



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**Os vários tons de *não*: experiências de profissionais da atenção básica
na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí.**

Breno de Oliveira Ferreira

**Rio de Janeiro
Novembro de 2019**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**Os vários tons de *não*: experiências de profissionais da atenção básica
na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí.**

Breno de Oliveira Ferreira

**Rio de Janeiro
Novembro de 2019**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**Os vários tons de *não*: experiências de profissionais da atenção básica
na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí.**

Breno de Oliveira Ferreira

Tese apresentada junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (PPGSCM/IFF/Fiocruz), como requisito para o título de doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Bonan Jannotti

**Rio de Janeiro
Novembro de 2019**

CIP - Catalogação na Publicação

Ferreira, Breno de Oliveira.

Os vários tons de não: experiências de profissionais da atenção básica na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí. / Breno de Oliveira Ferreira. - Rio de Janeiro, 2019.

185 f.

Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2019.

Orientadora: Cláudia Bonan .

Bibliografia: f. 158-172

1. Populações LGBTT. 2. Profissionais de Saúde. 3. Atenção Básica. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Assistência à saúde. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Quanta peça nessa maquinaria
É gente como a gente fazendo homenagem noite e dia
Tem viado, bicha e sapatão
Que me ensinaram o valor do irmão
Esses sim gritam forte o #elenão

Tenho família nesse mundão
Piauí, Rio de Janeiro e Maranhão
Fui tão bem acolhido, que meu nome se tornou gratidão

Piauí, terra querida
Meu sangue tem cajuína
Tem meu painho e mainha
Uma dupla pobre que me encheu de farinha

É tanta fé nessa maré
Que as bondades se triplicam
Olha a bichinha do interior, no Rio fazendo fita
É um tal de doutorado, é um sonho minha filha

O que é, o que é?
É pequenininho no tamanho
Grande no coração
Não sabe? É o IFF, meu irmão

Doutorado tem família
Tem Cláudia Bonan, uma mãe de vida
Sabe tanto de gênero
Que ensina feito uma passarinha

Tem amizades de turmas, do Piauí e do Rio
É gente boa que a vida reuniu
É muito incentivo do Lula nesse Brasil
Somos esquerda que resiste e que da rua nunca saiu

Tem tantos professores
É a Fiocruz proporcionando mil amores
Autores de livros, renomados doutores
Fico igual pinto no lixo, rindo pelos corredores

Esse trabalho é uma verdadeira reunião
Tem o Zé Ivo, um ilustre falcão
Andrea, uma leoa que ruge no sertão
E o Marcos, uma abelha com um reinado em suas mãos
Obrigado gente linda, vocês moram no meu coração

Serei dotô, vou para o norte ser professor
Olha que alegria, mas foi tanta agonia
Cláudia sempre me acolhia
Uma turma forte torcia
É a saúde coletiva fazendo muita cantoria

Esperançar [verbo]

1. Colocar o coração no andar dos pés; 2. Acreditar juntos; 3. Aconchego em ninho; 4. Força para todos os dias; 5. Verbo para os tempos do caos; 6. Abrigar no riso toda fortaleza; 7. Ter nos olhos a primavera inteira; 8. Ter nas mãos motivos para sonhar.

@esperanca.garcia

RESUMO

As populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT) não têm tido um lugar na “história oficial” da humanidade, a não ser como atores secundários que desviam, distorcem ou mesmo maculam a memória dos povos – orientada pela heterossexualidade e cisgeneridade. São esses mesmos sujeitos que frequentemente vivenciam inúmeros obstáculos no acesso e na assistência ofertada pelos serviços de saúde. Foi após identificar essas vulnerabilidades que as lutas e disputas dos movimentos sociais LGBTT se tornaram ainda mais intensas nas arenas da saúde pública, e, ao apagar das luzes do ano de 2011, a Política Nacional de Saúde LGBT foi publicada. Veio como uma resposta às inúmeras demandas emudecidas dessas populações, pautando-se principalmente na equidade enquanto princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), e reconhecendo que a orientação sexual e a identidade de gênero não-normativa influenciam no processo de determinação social em saúde. Um dos cenários em que esse marco pode ser institucionalizado é a atenção básica, mais especificamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Por isso, neste estudo, buscamos analisar relatos de experiências de profissionais de uma unidade básica de saúde na assistência à saúde das populações LGBTT. Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e o método escolhido foi o estudo de relatos orais. Participaram profissionais de saúde de diferentes categorias que atuavam em uma unidade de saúde situada no centro de Teresina, Piauí, cidade pioneira em políticas de diversidade sexual e de gênero, mas com elevado índice de violências contra as populações LGBTT. A análise dos relatos foi pautada em três dimensões - reconhecimento, redistribuição e representação – propostas pelo feminismo de Nancy Fraser. Quase que numa lógica circular, identificamos a necessidade de interligar, dentro de um mesmo princípio de justiça, o espaço do reconhecimento das iniquidades de gênero (campo cultural), o espaço das desigualdades atreladas à exploração e redistribuição de recursos (campo econômico), e o espaço de representação e participação das minorias (campo político e social). Foi através das visões das profissionais de saúde que percebemos que o reconhecimento das populações LGBTT é pautado por uma suposta igualdade nos atendimentos, ou por quase que uma centralidade nas demandas de IST/Aids e/ou sofrimento psíquico. No campo das demandas de redistribuição, percebemos que o acesso e qualidade da assistência ofertada é dimensionado pelas relações construídas (usuário-profissional), pela organização dos serviços, e por outros elementos presentes no contexto. Por sua vez, as profissionais de saúde pouco reconhecem a necessidade de aparecimento das populações LGBTT na vida pública. Por fim, dentre outras questões, só será possível solucionar as injustiças de gênero no campo da atenção básica se as profissionais de saúde tiverem responsividade para integrar reconhecimento, redistribuição e representação na atenção básica.

Palavras-chaves: Populações LGBTT. Profissionais de Saúde. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Assistência à saúde.

ABSTRACT

Lesbian, gay, bisexual, transvestite and transgender (LGBT) populations have had no place in humankind's "official history" except as secondary actors who divert, distort, or even tarnish the memory of peoples - driven by heterosexuality and cisgenderity. These are the same subjects who often experience numerous obstacles to access and care offered by health services. It was after identifying these vulnerabilities that the struggles and disputes of the LGBT social movements became even more intense in the public health arena, and by the turning off of the lights of 2011, the LGBT National Health Policy was published. It came as a response to the countless muted demands of these populations, based mainly on equity as a doctrinal principle of the Unified Health System (SUS), and recognizing that sexual orientation and non-normative gender identity influence the process of social determination in society. One of the scenarios in which this framework can be institutionalized is primary care, more specifically the Family Health Strategy. Therefore, in this study, we sought to analyze reports of experiences of professionals from a basic health unit on the health care of LGBT populations. It was a qualitative research and the chosen method was the study of oral reports. It had the participation of health professionals from different categories who worked in a basic health unit located in the center of Teresina, Piauí, a pioneer city in policies of sexual and gender diversity, but with a high rate of LGBT violence. The analysis of the accounts was based on three dimensions - recognition, redistribution and representation - proposed by Nancy Fraser's feminism. Almost in a circular logic, we identified the need to interconnect, within the same principle of justice, the space of recognition of gender inequalities (cultural field), the space of inequalities linked to the exploitation and redistribution of resources (economic field), and the space of representation and participation of minorities (political and social field). It was through the views of health professionals that we realized that the recognition of LGBT populations is based on a supposed equality in care, or almost a centrality in the demands of STI/Aids and/or psychological distress. In the field of redistribution demands, we realize that the access and quality of care offered is dimensioned by the built relationships (user-professional), the organization of services, and other elements present in the context. In turn, health professionals little recognize the need for LGBT populations to appear in public life. Finally, gender injustices in primary care can only be addressed if health professionals are responsive to integrate recognition, redistribution and representation in primary care.

Keywords: LGBT Populations. Health Personnel. Primary Health Care. Family Health Strategy. Delivery of Health Care.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1. Quadro sinóptico dos artigos selecionados.	29
Quadro 2. Caracterização dos profissionais de saúde	94
Figura 1. Implementação dos eixos da Política Nacional de Saúde LGBT.....	55
Figura 2. Marcos importantes na organização da saúde LGBTT no Brasil.....	60
Figura 3. Unidade básica de saúde Dr. José Ribeiro de Carvalho.....	78
Figura 4. Evolução das equipes saúde da família e saúde bucal em Teresina, Piauí	86

SIGLÁRIO

AB - Atenção Básica
ABGLT - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transexuais
CAB – Caderno de Atenção Básica
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
eSB - Equipe de Saúde Bucal
eSF - Equipe de Saúde da Família
eAB - Equipe de Atenção Básica
eCR- Equipe de Consultório na Rua
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FGV - Fundação Getúlio Vargas
FMS - Fundação Municipal de Saúde
GGB - Grupo Gay da Bahia
GPTRANS - Grupo Piauiense de Travestis e Transexuais
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH – Homens que fazem sexo com homens
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTT - Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais
MS – Ministério da Saúde
Nasf-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NESP - Núcleo de Estudos em Saúde Pública
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não-Governamental
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMDB - Partido da Social Democracia Brasileira

PMT - Prefeitura Municipal de Teresina

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNDH - Plano Nacional de Direitos Humanos

PPS - Partido Popular Socialista

PSF - Programa Saúde da Família

PT - Partido dos Trabalhadores

SASC - Secretaria de Assistência Social e Cidadania

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SGETS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SGEP - Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UESPI - Universidade Estadual do Piauí

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFPI - Universidade Federal do Piauí

