STF é sobre o direito material e fica agora a dúvida de como serão os procedimentos para alteração. Enquanto isso, o Projeto de Lei nº 5.002/13 (BRASIL, 2013b), que dispõe sobre o direito à identidade de gênero e altera o art. 58 da Lei nº 6.015/73, ainda aguarda parecer do relator da Comissão de Direitos Humanos e Minorias (CDHM) (MELINO, 2018).

Mesmo a Constituição Brasileira instituindo a proteção da dignidade humana enquanto tal e o respeito às diferenças individuais e de grupos sociais em observância à ordem social, muitas pessoas que conseguem ser submetidas à cirurgia de redesignação sexual não encontram no judiciário a agilidade e prontidão necessárias a descontinuar as situações de constrangimento e preconceito a que são expostos (HOGEMANN, 2014). As decisões jurisdicionais demonstram que, para trans expressar a sua identidade de gênero, desafios necessitam ser superados a partir da construção de novos argumentos jurídicos, não baseados no determinismo biológico ou anatômico, muito menos em uma condição patológica, ou, ainda, em uma moralidade sexual dominante (HOGEMANN; CARVALHO, 2011). As fundamentações utilizadas até o momento em tais decisões são feitas a partir da convicção pessoal, muitas vezes influenciada pela natureza psíquica moral e religiosa do julgador.

Diante disso, a autorização judicial para alteração do prenome decorreria diretamente do princípio constitucional da dignidade do ser humano, no qual está inserida a proteção a personalidade individual (GARCIA, 2010). Da mesma maneira, seria para a retificação do sexo originalmente descrito no registro civil, o qual não se encontra harmonizado com a realidade fática trans. A possibilidade de alteração do prenome é

permitida com fundamento no artigo 55, § único da Lei nº 6.015/73 (BRASIL, 1973), pois este alude aos prenomes suscetíveis de expor ao ridículo os seus portadores.

Assim, aqui se faz importante a atuação multisetorial para o enfrentamento das iniquidades vivenciadas cotidianamente pelas pessoas trans, com um modelo assistencial capaz de oferecer o suporte técnico e ético necessário a quem deseja enfrentar os inúmeros desafios físicos, familiares, relacionais, profissionais que são comuns àquele/àquela que afirma uma identidade de gênero ou orientação sexual não heterossexual.

A qualidade do atendimento estará atrelada substancialmente às condições de acessibilidade e de resolução dos seus problemas e necessidades, desde que seja compreendida a realidade sociocultural e haja o respeito as crenças e comportamentos, raça, estilo de vida e sexualidade dos usuários. Nesse contexto, destaca a importância do profissional entender e acolher a diversidade de pessoas, para que a dificuldade em conviver com a diferença não abra espaços para comportamentos discriminatórios e para a estigmatização. Os serviços precisam, principalmente os de saúde, substituir efetivamente a atitude normatizadoras das práticas educativas por uma atitude emancipadora, deixando o profissional de ser o detentor do saber para ser o mediador dele.

6.4 O cuidado que exclui: o processo transexualizador

O processo transexualizador ocupa a centralidade discursiva nas oficinas destinadas às mulheres transexuais e travestis. Mas não apenas nelas. Outros estudos que derivaram da pesquisa nacional apontam que os profissionais dos serviços sinalizam para a oferta dessa estratégia, ainda que para discordar, como locus privilegiado de cuidado para a população trans (FÉBOLE, 2017; FERREIRA et al., 2017; POPADIUK et al., 2017).

O mesmo ocorre quando, em espaços de discussão sobre a atenção à saúde da população LGBT, com a publicação da Portaria do Processo Transexualizador e seus desdobramentos, sendo apresentados como sinônimo da Política de Atenção Integral à Saúde, discutidas no fórum realizado durante o XII EBGLT, em 2005 em Brasília.

Em 2006, na reunião denominada Processo Transexualizador no SUS, o Comitê Técnico Saúde da População GLTB⁶ passou a discutir sobre saúde de transexuais, na

⁶ Em 2004 foi instituído o Comitê Técnico Saúde da População GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) - sigla usada na época - pela Portaria GM nº 2.227, como resposta do setor saúde ao Programa de Governo Brasil sem Homofobia. A instituição desse comitê técnico foi fundamental para a abertura

tentativa de superar a restrição da compreensão da atenção à saúde de transexuais, centrada, até então, no evento cirúrgico. As cirurgias, portanto, passaram a ser compreendidas como parte ou não do Processo Transexualizador, e a discussão superou o viés medicalizador e correccional para o foco na garantia do direito à saúde integral (LIONÇO, 2009).

A questão de cirurgia da transexualidade foi transmitida em 2008, foi quando ela foi divulgada. A tendência da primeira cirurgia era em 2010, porque seria o prazo de 2 anos pra passar por psicólogo e acompanhamento até a ser feita a primeira cirurgia. Então, por que a gente já tá em 2015 e só teve uma? Por que até hoje só teve uma pessoa que fez cirurgia de prótese de silicone? O que é que tá acontecendo? Ai dizer que tá fazendo. Fazendo como? Tão esperando o quê? Um escândalo?!? ... Sabe qual é o problema? A gente também fica calado, fica calado (Taty – Grupo 2).

Ainda que nomeada de forma equivocada, duas questões desdobram da fala acima e serão cuidadas nesse momento: o reconhecimento da norma (existência de procedimentos cobertos e a exigência de acompanhamento por 02 anos) e o silêncio da população trans frente aos limites e violências da própria norma.

A compulsoriedade do acompanhamento por dois anos, a saber pela psicologia, prevista a partir da Resolução nº1.955/10 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e incorporados à Portaria do Processo Transexualizador não parece causar questionamento à participante, bem como também não parece incomodar parte dos que atuam ou pesquisam nesse campo, como apontou Pacheco (2017). Apesar da arbitrariedade do tempo definido e mesmo a sua imposição são questões centrais que unem ativistas (dentro e fora da academia) em torno da despatologização da transexualidade (TEIXEIRA, 2017), para as participantes dessa pesquisa, a promessa que não se cumpre é o fator que parece causar descontentamento.

Diversos autores como Arán e Murta (2009), Amaral (2007, 2011), Galli, Vieira e Santos (2013), entre outros consensuam que o acompanhamento dispensando no processo transexualizador, bem como as intervenções propostas pelos profissionais deveriam ser particularizadas caso a caso, para que o processo de transexualização e a realização ou não da cirurgia ocorra respeitando o tempo e o desejo das pessoas transexuais. Esse posicionamento também é expresso na Nota Técnica do Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2013, no qual a integralidade do atendimento psicológico deve-se pautar na humanização da atenção, não estando condicionado,

institucional favorecendo a participação social do movimento LGBT na formulação de políticas e estratégias afeitas a essa população.

restrito ou centralizado no procedimento cirúrgico de transgenitalização e demais intervenções somáticas, aparentes ou não.

Tornada central na organização do cuidado para as pessoas trans, a cirurgia funciona como curinga para a Política Pública. Ao estabelecer a obrigatoriedade de todo um cuidado, e em tese, garantir a adesão ao tratamento, a promessa de uma oferta mantém as pessoas trans reféns do serviço de saúde. No entanto, os dois anos impostos são estrategicamente antecidos da expressão “no mínimo”, que acaba por representar a armadilha que desresponsabiliza o Estado de agir frente à absurda fila de espera que se estabeleceu no Brasil (FREIRE, 2011; GALLI et al., 2013; SAMPAIO; COELHO, 2012).

E essa questão da transexualização é muito difícil, é um processo lento, não só aqui em Pernambuco, no país todo. [...] Uma população que tem altíssima, que tem que sair pra ir pra outros países, pagar. Onde ela tá sendo feita é na Tailândia, custa R\$ 45.000,00, mas não importa, estuda pra isso (Tânia – grupo 2).

Os fragmentos acima denunciam que o discurso sobre a insuficiência da oferta da cirurgia circulava entre as participantes, mesmo na ausência de condições para efetivá-las. Somente no final de 2014 que o Hospital das Clínicas/UFPE foi habilitado para a realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidades ambulatorial e hospitalar (Códigos 30.02 e 30.03) através da Portaria SAS nº 1.055/14 (BRASIL, 2014), e o início de suas atividades se deu só em abril de 2015.

A mutilação tem sido um argumento utilizado para justificar a urgência da realização da cirurgia como afirmam Barbosa e Cruz (2014). Para os autores, a espera pela longa fila do SUS e a falta de recursos econômicos para realizar o procedimento na rede privada, muitas vezes no exterior, resultaria em automutilação. Essa percepção parece encontrar ressonância no discurso de uma das participantes:

Esse tempo é muito grande, muitas vão desistir, não vão aguentar passar dois anos nessa luta. Corre o risco da psicóloga não liberar, dizer que não tem o perfil. Vocês souberam de um caso de uma que torou em casa mesmo? E chegou bem mal no hospital? Isso quer dizer o que? Que ela tava insatisfeita (Tâmara – Grupo 2).

No início desse século, relatos de automutilação circularam no movimento social, principalmente a partir da ocorrência com importante militante trans⁷, mas também

⁷ Maite Schneider, mulher trans, ativista que tentou suicídio e mutilação dos testículos numa época que não era tão fácil a cirurgia de transexualização. Mais detalhes no link: <http://www.casadamaite.com/novodrupal/>

através de pesquisadores (ATHAYDE, 2001). Aqui essa possibilidade é deslocada do contexto, antes acionada para garantir o direito à cirurgia e afastar o seu caráter estético, presente até mesmo no texto da Resolução CFM nº 1482/97. Aqui parece que outras tintas recobrem o risco da mutilação, o tempo de espera. Não é mais necessário disputar o reconhecimento da lissitude do ato cirúrgico, agora a disputa parece ser com a efetividade do cumprimento do direito reconhecido.

Retornando à questão do acompanhamento compulsório, o reconhecimento de que seria um profissional que estaria apto a determinar quem é ou não trans desvela as dissidências entre as participantes.

Que as vezes você vê uma transexual, você olha pra ela tudo de mulher, mas na cama é um homem. Ela não quer fazer a cirurgia. E tem muitas que parecem um bofe, não têm nada de mulher, mas na cama é mulheríssima, não se sente bem com a genitália. Então, se o psicólogo tá ali pra conversar, pra abrir a mente da transexual, então ele não vai questionar pelo perfil dela não, e sim pelo que ela se sente mentalmente. Mas, no meio do processo, a equipe multidisciplinar chega a conclusão de que aquela não tem perfil pra ser transexual. Ele foi pelo perfil dela e não pela identidade dela, que ela se sentia, entendeu? Ela não tendo perfil pra ser transexual, ela não pode ser transgenitalizada, entendeu? E muitas passam mal, cometem suicídio e tudo mais, porque o sonho dela é ser cirurgiada (Talita – Grupo 2).

O atrelamento da compulsoriedade do acompanhamento psicológico para a realização de cirurgias de transgenitalização é baseado na necessidade da decisão da equipe, amparada pelo diagnóstico, que afirme a “verdadeira transexualidade” e, portanto, legitime a demanda da pessoa trans. A violência que media essa suposta oferta de cuidado foi denunciada por Borba (2016) que, nomeou como pedagogia do verdadeiro transexual. Entre os quesitos, a repulsa ao genital também deve ser reiterado (TEIXEIRA, 2013).

Tem que passar dois anos, que a gente passa por psicólogo, médico psiquiatra, é constrangedor. Vejo um ladrão em si, ele rouba, ele mata, ele é preso, mas ele não precisa passar por psicólogo por esses dois anos. Por que nós, por que amanhã vou ser ...? Quando você olha a sua genitália, que você não se adequa e passar por dois anos?! É dois anos de sofrimento até lá, pra um dia chegar a felicidade, você vem sofrendo (Ticiane – Grupo 2).

O desamparo de não ser reconhecida legítima para a realização da cirurgia foi discutido também por Bento (2006, 2017) e Teixeira (2013), que questionam o argumento suicidógeno que parece ter sido acionado para recobrir de justificativa a demanda pela cirurgia. As normatizações que aparam o que se convencionou chamar de processo transexualizador conduzem ao entendimento de que todas as pessoas transexuais odeiam

seus corpos, tendem ao suicídio e, portanto, buscam a readequação de seus corpos, gêneros e sexualidades as normas para esses estabelecidas, quando na verdade:

[...] transexuais buscam, com as cirurgias reparadoras, o reconhecimento de seu pertencimento à uma humanidade que só existe em gêneros, e o gênero só é reconhecível, só ganha vida e adquire inteligibilidade, segundo as normas de gênero, em corpos-homens e corpos-mulheres (BENTO, 2006, p. 230).

A reivindicação do direito à auto-determinação surge, ainda marcado por uma experiência anterior em psicoterapia:

Eu já vou fazer 38 anos e quero fazer a minha cirurgia e vou ter que esperar por 2 anos. Será que eu, que vou ao psicólogo desde dos meus 15 anos, será que vou ter essa vontade de virar macho com esses dois anos?! É um absurdo! Uma pessoa que esteja com 14 anos, no início que possa ter dúvida, mas uma pessoa já de idade, desse tempo todo com vontade de ser transexual, de se sentir mulher, será que depois de uma cirurgia, quarentona, vai dizer assim: ah eu quero ser ... pelo amor de Deus! (Tamires – Grupo 2).

Ainda que pareça divergir, a entrevistada segue capturada pela norma ao legitimar a necessidade do acompanhamento psicológico como critério para o reconhecimento de si, mas para aquelas pessoas que ainda estejam no início do processo.