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
CAPÍTULO 1. NOTAS INTRODUTÓRIAS	15
1.1. Uma auto-escavação arqueológica: revirando sentimentos, argumentos, e reflexões geradores desta tese.....	21
1.2. Objetivos	27
CAPÍTULO 2. O QUE DIZ A LITERATURA NACIONAL E INTERNACIONAL SOBRE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS POPULAÇÕES LGBTT?	28
CAPÍTULO 3. CADÊ OS DIREITOS LGBTT NA SAÚDE PÚBLICA?	45
CAPÍTULO 4. SAÚDE LGBTT É ASSUNTO DE FAMÍLIA?	63
CAPÍTULO 5. NANCY FRASER: DOIS DEDOS DE PROSA	73
CAPÍTULO 6. SUJEITOS E MÉTODOS	78
6.1 Desenho do estudo	78
6.2 Cenário de pesquisa	78
6.3 Sujeitos da pesquisa	80
6.4 Coleta de dados.....	81
6.5 Análise de dados	82
6.6 Breves notas adicionais sobre o cenário da pesquisa	83
6.6.1 Um pouco de história	83
6.6.2 Por onde andam os direitos LGBTT no Piauí?	84
6.6.3 O território: a atenção básica em Teresina, Piauí.....	86
6.7 Questões éticas.....	87
CAPÍTULO 7. O QUE ENCONTRAMOS NA CAIXA-COLORIDA	89
CAPÍTULO 8. ASSUNTANDO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	98
8.1 Não reconhecimento: “trato tudo igual” (Josefa, téc. em enfermagem)	99
8.2 Má distribuição de recursos: “é tanta desorganização” (Marta, enfermeira).....	109
8.3 Representação: “a gente tá aí na luta” (Caio, téc. em enfermagem)	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS	158
APÊNDICES	173
ANEXOS	180

APRESENTAÇÃO

Nascido no interior do Piauí, filho de uma professora “sem formação” e de um pai que sempre trabalhou com as causas rurais, cresci como gay numa estruturalidade marcada pelos “valores tradicionais da família”. Como fuga, resolvi viajar entre os livros. Apaixonado pela literatura de Monteiro Lobato, José de Alencar e Torquato Neto, vivia na biblioteca municipal da cidade, à época.

Aos 15 anos saí da casa dos meus pais para ganhar o mundo, viajei 650 km e fui morar na capital, Teresina, conhecer outras bibliotecas e concluir os estudos. Foram tropeços, saltos e desvios, mas ingressei no curso de Psicologia na Universidade Estadual do Piauí (UESPI), em 2008. Na caminhada, me envolvi com o movimento estudantil, iniciação científica, VER-SUS, conferências de saúde, congressos e projetos de extensão. Nesse contexto, o armário já estava escancarado, eu já sabia que era bicha, e militava pelas causas LGBTT. Com as sugestões dos professores, as leituras ganhavam novos contornos, e já estava me tornando aliado de Joan Scott, Heleieth Saffioti, Michel Foucault e outros. Os desejos já pulsavam, e o coração já sabia que a docência, as questões LGBTT e a saúde coletiva estavam na minha maleta de afetos.

Tornei-me psicólogo, e logo fui trabalhar na atenção básica, em uma equipe de Consultório na Rua de Teresina, realizando atividades de educação em saúde para diversas pessoas em situação de vulnerabilidade. Quando as ações envolviam as populações LGBTT, a minha marca de luta e militância permeava o acolhimento com muito mais intensidade, era eu também me acolhendo. Ao mesmo tempo, concluí a especialização em saúde da família e logo em seguida assumi cargo de coordenação na atenção básica do município. Também participei de conferências, capacitações e cursos nesse campo.

Na militância, colaborei com o Grupo Piauiense de Travestis e Transexuais (GPTRANS), na Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia (21ª Região), na Comissão contra LGBTfobia no Piauí, na organização das semanas da diversidade de Teresina e outros movimentos.

A militância continuou na docência, quando atuei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UESPI), em instituições privadas de ensino e em vários outros projetos afins. Também trabalhei no Instituto Federal do Maranhão por mais de quatro

anos na assistência estudantil e sempre levava minhas bandeiras para o dia a dia das atividades. Colaborei no Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) na Universidade Federal do Piauí (UFPI) e na Liga de Saúde LGBT na UESPI.

Logo entrei no mestrado em Ciências e Saúde (UFPI), e, junto com o professor José Ivo Pedrosa – carinhosamente chamado de Zé Ivo -, desenvolvemos uma pesquisa qualitativa de compreensão das necessidades de saúde das populações LGBTTT, tendo como centralizador do debate o SUS enquanto equipamento ético-político privilegiado, capaz de promover respeito e combater as diferentes formas de violações de direitos. O estudo esteve relacionado à pesquisa nacional “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS” que foi liderada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB) com diversas parcerias. No Piauí, nós tocamos essa empreitada. E foi com o título “Babado, confusão e gritaria: vivências e reflexões da população LGBT no SUS” que a dissertação foi concluída em 2016 e nos rendeu a publicação de três artigos científicos (Physis, Tempus Actas de Saúde Coletiva e Revista Brasileira de Promoção da Saúde).

Em seguida fui aprovado em uma modalidade de doutorado entre diferentes programas da Fundação Oswaldo Cruz, uma parceria entre os estados do Rio de Janeiro e do Piauí. E com a mesma mochila de quase 15 anos atrás, decidi alçar voo, morar no Rio de Janeiro e mergulhar nessa empreitada. Acabei encontrando a passarinha Cláudia Bonan, que tem me ajudado a traçar novas rotas entre ciência e militância. Encontrá-la foi a certeza de que é possível ser plural, respeitar a diversidade e produzir inúmeras matizes de cores. Com ela aprendi que era preciso me tornar peixe, me aprofundar em outros mares, e só assim voar, voar bem alto. Peixei-me para voar!

CAPÍTULO 1. NOTAS INTRODUTÓRIAS

Ainda que recentemente as violências contra as pessoas com orientação sexual e identidade de gênero dissonantes da norma tenham sido consideradas crime no Brasil, por terem sido equiparadas ao crime de racismo, temos vivido inúmeros outros entraves na construção de um projeto de igualdade, respeito, liberdade e justiça, conforme demarcado há três décadas com a elaboração da Constituição Federal de 1988. Somadas à trombeteada cena política dos últimos anos, marcada por ameaças recorrentes de autoritarismo político e reforço dos estereótipos, as assimetrias e violências que impõe o binarismo sexual se tornaram ainda mais intensas. Como respostas a essas tentativas de emudecimento da diversidade humana, os movimentos sociais LGBTTT¹, na luta pelo reconhecimento da cidadania sexual e de gênero, têm se articulado em diferentes arenas, em que pactuações, negociações e disputas têm sido uma verdadeira inteligibilidade de resistência.

Essas disputas e tensões também permeiam o campo da saúde, especialmente porque as populações LGBTTT têm sofrido discriminações, constrangimentos e violências nos serviços de saúde em razão de sua orientação sexual e identidade de gênero, em um contexto de hierarquias sociais plasmadas por uma matriz que impõe a heterossexualidade e a cisgeneridade como padrão (BUTLER, 2017). Além disso, para a maioria das populações LGBTTT, a produção em saúde possui relação com os modos de viver suas identidades e com suas estratégias de sobrevivência e resistência, que acabam se materializando em práticas corporais e sexuais que possuem alguma relação com o seu grau de vulnerabilidade. Muitas mulheres lésbicas, por exemplo, sentem receio em revelar sua orientação sexual durante a consulta ginecológica e deixam de ser assistidas nos serviços de saúde (RUFINO et al, 2018a). Gays, quando comparecem aos serviços de saúde e verbalizam sua orientação sexual, são muitas vezes associados como infectantes,

¹ As identidades de gênero e orientações sexuais são plurais, e ao longo das lutas dos movimentos sociais várias siglas foram utilizadas para caracterizar essa sopa de letrinhas. Facchini (2005) identificou as siglas GL (gays e lésbicas), GLS (gays, lésbicas e simpatizantes), GLT (gays, lésbicas e travestis), GLBT (gays, lésbicas, bissexuais e travestis), LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e travestis), LGBTTT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), LGBTTTT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros), e mais recente foram incorporadas outras, como LGBTQI+. Reconhecemos as limitações de cada uma delas e valorizamos também as diversidades que não estão diretamente nelas representadas. Contudo, nesta tese, adotamos a sigla LGBTTT, por contemplar lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, que, dentro da sopa de letrinhas, são usuários mais frequentes nos serviços de saúde. No caso de nomes de eventos, documentos, grupos da sociedade civil ou órgãos de governo, a sigla foi apresentada no formato utilizado pelas instâncias responsáveis.

mesmo que este não seja o objetivo na procura pelo serviço (CELE; SIBIYA; SOKHELA, 2015). Travestis e transexuais vivenciam discriminações ainda maiores no acesso aos serviços de saúde, e mesmo reconhecendo avanços em políticas como a de Aids, que tem desenvolvido ações estratégicas para esse público, há obstáculos de ordem subjetiva para acessar os serviços, que são decorrentes do estigma e da associação da infecção pelo HIV com suas condições de vida (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

Há pelos menos duas décadas, os movimentos sociais LGBTT, através das conferências, conselhos, comitês e participação em outras instâncias de negociação política, iniciaram um diálogo intenso com o Estado brasileiro para a garantia de políticas públicas equânimes no Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que descreve um Plano Operativo entre parcerias do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2013).

A institucionalização da política tem trazido alguns ganhos na qualidade da assistência à saúde das populações LGBTT, seja para os profissionais de saúde, usuários, gestores, ou outros atores desse processo. Podemos citar inúmeros exemplos: as campanhas “Cuidar bem da saúde de todas. Faz bem para todos. Faz bem para o Brasil” com foco nas mulheres lésbicas e bissexuais em 2015, com foco nas pessoas trans em janeiro de 2016, e com foco nos gays em abril de 2016; as ampliações do processo transexualizador no SUS; a elaboração e oferta de cursos formativos, dentre outros (SOUTO et al, 2016).