Tereza parece questionar a demora para realização do procedimento cirúrgico ao mesmo tempo em que reafirma ter conhecimento da realização da cirurgia pelo serviço credenciado em 2015.

A portaria foi de 2008, a previsão da primeira cirurgia foi de 2010 com acompanhamento de dois anos. E quando foi falado lá, foi falado que seria inicialmente duas cirurgias por mês, a transgenitalização, por conta de outras cirurgias, implantação de próteses e outras mais, né? Mas, na prática... tá aí, fiquei sabendo ontem, que fez uma cirurgia no hospital das clínicas esse ano depois da reabertura. Se fosse alguém que tivesse pra morrer, tinha morrido (Tereza – Grupo 2).

Deste fragmento destacamos a qualidade da atenção. O Hospital de Clínicas da UFPE realizava o procedimento cirúrgico desde 2001, no entanto, não foi credenciado na primeira Portaria do Processo Transexualizador (2008), porque estava com o serviço descontinuado (NUNES, 2015). A qualidade do serviço antes ofertado é avaliada pelo movimento social e repercute nos discursos das participantes:

Eu acho que melhorou muito, porque, antigamente, na hora da transgenitalização era como se fosse uma mutilação, porque não tem orgasmo. [...] A tendência é melhorar mais ainda, e que faça bem feita, não é como

muitas que tem por aí não, que viraram mulher e não sabem o que é um orgasmo, né? (Tâmara – Grupo 2).

A questão tecnológica parece encantar também as participantes das oficinas, mesmo que não compreendam o procedimento, acreditam na sua eficácia:

A nova cirurgia que eu vi, que foi justamente essa que ele deixa pra pessoa ter o orgasmo [...] é perigosa, mas fica perfeita. Não sei como é não, sei que é uma nova cirurgia. Daí, a pessoa goza, tem orgasmo, tem tudo (Tércia – Grupo 2).

Esse encantamento pela técnica não seria privilégio desse grupo. Teixeira (2013) questiona o argumento acionado pelo CFM para deixar de considerar como experimental a cirurgia de neocovulvoplastia na Resolução nº 1652/02, ao considerar o sucesso cirúrgico no Brasil. Ainda hoje pouco se pode afirmar sobre o sucesso cirúrgico ou técnicas realizadas no Brasil em razão da ausência de pesquisa na área (FRANCO et al., 2010).

O Ministério da Saúde, em 2008, quando institucionalizou o Processo Transexualizador no SUS por meio da Portaria nº 1.707 objetivava estabelecer critérios para o acompanhamento de pessoas transexuais e principalmente regulamentar a cirurgia de transgenitalização no SUS, que inicialmente não contemplava as travestis (BENTO; PELÚCIO, 2016). A Portaria nº 2.803/13, em vigor, também não o fez, como denuncia Teixeira (2017). O cuidado para as travestis aparece sob a denominação de cuidado exclusivamente clínico, ou seja, mesmo a demanda para prótese de seios, diante da recorrência e risco do uso de silicone líquido, foi apagada pela necessidade estabelecida de que o procedimento seja complementar à cirurgia de redesignação sexual. Assim, travestis e mulheres transexuais que não desejarem ser submetidas ao procedimento não são elegíveis para as próteses.

Pinto et al. (2017), num estudo sobre o uso de silicone líquido industrial por travestis e mulheres transexuais em sete municípios do Estado de São Paulo encontraram que a sua utilização foi relatada por aproximadamente 49% das entrevistadas, dentre essas 42% relataram ter tido problemas em decorrência desta prática. Os autores também encontraram uso elevado dessa substância entre as pessoas que não mencionaram o desejo de realizar a cirurgia de transgenitalização (PINTO et al., 2017). Ainda como resultado dessa pesquisa, os autores apontam que uma em cada cinco pessoas que usaram silicone líquido industrial fez a primeira aplicação antes dos 18 anos, ou seja, antes da idade mínima para um possível ingresso no Processo Transexualizador.

Assim, até mesmo a hormonioterapia, tida como oferta a ser realizada no cuidado exclusivamente clínico, surge no universo trans em momento posterior à administração por automedicação.

Nós usamos bastante hormônio e muitas começaram a ter problemas de saúde, trombose, porque faz o uso clandestino. O excesso de hormônio ataca o fígado, problemas nos rins, estômago, por isso, muitas agora estão caindo na real em si. Vai na farmácia, compra, usa e pronto. Porque se for depender do laboratório [ambulatório], meu filho... Enquanto não tem acompanhamento, vai ter que ser dessa forma, vou arriscando com isso até onde der. Quantas já morreram?! (Teonila – Grupo 2).

O estudo de Romano (2008) já evidenciava o uso, considerado abusivo, de hormônios entre mulheres trans e travestis como causa de distúrbios hepáticos, e as aplicações de silicone industrial como importante causa de infecções e trombose em membros inferiores.

Esses saberes sobre o uso do hormônio e também do silicone líquido industrial circulam no universo trans e foram negociados como argumentos para a ampliação do cuidado em saúde.

O SUS se prontificou em ter esse acompanhamento com as transexuais em fazer o tratamento hormonal de forma correta. A portaria saiu, mas não tem na prática. Então, a gente toma de forma boca a boca. O que uma diz a outra, a outra vai e toma, sem saber se vai morrer, se tem problema no fígado. É pra todo tipo de problema o hormônio, a gente toma na bunda do jeito que for e a saúde vai lá pra baixo (Taty - Grupo 2).

A incorporação das demandas das pessoas trans por transformação do corpo pelo SUS é uma vitória advinda de intensas mesas de negociação entre poder público e sociedade civil organizada (LIONÇO, 2009), que possibilitaram o reconhecimento dessas demandas em saúde pelo Estado brasileiro. No entanto, essas demandas não devem ser incorporadas como desejo de controle pelo Estado, mas como uma forma de contribuir para redução de danos a essa população.

Retornando ao primeiro fragmento utilizado nesse tópico, o silêncio que a participante informa pode ser o do silenciamento diante das diferentes violências perpetradas pelos serviços de saúde como apontou Fébole (2017). Nesse texto, destacamos um outro silêncio. Ainda que de forma difusa tenham surgido discursos questionando o poder do profissional para reconhecer as pessoas transexuais e o atrelamento disso ao papel do psicólogo, percebemos que a questão da despatologização das identidades trans não encontrava ressonância.

A Resolução nº 01/99 do CFP determina que os psicólogos atuem de forma ética e contribuam, com seu conhecimento, para uma reflexão sobre o preconceito e o desaparecimento de discriminações e estigmas diversos contra os que apresentassem “comportamentos ou práticas homoeróticas”. Anos depois, em nota técnica pautada na Portaria nº 1.707/08 do Ministério da Saúde, o CFP trata especificamente das pessoas trans, onde afirma que a psicologia tem como desafio garantir a essa população o respeito à dignidade e o acesso aos serviços públicos de saúde.

Como afirma Maciel (2017), importante avanço na questão da despatologização da transexualidade e da travestilidade, esta nota deixa claro também que o acompanhamento psicoterapêutico deve ir além da tomada de decisão sobre as cirurgias do processo transexualizador, bem como promover a autonomia da pessoa durante todo esse processo. O tratamento psicológico deve agir como um auxiliador das comorbidades que nós teremos pela nossa própria vivência trans em razão das violências a que estamos submetidas todos os dias, conforme Quadros (2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, através da abordagem quanti-qualitativa, possibilitou a compreensão e percepção dos desafios institucionais e dos sujeitos envolvidos para possibilitar o acesso das mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis aos serviços públicos de saúde, bem como proporcionar um atendimento de qualidade assistencial, de modo a garantir a universalidade do acesso e integralidade do atendimento.

Apesar de suas singularidades em relação aos preconceitos, a homonegatividade, as dificuldades encontradas por “fugirem” ao padrão heteronormativo, as suas necessidades de pertencimento ao feminino e a sua própria concepção de mulher, todas deixaram explícitos como os marcadores de gênero e sexualidade atuaram como determinantes no processo de adoecimento e cuidado em saúde, traçando um caminho de invisibilidade, discriminação e vulnerabilidades significativas.

Essa pesquisa sinaliza para diferentes mecanismos de recusa tecidos na trama cotidiana do não reconhecimento que potencializam o distanciamento entre as mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis e o serviço de saúde, como o cuidado em saúde e a formação dos profissionais de saúde ancorados num saber de matriz heterossexual. Isso culmina no apagamento dessa população nos serviços de saúde, tanto pelo não reconhecimento destas usuárias pelo sistema, como pela recusa das mesmas em acessar estes serviços com oferta discriminatória e precária de cuidado, evitando assim o constrangimento gerado pelo preconceito, estigma e despreparo profissional.

A precariedade da relação de cuidado aparece pela alegação do desconhecimento da norma, para justificar o seu não cumprimento, tornando o “desconhecer” a chave para rejeição do reconhecer, como é o caso da recusa do uso do nome social nos prontuários para as mulheres transexuais e travestis, mesmo isso sendo uma garantia expressa por portaria há mais de uma década. Por outro lado, a negação pelo serviço de saúde da doação de sangue por mulheres lésbicas e bissexuais, a partir da avaliação da sua orientação sexual. Mesmo que a prevalência da infecção por HIV/aids não forneça elementos para situá-las entre a população- chave para epidemia, sua prática foi considerada de risco. Isso demonstra a ambivalência do cumprimento da norma nos serviços de saúde, que pode acontecer de acordo o contexto e as pré-concepções. No caso do nome social é descumprida a partir da alegação do desconhecimento, já no caso da doação de sangue é acionada para cercear direitos, por sua aplicação de forma equivocada e supervalorizada.

Dessa forma, os atos discriminatórios contra a homossexualidade seguem capturando as práticas dos serviços de saúde e são potencializados a partir de uma ética

moral religiosa que exerce a exclusão pelo não reconhecimento do que foge a sua concepção de correto, reverberando no afastamento da população LGBT dos serviços. Os resultados dessa pesquisa mostram que os mecanismos de afastamentos das travestis, mulheres transexuais, bissexuais e lésbicas dos serviços de saúde têm se mostrado bastante exitosos, a medida que mais de cinquenta por cento delas afirmaram não ter vínculo com a UBS, mesmo a maioria afirmando que frequentam o serviço público, esse contato só acontece quando descartada todas as outras possibilidades de cuidado.

É preciso que a sociedade entenda que as questões de saúde que acometem as mulheres lésbicas e bissexuais, de uma forma ou de outra, são as mesmas que estão presentes na população em geral, independente da sua sexualidade, e portanto não podem ser restritas ao consultório ginecológico, ao corpo biológico e sim pensar a integralidade para além dos direitos sexuais e reprodutivos, considerando também um corpo social e cultural. Assim, começaremos a avançar no sentido de evitar a recusa da orientação sexual dessas mulheres no meio social e permitir que suas demandas sejam reconhecidas e atendidas.

Similarmente, as mulheres transexuais e as travestis, cuja construção sociohistórica é permeada por violências, apagamentos, discriminações, exclusões e injustiças sociais (DEMÉTRIO, 2018), precisam ser olhadas como um todo, na integralidade da atenção e não apenas nos aspectos relacionados ao processo transexualizador e de transmissão do HIV. Apesar deste processo se configurar como um grande avanço nos direitos transexuais ao acesso à saúde, infelizmente este acesso permanece atrelado ao paradigma da patologização, que funciona como barreira para uma atenção integral e mais humanizada, principalmente para aquelas pessoas que não almejem a cirurgia. Destarte, estas pessoas para acessarem os procedimentos de colocação de próteses, silicone, hormonioterapia, precisam de um diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero e acompanhamento mínimo de 2 anos por equipe multiprofissional. Isso acaba violando os direitos das pessoas que não se enquadram nesses padrões.

Mais uma vez fica claro que os padrões heteronormativos hegemônicos na nossa sociedade atuam diretamente na geração e reprodução de posturas discriminatórias, as quais inevitavelmente contribuirão para aumentar sua vulnerabilidade social em saúde, a medida que esse comportamento pode ser uma barreira simbólica ao acesso e à boa qualidade de atenção como um todo. O não reconhecimento e o desrespeito a individualidade das pessoas LGBT ainda permanecem como um dos principais obstáculos

na atenção básica, mas que pode atravessar todas as dimensões do cuidado e suas complexidades. Dessa forma, a orientação sexual e a identidade de gênero, mais do que demandas para políticas públicas específicas, devem ser consideradas como determinantes associados à saúde, conforme refere Lionço (2008).

Faz-se necessário materializar o que está na teoria, o que preconiza a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que traz aspectos técnicos dentro de um campo político formatado, considerando os determinantes sociais de saúde e a luta contra qualquer tipo de discriminação, contribuindo para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo nas suas ações de vigilância em saúde, na formação de profissionais para a qualificação do atendimento e na avaliação e monitoramento das ações em saúde, visando a transformação de uma sociedade reprodutora de opressões.

Só teremos uma sociedade mais respeitosa e acolhedora das diferenças, a partir da desconstrução de paradigmas ultrapassados e da concepção de novas narrativas sobre as sexualidades, que acolham o que surge de novo e proponham revisões dos binarismos para dar conta da complexidade e diversidade das formas de subjetivação atuais (POMBO, 2017).