Destacamos que essa política anda paralela a outras, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009), que, de algum modo, se interligam nos processos de assistência à saúde das populações LGBTT.

Contudo, o desenho de diretrizes e as pactuações das políticas não garantem que os profissionais que atuam no cotidiano dos serviços ofereçam assistência integral, digna e respeitosa nem às especificidades nem às questões de saúde mais gerais dos grupos incluídos nas populações LGBTT. Para além de orientações sobre a aplicação e uso de

hormônios, para travestis, por exemplo, elas podem recorrer aos serviços para atendimentos diversos, como o controle da pressão, da obesidade, e outros, que são rotineiros nos serviços de saúde. Ou seja, as populações LGBTTT enfrentam essas barreiras duplamente, seja pela necessidade de reconhecimento das especificidades de saúde que incluem realidades próprias de cada sujeito e suas sociabilidades de gênero, seja pela necessidade de serem reconhecidas como pessoas com padrões de adoecimentos próprios em detrimento da população em geral.

Quando trazemos essa discussão para a atenção básica², que é a principal porta de entrada do SUS, as práticas dos profissionais ganham ainda mais destaque no contexto de trabalho em equipe territorializada (CAMPOS, 2007). Mas como esses profissionais têm atuado na assistência à saúde das populações LGBTTT? Como as demandas específicas e gerais de saúde das populações LGBTTT são incorporadas nas práticas dos profissionais da atenção básica? Essas foram indagações que deram partida a esta tese de doutorado, e que foram costuradas com a perspectiva teórica da feminista Nancy Fraser.

Fraser (1997, 2006, 2009) teoriza três dimensões de um princípio universal de justiça aptas a dar conta do enfrentamento dos problemas relativos às desigualdades sociais nas sociedades contemporâneas: reconhecimento, redistribuição e representação. Defende a necessidade de interligar, dentro desse princípio universal de justiça, o espaço de reconhecimento das injustiças de gênero (campo social e cultural) e o espaço das desigualdades atreladas à exploração e à injusta redistribuição de recursos (campo econômico). A representação vem complementar as dimensões do reconhecimento e da redistribuição, promovendo o fortalecimento de canais de visibilidade e participação dos grupos que não predominam e, muitas vezes, nem sequer estão presentes nas estruturas representativas da organização social. Essa perspectiva impõe a reflexão de que as barreiras enfrentadas pelas populações LGBTTT nos serviços de saúde são produto da desvalorização ou falta de reconhecimento de suas identidades, que, numa lógica circular,

² A partir dos estudos de Mello, Fontanella e Demarzo (2009) e Giovanella (2018), que discutiram sobre as origens históricas e as diferenças conceituais das expressões “atenção primária” e “atenção básica”, nesta tese, adotamos apenas a expressão “atenção básica”. Essa escolha se deu como proposta de se contrapor à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, que compreendem a “atenção primária” como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada especialmente às populações mais pobres. E também, a fim de promover uma reflexão crítica desse modelo político-ideológico de atenção primária seletiva, e de pôr em evidência o lugar da nossa nacionalidade como marcador teórico na construção desse trabalho. Destacamos ainda que o termo “atenção básica” era comumente utilizado na maioria dos documentos do Ministério da Saúde no Brasil durante os governos de Lula e Dilma (2003-2016).

produzem ou acentuam restrições no que tange ao acesso a bens e recursos sociais, inclusive os cuidados em saúde. Esse processo também é fruto da falta de representação, das invisibilidades, e dos estigmas associados às populações LGBTTT na sociedade e, por conseguinte, no campo da saúde. Assim, a tríade reconhecimento-redistribuição-representação foi utilizada ao longo deste trabalho para direcionar nossas lentes e aprofundar as análises.

Em pesquisa anterior, ouvi as populações LGBTTT em separado, por meio de grupos focais, e percebi o quão importante é a figura do profissional no reconhecimento dessas populações nos serviços de saúde. As experiências de discriminação, violação de direitos e condutas patologizantes foram constantes nos relatos de usuários LGBTTT de Teresina, Piauí. Em síntese, essas vozes reivindicavam pelo acolhimento, pelo respeito, pelo atendimento ético, e, principalmente, pela necessidade de serem vistos como sujeitos ativos e importantes do/no processo de cuidado (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018).

Há uma pergunta – ou um modo de indagar essa realidade - ainda mais pertinente: qual o lugar de fala das populações LGBTTT nos serviços de atenção básica? A indagação pelos lugares de fala – é melhor dizê-lo no plural - dessas populações, parafraseando Djamila Ribeiro, evoca o reconhecimento da multiplicidade de vivências da identidade de gênero em uma sociedade organizada pelos princípios supremacistas de branquitude, masculinidade e heteronormatividade (RIBEIRO, 2017). Esses lugares se configuram a partir de experiências para as quais os serviços de saúde têm escassa capacidade de mirada, escuta e respeito – ou seja, aquelas habilidades e sensibilidades que têm sido coladas à ideia de “acolhimento”. O acolhimento enquanto tecnologia leve do cuidado também se faz numa clínica comprometida com os próprios direitos humanos (MERHY,1997).

Já que vivemos em uma sociedade pluralista, a ética enquanto reguladora social não pode simplesmente cominar condutas e criar imposições sem, antes disso, compreender os envolvimento que permeiam o campo ideológico e filosófico de seus fundamentos. Diniz e Guilhem (2002) discutem os conceitos de "estranhos morais" e "amigos morais"³, categorias introduzidas por Tristram Engelhardt para analisar esses

³ As categorias "estranhos morais" e "amigos morais" foram utilizadas entre aspas apenas nessa primeira menção do texto. Como são expressões que se incorporam na construção textual, retiramos as aspas nas citações seguintes.

envolvimentos. Os estranhos morais possuem percepções e valores morais distintos de um projeto de bem-viver. Têm dificuldades de resolver problemas morais por meio de estratégias toleráveis, de respeito, e pouco se compromissam com as pessoas e as instituições. Em contrapartida, os amigos morais compartilham uma moralidade tida como essencial, estando de acordo com a referência de julgamento moral para suas ações na sociedade. A ideia de amigos e inimigos morais surgiu, principalmente, diante dos conflitos advindos de convicções morais e hegemônicas entre pessoas e grupos de um dado convívio social. Por isso, Diniz (2001) argumenta que é preciso ver os estranhos morais como companheiros de sofrimento, na esperança de terem sensibilidade sobre as diferenças, e quem sabe, vir a torná-los amigos morais. Tolerância e respeito, seriam, assim, valores capazes de unir estranhos e amigos morais.

Os profissionais da atenção básica na condução das práticas de atenção à saúde das populações LGBTT têm atuado como estranhos morais ou amigos morais? Se não amigos, eles têm sido capazes de desenvolver algum grau de empatia moral – a essência mesma do reconhecimento de que fala Fraser - ou, ao contrário, a diversidade sexual e de gênero⁴ lhes provoca pânico, antipatia ou inimizades morais? Relatos de pessoas LGBTT obtidos ainda no curso da pesquisa de mestrado vão mais no segundo sentido, da indiferença e estranhamento das necessidades, dos desejos e da própria existência do outro: “eu me senti estuprada”, relatou uma mulher lésbica ao lembrar de um atendimento na unidade de saúde; “eu tive que repetir o exame de HIV por três vezes quando contei que transava com homens”, verbalizou um gay afeminado; “quando falei quem eu era, logo ela baixou a cabeça”, pontuou uma travesti negra usuária da atenção básica em Teresina (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018). Esses trechos, ainda em memórias ativas das minhas andanças do mestrado, estão neste balaio de tese, estão nas frechas de entreluz desse objeto de estudo.

Diante dessa realidade de negação de direitos, de não-reconhecimento e de violências constantes, nós nos questionamos: como os profissionais de uma unidade básica de saúde em Teresina, Piauí, vivenciam a assistência à saúde das populações LGBTT? O que esses profissionais conhecem sobre necessidades e demandas de saúde

⁴ Tendo em vista que “ao classificar os sujeitos, toda sociedade estabelece divisões e atribui rótulos que pretendem fixar as identidades” (LOURO, 2000, p. 9), utilizamos o termo diversidade sexual e de gênero para reiterar as inúmeras matizes que se formam a partir do sexo, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e diversas outras enunciações, sem necessariamente especificar cada uma das identidades que compreendem essa pluralidade.

das populações LGBTTT? O que esses profissionais conhecem das políticas e programas voltados para a saúde das populações LGBTTT? Quais oportunidades de apropriação dos debates sobre diversidade sexual, saúde e direitos esses profissionais tiveram? O que pensam sobre os entrelaçamentos entre sexualidade, gênero, saúde e adoecimento? Como as dificuldades se apresentam, seja no plano técnico-assistencial, seja no plano ético-moral, ou em ambos, para a prestação da assistência à saúde? Enfim, o que esses profissionais da atenção básica têm a nos contar sobre suas experiências na assistência às populações LGBTTT?

Sentir-pensar a partir dessas indagações me despertou o interesse em tomar como objeto de estudo as *experiências de profissionais de uma unidade básica de saúde da cidade de Teresina, no estado do Piauí, na assistência à saúde das populações LGBTTT*.

1.1 Uma autoescavação arqueológica: revirando sentimentos, argumentos, e reflexões geradores desta tese

O que foi o ano de 2018? Parei, pensei, e muitas coisas me vieram à mente. Com o choro meio embargado, e um grito ofegante, tentei traçar alguns marcos temporais, que, por si, trazem elementos subjacentes de histórias, memórias e aproximações. Começo pelos eventos centrais e finalizo com alguns retrocessos, que não seguem uma cronologia de importância ou localização na linha do tempo, e sim uma cronologia de afetos no meu percurso entre academia e militância.

Foi em 2018 que a tão importante Declaração Universal de Direitos Humanos completou 70 anos. Publicada em mais de 500 idiomas, é o documento mais traduzido do mundo, e inspirou as constituições de muitos Estados e democracias recentes. Foi em 2018 que a abolição da escravatura completou 130 anos. Foi em 2018 que o Ato Institucional nº 5, construído em meio ao contexto do golpe militar de 1964, completou 50 anos. Foi em 2018 que comemoramos os 50 anos do livro *Pedagogia do Oprimido*, de autoria do ainda patrono da educação brasileira, Paulo Freire, que revolucionou o sistema de ensino no mundo criando um modelo pedagógico que até hoje é inovador. Foi em 2018 que a Constituição Federal de 1988 completou três décadas de materialização de direitos fundamentais de proteção à vida humana. Foi em 2018 que a Conferência Internacional de Alma-Ata fez 40 anos desde a sua realização. E foi em 2018 que o movimento LGBTT brasileiro também completou 40 anos.

Foi em 2018 que Marielle e Anderson foram mortos. Foi em 2018 que Lula foi preso. Foi em 2018 que ... E por fim, foi em 2018 que muitas tensões permearam as eleições para a presidência do Brasil, e um nome totalmente avesso às comemorações elencadas no parágrafo acima foi eleito para presidir o país. E agora, José? José é um homem trans que nasceu como Maria, piauiense, mora na favela, pai de duas crianças e trabalha como garçom. Agora eu me pergunto: como sobrevive José? O que esperar da vida de José nesse contexto de crise econômica, política, social, ética, cultural e diversas outras crises? Como o Estado e a sociedade brasileira têm se esforçado para resolver essas questões nas últimas décadas? Em meio a esse caos de complexas crises e transformações globais, trago a personificação de José para direcionar os argumentos da tese e fomentar a compreensão da dinâmica marcada e definida pelo sistema sexo-gênero enquanto um dos campos de batalha mais carregados nos últimos anos.

Qualquer análise que pretenda explorar as tensões, contradições, violências e negações enredadas nas experiências daqueles que escapam às normatividades sexuais e de gênero deve começar olhando para os modos como moralidades conservadoras estão no cerne da ordenação do poder institucional - hoje, de forma ainda mais cortante do que nunca - e plasmas a estrutura repressiva da sociedade. É impossível compreender as clivagens e fronteiras que definem, a um só tempo, quem são os “normais sexuais” ou os “normais de gênero” e quem são os excluídos dessas normalidades – sujeitos de abjeções, interdições e proibições - sem passar pelo campo das análises feministas. Butler (2017) fala da necessidade de legitimar existências que o ideal normativo relegou. Os corpos considerados abjetos e que escapam do binarismo sexual foram destituídos de sua humanidade, e, por isso, relegados à invisibilidade. Esses corpos são as populações LGBTTT que transitam pelos corredores das unidades de saúde, que aguardam o atendimento médico ou que sequer conseguem acessar esses serviços.

As contribuições de diversas pesquisadoras e militantes feministas - Judith Butler, Nancy Fraser, Beatriz Preciado e tantas outras - nos levam a pensar acerca da dialética dos enfrentamentos, das provocações, da necessidade de ir além de dois lados, de desvelar as apartações e classificações do tipo mulher-homem, feminino-masculino, heterossexual-homossexual, normal-anormal e as relações de poder impostas em cada uma delas. Esses tensionamentos nos fazem refletir sobre a importância de reconhecer as populações LGBTTT na atenção básica, e isso passa, de antemão, pela materialização do feminismo na saúde. E agora, José?

O feminismo deve ser de todos, José. Das populações LGBTTT, das pessoas que vivem com HIV, dos indígenas, nordestinos ou estadunidenses. Juntos, devemos lutar pela emancipação cidadã, pelo reconhecimento e pela própria vida das populações LGBTTT. O feminismo não deve ser uma guetificação, mas sim uma luta global e urgente.

A revolução político-cultural é também uma aproximação possível para esse contexto de enfrentamentos. O proposto de cidadania sexual e de gênero⁵ só terá efeitos legítimos e positivos quando todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual e identidade de gênero, puderem viver de forma livre. Desse modo, abrir caminhos

⁵ A ideia de cidadania sexual e de gênero encontra fundamento nos pressupostos do Estado democrático, sistema que compreende o princípio da igualdade como um mecanismo emancipatório das pessoas. O Estado é um agente de transformação social, em defesa das pluralidades e diversidades, que permite a paridade na participação das minorias sexuais e de gênero e elimina as relações hierárquicas impostas pelos dispositivos de poder (MOREIRA, 2016).

a partir de políticas de direitos sexuais pode ser uma boa tentativa de organização desse propósito. É através de princípios fundamentais de inclusão social, de liberdade e de dignidade humana que os diferentes atores sociais podem se integrar ao projeto de cidadania sexual e de gênero na sociedade.

Falar de sexo-gênero não é apenas discutir sobre corpos e desejos, mas também sobre política, economia, sistemas de segurança, cultura, família, religião e diversas outras estruturas do emaranhado das dinâmicas de saber e poder. A grande diversidade de como os corpos e desejos estão localizados no espaço e no tempo, e através das interseções de gênero, raça, classe, idade, capacitismo e origem, nos faz sentir ainda mais a necessidade de compressão total da condição humana.

Faço essa introdução para contextualizar as diversidades já mencionadas e que estão presentes em Teresina, capital do Piauí. Localizada no Nordeste, um lugar que já é escuso no Brasil, Piauí é um dos estados menos reconhecidos nacionalmente e, mesmo, entre os seus vizinhos. Única capital nordestina que não é banhada por mares, a mais católica do país, uma das que mais matam LGBTTT no Brasil e, paradoxalmente, situada em um estado que é reconhecido nacionalmente pelas legislações de proteção a essas populações. A ponte estaiada “João Isidoro França” situada às margens do rio Poty é uma das suas grandes marcas turísticas, um símbolo emblemático na cidade. As estaias escondem encontros LGBTTT (pegação, na gíria da comunidade) e ganham cores em alguns meses do ano, como forma de promover visibilidade positiva dessas identidades dissidentes. Freud diria que essa ponte é um verdadeiro “falo” no centro da cidade, que reforça o machismo como forma de controle das relações. Há um conglomerado expressivo de pessoas que circulam na ponte e que vão até o seu cume para ter uma visão panorâmica da cidade. O que se vê? Estaias irradiando machismo, heteronormatividade e controle de corpos. Há um jogo entre corpos e desejos imersos numa arquitetura, geografia, economia e política. É desse jogo que buscamos compreender as experiências de profissionais que atuam na atenção básica e frequentemente prestam assistência às populações LGBTTT. E para analisar essas questões, utilizamos principalmente o conceito de reconhecimento e seus imbricamentos com a redistribuição e a representação, proposto pela feminista Nancy Fraser.

Dentro de um princípio universal de justiça, o conceito de reconhecimento é cunhado a partir de grupos minoritários que reivindicam o direito de ter sua identidade – e sua existência - reconhecida, de terem as suas especificidades e suas diferenças de

trajetórias sociais visibilizadas diante da coletividade. A luta pelo reconhecimento passa pela compreensão das injustiças de gênero como uma questão cultural e simbólica. Nessa proposta, a igualdade deve estar acompanhada da afirmação da identidade e do respeito à diferença, o que, por si, envolve uma transformação ampla dos padrões normativos hierarquicamente impostos. Por fim, podemos dizer que o reconhecimento é uma questão de *status* social (FRASER, 2006, 2009).

Do ponto de vista redistributivo, as diferenças de gênero aparecem como uma questão de classe, enraizada na estrutura econômica da sociedade. Seus exemplos incluem a exploração (ser expropriado do fruto do próprio trabalho em benefício de outros); a marginalização econômica (ser obrigado a um trabalho indesejável e mal pago, como também não ter acesso a trabalho remunerado); e a privação (não ter acesso aos serviços de saúde). O não-reconhecimento gera uma má-distribuição material, isto é, problemas sociais identitários produzem modos específicos de injustiça distributiva (FRASER, 2002, 2006).

O terceiro conceito - representação - veio complementar os dois primeiros. Trata do aparecimento das minorias no seio da sociedade, como esses grupos são visibilizados pelos canais de poder e como transitam no cotidiano da vida pública. Trata da paridade, da participação plena e da necessidade em garantir que essas minorias possam ter vidas mais vivíveis nos dias de hoje (FRASER, 2002, 2007).

As três dimensões enlaçadas pelo mesmo princípio de justiça nos permitiram fazer alguns questionamentos. O que constitui uma distribuição justa de acesso aos serviços de saúde? O que conta como reconhecimento na organização do trabalho na unidade de saúde? Revelar-se LGBTT para os profissionais da atenção básica é lutar pelo reconhecimento? Como promover uma representação política justa das populações LGBTT no SUS? Como superar a má-distribuição dos serviços de saúde? Eis, então, um difícil dilema, o dilema do reconhecimento-redistribuição-representação das populações LGBTT nos serviços de saúde. A partir desse debate, na construção desta tese, promovemos reflexões sobre igualdade de gênero em sua inerente transversalidade para falar sobre as práticas de profissionais da atenção básica junto às populações LGBTT.