Assim, ao trazermos as vozes das experiências destas mulheres é com intuito de fomentar ações mais eficazes, de forma a subsidiar seus direitos, para que sejam direcionadas, revisadas e formuladas políticas de saúde específicas, com vistas a proporcionar o maior respeito e acolhimento a todas as usuárias da rede SUS. São muitos os desafios para reorganização de serviços, protocolos e rotinas na Atenção Básica sob a perspectiva de superação da discriminação e preconceito e com uma prática com base nos princípios da integralidade e da equidade. Isso exige dos sujeitos, da coletividade e das instituições mudanças de valores baseadas no respeito a diversidade, o que se constitui ainda um obstáculo (GUIMARÃES et al., 2017).

Os resultados aqui apresentados demonstram a urgência em repensar a organização dos serviços de saúde e de avaliação da efetividade dos programas de educação e campanhas permanentes sobre o direito de acesso ao sistema de saúde livre de qualquer tipo de discriminação, preconizados nas políticas estadual e municipal. Deve-se buscar mudanças no discurso técnico-científico em relação às experiências não heterossexuais, bem como a formação dos profissionais voltada para a temática diversidade sexual e suas inter-relações com a saúde, com a produção de materiais que levem em conta a diversidade dos discursos, afim de uma atenção integral à saúde e o respeito à individualidade humana.

O reconhecimento das estratégias que acionam as engrenagens da discriminação é um compromisso que gestores, profissionais e pesquisadores devem pactuar para o estabelecimento conjunto de ações de enfrentamento ao dispositivo da lesbiofobia, transfobia que impede, limita e prejudica o cuidado das travestis, mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais no SUS.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N.; GUARIGLIA FILHO, J. E. F. A mulher e sua sexualidade. In: CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. **Saúde mental da mulher**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 229-268.
- ALBUQUERQUE, G. A. et al. Sexual diversity and homophobia in health care services: perceptions of homosexual and bisexual population in the cross-cultural theory. **Open j. nurs.**, Netherlands, v. 6, p.470-482, 2016. Disponível em: <http://file.scirp.org/pdf/OJN_2016061316203529.pdf>. Acesso em: 11 maio 2017.
- ALBUQUERQUE, G. A. et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. **BMC int heal hum righ.**, Londres, v. 16, n. 2, p. 1-10, 2016a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714514/>>. Acesso em: 11 maio 2017.
- ALBUQUERQUE, G. A.; ALVES, D. A.; PARENTE, J. S. Assistência a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais Vítimas de Violência nos Serviços de Saúde. **Saúde transform. soc.**, Florianópolis, v. 7: p. 36–48, 2016b. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4201>>. Acesso em: 11 maio 2017.
- ALMEIDA C. M. **As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição?**. 1995. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n4/v11n4a19.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sex., salud soc.**, Rio de Janeiro, v. 14, p.380-407, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000200017>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- ALMEIDA, G. S. **Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena pública face à possibilidade de infecção por DST e aids**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/the-3092>>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 301-311, 2009.

ALMEIDA, L. T. A ciência em defesa da literatura: romance naturalista e moralidade em finais do século XIX. **Vocábulo**, Ribeirão Preto, v. 3, p. 1-1, 2012. Disponível em: <http://www.baraodemaui.br/comunicacao/publicacoes/vocabulo/pdf/leandro_vol3.pdf>. Acesso: 07 mar. 2016.

ALMEIDA, G. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades?. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p.513-523, 2012a. Disponível em: <https://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n2/68_vol_145_n2.pdf>. Acesso em: 3 maio 2016.

ÁLVAREZ-DÍAZ, J. A. ¿La maternidad de un padre o... la paternidad de una madre? Transexualidad, reproducción asistida y bioética. **Gac. Méd. Méx.**, México, v. 146, n. 2, p. 151-157, 2009. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21344>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

AMARAL, D. M. **A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1955_1935_amaraldaniel.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

AMARAL, D. M. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2012-03-02T113816Z-2108/Publico/Tese%20-%20Daniela%20Murta%20Amaral.pdf>. Acesso em: 7 maio 2018.

AMARAL, M. S. **Te desafio a me amar: desejo, afeto e a coragem da verdade na experiência dos homens que assumem relacionamentos com as travestis e mulheres trans**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/180425>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Answers to your questions: for a better understanding of sexual orientation and homosexuality**. Washington, DC, 2008. Disponível em: <<http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.aspx>>. Acesso: 3 maio 2016.

AMORIM, S. M. G.; VIEIRA, F. S.; BRANCALEONI, A. P. Percepções acerca da condição de vida e vulnerabilidade à saúde de travestis. **Saúde debate**, Rio de Janeiro,

v.37, n. 98, p. 525–535, 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a16v37n98.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

ANDRADE, M. M. **A vida comum: espaço, cotidiano e cidade na Atenas Clássica**. Rio de Janeiro: Eduff, 2002.

ANTUNES, P. P. S.; MERCADANTE, E. F. Travestis, envelhecimento e velhice. **Rev. Kairós**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 109-132, 2011. Disponível em:
<<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/9902/7356>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

ATHAYDE, A. V. L. Transexualismo masculino. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v.45, n.4, p.407-414, 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000400014>. Acesso em: 12 abr. 2016.

ÁVILA, S. **Transmasculinidades: a emergência de novas identidades políticas e sociais**. Rio de Janeiro: Multifoco, 2014.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 nov. 2018.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. bras epidemiol**, São Paulo, v.5, supl.1, 2002. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/0D/rbepid/v5s1/05.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. p.117-139;

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of Young people living with HIV/ aids. **Am. j. public health**, Washington, v.96, n.6, p.1001-1006, 2006. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608/>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

AYRES, J. R. C. M. Debate sobre o artigo de Fry et al. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300004>. Acesso em: 3 jul. 2014.

AYRES, J. R. C. M. Organization of Health Care Actions: models and practices. **Saúde soc.**, São Paulo, v.18, supl.2, 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29570/31437>>. Acesso em: 4 jul. 2014.

AYRES, J. R. C. M. Organization of health care actions: models and practices. **Saúde Soc.**, São paulo, v.18, supl. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003>. Acesso em: 5 jul. 2016.

ARÁN, M.; Zaidhaft, S.; Murta, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicol. soc.**, Belo Horizonte, v. 20, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000100008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 abr. 2016.

ARÁN, M. O processo transexualizador. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?infoid=6250&sid=7>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

ARAN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 1141-1149, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

ARÁN, M.; AMARAL, D. M. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312009000100003&lng=pt&nrm=i&tlng=pt>. Acesso em: 7 jun. 2018.

ARAÚJO, C.; FIGUEIREDO, K.; FARIA, M. D. Qualidade em serviços de saúde. **Qualitas**, Campina Grande, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/529/350>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Relação Usuária-Profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma Unidade de Saúde de referência de Fortaleza. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 323-327, ago. 2006.

ARIMA, A. C.; FREITAS, J. L. O luto velado: a experiência de viúvas lésbicas em uma perspectiva fenomenológico-existencial. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1467-1482, 2017. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2017000400001>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BARAL, S. D. et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and metaanalysis. **Lancet Infect Dis.**, Londres, n.13, p.214-222, 2013. Disponível em: <[http://thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70315-8/fulltext](http://thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70315-8/fulltext)>. Acesso em 19 abr 2017.

BARBOSA, B. R. S. N.; CRUZ, E. A. João ou Maria? Maria ou João? As dificuldades da adequação do gênero ao nome civil. **G & D**, Paraíba, n.1, p. 124-145, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/18293>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BARBOSA, B. R. S. N.; SILVA, L. V. Morte e exclusão: crimes contra a mulher transexual. **G & D**, Paraíba, n 01, Ano 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/24443/13610>>. Acesso: 27 nov. 2017.

BARBOSA, M. R.; KOYAMA, M. A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1511-1514, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000700015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 jul. 2017.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, sup 2, p. S291 – S300, 2006.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, sup 2, p. S291 – S300, 2009.

BATISTA, M. C. H.; ZAMBENEDETTI, G. Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais. **Psicol. Pesq.**, Juiz de Fora, v 11, n. 2, p. 42-50, 2017.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.189-217.

BENEDETTI, M. R. **Toda feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

BENTO, B. **A reinvenção do Corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. 3. ed. Salvador: Devires, 2017.

BENTO, B. Sexualidade e Experiências trans: Do Hospital à alcova. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p. 2655- 2664, 2012.

BENTO, B. **'Disforia de gênero' no DSM-5**: o canto da sereia da cientificidade. São Paulo: Operamundi, 2017. Disponível em: <<http://operamundi.uol.com.br/conteudo/geral/46930/disforia+de+genero+no+dsm-5+o+canto+da+sereia+da+cientificidade.shtml>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Rev. Estud. Fem.**, Santa Catarina, v. 20, n. 2, p.569-581, 2016.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOCKTING, W. O. et al. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. **Am. j. public health**, Whashington, v. 103, p. 943-951, 2013.

BOMFIM, P. T. S. **Discriminação e preconceito**: identidade, cotidiano e religiosidade de travestis e transexuais. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2009.

BONASSI, C. B. et al. Vulnerabilidades mapeadas, violências localizadas: Experiências de pessoas travestis e transexuais no Brasil. **Quad. psicol.**, Barcelona, v. 17, n. 3, p. 83-98, 2015. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia>>.1283. Acesso em: 26 abr. 2017.

BORBA, R.; OSTERMANN, A. Gênero ilimitado: a construção discursiva da identidade travesti através da manipulação do sistema de gênero gramatical. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 409-432, 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000200006/8753>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

BORBA, R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. **Sex., salud soc**, Rio de Janeiro, n.17, p.66-97, ago, 2014.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sess/n17/1984-6487-sess-17-0066.pdf>>.
Acesso em: 20 abr. 2018.

BORBA, R. **(Des)aprendendo a “ser”**: trajetórias de socialização e performances narrativas no processo. 2014a. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

BORBA, R. Receita para se tornar um “transexual verdadeiro”: discurso, interação e (des)identificação no Processo Transexualizador. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, v. 55, n. 1, p.33-75, 2016.

BORILLO, D. A homofobia. In: LIONÇO, T.; DINIZ, D. **Homofobia & Educação**: um desafio ao silêncio. Brasília: Letras Livres, EdUnB, 2009, p. 15-46. Disponível em: <http://www.anis.org.br/biblioteca/2014-12/homofobia_e_educacaopdf.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRASIL. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6015original.htm>. Acesso em: 13 jun. 2018.

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Pesquisa de opinião pública**: mulheres que fazem sexo com mulheres. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do sistema único de saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil sem homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº. 153, de 14 de junho de 2004a. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jun. 2004. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/upload/noticias_gerais/320100416113458.pdf>. Acesso em: 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento à feminização da epidemia de aids e outras DST**. Brasília, 2007a. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127699.pdf>. Acesso: 15 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS nº5: prevenção de violências e cultura de paz**. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de apoio à gestão participativa, secretaria de gestão estratégica e participativa. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.42, n.3, p.570-3, 2008b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/itms.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Aprova a regulamentação do processo transexualizador no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 ago. 2008c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 ago. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 4 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diversidades sexuais: adolescentes e jovens para educação entre pares**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/guia_diversidades.pdf>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas públicas em contextos de violência relacionados ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/politicas-publicas-em-contextos-de-violencia-relacionados-ao-consumo-de-alcool-e-outras-drogas.html>>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 57, de 16 de dezembro de 2010. Determina o regulamento sanitário para serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 dez. 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0057_16_12_2010.html>. Acesso em: 3 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011. Aprova o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 jun. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1353_13_06_2011.html>. Acesso em: 3 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ-AB)**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CE8QFjAG&url=http%3A%2F%2Fecos-rednutri.bvs.br%2Ftiki-download_file.php%3FfileId%3D149&ei=aiJVdCTJ4HbgwTz5IKwAQ&usg=AFQjCN ErvWgho-PQxqX9HpEubdXypFMnVw&bvm=bv.96339352,d.eXY> Acesso em: 5 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transexualizador no sistema único de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF Brasília, 20 nov. 2013a.

BRASIL. Câmara dos Deputados **Projeto de lei 5002 de 20 fevereiro de 2013**. Dispõe sobre o direito à identidade de gênero e altera o artigo 58 da Lei 6.015 de 1973. Brasília, DF, 20 fev. 2013b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565315>> . Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.055, de 13 de outubro de 2014. Habilita estabelecimento de saúde para realização do componente atenção especializada no processo transexualizador - modalidades ambulatorial e hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 out. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1055_13_10_2014.html>. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde**. Brasília, 2015.

BRASIL Ministério da Saúde. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2013**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/dados-estatisticos/Relatorio2013.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/aids 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BROOKS, M. Organização Mundial de Saúde lança CID-11. **Medscape**, New York, 2018. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6502496?nlid=123611_4183&src=WNL_pt_mdpls_180702_mscpedit_gen&uac=296910FR&impID=1674564&faf=1>. Acesso em: 9 jul. 2018.

BRITZMAN, D. O que é essa coisa chamada amor: identidade homossexual, educação e currículo. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v.21, n.1, p.71-96, 1996.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.36, n.4, suppl., 2002.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. **Vida Precária**: El poder Del duelo y la violencia. Buenos Aires. Paidós; 2006.

BUTLER, J. **El género en disputa**. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós, 2007.

BUTLER, J. **Cuerpos que importan**: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. 2. ed. Buenos Aires: Páidos, 2004. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/filosoficos/BUTLER/BUTLER,%20Judith.%20Cuerpos%20que%20importan.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2016.

BUTLER, J. **La vita psichica del potere**. Teoria della soggettivazione e dell'assoggettamento. Roma: Meline, 2005.

CÂMARA, C. Um olhar sobre a história do ativismo LGBT no Rio de Janeiro. **Rev. do AGCRJ**, Rio de Janeiro, n.9, p.373-396, 2015. Disponível em: <http://wpro.rio.rj.gov.br/revistaagcrj/wp-content/uploads/2016/11/e09_a22.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicol. soc.**, Minas Gerais, v. 17, n.2, p. 26-32, 2005.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.17, n.2, p.259-264, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19>. Acesso em: 20 maio 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. P. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicol., ciênc. Prof.**, Brasília, v. 32, n.3, p. 552-563, 2012.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-84, 2006.

CARRARA, S.; SIMÕES, J. A. “Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira”. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 28, p. 65-99, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n28/05.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

CARRARA, S.; VIANNA, A. R. B. A violência letal contra homossexuais no município do Rio de Janeiro: características gerais. In: CÁCERES, C. F.; FRASCA, T.; PECHENY, M.; TERTO Jr., V. (Org.). **Ciudadanía Sexual en América Latina: abriendo el debate**. 1. ed. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004, p. 47-64.

CARRIJO, G. G. **(Re)apresentações do outro: travestilidades e estética fotográfica.** 2012. Tese (Doutorado em multimeios) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2012. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_b28b08771c5c140cbbadaf5e723cb3ce>. Acesso em: 25 fev. 2017.

CARVALHO, A. S. **Concepções sobre segurança alimentar e nutricional pelos quilombolas da comunidade de Tijuaçi, Bahia: uma abordagem etnográfica sobre o PAA.** 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz, Brasília/Recife, 2010. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13600>>. Acesso em: 12 ago 2016.

CARVALHO, M. E. G.; CARVALHAES, F. F.; CORDEIRO, R. P. **Cultura e Subjetividade em Tempos de AIDS.** Londrina: Alia, 2005.

CARVALHO, M. F. L. **Que mulher é essa? Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais.** 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1563_1442_Carvalho-Mario-dissert.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

CARVALHO, C. S.; CALDERARO, F.; SOUZA, S. J. O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas": (in)visibilidade e direitos. **Rev. psicol. polit.**, São Paulo, v. 13, n. 26, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000100008>. Acesso em: 12 jun. 2018.

CARVALHO, L. S.; PHILIPPI, M. M. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. **Universitas**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 83-92, 2013. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=Percep%C3%A7%C3%A3o+de+l%C3%A9sbicas%2C+gays+e+bissexuais+em+rela%C3%A7%C3%A3o+aos+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde&oq=Percep%C3%A7%C3%A3o+de+l%C3%A9sbicas%2C+gays+e+bissexuais+em+rela%C3%A7%C3%A3o+aos+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde&aqs=chrome..69i57.229j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>>. Acesso em: 31 mai. 2017.

CARVALHO, M. F. L. **“Muito Prazer, Eu Existo!”: visibilidade e reconhecimento no ativismo de pessoas trans no Brasil.** 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_7e3aa6d6d1074705cde8ccdb43fc8752>. Acesso em: 16 fev. 2017.

CECCARELLI, P. R. **Transexualismo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

CECARELLI, P. R.; FRANCO, S. Homossexualidade: verdades e mitos. **Bagoas**, Rio Grande do Norte, v.4, n. 5, p. 119-129, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2315/1748>>. Acesso em: 24 set. 2016.

CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES (Brasil). Núcleo de Estudos de Saúde Pública. **Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no sistema unico de saúde**. Brasília, DF, 2013.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Interam. j. Psychol.**, Porto Alegre, v.44, n.2, p.235-245, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641004>>. Acesso em: 25 out. 2017.

CHAGAS, L.; SECLLEN, J. Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**, Brasília, 2003.

COELHO, L. A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais. **Rev. Tesseract**, São Paulo, n.4, 2001. Disponível em: <<http://tesseract.sites.uol.com.br>>. Acesso em: 12 maio 2017.

CONDE, M. F. **O movimento homossexual brasileiro: sua trajetória e seu papel na ampliação do exercício da cidadania**. 2004. Dissertação (mestrado em sociologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2004. Disponível em: <<https://pos-sociologia.cienciassociais.ufg.br/up/109/o/Michele.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13., 2008, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans**, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **CFESS Manifesta: dia nacional da visibilidade trans**. Brasília, DF, 2013. Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2013_visibilidadetrans-site.pdf>. Acesso 24 mai. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 23 jul. 2014.

COSTA, C. L.; ÁVILA, E. “Glória Anzaldúa, a consciência mestiça e o ‘feminismo da diferença’”. **Rev. Estud. Fem.**, Santa Catarina, v.13, n.3, p. 691-703, 2005.

COSTA, L. D. et al. Competência cultural e atenção à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBT). **Tempus**, Brasília, v.11, n.1, p.105-119, 2017. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2314>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

COSTA, C. L. **Vulnerabilidade para o hiv em mulheres trans**: o papel da psicologia e o acesso à saúde. 2015. Tese (Doutorado em psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140827>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

COSTA, A. B. et al. Population-based HIV prevalence and associated factors in male-to-female transsexuals from Southern Brazil. **Arch. sex. behav.**, Nova York, v. 44, n.2, 521-524, 2015.

CÔTÉ-ARSENAULT, D.; MORRISON-BEEDY, D. Focus on research methods maintaining your focus in focus groups: avoiding common mistakes. **Res. nurs. health.**, Pelotas, v.28, p.172-79, 2005.

CRUZ, E. F. Banheiros, travestis, relações de gênero e diferenças no cotidiano escolar. **Rev. psicol. polit.**, São Paulo, v.11, n.21, p.73-90, 2011.

CUNHA, A. B. O.; VIERIA DA SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.725-737, 2010.

DAHER, D. V. et al. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 145-150, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 nov. 2018.

DETOMINI, V. C.; PARO, D. M. **Sexualidade em saúde mental: atenção necessária.** Rede humaniza SUS. In: IX SEMANA DE PSICOLOGIA DA UFMS, 2015, campus de Parnaíba. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/89936-sexualidade-em-saude-mental-atencao-necessaria>>. Acesso em: 6 out. 2016.

DIMENSTEIN, M. D. B. **O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde (UBS).** 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Cambridge: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring.** Michigan: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. pathol. lab. med.**, v. 114, p. 1115-1118, 1990;

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford USA Trade, 2003;

DOURADO, I. et al. Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00180415.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

DUQUE, T. Reflexões teóricas, políticas e reflexões teóricas, políticas e metodológicas sobre um morrer, virar e nascer travesti na adolescência. **Rev. Estud. Fem.**, Santa Catarina, v. 20, n. 2, p. 256, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2012000200010&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 9 maio 2016.

FACCHINI, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para “arena” do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas**, Rio Grande do Norte, v. 1, p. 131-158, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2300>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

FACCHINI, R. **Entre umas e outras: mulheres, homossexualidades e diferenças na cidade de São Paulo**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280657>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

FACCHINI, R. Movimento Homossexual no Brasil: recompondo um histórico. **Cad. AEL**, Campinas, v.10, n.18/19, 2003. Disponível em: <http://www.ael.ifch.unicamp.br/publicacoes_ael/index.php/cadernos_ael/article/viewFile/73/75>. Acesso em: 18 jul. 2015.

FACCHINI, R. **Sopa de letrinhas? O movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos de 1990**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FACCHINI, R. Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social. In: RIOS, L. F.; PARKER, R.; PIMENTA, C.; TERTO Jr, V. (Org.). **Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004, p.34-43.

FACCHINI, R., BARBOSA, R. M. **Dossiê Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2006.

FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento lgbt brasileiro. **Sex., salud soc.**, Rio de Janeiro, n.3, p.54-81, 2009b. Disponível em: <www.sexualidadsaludysociedad.org>. Acesso em: 11 fev. 2016.

FACCHINI, R. Histórico da luta de LGBT no Brasil. **Universo**, São Paulo, n. 61, 2016. Disponível em: <<http://pre.univesp.br/historico-da-luta-lgbt-no-brasil#.WwwKo0gvzIV>>. Acesso em: 13 mai. 2017.

FALQUET, J. **Breve resenha de algumas teorias lésbicas**. Buenos Aires, 2014. Disponível em: <<https://apoiamutua.milharal.org/files/2014/04/breve-resenha-teorias-lesbicas.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2017.

FÉBOLE, D. S. **A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2017.

FERNANDES, H. et al. Violência e vulnerabilidade ao HIV/aids em jovens homossexuais e bissexuais. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p.390-396, 2017.

FERRARI, A. Revisando o passado e construindo o presente: o movimento gay como espaço educativo. **Rev. bras. educ.**, Rio de Janeiro, v.25, p.105-115, 2004.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. Trabalho, HIV/aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicol. estud.**, Maringá, v.16, n. 2, p. 259-267, 2011.

FERREIRA, B. O. **Babado, confusão e gritaria: vivências e reflexões da população LGBT no SUS**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ufpi.br/xmlui/handle/123456789/215>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

FORMENTI, L. Prevalência de aids entre homens que fazem sexo com homens aumenta 140% em 7 anos. **O Estadão**, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,prevalencia-de-aids-entre-homens-que-fazem-sexo-com-homens-aumenta-140-em-7-anos,70002018897>>. Acesso: 28 nov. 2017.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995, p. 243-276.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FRANÇA, I. L. **Cercas e pontes: o movimento LGBT e o mercado GLS na cidade de São Paulo**, 2006. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-03092007-141155/pt-br.php>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

FRANÇA, I. L. “Na ponta do pé: quando o black, o samba e o GLS se cruzam em São Paulo”. In: BENÍTEZ, M. E. D.; FIGARI, C. E. (Ed.). **Prazeres dissidentes**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 393-421.

FRANCO, T. et al. Transgenitalização masculino/feminino: experiência do Hospital Universitário da UFRJ. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 6, p. 426-434, 2010.

FRANCO, N. A **diversidade entra na escola**: histórias de professores e professoras que transitam pelas fronteiras das sexualidades e gênero. 2009. Dissertação (Mestrado em educação) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/13769>>. Acesso em: 13 jun 2017.

FREIRE, G. S. **O avesso do avesso do avesso? a compreensão de psicólogos acerca da transexualidade**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2011. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/1538/104133_Gabriela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 ago. 2016.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Diversidade sexual e homofobia no Brasil**: intolerância e respeito às diferenças sexuais. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisa-lgbt.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2016.

GADAMER, H. G. **Verdade e método I**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GALLI, R. A. et al. Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, v. 29 n. 4, p. 447-457, 2013.

GAMSON, J. As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa. In DENZIN, N. K.; LINCON, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed/Bookma, 2006, p.345-363.

GARCIA, M.R. Identidade como "patchwork": aspectos de identidade entre travestis brasileiros de baixa renda. **Culto Saúde Sex.**, São Paulo, v. 11, n.6, p. 611-23, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19437178>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

GARCIA, E. A “mudança de sexo” e suas implicações jurídicas: breves notas. **Rev. Bras. Dir. Famílias e Sucessões**, Porto Alegre, v. 12, n. 18, p.52-68, 2010.

GARRAFALO, R.; DELEON, J.; OSMER, E; DOLL, M.; HARPER, G. W. Overlooked, misunderstood and risk. Exploring he lives and HIV risk of ethnic minority male-totransgender youth. **J. adolesc. health**, New York, v.38, n. 3, p.230-236, 2008.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 244-270.

GIRONDI, J. B. R. et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Rev. eletrônica enferm.**, Góias, v.12, n1, p.20-27, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.5815>>. Acesso em: 13 mar .2016.

GOELLNER, S. V. A educação dos corpos, dos gêneros e das sexualidades e o reconhecimento da diversidade. **Cad. form. RBCE**, Porto Alegre, p. 71-83, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/Andr%C3%A9ia/Downloads/984-3237-2-PB.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

GOFFMAN, E. **Estigmas**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LCT, 2008.

GOHN, M. G. **História dos Movimentos e Lutas Sociais**: a construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo: Edições Loyola, 1995.

GOMES FILHO, A. S.; MELO, M. A. S. Análise histórica do movimento lgbt mundial: do movimento homófilo a liberação gay nos Estados Unidos. In: COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E DE SEXUALIDADES, 10., 2014, Campina Grande. **Anais eletrônicos**. Campina Grande: Realize, v. 1, 2014.

GREEN, J. **Além do carnaval**: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Unesp, 2000.

GROSSI, M. P. “Identidade de gênero e sexualidade”. **Antropol. primeira mão**, Florianópolis, n. 24, 1998.

GROSSI, M. P. Identidade de gênero e sexualidade: estudos de Gênero. **Cad. área 9**, Goiânia, v.9, p.29-46, 2012. Disponível em: <http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/pdf/identidade_genero_revisado.pdf> Acesso em: 10 set. 2016.

GRUPO GAY DA BAHIA. **Assassinato de Homossexuais (LGBT) no Brasil**: Relatório 2013/2014. Salvador, 2014. Disponível em: <<http://www.midianews.com.br/storage/webdisco/2014/02/14/outros/747486191270d149b81fdfe548b921d1.pdf>>. Acesso em: 10/11/2018.

GRUPO GAY DA BAHIA. **Assassinato de Homossexuais (LGBT) no Brasil**: Relatório 2014. Salvador, 2015. Disponível em: <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2015/01/relatc3b3rio-2014s.pdf>>. Acesso em: 10/11/2018.

GUIMARÃES, C. D. **O homossexual visto por entendidos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

GUIMARÃES, R. C. P. et al. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os agentes comunitários de saúde?. **Tempus**, Brasília, v.11, n.1, p. 121-139, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/321072151_Assistencia_a_populacao_LGBT_em_uma_capital_brasileira_o_que_dizem_os_Agentes_Comunitarios_de_Saude>. Acesso em: 10 jun 2018.