Judith Butler, em entrevista recente ao Estadão (2019), afirmou que “negar as ciências humanas nos deixa à deriva num mundo movido por forças econômicas”, e Vladimir Safatle, em entrevista à Folha de São Paulo (2019), falou que “a filosofia é um esporte de combate”. O que esses pensadores estão querendo nos mostrar é o quanto a

filosofia e sociologia são “armas” para enfrentar, lutar e reexistir frente às inúmeras injustiças que nos assolam. É dessa luta que se promove igualdade de gênero, distribuição justa de recursos, participação política equânime e se garantem vários outros direitos. Assim, podemos dizer que a filosofia é intrínseca ao reconhecimento das minorias sexuais e de gênero, o que traz consequências econômicas e de representação na sociedade.

Na organização dos argumentos desta tese, a ideia de reconhecimento talvez fosse melhor explicada em cascatas. Como o Piauí é conhecido no Brasil? Ele é reconhecido? Como as populações LGBTTT são visibilizadas na sociedade? Elas são reconhecidas? Como a atenção básica integra os sistemas de saúde? Ela é reconhecida? Como a Estratégia Saúde da Família atua nas comunidades? Ela é reconhecida? E agora, José?

O processo de reconhecimento no capitalismo é, por definição, complexo e contraditório, aparece como expressão profunda no interior da vida em sociedade. O reconhecimento deve ser ao mesmo tempo uma aposta necessária para José, mas infelizmente não chega até ele, como não chega para a saúde da família, como não chega para a atenção básica, e assim por diante. Em tempos de retrocessos nas diversas instâncias do país, o que de fato tem sido reconhecido? Em meio às indagações que pretendem clarear horizontes, apresentaremos dois argumentos utilizados na construção da tese.

1. Uma das ideias-chave na compreensão das questões de sexo-gênero é que sua análise não pode estar descolada de uma abordagem crítica e social, isto é, fora do escopo das relações políticas, estruturais e econômicas em que estão inseridas. Problemas relacionados com os direitos sociais, e especificamente os direitos sexuais, estão consubstanciados pelas múltiplas formas de violência estrutural - as desigualdades sociais, a pobreza, o racismo e outras. Corrêa e Petchesky (1996) falam que os direitos sexuais não fazem sentido para as pessoas que não possuem condições e recursos sociais que permitam o seu exercício. É preciso que os direitos sociais como um todo ofereçam subsídios para a transformação democrática da sociedade e para a abolição de injustiças de gênero, raça, classe e outras. Portanto, a lente do reconhecimento dos direitos sexuais passa por atitudes comprometidas com os enfrentamentos às diferentes injustiças sociais. Para Arruza, Bhattacharya e Fraser (2019), o “feminismo para os 99%” é o campo político privilegiado onde essas atitudes estão sendo articuladas, e, para elas, “essa é a urgência no mundo”. As autoras propõem avançar no sentido de um campo político feminista anticapitalista, antirracista, antissexista e internacionalista; um feminismo de todos na luta

contra os 1% que detêm as grandes riquezas do mundo. O feminismo que nos interessa é comprometido com a vida, com o bem viver, com a solidariedade e tolerância. Sendo assim, esse feminismo deveria ser também dos profissionais de saúde que rotineiramente atendem José na unidade de saúde. Esse feminismo deveria ser do pessoal administrativo que distribui medicação nos serviços de saúde. Esse feminismo deveria ser dos usuários do SUS. Esse feminismo deveria ser da gestão em saúde. Esse feminismo deveria ser da saúde pública. A falta dessa reflexão nos processos de formação de subjetividade, na formulação das políticas públicas, na organização do trabalho e na assistência à saúde faz com que as populações LGBTTT sofram discriminações, violências, preconceitos e negações nos serviços de saúde, espaços que deveriam oferecer cuidado ético e humanizado.

2. No argumento anterior, destacamos que o feminismo é de todos, nesse segundo, argumentamos que esse feminismo não se materializa para todos. Em um contexto marcado por famílias tradicionais, tensões religiosas e altos índices de violências de gênero, para quem chega o feminismo em Teresina? Quando direcionamos nossas lentes para a atenção básica, o reconhecimento das populações LGBTTT não pode se tornar mais uma pauta de lutas processuais, sem fim definido, mas implica na criação de um senso comum político na saúde, o fe-mi-nis-mo. Quando lembramos de uma grande peneira que separa as pedras dos grãos menores de areia, percebemos que as pedras, assim como o feminismo, não chegam até o outro lado. O feminismo fica “preso”, enquanto os grãos passam facilmente ao ar livre. E agora, José? Havia pedras no caminho de José. Essas pedras estão envoltas por camadas culturais, simbólicas e políticas que impedem o reconhecimento do feminismo enquanto um projeto emancipador na saúde. Defendemos que essa luta precisa se fazer presente na atenção básica, ou, do contrário, corre-se o risco de afastar cada vez mais parcelas das populações LGBTTT de seus serviços. Por mais que tenhamos uma política de saúde específica para as populações LGBTTT, ela não se efetiva nas práticas dos profissionais de saúde. O jaleco branco, os territórios de saúde e os protocolos médicos-normativos delimitam fronteiras que só o feminismo poderá subverter. Isso só ocorrerá quando ele se fizer próximo das dinâmicas das relações humanas. Para Fraser (2006), redistribuição, reconhecimento e representação são categorias plenamente adequadas e igualmente aplicáveis, mas, se não houver o reconhecimento, nenhuma delas chegará para as minorias sexuais e de gênero.

1.1 Objetivos

- **Objetivo Geral**

Analisar relatos de experiências de profissionais da atenção básica na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí.

- **Objetivos Específicos**

- a) Conhecer as visões de profissionais de saúde sobre as necessidades e demandas de saúde das populações LGBTT.
- b) Identificar as dificuldades que se apresentam aos profissionais seja no plano técnico-assistencial seja no plano moral e ético para a prestação da assistência às populações LGBTT.
- c) Identificar conhecimentos, interpretações, opiniões e apropriações de políticas ou programas de saúde referentes às populações LGBTT.
- d) Investigar na trajetória dos profissionais as oportunidades para apropriação dos debates sobre diversidade sexual, gênero e direitos humanos (formações, capacitações, experiências junto a movimentos sociais e outras).
- e) Conhecer os entrelaçamentos entre sexualidade, gênero, saúde e adoecimento na visão de profissionais de saúde.

CAPÍTULO 2. O QUE DIZ A LITERATURA NACIONAL E INTERNACIONAL SOBRE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS POPULAÇÕES LGBTTT?

Desigualdades de acesso e baixa qualidade da assistência à saúde são problemas apontados em diferentes sistemas de saúde pelo mundo e afetam especialmente grupos minoritários, como as populações LGBTTT (ALBUQUERQUE et al, 2016). O imaginário social que institui padrões sexuais binários e promove os alinhamentos “mulher-vagina-maternidade-procriação-heterossexualidade” e “homem-pênis-racionalidade-paternidade-heterossexualidade” constrói um não-lugar ou um lugar des-locado, fora do *locus*, para aqueles que não se adequam às suas normas. Então, onde e como seriam acolhidos esses sujeitos em suas diferentes necessidades de saúde? No armário?

A orientação sexual e a identidade de gênero são fatores que também devem ser considerados nos debates sobre a determinação social em saúde. Fontes de estigma e preconceito, os sujeitos que escapam ao binarismo sexual são expostos a inúmeras situações de discriminações, não apenas no que concerne aos cuidados em saúde, mas também a emprego, renda, estudos, segurança, dentre outros (MÜLLER, 2016; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; OLIVEIRA et al, 2018).

E por falar em estigma, preconceito e discriminação, conceitos que têm sido cunhados a partir de diferentes olhares e em diferentes pesquisas, alguns pontos precisam ser melhor esclarecidos e considerados. O debate sobre a natureza do estigma esteve atrelado principalmente ao trabalho de Erving Goffman (1980), que estudou vários públicos – por exemplo, pessoas com deficiência física, pessoas em sofrimento psíquico e homossexuais - que tinham “marcas” de uma identidade “deteriorada”, fato que levaria a condenações morais e exclusão social. Já a ideia de preconceito esteve posta inicialmente no campo da psicologia social, trazida por Gordon Allport (1954), que, em seu trabalho seminal, define como uma espécie de “antipatia” – que pode ser sentida - por um grupo ou um indivíduo. Não obstante, em anos recentes, a discussão tanto de estigma como de preconceito tem contribuído para entender as discriminações contra sujeitos e coletivos. Para Parker (2013), a discriminação se configura através de atitudes e ações de valência negativa e pejorativa adotadas por alguns, em relação a questões e valores específicos de um grupo minoritário. Ou seja, a discriminação é a forma mais efetivada do estigma e do preconceito. Assim, o estigma e o preconceito estão mais presentes no campo teórico, e a discriminação no campo prático e cotidiano das relações.

Para Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2017), o mundo da dissidência da norma heterossexual é muito vasto. As letras L, G, B, T e T percebidas em conjunto como um acrônimo podem levar à ilusão da homogeneidade. Cada uma dessas letras reúne, sob si mesma, um conjunto amplo e diversificado de experiências, segundo situações e marcadores interseccionais⁶. Entretanto, as experiências dessas coletividades são atravessadas por algumas linhas de força em comum, estando sujeitas a estigma, preconceito e violências, que se expressam também no acesso e na assistência à saúde.

Nesse sentido, a produção de saúde das populações LGBTTT pode estar comprometida por inúmeras condições: os modos de viver construídos por esses sujeitos – muitas vezes, como estratégias de sobrevivência, resistência e enfrentamento –, que podem acabar se materializando em práticas corporais e sexuais que os expõem ao adoecimento; a pouca motivação para a busca dos serviços de saúde devido a receios, histórias pregressas ou histórias de terceiros de julgamentos, maus-tratos e outros constrangimentos; a pouca reflexão e conhecimento dos profissionais sobre questões da saúde LGBTTT; além de situações de pobreza e outras precariedades que podem dificultar o acesso aos serviços e a efetividade da assistência à saúde (MARTOS et al, 2017).

Neste capítulo, por meio de uma revisão da literatura nacional e internacional, são discutidos condicionantes e desafios ao acesso e à qualidade da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos serviços de saúde.

O levantamento das publicações científicas foi realizado nas seguintes bases de dados: *USA National Library of Medicine* (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês, combinados pelo operador booleano “and”. Na busca avançada pelo PubMed, o descritor “minorias sexuais e de gênero” foi combinado com “acesso aos serviços de saúde”, “assistência à saúde” e “qualidade da assistência à saúde”, separadamente. As mesmas combinações foram realizadas no Lilacs e no SciELO, resultando em pequeno número de artigos. Na tentativa de ampliar a busca, nessas duas bases, utilizamos também os termos “homossexualidade”, “transexualidade” e “pessoas transgêneros”, isoladamente, e novos artigos foram compilados.

⁶ Ver também a nota de rodapé 1, sobre a escolha de usar o acrônimo LGBTTT nesta tese.

Delimitamos como critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis eletronicamente na íntegra, em português, inglês ou espanhol, e publicados entre janeiro de 2007 e dezembro de 2018. Os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas ao editor, dissertações e teses, artigos com enfoque exclusivamente clínico-epidemiológico, artigos de revisões, ensaios e relatos de experiência. No final de 2006 foram lançados os Princípios de Yogyakarta, documento fundamental para a luta contra o preconceito e discriminação das populações LGBTT no mundo (CORRÊA; MUNTARBHORN, 2006). Com isso, a data de início considerada nessa busca foi 2007. Por fim, algumas informações sobre as publicações foram sintetizadas em um quadro sinóptico (Quadro 1) contendo os seguintes itens: código, título, primeiro autor, periódico e ano.

Quadro 1: Quadro sinóptico dos artigos selecionados.

Código	Título	Primeiro Autor	Periódico	Ano
A01	Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil	Barbosa RM	Cadernos de Saúde Pública	2009
A02	As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspectivas de profissionais de saúde e utentes	Pinto N	Revista de Psicologia	2012
A03	Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife	Sousa OS	Ciência & Saúde Coletiva	2013
A04	Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito	Santos AB	Ciência & Saúde Coletiva	2014
A05	<i>Estigma y discriminación a profesional de la salud transgénero</i>	Campo-Arias A	<i>Revista de la Facultad de Medicina</i>	2014
A06	<i>Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal</i>	Cele NH	<i>Curationis</i>	2015
A07	Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil	Souza MHT	Cadernos de Saúde Pública	2015
A08	<i>Stigma, sexual health, and human rights among women who have sex with women in Lesotho</i>	Poteat TC	<i>Reproductive Health Matters</i>	2015

A09	Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde	Taquette SR	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2015
A10	<i>That would have been beneficial: LGBTQ education for home-care service providers</i>	Daley A	<i>Health & Social Care in the Community</i>	2015
A11	<i>Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations</i>	Whitehead J	<i>PLoS One</i>	2016
A12	Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde	Rocon PC	Ciência & Saúde Coletiva	2016
A13	<i>Perceived health concerns among sexual minority women in Mumbai, India: an exploratory qualitative study</i>	Bowling J	<i>Culture, Health & Sexuality</i>	2016
A14	<i>Health care provision in Brazil: A dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users</i>	Moscheta MS	<i>Journal of Health Psychology</i>	2016
A15	<i>Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care</i>	Hirsch O	<i>BMC Family Practice</i>	2016
A16	<i>Barriers to sexual health care in Argentina: perception of women who have sex with women</i>	Silberman P	<i>Revista de Salud Pública</i>	2016
A17	<i>Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences</i>	Munson S	<i>Journal of Clinical Nursing</i>	2016
A18	<i>'Competent persons who can treat you with competence, as simple as that' – an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals</i>	Lindroth M	<i>Journal of Clinical Nursing</i>	2016
A19	Sentidos atribuídos aos cuidados de saúde e à prevenção de DST/Aids em específico por jovens gays	Cunha RBB	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2016
A20	Da (im)possibilidade do diálogo: conversações públicas e os direitos LGBTs	Moscheta MS	Psicologia & Sociedade	2016
A21	<i>Obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral trans en el Gran Buenos Aires y La Plata</i>	Neer AF	<i>Revista Argentina de Salud Pública</i>	2016
A22	O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?	Rocon PC	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2017
A23	Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGB: o que pensam os médicos?	Pereira EO	Tempus Actas de Saúde Coletiva	2017

A24	Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?	Guimarães RCP	Tempus Actas de Saúde Coletiva	2017
A25	Vivências de travestis no acesso ao SUS	Ferreira BO	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2017
A26	<i>Contemporalis homo sacer: obstáculos para acceder a los servicios de salud para las poblaciones trans</i>	Caravaca-Morera JÁ	Texto & Contexto – Enfermagem	2017
A27	<i>What Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Intersex Patients Say Doctors Should Know and Do: A Qualitative Study</i>	Alpert AB	<i>Journal of Homosexuality</i>	2017
A28	<i>Health Care Needs and Care Utilization Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations in New Jersey.</i>	Qureshi RI	<i>Journal of Homosexuality</i>	2017
A29	<i>Scrambling for access: availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa</i>	Müller A	<i>BMC International Health and Human Rights.</i>	2017
A30	<i>“The doctor said I didn’t look gay”: Young adults’ experiences of disclosure and non-disclosure of LGBTQ identity to healthcare providers</i>	Rossmann K	<i>Journal of Homosexuality</i>	2017
A31	<i>Health care availability, quality, and unmet need: a comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada.</i>	Giblon R	<i>BMC Health Services Research</i>	2017
A32	<i>LGBTQ Youth's Perceptions of Primary Care</i>	Snyder BK	<i>Clinical Pediatrics</i>	2017
A33	<i>The importance of health(ism): A focus group study of lesbian, gay, bisexual, pansexual, queer and transgender individuals' understandings of health</i>	Graham K	<i>Journal of Health Psychology</i>	2017
A34	<i>Health for All? Sexual Orientation, Gender Identity, and the Implementation of the Right to Access to Health Care in South Africa</i>	Müller A	<i>Medical Education</i>	2017
A35	A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios	Popadiuk GS	Ciência & Saúde Coletiva	2017
A36	<i>Disclosure of Sexual Orientation Among Women Who Have Sex With Women During</i>	Rufino AC	<i>The Journal of Sexual Medicine</i>	2018

Gynecological Care: A Qualitative Study In Brazil.

A37	Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014	Rufino AC	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2018
A38	<i>“Like finding a unicorn”: Healthcare preferences among lesbian, gay, and bisexual people in the United States</i>	Martos AJ	<i>Social Science & Medicine</i>	2018
A39	Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde	Ferreira BO	Revista Brasileira de Promoção da Saúde	2018
A40	Acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família	Oliveira GS	Revista Rene	2018
A41	<i>The no-go zone: a qualitative study of access to sexual and reproductive health services for sexual and gender minority adolescents in Southern Africa</i>	Müller A	<i>Reproductive Health</i>	2018

Fonte: Os autores (2019).

A partir da compilação dos artigos, percebeu-se que a problemática do acesso e da qualidade da assistência à saúde das populações LGBTQ+ tem sido alvo de interesse crescente na literatura nacional e internacional. Entre 2009 e 2014, a produção sobre a temática foi de cinco publicações; e entre 2015 e 2018 identificamos 36 publicações. Em relação ao idioma, 21 artigos eram em língua inglesa, dezessete em português e três em língua espanhola. Cerca da metade dos trabalhos encontrados eram do PubMed, e os demais do Lilacs e SciELO. Os estudos foram desenvolvidos no Brasil (16), Estados Unidos (7), África do Sul (5), Canadá (4), Nova Zelândia (2), Argentina (2), Portugal (1), Suécia (1), Colômbia (1), Índia (1) e Alemanha (1).

Os 41 artigos foram publicados em 30 revistas, sendo dezesseis delas estadunidenses, dez brasileiras, duas colombianas, uma argentina e uma portuguesa. Entre as revistas brasileiras, a Ciência & Saúde Coletiva teve maior frequência de artigos (4), seguida da Physis (2), Interface (2), Cadernos de Saúde Pública (2), Tempus Actas (2) e as demais apareceram com uma única publicação. No Brasil, essa produção científica tem encontrado espaço em periódicos indexados, de circulação nacional e que se destacam na difusão de estudos de ciências sociais e humanas em saúde. Quase todas as publicações nacionais eram de periódicos classificados como A2, B1 ou B2, na área

de saúde coletiva, pelo sistema de avaliação de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Qualis/CAPES). A maioria dos periódicos estrangeiros tinham classificação A1, A2 e B2, para a mesma área de conhecimento.

A formação profissional dos primeiros autores dos artigos variou, principalmente, entre Psicologia (12), Enfermagem (10) e Medicina (9). Quatro artigos possuíam um único autor, e um grande contingente três autores ou mais, expressando forte interação entre diferentes centros de pesquisa e diálogos interdisciplinares.

Vinte e nove artigos utilizaram abordagem qualitativa, nove quantitativos e três estudos quanti-qualitativos. Revisões anteriores também apontaram o predomínio da abordagem qualitativa em estudos sobre saúde LGBTT, talvez por serem metodologias mais propícias à compreensão de temas complexos, como as relações de gênero, sexualidade, produção de subjetividade e direitos humanos no campo da saúde (MEADS; CARMONA; KELLY, 2012; ALBUQUERQUE et al, 2016). No processo interpretativo, muitos utilizaram técnicas de análise de conteúdo ou análises baseadas em pressupostos hermenêutico-dialéticos. Nas publicações quantitativas, predominaram estudos descritivos com informações sociodemográficas e clínicas de populações LGBTT.