HAAS, A P. et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. **J. homosex.**, New York, v. 58, p.10-51, 2010.

HEILBORN, M. **Sexualidade**: olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GIFFONI, R.; GOLDENBERG, P.; GOMES, E. M. H. (Org.). **O clássico e o Novo**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003, p.197-208.

HERCULANO, L. M. **Itinerários lésbicos no acesso a política de saúde sexual e reprodutiva no contexto paraibano**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/8952>>. Acesso em: 25 mar 2018.

HOGEMANN, E. R. Direitos humanos e diversidade sexual: o reconhecimento da identidade de gênero através do nome social. **Rev. da SJRJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.39, p.217-231, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.jfrj.jus.br/sites/default/files/revista-sjrj/arquivo/508-2259-1-pb.pdf>>. Acesso em: 29 out 2017.

HOGEMANN, E. R.; CARVALHO, M. S. de. O biodireito de mudar: transexualismo e o direito ao verdadeiro eu. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 89, 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9668> Acesso em: 14 jun. 2013.

HONNETH, A. **Luta por Reconhecimento**. A gramática moral dos conflitos sociais. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=3&idnoticia=2170&busca=1&t=censo-2010-numero-catolicos-cai-aumenta-evangelicos-espirtas-sem-religiao>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONE, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.35, n.2, p. 115-21, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

JESUS, J. G.; ALVES, H. Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais. **Cronos**, Rio Grande do Norte, dossiês 8, 2010.

JESUS, J. G. Psicologia social e movimentos sociais: uma revisão contextualizada. **Psicol. saber soc.**, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p.163-186, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psisabersocial/article/viewFile/4897/3620>>. Acesso em: 16 maio 2018.

JESUS, J. K. Alegria momentânea: paradas do orgulho de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. **Gerais**, Juiz de Fora, v.6, n.1, p.54-70, 2013.

JESUS, J. G.; ALVES, H. Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais. **Cronos**, Natal, v. 11, p. 8-19, 2010.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n1/161-170/pt>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/202/213>>. Acesso: 22 abr. 2016.

KITZINGER, J.; BARBOUR, R. S. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: KITZINGER, J.; BARBOUR, R. S. (Org.). **Developing focus group research: politics, theory and practice**. Londres: Sage, 1999, p. 1-20.

KRAICZYK, J.; FERRAZ, D. Gênero e políticas públicas de saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Rev. Psicol. UNESP**, São Paulo, v.9, n.1, p. 70-82, 2010.

KRAICZYK, J. **A bioética e a prevenção da aids para travestis**. 2014. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/18319>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

KRAICZYK, J. **Uma questão de saúde pública: o drama das travestis e transexuais do Brasil**. São Paulo, 2016. Disponível em:<http://www.huffpostbrasil.com/2016/03/28/uma-questao-de-saude-publica-o-drama-das-travestis-e-transexuai_a_21689215/>. Acesso em: 15 maio 2017.

KULICK, D. **Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

LAWRENCE, A. A. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. **Arch. sex. behav.**, New York, v. 32, n. 4, p. 299-315, 2003. Disponível em:< <http://link.springer.com/journal/10508>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

LEAL, A. **O SUS tem quatro novos serviços ambulatoriais para processo transexualizador**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-01/sus-conta-com-quatro-novos-servicos-ambulatoriais-para-processo>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

LEITE Jr. J. "**Nossos corpos também mudam**": sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3992>>. Acesso em: 10 set 2016.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. saúde família**, Brasília, v. 1, p. 3-8, 1996.

LIMA, L. F. A. **A construção da identidade de gênero na educação infantil: princípios de igualdade reconhecidos nas diferenças**. Itabaiana: Gepiadde, Ano 1, v.2, 2007. Disponível em: <<file:///C:/Users/Andr%C3%A9ia/Downloads/1734-4606-1-SM.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003>. Acesso em: 25 abr. 2016.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a04.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2018.

LIONÇO, T. Laicidade, gênero, sexualidade e fundamentalismo cristão no Brasil. In: BRASIL. **Relatorias em Direitos Humanos: Informe 2012-2014**. Curitiba: Terra de Direitos, 1. Ed., 2015, p. 21-31. Disponível em: <http://www.plataformadh.org.br/files/2015/05/relatorias_em_dh_2012_2014.pdf>. Acesso: 31 mar. 2018.

LIRA, A. N.; MORAIS, N. A. Famílias constituídas por lésbicas, gays e bissexuais: revisão sistemática de literatura. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 1051-1067, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300014>. Acesso em: 30 mar 2017.

LISBOA, T. K. Gênero, feminismo e serviço social – encontros e desencontros ao longo da história da profissão. **Rev. Katálisis**, Florianópolis, v.13, n.1, p. 66-75, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/08.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2016.

LOMANDO, E.; NARDI, H. Conjugalidades múltiplas nas travestilidades e transexualidades: uma revisão a partir da abordagem sistêmica e da psicologia social. **Saúde debate**, Londrina, v. 37, n. 98, p. 493-503, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300013&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 10 abr. 2017.

LOURO, G. L. Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação. **Rev. Estud. Fem.**, Santa Catarina, ano 9, n. 2, p. 541- 553, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8639.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, G. L. (org.) **O corpo educado: Pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010, p.7-34.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade no processo transexualizador no SUS: avanços, impasses e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, p. 43-63, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 jun. 2016.

LUCCHESI, P.T.R. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS, 2004. Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.12, n.2. p.335-342, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

MACHADO, M. D. C. Religião e homofobia. **CLAM**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?infoid=4817&sid=43>>. Acesso em: 15 maio 2017.

MACIEL, I. M. **Panorama brasileiro do processo transexualizador no âmbito do SUS**. 2017. Monografia (Graduação em medicina) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em:

<[file:///C:/Users/Andr%C3%A9ia/Downloads/Isis%20de%20Melo%20Maciel%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Andr%C3%A9ia/Downloads/Isis%20de%20Melo%20Maciel%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 maio 2018.

MACRAE, E. **A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da Abertura**. Campinas: Editora da Unicamp, 1990.

MACRAE, E. J. B. N.. Os respeitáveis militantes e as bichas loucas. In: COLLING, L. (Org.). **Stonewall 40 + o que no Brasil?**. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 21-36.

Disponível em:

<<http://www.giesp.ffch.ufba.br/Textos%20Edward%20Digitalizados/2.PDF>>. Acesso em: 23 jan. 2016.

MALTA, M. **ENSP e população LGBT rompem barreiras em busca da equidade**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/39871>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

MARQUES, A. M.; OLIVEIRA, J. M.; NOGUEIRA, C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n. 7, p. 2037-2047, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700019&script=sci_abstract&tlng=es> Acesso em: 13 ago. 2017

MARTINHO, M. **Garotas X garotas: dia da visibilidade lésbica**. São Paulo, 2006. Disponível em:

<http://www.athosgls.com.br/comportamento_visualiza.php?contcod=20768>. Acesso em: 5 maio 2017.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n.14, p. 21-32, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 out. 2017.

MARTINS, A. D. Catolicismo contemporâneo: tratando da diversidade. In: GOMES, E.C. (Org.). **Dinâmicas contemporâneas de fenômeno religioso na sociedade brasileira**. Aparecida: Ideias e Letras, 2009. p.125-46.

MARTINS, T. A.; KERR, L. R.; MACENA, R. H. et al. Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: a respondent-driven sampling survey. **AIDS Care**, Oxford, v. 25, n. 5, p. 606-12, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23082818>>. Acesso em: 15 maio 2017.

MATÃO, M. E. L. et al. Ele ou ela? Experiência de transexual acerca do vocativo à sua abordagem cotidiana. **Rev. G&S**, Brasília, v.4, n. 3, p. 1045-1062, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/14172/0>>. Acesso: 27 nov. 2017.

McINTYRE, D.; MOONEY, G. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.**, Santa Catarina, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MEDRADO, B.; CARNEIRO, A. Entre sujeitos e jogos políticos no contexto do movimento LGBT de PERNAMBUCO, Brasil. **Athenea Digital**, Barcelona (ES), v. 17, n. 1, p. 3-22, 2017.

MEIER, M. J.; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.12, n.3, p. 394-399, 2003.

MELINO, H. **STF decidiu pela desjudicialização para alteração de registro de pessoas trans: E agora, como agir?**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://masissojaehvandalismo.blogspot.com/2018/03/stf-decidiu-pela-desjudicializacao-para.html>>. Acesso em: 31 maio 2018.

MELO, A. P. L. de. “**Mulher mulher**” e “**outras mulheres**”: gênero e homossexualidade(s) no programa saúde da família. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/detalhes.asp?cod_dados=1551>. Acesso em: 13 jul. 2017.

MELLO, D. F. et al. Complicações locais após a injeção de silicone líquido industrial – série de casos. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 40, n. 1, p. 37-43, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v40n1/07.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

MELLO, L.; REZENDE, B. A.; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Soc. estado**, Brasília, v.27, n.2, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200005>. Acesso em: 21 mar. 2016.

MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., salud soc.**, Rio de Janeiro, n.9, Dec., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002>. Acesso em: 12 maio 2016.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?”: Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335-1342, 2006.

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

MIRANDA, P. A construção social das identidades de gênero nas crianças: um estudo intensivo em Viseu, 2008. In: VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, MUNDOS SOCIAIS: SABERES E PRÁTICA. Escritos Sociológicos. Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2008. Disponível em: <<http://historico.aps.pt/vicongresso/pdfs/136.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

MISKOLCI, R. A Teoria *Queer* e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**, Porto Alegre, n..21, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000100008>. Acesso em: 21 mar. 2017.

MISKOLCI, R. Não ao sexo rei: da estética da existência foucaultiana à política queer. In SOUSA, L.; SABATINE, T.; MAGALHÃES, B. (Org.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011, p.47-68.

MOLINA, L. P. P. A homossexualidade e a historiografia e trajetória do movimento homossexual. **Antíteses**, Londrina, v.4, n.8, p.949-962, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

MOONEY, G. Equity in health care: confronting the confusion. **Eff. health care**, Leeds, v.1, p.179-85, 1983.

MOSCHETA, M. S. **Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestir e transexuais**. 2011. Tese (Doutorado de Psicologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-04072013-124842/en.php>> Acesso em: 10 jul. 2016.

MÜLLER, M. I.; SEFFNER, F. Quem ama sofre, quem sofre luta, quem luta vence: da conjugalidade entre travestis e seus maridos. **Soc. e Cult.**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 285-295, jul./dez., 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/viewFile/22397/13409>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

MURTA, D. **A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero sobre as práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1955_1935_amaraldanie la.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2016.

MURTA, D. Contradições no processo transexualizador: reflexões sobre os limites de uma prática de saúde. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos**. Brasília: CFP, 2011, p.157-165.

NASCIMENTO, A. F. do; SOUSA, M. R. de. O surgimento dos grupos homossexuais no Brasil contemporâneo. In: Congresso Internacional de História da UFG, 3., 2012, Jataí. GO. **Anais eletrônicos**. Jataí, GO: UFG, 2012. Disponível em: <[http://www.congressohistoriajatai.org/anais2012/Link%20\(56\).pdf](http://www.congressohistoriajatai.org/anais2012/Link%20(56).pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2018.

NATARELLI, T. R. P. et al. O impacto da homofobia na saúde do adolescente. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19. n. 4, p. 664-670, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400664>. Acesso em: 27 abr. 2017.

NATIVIDADE, M. T. Homofobia religiosa e direitos LGBT: notas de pesquisa. **Latitude**, Macéio, v. 07, n. 1, p. 33- 51, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/latitude/article/view/1063/720>> Acesso em: 12 jul. 2017.

NATIVIDADE, M. T.; OLIVEIRA, L. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. **Sex., salud soc.**, Rio de Janeiro, v. 2, p.121-161, 2009. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/32/445>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.16, n.5, p.923-928, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf> Acesso em: 23 set. 2015.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Unijuí; 2000.

NUNES, K. **O espaço trans do HC é referência no Estado**. Recife, 2015. Disponível em: <http://www3.ufpe.br/agencia/index.php?option=com_content&view=article&id=52637:espaco-trans-do-hc-e-referencia-no-estado&catid=5&Itemid=78>. Acesso em: 7 maio 2017.

OLIVER, A.; MOSSIALOS, E. Equity of Access to health care: outlining the foundations for action. **J. epidemiol. community health**, Londres, v.58, p.655-658, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732867/pdf/v058p00655.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

OLIVEIRA, C. S. de. Assumir-se lésbica: desafios e enfrentamentos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, SEXUALIDADES, CORPOREIDADES E TRANSGÊNEROS: NARRATIVAS FORA DA ORDEM, 2006, Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/C/Caroline_Schweitzer_de_Oliveira_20.pd>. Acesso em: 8 maio 2017.

OLIVEIRA, C. F. de. O movimento lésbico em Fortaleza – LAMCE: trajetória e ações de luta. **Cad. hist.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 24, p. 83-102, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/20182>>. Acesso em: 7 maio. 2017.

OLIVEIRA, G. S. D. Construção, negociação e desconstrução de identidades: do movimento homossexual ao LGBT. **Cad. Pagu**, Campinas, n 34, p.373-381, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332010000100015>. Acesso em: 17 maio 2016.