Quanto aos participantes, as pesquisas incluem tanto os grupos LGBTT, como profissionais de saúde, especialmente médicos. Em sua maioria, os estudos utilizam o recrutamento de participantes LGBTT por meio de amostragem de conveniência, a partir da técnica conhecida como Bola de Neve. Notou-se também a incorporação de participantes por recrutamento *online* ou com apoio de informantes-chave dos movimentos LGBTT. A principal vantagem dos métodos que utilizam cadeias de referência é que, em redes sociais complexas, de difícil acesso, como as populações LGBTT, é mais fácil um membro do grupo conhecer outro membro do que os pesquisadores identificá-los.

Dezenove artigos discutem as populações LGBTT como um único grupo, considerando as nuances em suas análises. Doze estudos utilizam apenas as categorias travesti, homem/mulher transexual ou transgênero e/ou pessoas trans. Elas discutem os condicionantes biomédicos oriundos do processo de transformação corporal, como a utilização de hormônios, a realização de cirurgias plásticas, aplicações de silicone, até a própria redesignação sexual (GIBLON, BAUER; 2017; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017). Não obstante, essas análises vão além da perspectiva hegemônica

e patológica e os autores buscam desvelar os desafios para a promoção de saúde, a garantia legal desses processos, o fortalecimento dos direitos, do reconhecimento e da autonomia desses sujeitos nos serviços de saúde. Oito artigos abordam a qualidade da assistência à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, em serviços públicos e privados. Estudos exclusivamente com gays masculinos foram encontrados somente em duas publicações, uma nacional e outra internacional. Nenhum artigo analisou somente a condição bissexual. O tema esteve escamoteado nos diferentes estudos, sugerindo que a bissexualidade ocupa um lugar precário socialmente, politicamente e cientificamente, sendo ainda percebida como uma sexualidade “duvidosa”, o que dificulta a possibilidade de inclusão real desses sujeitos. Revisão de artigos publicados no Reino Unido também percebeu a pouca produção envolvendo pessoas bissexuais (MEADS; CARMONA; KELLY, 2012). Apesar da importância do tema, questões relacionadas às necessidades de saúde de adolescentes e jovens LGBTTT foram discutidas em somente três artigos.

A perspectiva ideológica dos autores pode ser um fator particularmente importante na análise de pesquisas científicas. Em alguns estudos (5), os pesquisadores - gays, lésbicas e um homem trans - explicitaram, no artigo, sua orientação sexual e/ou identidade de gênero.

Adentrando na análise dos conteúdos dos artigos, especialmente no que tange aos direitos das populações LGBTTT, alguns pontos foram destacados. As reflexões sobre esses direitos reivindicam legitimidade em um conjunto de documentos de caráter normativo, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo de 1994. Os Princípios de Yogyakarta de 2006 – documento que sintetiza um conjunto de princípios para a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero - foram considerados fundamentais para guiar os Estados na adoção de medidas de proteção às populações LGBTTT. As análises sobre condições de acesso e a qualidade da assistência à saúde, na maioria dos casos, foram enquadradas nesses marcos (PINTO; MOLEIRO, 2012; GIBLON, BAUER; 2017).

A retirada da homossexualidade da rubrica da patologia foi considerada fato importante para o enfrentamento dos abusos, restrições e negações de direitos às populações LGBTTT. Contudo, o processo de desconstrução da perspectiva patologizante tem sido longo e não linear. Alguns mencionaram o papel dos marcos normativos internacionais quando, em meados dos anos 1970, instâncias como a Associação

Americana de Psiquiatria e a Associação Americana de Psicologia deixaram de classificar a homossexualidade como doença e, em 1990, a Organização Mundial de Saúde seguiu o mesmo caminho retirando-a da lista de doenças mentais (SANTOS; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2014; MOSCHETA, SOUZA, CASARINI, SCORSOLINI-COMIN, 2016).

Na publicação de Martos et al (2017), a aprovação de leis que coíbem crimes contra a orientação sexual e identidade de gênero - como a lei estadunidense Matthew Shepard e a lei de regulamentação do casamento LGBTT no Canadá - é tomada como exemplo de iniciativas legais que potencializam a efetivação de direitos. Os artigos discutem o caso da África do Sul, que, mesmo cercada por países avessos aos direitos LGBTT, abriu espaço para a consolidação de uma das legislações mais “progressistas” do mundo; sua Constituição foi a primeira a proibir discriminação sexual e de gênero e, hoje, também protege os refugiados LGBTT, por isso concentra um grande número de "asilados sexuais" do continente (CELE; SIBIYA; SOKHELA, 2015; MÜLLER et al, 2018). Em Portugal, a Lei de Identidade de Gênero permite e assiste mudanças corporais e nos registros civis desde 2011 e é referência para a discussão dos direitos LGBTT (PINTO; MOLEIRO, 2012).

Na discussão de aspectos da assistência à saúde LGBTT, muitos artigos, principalmente dos Estados Unidos, tomam como referência documentos do tipo protocolos, manuais técnicos, guias de conduta, recomendações e outros (ROSSMAN; SALAMANCA; MACAPAGAL, 2017; QURESHI et al, 2018). Majoritariamente, eles apontam lacunas entre os modelos teórico-lógicos das políticas e programas e a realidade da prática clínica.

No cenário brasileiro, muitas publicações citam a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu direito universal à saúde, o programa “Brasil sem Homofobia”, de 2004, e a I Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT, de 2008. Na discussão sobre despatologização, é muito citada a Resolução 001/99 do Conselho Federal de Psicologia, que proíbe os psicólogos de participarem ou proporem eventos e serviços que se proponham a “tratar” e “curar” pessoas LGBTT. Na discussão sobre o processo transexualizador no SUS, o marco é a Portaria nº 2803/13, do Ministério da Saúde, apontada como divisor de águas na perspectiva da equidade em saúde. A Portaria ministerial nº 2.836/11, que lançou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, é referência para as discussões sobre acesso e

qualidade da assistência à saúde dessas populações (ROCON et al, 2016; PEREIRA et al, 2017; GUIMARÃES et al, 2017; OLIVEIRA et al, 2018).

Já os estudos de Sousa, Ferreira e Sá (2013) e Whitehead (2016) mostram como problemas históricos e estruturais dos serviços e sistemas de saúde, ligados a contextos políticos, econômicos e culturais, afetam a produção da saúde de indivíduos com múltiplas estigmatizações – por gênero, raça, classe, situação socioeconômica, dentre outras. Para Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017), apesar da existência de políticas de saúde brasileiras para as populações LGBTT, gestores de saúde enfrentam dificuldades na operacionalização, monitoramento e avaliação das mesmas, e há fragilidades na coordenação e no diálogo entre representantes dos governos federal, estadual e municipal.

Também analisamos as discussões da literatura sobre as condições que influenciam o acesso e a qualidade da assistência à saúde das populações LGBTT. Uma vasta produção teórica nacional e internacional tem investido em categorias e modelos de análise para o estudo de acesso e qualidade em saúde, sob perspectivas heterogêneas, que vão desde estudos avaliativos normativos até aqueles mais sociológicos.

Para Giovanella e Fleury (1995), o acesso está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter assistência à saúde, e as condições de acessibilidade comportam dimensões políticas, econômicas, técnicas e simbólicas. A qualidade dos serviços de saúde costuma ser avaliada normativamente, tomando como marco teórico os sete pilares propostos por Donabedian (1973): eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Contudo, Uchimura e Bosi (2002) trazem a ideia de qualidade relacionada à própria subjetividade dos processos de saúde, e por isso destacam a necessidade de apreender a experiência vivencial dos atores sociais na sua relação com os serviços de saúde.

Com inspiração nesse debate teórico, mas sem pretender aprofundamento em questões mais técnicas da área de avaliação em saúde, nesta revisão, os temas e discussões encontrados na literatura foram organizados em três dimensões principais: relacional, que diz respeito às relações intersubjetivas entre usuários e profissionais; organizacional, que se refere aos modos de organizar os serviços e os processos de trabalho; e, por fim, contextual, que engloba os modos como situações de vulnerabilidade e determinantes sociais afetam as condições de satisfação das necessidades de saúde. A distinção entre essas dimensões é meramente para fins de operacionalizar a análise; nas publicações – assim como nos fluxos de interação da vida real – elas são complexas e imbricadas.

A dimensão relacional

Na dimensão chamada aqui “relacional”, as relações entre pessoas LGBTT e profissionais de saúde foram identificadas como condição central à qualidade da assistência, pois delas depende o acolhimento, que implica construção de vínculos, respeito, não discriminação e não julgamento, isto é, a prática de uma clínica comprometida com a cidadania. Para Merhy (1997), o acolhimento é o verdadeiro encontro entre as necessidades das pessoas e os processos de cuidado, território próprio das tecnologias leves.

Nas produções de Cele, Sibiya e Sokhela (2015) e de Rufino et al (2018a), a boa relação usuário-profissional, que pressupõe escuta ativa e qualificada, é considerada condição para a revelação da orientação sexual e/ou identidade de gênero nos serviços de saúde – condição indispensável para uma assistência resolutiva e o estabelecimento de linhas de cuidado. As populações LGBTT mostraram preocupações diversas no que se refere a revelar-se ou não aos profissionais de saúde.