OLIVEIRA, R. M. Fronteiras invisíveis: gêneros, questões identitárias e relações entre movimento homossexual e Estado no Brasil. **Bagoas**, Natal, n.4, p.160-172, 2009. Disponível em: < <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2301>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans**. Washington, 2013. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49238?locale-attribute=pt>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

OPERARIO, D.; NEMOTO, T. Sexual risk behavior and substance use among a sample of Asian Pacific Islander transgendered women. **AIDS educ. prev.**, New York, v.17, p. 430-443, 2005.

OPERARIO, D.; NEMOTO, T.; IWAMOTO, M.; MOORE, T. Unprotected sexual behavior and HIV risk in the context of primary partnerships for transgender women. **AIDS behav.**, New York15, 674-682, 2011.

OSÓRIO, R. G. **O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE**. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2013.

PACHECO, B.G.C. **Psicologias e transexualidades: o estado da arte da produção teórica brasileira**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/18356/1/PsicologiasTransexualidadeEstado.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p. 91-122.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. Londres, n.1, p.11–31, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

PAIVA, V. A psicologia redescobrirá a sexualidade?. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, p. 641-451, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000400002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 3 mar. 2016.

PARKER, R. Diversidade sexual, análise cultural e a prevenção da aids. In: PARKER, R. (Org.). **A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA/Relume-Dumará, 1994, p.117-132.

PAULINO, D. B. **Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia (MG), 2016. Disponível em:<<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17907>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

PELÚCIO, L. Toda quebrada na plástica: corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. **Campos**, Curitiba, v. 6, n. 1, 2, 2005. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/issue/view/424>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

PELÚCIO, L. **Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids**. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2007. Disponível em: <http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/Larissa_Pelucio_travesti.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2016.

PELÚCIO, L. Três casamentos e algumas reflexões: notas sobre conjugalidade envolvendo travestis que se prostituem. **Rev. Estud. Fem.**, Santa Catarina, v.14, n.2, p.522-534, 2006. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/309_1915_pelucioa12v14n2.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2018.

PELÚCIO, L. **Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids**. Campinas: Fapesp, 2009.

PELÚCIO, L. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.76-78, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 3 mar. 2016.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access. **Med. care**, Philadelphia, v.19, p.127-140, 1981.

PEREIRA, M. E. C. Krafft-Ebing: a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. **Rev. latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v.12, p. 379-386, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200011>. Acesso em: 3 mar. 2016.

PEREIRA, E. O. et al. Unidades básicas de saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? **Tempus**, Brasília, v.11, n. 1, p. 51-67, 2017. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1812>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

PEREIRA, E. O. **Acesso e qualidade da atenção à saúde para a população LGBT: a visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/20070>>. Acesso em: 6 abr. 2018.

PERES, W. S. **Subjetividade das travestis brasileiras: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania**. 2005. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PERES, W. S. **Subjetividade das travestis brasileiras: interfaces entre estigmas e construção da cidadania**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 7., 2006, Florianópolis. **Anais eletrônicos**. Florianópolis: Mulher, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/W/Wiliam_Siqueira_Peres_16.pdf>. Acesso em: 6 abr 2018.

PERILO, M.; PEDROSA, C.; MELLO, L. Entre a aids e a integralidade: travestis, transexuais, bissexuais, lésbicas e gays nas políticas públicas de saúde no Brasil. Goiânia, 2010. Disponível em: <https://portais.ufg.br/up/16/o/teste_para_impress__o_sa__de.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 60, de 11 de março de 2015. Institui a política estadual de saúde integral LGBT. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 11 mar. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Andr%C3%A9ia/Desktop/portaria_no_060_politica_estadual_de_saude_integral_lgbt.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016.

PETRY, A. R. Mulheres transexuais e o processo transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n.2, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/50158/34188>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2005.

PINTO, T. P. et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, 2017.

PINTO, M. J. C.; BRUNS, M. A. T. **Vivência transexual**: o corpo desvela seu drama. Campinas: Átomo, 2003.

PISCITELLI, A. “Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras”. **Soc. Cult.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 263-274, 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/view/5247/0>>. Acesso em: 13 maio 2017.

PODESTÀ, L. L. **Os usos do conceito de transfobia e as abordagens das formas específicas de violência contra pessoas trans por organizações do movimento trans no Brasil**. 2018. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/8983/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Lucas%20Lima%20de%20Podest%C3%A0%20-%202018.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A construção da política 1511. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.

PORTELLA, A. P. Lésbicas, sexualidades e saúde: síntese dos resultados da pesquisa direitos sexuais e necessidades de saúde de lésbicas, mulheres bissexuais na percepção dos profissionais de saúde e das usuárias do SUS. Recife, 2009. Disponível em: <https://issuu.com/triadedesign/docs/pesquisasexualidadesaude_soscorpo>. Acesso em: 11 jun. 2018.

PORTELLA, A. P. Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS. In: **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília, 2014, p. 11-15. Disponível em: <<file:///C:/Users/Andr%C3%A9ia/Downloads/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

PORTO, M. F. S. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

PRÓCHNO, C. C. S. C.; ROCHA, R. M. G. “O jogo do nome nas subjetividades travestis”. **Psicol. soc.**, Porto Alegre, v.23, n.2, p.254-261, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a06v23n2.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

QUADROS, A. População trans sofre com desassistência na saúde pública. **J. Simesp**, São Paulo, n. 25, p.3, 2017. Disponível em: <<http://www.simesp.com.br/images/uploads/revistadr/jornal58.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE (Brasil). **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade.** Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<https://updoc.tips/download/free-pdf-ebook-dossie-saude-das-mulheres-lesbicas-rede-feminista-de-saude>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

REINAUDO, F.; BACELLAR, L. **O mercado GLS: Como obter sucesso com o segmento de maior potencial da atualidade.** São Paulo: Ideia & Ação, 2008.

REIS, T. Movimento homossexual. In: FIGUEIRO, M. N. D. (Org.). **Homossexualidade e educação sexual: construindo o respeito à diversidade.** Londrina: EdUEL. 2007, p.101-102.

REIS, N. dos; PINHO, R. Gêneros não-binários: identidades, expressões e educação. **Rev. reflex. ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 1, p. 7-25, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Andr%C3%A9ia/Downloads/7045-33012-1-PB.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2018.

RIBEIRO, D. C.; TEIXEIRA, F. B. Não é apenas um nome: a luta por reconhecimento no universo trans. In: CORDEIRO, C. J.; GOMES, J. A. (Org.). **Temas contemporâneos de direito das famílias**, v. 2. 2. ed., São Paulo: Pillares; 2015. p. 499-524.

RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Bagoas**, Natal, v. 4, n. 05, p. 17-44, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309>>. Acesso em: 13 out. 2016.

RIOS, R. R. O conceito de homofobia na perspectiva dos direitos humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito e discriminação. 2007. In: POCAHY, F.

(Org.). **Rompendo o silêncio**: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea. Porto Alegre: Nuances, 2007, p. 27-48.

RODRIGUES, J. L.; SCHOR, N. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 9., 2010, Santa Catarina. **Anais eletrônicos**. Florianópolis:UFSC, 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278277959_ARQUIVO_trabalhocompletoJulliana.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A.; ZAMBONI, J. PEDRINI, M. D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 8, p.2517-2525, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802517&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 ago. 2017.

ROMANO, V. F. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n. 2, p.211-219, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200019>. Acesso em: 12 jun. 2016.

ROSA, W. A. G.; LABETE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/Andr%C3%A9ia/Downloads/2162-3120-1-PB.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

ROSSI, J. A. **Avanços e limites da política de combate à homofobia**: uma análise do processo de implementação das ações para a educação do programa Brasil sem Homofobia. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24151/000744758.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

ROZARIO, E. S. B. Movimento LGBT e lutas por políticas públicas: conquistas, desafios e lutas sociais LGBT's. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luis. **Trabalhos apresentados**. São Luís: UFMA, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/QUESTOES_DE_GENERO_ETNIA_E_GERACAO/MOVIMENTO_LGBT_E_LUTAS_POR_POLITICAS_PUBLICAS_CONQUISTAS_DESAFIOS_E_LUTAS_SOCIAIS_LGBT.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

RUBIN, G. Pensando sobre sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 21, p. 1-88, 2003. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1582>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SALES, A. **Travestis brasileiras e escolas (da vida)**: cartografias do movimento social organizado aos gêneros nômades. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista, Assis, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/152979>>. Acesso em: 25 maio 2018.

SAMPAIO, J. V.; GERMANO, I. M. P. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. **Psicol. soc.**, Porto Alegre, v.26, n.2, p. 290-300, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a06v26n2.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

SAMPAIO, J.; ARAUJO, J. R. J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em aids. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 6, n. 3, p.335-346, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31905.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2014.

SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. **Interface**, Botucatu, v.16, n.42, p.637-649, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SANCHIS, P. Cultura brasileira e religião: passado e atualidade. **Cad. CERU**, v.19, s.2, p.71-92, 2008. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/ceru/article/view/11858>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SCHEFFER, M.; ROSENTHAL, C. **Aids, o mau exemplo do Brasil**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/ocultar-home/aids-o-mau-exemplo-do-brasil-por-mario-scheffer-e-caio-roenthal/32282/>>. Acesso em: 1 dez. 2017.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educ. realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SCOTT, J. Igualdad versus diferencia: los usos de la teoría postestructuralista. **Debate Feminista**, México, n. 5, p. 85-104, 1992.

SEFFNER, F; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000200293&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SENGER, D. Educação para a diversidade: uma retomada reflexiva dos entraves que permearam a tentativa de implantação do kit anti-homofobia no ensino médio. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES, 8., 2015, Aracaju. **Anais...** Aracaju: Unit, 2015.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev. crítica ciênc. sociais.**, Coimbra, n. 85, p. 65-82, 2009. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/rccs/343>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

SEVILLA GONZÁLEZ, M. L.; ÁLVAREZ LICONA, N. E. Normalización del discurso homofóbico: aspectos bioéticos. **Acta bioeth.**, Santiago de Chile, v.12, n.2, p. 211-217, 2006.

SILVA, R. A. G. **Protocolo de atendimento às demandas LGBT acompanhadas pelo centro estadual de combate à homofobia 2012- 2013**. Recife, 2015. Disponível em: <http://www2.sedsdh.pe.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=dd12920f-1b2b-4ca0-8d0d3673211e12c2&groupId=17459>. Acesso em: 7 jul. 2015.

SILVA, A. J. et al. Os serviços de saúde e as experiências de travestis e transexuais. SEMINÁRIO ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 4., 2015, Salvador. **Anais eletrônicos**. Salvador: Universidade Estadual da Bahia, 2015. Disponível em: <<http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/osservicos.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

SILVA, A. S da; BARBOZA, R. Diversidade sexual, gênero e exclusão social na produção da consciência política de travestis. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 8, p. 27-49, 2005. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=53700802>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

SILVA, J. M. **Geografias Subversivas: discursos sobre espaço, gênero e sexualidade**. Ponta Grossa: Todapalavra, 2009.

SILVA, A. S.; BARBOZA, R. Exclusão social e consciência política: luta e militância de transgêneros no ENTLAIDS. **Cad. CERU**, São Paulo, série 2, v. 20, n. 1, 2009.

SILVA, L. V. da; BARBOSA, B. R. S. N. Sobrevivência no armário: dores do silêncio LGBT em uma sociedade de religiosidade heteronormativa. **REVER**, v. 30, n. 3, p.129-154, 2016. Disponível em:< <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/ER/article/view/6309/5485>>. Acesso em: 15 maio 2017.

SILVA, G. W. S. et al. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.37, n.2, e56407, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000200404&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 jun. 2017.

SILVA, L. K. M. et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 835-846, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000300835&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SILVA, S. G. A crise da masculinidade: uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.26, n.1, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100011>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SILVEIRA, E. M. C. **De tudo fica um pouco**: a construção social da identidade do transexual. 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/409>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

SIMÕES, J.; FACCHINI, R. **Na trilha do arco-íris**: do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Perseu Abramo, 2009.

SIMÕES, J. A.; FRANÇA, I. L. “Do gueto ao mercado”. In: GREEN, J. N.; TRINDADE, J. R. (Org.). **Homossexualismo em São Paulo e outros escritos**. São Paulo: Unesp, 2005.

SOARES, G.; SARDENBERG, C. Assumindo a lesbianidade no campo teórico feminista. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA MUDANÇAS, 15., 2011, Curitiba. **Anais**. Curitiba: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2011. p. 17.

SOUSA, M. F. **Programa Saúde da Família no Brasil**: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

SOUSA, P. J. et al. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p. 2239-51, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800008&script=sci_abstract>. Acesso em: 19 out. 2016.

SOUZA, H. A. **Os desafios do trabalho na vida cotidiana de mulheres transexuais**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2013-02-05T062126Z-1768/Publico/Heloisa%20Aparecida%20de%20Souza.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SOUZA, M. H. et al. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p.2277-2286, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702277>. Acesso em: 12 maio 2015.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicol. soc.**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/MS, 2002.

STARFIELD, B. **Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. Madri: Masson, 2004.

TAGLIAMENTO, G.; PAIVA, V. Trans-specific health care: challenges in the context of new policies for transgender people. **J. homosex.**, New York, v.63, p. 1556-1572, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27537428>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

TAVARES, J. **Religiosidade sem preconceito**. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <http://www.neppdh.ufrj.br/ole/textos/religiosidade_sem_preconceito_brasil_de_fato.pdf>. Acesso em: 14 maio 2017.

TAVARES, M. Lesbianismos e feminismos: encontros e desencontros e as ligações entre activismo e academia. **LES: Ling. Educ. Socie.**, Teresina, v.3, n.1, 2011. Disponível em: <<https://lesonlinesite.files.wordpress.com/2017/03/lesbianismos-e-feminismos.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

TEIXEIRA, F. **Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade**. 2009. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2011000200028>>. Acesso em: 12 maio 2017.

TEIXEIRA, F. Juízo e sorte: enredando maridos e clientes nas narrativas sobre o projeto migratório as travestis brasileiras para a Itália. In: PISCITELLI, A.; OLIVAR, J. M. N.; ASSIS, G. O. (Org.). **Gênero, sexo, afetos e dinheiro: mobilidades transnacionais envolvendo o Brasil**. Campinas: UNICAMP/PAGU, 2011, p. 225-262.

TEIXEIRA, F. B. Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Rev. Estud. Fem.*, Santa Catarina, v. 20, n. 2, p. 501-521, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2012000200011>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

TEIXEIRA, F. S. et al. Homofobia e sexualidade em adolescentes: trajetórias sexuais, riscos e vulnerabilidades. *Psicol. ciênc. prof.*, Brasília, v. 32, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100003>. Acesso em: 29 maio 2018.

TEIXEIRA, F. B. **Dispositivos de dor: saberes - poderes que (con)formam as transexualidades**. São Paulo: Annablume; 2013.

TEIXEIRA, F. B. (Re)encontrando Berenice Bento: uma década de afetações. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 48, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332016000300601>. Acesso em: 14 abr. 2018.

TEIXEIRA- Filho, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.21, n.3, p.651-667, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000300011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 maio 2018.

TERTO, J. V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de hiv/aids. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 147-158, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100008>. Acesso em: 12 abr. 2016.

THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; MCINTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 137-161.

TONIETTE, M. A. Um breve olhar histórico sobre a homossexualidade. **Rev. bras. sex. hum.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 41-52, 2006. Disponível em: <<http://sexoemoco.es.com.br/home/41-artigos-rapidos/97-um-breve-olhar-historico-sobre-a-homossexualidade->>. Acesso em: 25 jun. 2015.

TRAD, L. B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013>. Acesso em: 25 nov. 2017.

TRANSGENDER EUROPE. **Transgender Europe's Trans Murder Monitoring Updat**. Berlim, 2016. Disponível em: <<http://tgeu.org/transgender-day-of-visibility-2016-trans-murder-monitoring-update>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 183-206.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 Sup 2, S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 maio 2016.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-514, abr. 2005.

UNBEHAUM, S. **Masculinidade e violência**: o que o gênero tem a ver com isso? São Paulo: Caderno da Hora, 2005.

VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis**, Rio de Janeiro, v.21, n. 4, p.1451-1467, 2011. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9408/2/A%20homossexualidade%20feminina%20no%20campo%20da%20sa%C3%BAde%20da%20invisibilidade%20C3%A0%20viol%C3%Aancia.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2017.

VANCE, C. S. Social construction theory: problems in the history of sexuality. In: ALTMAN, D. et al. **Which homosexuality? International conference on gay and lesbian studies**, London: GMP Publishers, 1989, p. 13-34. Disponível em:

<https://biblio.csusm.edu/sites/default/files/reserves/social_construction_theory.pdf>. Acesso em: 22 maio 2016.

VERAS, et al. **Vulnerabilidades, demandas de saúde e acesso a serviços da população de travestis e transexuais do Estado de São Paulo: Relatório Final da Pesquisa Muriel**. São Paulo, 2016.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A. construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.133-141, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019>. Acesso em: 10 jan. 2016.

VIEIRA, L. L. F. As múltiplas faces da homossexualidade na obra freudiana. **Rev. mal-estar subj.**, Fortaleza, v.9, n.2, 2009. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000200006>. Acesso em: 22 maio 2016.

VILLELA, W. V.; SANTOS, C. G. dos; VELOSO, J. C. Sobre trançêneros: produção do corpo e subjetividade. **Saúde Colet.**, Barueri, v. 11, n.3, p. 72-78, 2006.

VITAL, C.; LOPES, P. V. **Religião e política: uma análise da atuação de parlamentares evangélicos sobre direitos das mulheres e de LGBTs no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2013.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 24-61. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1230/Guacira-Lopes-Louro-O-Corpo-Educado-pdf-rev.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

WILLIAMSON, I.R. Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. **Health educ. res.**, Oxford, v.15, n. 1, p.97-107, 2000.

WINTER, S. **Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region**. Bangkok: United Nations Development Programme, 2012. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)00683-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00683-8.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2018.

WINTER, S. et al. Transgender people: health at the margins of society. **Lancet**, London, v. 388, p. 390–400, 2016.

WITTIG, M. **La pensée straight**. Paris: Balland, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **ICD-10 Version:** 2016. Geneva, 2016
Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#F64.9>>.
Acesso em: 15 mar. 2018.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH.
WPATH releases se-psycho-pathologisation statement on gender variance. New York,
2010. Disponível em: <<https://tgmentalhealth.com/2010/05/26/wpath-releases-de-psycho-pathologisation-statement-on-gender-variance/>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

ANEXO A – Questionário socioeconômico para participante da oficina

Questionário

1. Município _____
2. No segmento LGBT você se considera como: (pode marcar mais de uma questão, se for o caso):

 Lésbica Gay Bissexual Transexual Travesti
 Outros: _____
3. Sua identidade de gênero é (escolha uma das seguintes respostas):

 Mulher Homem
 Outros: _____
4. Qual a sua idade? _____
5. Considerando a classificação do quesito cor estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como você se define?

 Preto/a Branco/a Pardo/a Amarelo/a Indígena
 Outros: _____
6. Em relação a sua vida afetiva, como você se considera?

 Casado/a Em união Estável Divorciado/a, separado/a
 Solteiro/a Moro junto (não configurando união estável)
 Viúvo/a
 Outros: _____
7. Qual a sua orientação sexual?

 Lésbica Gay Bissexual Heterossexual
 Outros: _____
8. Qual é o seu grau de escolaridade?
 Ensino fundamental
 Ensino médio
 Ensino superior
 Pós-graduação (especialização)
 Pós-graduação (mestrado, doutorado)

- () Outros: _____
9. Qual é a sua religião?
- () Afro-brasileira () Católica () Espírita Kardecista
() Protestante () Nenhuma
() Outros: _____
10. Você já foi ou é militante do movimento social?
- () Sim () Não
11. Em qual faixa salarial você se enquadra?
- () Até R\$ 465,00
() De R\$ 466,00 a R\$ 930,00
() De R\$ 931,00 a R\$ 1.395,00
() De R\$ 1.396,00 a R\$ 1.860,00
() De R\$ 1.861,00 a R\$ 2.790,00
() De R\$ 2.791,00 a 6.000,00
() Mais de R\$ 6.000,00
12. Utiliza serviços de saúde suplementar (plano de saúde - privado)?
- () Sim () Não
13. Considerando que haverá um sorteio aleatório para participação de uma discussão em um grupo focal, você sendo sorteado(a), aceitaria participar dessa discussão a se realizar em um único encontro?
- () Sim () Não
14. Você tem vínculo com alguma unidade de saúde da família?
- () Sim () Não
Se sim, qual? _____
15. Se você aceita participar, como podemos entrar em contato com você?
- E-mail: _____
Telefone: _____
Endereço: _____
Outro meio: _____

ANEXO B- Roteiro para execução das oficinas

OFICINAS – ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO À POPULAÇÃO LGBT

Objetivo: identificar e refletir sobre o acesso da população LGBT aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida.

Participantes: 10 a 12 participantes de um dos diferentes segmentos da população LGBT

Tempo: aproximadamente 1h30

PREPARATIVOS PRÉ-GRUPO

A) Recrutar e selecionar participantes

1 - Realizar primeiro contato com potenciais participantes

- Entrar em contato com possíveis participantes
- Esclarecer como conseguiu o contato do participante, explicar o objetivo e a forma de participação na oficina
- Apresentar o TCLE
- Tirar dúvidas sobre a pesquisa e a oficina

2 - Realizar segundo contato com potenciais participantes

- Confirmar participação
- Orientar sobre local de realização
- Atentar para a importância de chegar no horário para início da oficina. Atrasos de mais de 10 minutos impossibilitarão a participação.
- Se possível, já coletar o TCLE e ficha com dados sócio-demográficos
OBS: O contato inicial deve ser feito por um dos coordenadores na oficina, pois isso facilita que a pessoa tenha o coordenador como referência inicial em um contexto do Grupo Focal completamente desconhecido.
OBS: Realizar uma oficina apenas quando tiver confirmado o número suficiente de participantes.

2 Preparar contexto e materiais:

- Lugar silencioso, restrito, bem arejado e de fácil acesso aos participantes
- Sala com cadeiras suficientes e dispostas no formato de círculo

OBS: as cadeiras dos coordenadores ficam no círculo

- Parede onde se possa colar folhas e cartazes

OBS: é importante que na sala não tenha outros estímulos presentes, como cartazes, imagens, mesa com lanche, telefone, etc.

- Cartazes com os dizeres “Concordo”, “Discordo”, “Tenho Dúvidas” (com letras grandes)
- Crachás para cada um dos participantes (inclusive os coordenadores)
- Canetinhas estilo pincel
- Papel sulfite
- Canetas
- Fita crepe
- Cópias do TCLE para todos os participantes
- Lista impressa com as frases do “Aquecimento específico”
- Tabela impressa para anotar os resultados da fase do “Aquecimento específico”
- Lista impressa do texto a ser lido no “Desenvolvimento”

COORDENAÇÃO DA OFICINA

- No dia da oficina, iniciar a dinâmica apenas se todos os que confirmaram a participação estiverem presentes (ou no mínimo 8 pessoas).

OBS: Caso alguém esteja atrasado, informar a todos que esperarão 10 minutos para iniciar a oficina, dada a importância que todos estejam presentes desde o início.

Sala de Espera (antes de entrar na sala, enquanto os participantes esperam para iniciar a oficina): preencher ficha com dados sócio-demográficos.

- Apenas quando for iniciar a oficina propriamente dito, convidar os participantes para entrarem na sala.
- Esclarecer que cada um pode se sentar onde preferir.

OBS: A dupla de coordenadores pode se sentar junta ou separada.

OFICINA

Apresentação (tempo aproximado de 15 minutos):

- Apresentar-se

- Agradecer a presença de todos
- Retomar os termos do TCLE (objetivo da pesquisa e condições de participação).

OBS: Caso não tenha sido feito no contato anterior com o participante, distribuir o TCLE, ler conjuntamente e pegar a assinatura

- Informar que vai ligar o gravador, após ter coletado TCLE e a ficha
- Distribuir crachás e canetinhas e pedir que anotem o nome

OBS: respeitar o nome social das pessoas

OBS: fazer cada uma dessas ações antes de prosseguir para a seguinte.

- Fazer o contrato: objetivo, duração, ir ao banheiro, desligar celular, importância da participação, não há certo ou errado, importância da conversa entre todos, falar um de cada vez, respeito mútuo, sigilo entre as pessoas sobre o que vão conversar ali, e perguntar se tem mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma conversa produtiva.

Aquecimento inespecífico (tempo aproximado de 5 minutos):

Pedir aos participantes que se apresentem, um de cada vez, falando 3 coisas:

1) o próprio nome

2) uma qualidade pessoal que se inicia com a primeira letra do seu nome (ex: Ana Alegre, Beatriz Bela, Carlos Corajoso, etc), ou o mais próximo possível. Para quem tiver nomes com letras que não combinam com alguma característica, pode simplesmente falar a característica mais marcante que tiver. Contudo, de preferência, uma característica com a primeira letra do nome.

3) e completando a seguinte sentença (de acordo com a orientação sexual/identidade de gênero do grupo da dinâmica): Exemplos: (no grupo com gays) “Para mim, ser gay é...”; ou (no grupo com lésbicas) “Para mim, ser lésbica é...”, ou (assim, sucessivamente) “Para mim, ser bissexual é...”, ou “Para mim, ser travesti é...”, ou “Para mim, ser mulher transexual é...”, ou “Para mim, ser homem transexual é...”

- Após explicar, dar um exemplo: “Eu sou Gilberto, sou guerreiro e pra mim ser gay é amar os homens”
- Após dar a instrução, perguntar quem quer começar.
- Seguir, até todos se apresentarem.
-

Aquecimento específico (tempo aproximado de 10 minutos):

- Orientar os participantes que vão conversar sobre ir ao serviço de saúde, os motivos de ir, o que acham do serviço prestado.
- Instruir que todos fiquem em pé e à medida que você ler algumas frases eles devem ir para um dos locais, conforme sua opinião pessoal de Concordo, Discordo, Tenho Dúvidas.
- Colocar, um ao lado do outro, no chão, os cartazes Concordo, Discordo, Tenho Dúvidas.

OBS: Cuidar para que façam isso de forma calma. Se estiverem correndo, muito agitados, pedir para fazerem com calma, reflexivamente. É importante que seja feita de forma calma para não ter uma quebra no ritmo com o próximo exercício.

OBS: Evitar posicionar os cartazes no chão ao mesmo tempo que faz a explicação do exercício para que não haja dispersão dos participantes e cause dúvidas.

OBS: Para fins da pesquisa, deve-se anotar para saber quantos ficam em cada item. Um dos coordenadores fica responsável por anotar na tabela, enquanto o outro conduz o exercício com a leitura das frases.

Tabela para anotação de quantas pessoas se posicionam em cada opção a cada questão.

Questão	Concordo	Discordo	Tenho Dúvida
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

- Fazer um exercício como exemplo:

Leia “Adoro rapadura” e pedir para que eles se desloquem para o local do Concordo, ou Discordo, ou Tenho Dúvidas

- Se todos tiverem entendido, passar para a leitura das outras frases.

OBS: à medida que lê cada frase e eles se deslocam, peça para que se olhem entre si e vão vendo os “resultados” de cada frase, ou seja, quantos e quem está em cada grupo. Isso vai gerando proximidade no grupo e fomentado reflexões sobre quem são eles e o que pensam.

Lista das frases a serem lidas:

1. Eu cuido bem da minha saúde.
2. Eu converso com outras pessoas sobre questões de saúde.
3. Sempre que preciso procuro o serviço de saúde.
4. Os profissionais de saúde são as pessoas que melhor podem cuidar da minha saúde.
5. Na minha opinião, os serviços de saúde estão preparados para me atender.
6. A identidade de gênero/orientação sexual* do paciente influencia no atendimento em saúde.
7. Eu sempre conto aos profissionais de saúde sobre minha identidade de gênero/orientação sexual*.
8. Geralmente tenho que explicar aos profissionais de saúde sobre minha identidade de gênero/orientação sexual*.
9. Sempre sou bem atendido no serviço de saúde.
10. Geralmente encontro respostas para as minhas questões quando vou ao serviço de saúde.
11. Acho fácil me locomover (andar, pegar ônibus, pegar carro) e chegar no serviço de saúde.
12. O horário de funcionamento do serviço de saúde é bom para mim.
13. Penso que devo ser atendido(a) nos mesmos locais que o resto da população.

*Importante: Quando a oficina for de mulheres transexuais, homens transexuais e travestis, utilizar o termo “identidade de gênero”. Quando a oficina for de gays, lésbicas e bissexuais, utilizar o termo “orientação sexual”.

- Após a leitura de cada uma das frases, solicitar que todos andem pela sala, se olhem, vão conversando e acabem por escolher alguém para montar uma dupla para o próximo exercício, em que terão que conversar sobre saúde.

OBS: caso haja um número ímpar de participantes, formar um trio.

- Checar se as duplas foram formadas e pedir para que se sentem em círculo novamente, no mesmo lugar que estavam antes.

OBS: é importante que se sentem nos lugares que estavam antes do exercício para, potencialmente, as duplas se sentarem separadas. Isso evitaria um contexto de muita proximidade que poderia dificultar o exercício da lembrança.

Desenvolvimento (tempo aproximado de 30 minutos):

- Pedir que todos respirem calmamente e profundamente por três vezes.

OBS: se estiverem agitados, pedir para respirarem mais vezes até se acalmarem.

- Contar aos participantes que esse exercício se chama “Um atendimento marcante em saúde”. Solicitar a eles que adotem uma postura confortável na cadeira, abaixem a cabeça, e façam esse exercício de lembrança:

Pedir que todos encostem as costas na cadeira, tenham braços/mãos sobre as pernas, pernas descruzadas e com os pés no chão, em paralelo, e a cabeça abaixada. Não é necessário fechar os olhos. Cheque se estão todos nessa posição. Caso alguém não esteja, repita essa instrução para todos os participantes.

- Depois de todos estarem numa posição adequada, leia lentamente, com pausas, o trecho abaixo:

OBS: A leitura deve ser feita de modo a ajudar o grupo a ir se lembrando de situações. À medida que se lê, os participantes imaginam. O ritmo deve estar adequado a esse objetivo.

“Em nossa sociedade, desde que nascemos vamos ao serviço de saúde, ao médico, por diferentes razões. Às vezes, nos levaram, outras vezes, nós decidimos ir. Assim, quando nos sentimos com algum problema de saúde, procuramos os serviços de saúde. Lembre-se das vezes que isso ocorreu e que você foi ao serviço de saúde (aguardar um pouco). Quando foi? (aguardar um pouco) Por que foi? (aguardar um pouco) Lembre de uma situação (aguardar um pouco). Agora, lembre de outra (aguardar um pouco). Agora, escolha uma dessas situações que ficou marcada na

sua memória (aguardar um pouco). Por que ela ficou marcada? (aguardar um pouco) O que ocorreu? (aguardar um pouco) Quem estava presente? (aguardar um pouco) O que você fez? (aguardar um pouco) E os outros, o que fizeram? (aguardar um pouco) Como você se sentiu? (aguardar um pouco) Era o que esperava do serviço de saúde? (aguardar um pouco) Por que? (aguardar um pouco) Se não foi o que esperava, como gostaria que fosse? (aguardar um pouco). Agora, aos poucos, no seu ritmo, volte aqui para a sala”

- Pedir ao grupo: “Agora, calmamente, junte-se à sua dupla, sente-se ao lado dela, e conte o que ocorreu com você. Conte apenas o que você se sentir confortável”.
- Dar 10 minutos para que conversem.

OBS: Esse exercício pode trazer algumas lembranças desconfortáveis para algum participante, o que é esperado quando conversamos sobre saúde e doença. Eventualmente, apesar de pouco provável dado o contexto da pesquisa, isso pode gerar algumas emoções a mais. Caso a pessoa esteja sob controle (ou seja, são apenas algumas lágrimas, mas ela está conversando com o outro), não é preciso fazer nada. Caso alguém se emocione um pouco mais (não consiga estar nem conversando com o outro), é importante que um dos coordenadores se aproxime da pessoa, e pergunte se ela precisa de alguma ajuda. Tipicamente, ela contará a situação promotora do desconforto. O fato de ser ouvida já promove o acolhimento suficiente para que se possa continuar o exercício. Então, é possível convidar a dupla para contar sobre a lembrança dela.

- Checar se terminaram e fazer um novo pedido.
- Entregar uma folha a cada dupla e solicitar: “Baseado nas experiências de vocês, escrevam algumas dicas para os profissionais de saúde fazerem um bom atendimento com as mulheres transexuais” (modificar de acordo com segmento que está participando da oficina.)
- Dar 10 minutos para que cada a dupla faça sua lista.

OBS: a lista deve conter sugestões dos dois membros da dupla. Elas não precisam ser consensuais. O importante é a riqueza e a variedade das dicas.

- Pedir a todos que coletem na parede essas dicas.

- Após todos terem colado as dicas na parede, convidar para que todos visitem e leiam o painel de dicas, em silêncio.
-

Comentários (tempo aproximado de 30 minutos):

- Abrir os comentários, perguntando o que os tocou durante a dinâmica.

OBS: Sempre chamar as pessoas pelo nome que consta no crachá.

- Explorar as observações dos participantes.
OBS: Sequencialmente, procure: 1) ouvir alguns participantes sobre o que os tocou; 2) identificar temas que se repetem nas falas desses participantes; 3) fazer perguntas sobre esses temas; 4) convocar os participantes a opinarem sobre esses temas; 5) encerrar a conversa, resumindo os temas mais debatidos.
- Ao final, agradecer a participação de todos.
- Apenas após esse encerramento, desligar o gravador.
- Após terminar a oficina de trabalho, recolher e guardar todas as listas afixadas na parede. Eles serão materiais a ser analisados.

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participantes das oficinas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: Análise do acesso e da qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT no SUS, a ser realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP/CEAM/UnB, em rede de parceiros com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia, Universidade de São Paulo, Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro, financiada pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS).

O objetivo da pesquisa é analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS).

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer deste procedimento e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um grupo em formato de oficina que será gravado e posteriormente transcrito. O procedimento tem um tempo estimado para sua realização previsto em 2 horas.

Informamos que você pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Ministério da Saúde (MS) e na Universidade de Brasília (UnB) e demais instituições parceiras, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados ficarão sobre a guarda da pesquisadora responsável.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entrar em contato com o NESP/UnB em horário comercial, no período de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00; com a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone (61) 3340-6863, no horário das 8 às 12 e das 14 às 18h; com a Profa Dr^a Ana Maria de Brito (81) 2101-2614, ou com a Profa Dr^a Carmelita (81) 3355-1884.

Nome do participante / assinatura

Nome pesquisador / assinatura

_____, ____ de _____ de _____

ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP



FACULDADE DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Título da Pesquisa: Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde.

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Secretaria de Gestão Participativa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25856613.9.0000.0030

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 652.643

Data da Relatoria: 07/05/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa pretende analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT), no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, vai mapear as dimensões do acesso desta população aos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores. O projeto vai comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade identificados com as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral a LGBT, bem como identificar estratégias e redes para a atenção à saúde, acessadas pela população LGBT. Trata-se de pesquisa qualitativa, que utilizará a triangulação de técnicas de coleta de dados, uma vez que há diferentes participantes envolvidos no estudo, o que permitirá ampliar as informações referentes ao objeto da pesquisa. Participarão da pesquisa a população LGBT, gestores locais/municipais, gerentes das Unidades Básicas de Saúde, com foco nas Unidades Básicas que operam na lógica organizativa da Estratégia Saúde da Família. O estudo será de abrangência nacional e contemplará as cinco regiões: no Norte, Belém, Santarém, Macapá e Rio Branco. No Nordeste, Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Recife; João Pessoa, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Teresina, Picos. No Centro-Oeste, Campo Grande, Brasília, Ceilândia, Taguatinga, Sobradinho, Goiânia. No Sudeste, Rio de Janeiro, São Paulo, São José do Rio Preto, Belo Horizonte, Uberlândia, Vitória. No Sul, Curitiba; Porto Alegre e Pelotas. A coleta dos dados será realizada por meio de um questionário eletrônico e entrevistas individuais semiestruturadas, a serem aplicadas com os gestores dos municípios, gerentes das Unidades Básicas de Saúde, profissionais das equipes de Saúde da Família, e ainda Grupos Focais com a População LGBT. A análise dos dados será mediada pelo uso dos softwares NVivo9 e Qualiquissoftware do Discurso do Sujeito Coletivo. A estimativa é de 100 participantes, incluindo a população LGBT, profissionais de saúde e gestores. O questionário eletrônico, a ser

desenvolvido pelo Centro de Tecnologias Educacionais Interativas em Saúde (CENTEIAS), incluirá questões dirigidas aos gestores do SUS. As entrevistas individuais semiestruturadas, serão aplicadas aos gestores dos municípios, gerentes das Unidades Básicas de Saúde e profissionais das equipes de Saúde da Família. Os Grupos Focais (GF) serão realizados com a População LGBT, com roteiro próprio por grupo de população, e discussões registradas em meio eletrônico (áudio) e, posteriormente, transcritas. Cada grupo contará com uma participação média de seis participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Específicos:

- (1) Mapear as dimensões do acesso da população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais-LGBT nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.
- (2) Identificar e apreender as dimensões da qualidade da atenção integral nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.
- (3) Comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade identificados com as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT.
- (4) Identificar as estratégias e as redes para a atenção à saúde acessadas pela população LGBT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Embora a pesquisadora informe que não há riscos para os participantes de pesquisa, solicita-se que verifique o item - Pendências – abaixo.

Benefícios:

Serão beneficiados, com este projeto de pesquisa, a população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e os gestores do Sistema Único de Saúde, no âmbito da implantação e institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dados de pesquisa podem identificar elementos relacionados funcionalmente a processos de sofrimento desta população, decorrentes de discriminação e preconceito, assim como, dados sobre como essas pessoas, cidadãos e cidadãs, promovem e produzem sua saúde e como os serviços de saúde da rede SUS integram este processo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram inseridos os seguintes documentos ao processo: (a) carta de encaminhamento da pesquisadora ao CEP-FS/UnB; (b) projeto de pesquisa com planilha de orçamento, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e cronograma; (c) Folha de Rosto, assinada pela Diretora da FS/UnB; (d) Termo de Concordância assinado pela Coordenadora de Atenção Básica de Formosa/GO e Gerente de Regional de Saúde do Norte de Formosa/GO; (e) Termo de Responsabilidade e Compromisso de Pesquisa, assinado pela pesquisadora; (f) TCLE; (g) Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa; (h) Lattes da

pesquisadora responsável pela pesquisa e equipe.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

(1) Solicita-se à pesquisadora que explicita os procedimentos a serem adotados caso as entrevistas, grupos focais ou questionários eletrônicos provoquem eventuais constrangimentos para os participantes de pesquisa.

Resposta: a pesquisadora esclarece que caso a aplicação do questionário provoque qualquer desconforto ou constrangimento ao participante de pesquisa, este será informado sobre a opção de não responder à respectiva questão, ou, ainda, sobre a possibilidade de desistir de participar da pesquisa.

(2) O cronograma de pesquisa requer atualizações.

Resposta: a pesquisadora providenciou a atualização.

(3) O projeto de pesquisa também foi submetido ao CEP-SES/DF, com os Termos de Concordância das autoridades de saúde do DF?

Resposta: o projeto não foi submetido ao CEP-SES/DF. No entanto, será submetido à CONEP por se tratar de estudo multicêntrico.

(4) O TCLE deve incluir, além do telefone do CEP-FS/UnB, o e-mail de contato do CEP.

Resposta: as alterações solicitadas foram efetuadas pela pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 19 de Maio de 2014

**Assinado por:
Marie Togashi
(coordenador)**

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Fax: (61)3307-3799

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfs@unb.br

ANEXO E – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Celestino José Mendes Galvão Neto doutorando em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/CPqAM-Fiocruz, a desenvolver pesquisa nos Distritos Sanitários I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Análise do acesso e da qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT no SUS.", sendo orientado por Ana Maria de Brito.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
 - A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
 - A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
 - A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
 - Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.
- O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 07 de janeiro de 2015.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
225