A pesquisa de Barbosa e Facchini (2009) com mulheres lésbicas em São Paulo mostrou que a principal barreira na busca pelos serviços de saúde está relacionada ao receio de revelar sua orientação sexual e práticas homoeróticas, e à expectativa de sofrer preconceitos. Em estudo realizado na Alemanha com 766 mulheres lésbicas, apenas 40% revelaram a sua orientação sexual aos profissionais de saúde, embora 89% delas tivessem um médico de referência para os cuidados básicos (HIRSCH; LÖLTGEN; BECKER, 2016) A não revelação pode deixar as mulheres lésbicas mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Aids, pois, apesar de suas variadas práticas sexuais, elas pouco utilizam preservativos (RUFINO et al, 2018b).

Na África do Sul, as populações LGBTT descreveram experiências de desrespeito por parte de profissionais de saúde ou administrativos, ao revelarem a orientação sexual e/ou identidade de gênero nos serviços de saúde, com cenas de assédio verbal e sexual (CELE; SIBIYA; SOKHELA, 2015). Ao expressarem o desejo pela gravidez, mulheres lésbicas da Nova Zelândia se sentiram assediadas através de reações pejorativas dos profissionais de saúde (MUNSON; COOK, 2016). Outro estudo mostrou que usuários que se revelaram tiveram 2,5 vezes mais chances de sofrer preconceitos (POTEAT et al, 2016).

A revelação da orientação sexual e/ou identidade de gênero pode causar constrangimentos nos profissionais de saúde pouco sensibilizados ou capacitados para atender essas populações. As pesquisas de Rufino et al (2018a) e Munson e Cook (2016) mostraram que, após a verbalização da identidade LGBTT, usuários perceberam que os profissionais se puseram desconfortáveis, com rápida mudança de assunto, não sabendo como continuar a comunicação, ou então, incrédulos diante da revelação da orientação sexual e/ou identidade de gênero. No estudo de Alpert, CichoskiKelly e Fox (2017), alguns usuários também perceberam curiosidade inadequada dos profissionais de saúde durante os atendimentos, quando perguntas e detalhes das práticas sexuais foram questionadas, sem que essas inquietações fossem relevantes para o resgate histórico, diagnóstico ou tratamento em saúde. Pereira et al (2017) e Graham et al (2017) destacaram que as crenças religiosas dos profissionais, quando impostas, fragilizavam o vínculo entre profissional e usuário.

A violação do sigilo das informações nos atendimentos em saúde LGBTT foi um tema bastante abordado na literatura. No estudo de Neer (2016), usuários relataram que sua orientação sexual e/ou identidade de gênero foi compartilhada com outros profissionais, de forma indiscriminada e desnecessária, bem como com outras pessoas da comunidade. Nos Estados Unidos, os usuários relataram medo de que suas informações fossem passadas para seguradoras de saúde e taxas maiores fossem cobradas, associando a identidade LGBTT ao risco de contrair HIV (ROSSMAN; SALAMANCA; MACAPAGAL, 2017) e pessoas trans canadenses apresentaram dificuldades na adesão aos seguros de saúde, estando em listas separadas com espera de mais de um ano para efetivar o seguro (GIBLON; BAUER, 2017).

A dimensão organizacional

Os modos de organização dos serviços, os processos de trabalho e os efeitos no que se refere ao acesso e à qualidade da assistência à saúde das populações LGBTT foram problematizados na literatura. A inadequação do acolhimento foi evidenciada em situações diversas como: o não reconhecimento do nome social no prontuário e nas comunicações nos balcões, nas salas de espera e nos consultórios, relatado por travestis brasileiras (FERREIRA et al, 2017); a dispensação rotineira de preservativos masculinos às mulheres lésbicas, sem considerar suas práticas sexuais (SILBERMAN; BUEDO;

BURGOS, 2016); a confusão entre a transexualidade e a homossexualidade (SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2014); a exposição de adolescentes LGBTT a situações vexatórias ou quebra de privacidade diante dos pais ou responsáveis (MÜLLER et al, 2018).

A lógica organizacional heteronormativa e seus efeitos nos processos de trabalho e comunicação nos serviços de saúde foram percebidos pelos sujeitos participantes dos estudos revisados. No estudo de Neer (2016), usuários destacaram a falta de atividades e recursos informativos e educativos - cartazes, folhetos, cartilhas, palestras - referentes à saúde das populações LGBTT. A criação de um ambiente favorável a essas populações nos serviços requer, entre outras coisas, a promoção institucional de processos pedagógicos que inclua o respeito à diversidade sexual e de gênero e fomente uma cultura de valorização de direitos humanos.

Destarte, há importantes fragilidades nas instituições de saúde, no tocante a esse papel educativo. A produção de Munson e Cook (2016) mostrou que os materiais educativos utilizados nos serviços tinham uma linguagem muito técnica, pouco *LGBTT-friendly*, que não se aproximava dos dialetos e gírias próprios das comunidades. Pessoas LGBTT perceberam também que estavam sendo julgadas por trabalhadores de serviços de limpeza, segurança, e administração das instituições de saúde, por conta da sua forma de falar, suas vestimentas ou modos de se expressar (PINTO; MOLEIRO, 2012). Outros relataram que se sentiam rejeitados pelos demais usuários dos serviços na sala de espera (CARAVACA-MORERA et al, 2017; OLIVEIRA et al, 2018). Nas produções de Rocon et al (2016) e Cele, Sibiya e Sokhela (2015), os próprios usuários sugeriram a realização de ações educativas para os gestores, administradores, profissionais de saúde e outros que atuam em serviços de apoio, bem como para a comunidade em geral, com o intuito de desmistificar conceitos historicamente construídos – o que poderia ter efeitos positivos tanto na dimensão relacional como na organizacional.

Para Souza et al (2015), a transformação dos processos de trabalho nas instituições de saúde exige dos profissionais maior sensibilidade e compreensão dos direitos e das especificidades de assistência às populações LGBTT, especialmente para as pessoas trans. Nos Estados Unidos, populações LGBTT da zona rural relatam dificuldades de encontrar provedores de saúde disponíveis e capacitados (WHITEHEAD; SHAVER; STEPHENSON, 2016). Em Portugal, essas populações foram melhor assistidas por

profissionais que possuam familiares LGBTT, indicando uma sensibilidade gerada a partir da própria vivência sistêmica (PINTO; MOLEIRO, 2012)

Além da sua dimensão pedagógica, a educação permanente – capacitações e treinamentos, as modalidades mais discutidas na literatura - voltada para a saúde LGBTT foi mencionada como importante estratégia de mudança na lógica operacional dos serviços. Iniciativas propulsoras desse debate, como a da *Association of American Medical Colleges*, que tem disponibilizado vídeos, guias e manuais informativos para os profissionais de saúde, foram discutidas por Rossman, Salamanca e Macapagal (2017). Do mesmo modo, Pereira et al (2017) discutiram iniciativas do Ministério da Saúde do Brasil, que, em parcerias com universidades públicas, tem promovido cursos e formações sobre a temática LGBTT, na modalidade a distância. A inclusão da questão dos direitos LGBTT na formação acadêmica foi outro tema evidenciado. Profissionais de saúde entrevistados apontaram fragilidades do ensino ofertado nas faculdades; consideraram que os conteúdos curriculares referentes à saúde LGBTT transmitem uma concepção exclusivamente tecnicista e biomédica, com enfoque nas infecções sexualmente transmissíveis e os riscos associados (HIRSCH; LÖLTGEN; BECKER, 2016; SNYDER; BURACK; PETROVA; 2017).

Os sentidos atribuídos às necessidades e aos cuidados de saúde das populações LGBTT estão imersos numa rede contínua de enfrentamentos, negociações, legitimações e transformações, que podem aproximar ou afastar esses sujeitos dos serviços, e por isso é necessária uma discussão mais ampla e permanente nos aparelhos formadores e nos processos de educação em serviço.

A dimensão contextual

Em uma série de estudos, discutem-se situações de vulnerabilidade e determinantes sociais que afetam as condições de satisfação das necessidades de saúde das populações LGBTT. As noções de vulnerabilidade e de determinação social em saúde remetem ao entrelaçamento de condições materiais, psicológicas, culturais, morais, jurídicas e políticas que privam as pessoas, em graus variados, de direitos, autonomia, reconhecimento e participação, expõe-nas a situações de adoecimento e excluem-nas dos recursos disponíveis à saúde (AYRES et al, 2006; SABROZA, 2005). O que é chamado aqui de universo LGBTT é um conglomerado heterogêneo de pessoas, que se distinguem

não apenas pelas suas identidades sexuais e/ou de gênero, mas por marcadores de classe, raça, origem e outros.

As situações de pobreza, violência, discriminação e estigmatização são componentes importantes de contextos que vulnerabilizam e precarizam as condições de saúde de pessoas LGBTT, embora nem sempre do mesmo modo. Alguns estudos relevaram que imigrantes, indígenas, pessoas privadas de liberdade, negros e residentes da zona rural sofrem vulnerabilidades ainda mais acentuadas, na tentativa de acesso aos serviços de saúde (SANTOS; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2014; MÜLLER, 2016, 2017).

O estudo de Qureshi et al (2018) com as populações LGBTT de *New Jersey*, mostrou que, entre as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, está o custo dos seguros particulares. Nas realidades brasileira e sul-africana, as populações LGBTT em situação de pobreza enfrentam fragilidades para acessar serviços e ações de saúde pela dificuldade, por exemplo, de pagar o transporte para chegar às unidades de saúde (MÜLLER, 2016; ROCON et al, 2016). No caso das pessoas trans, na tentativa de se tornarem inteligíveis, a escassez ou inexistência de oferta de certas tecnologias e procedimentos especializados nos serviços públicos faz com que elas, muitas vezes, se submetam a processos de forja dos seus corpos em serviços clandestinos, sem nenhum tipo de segurança, e inclusive acabam vivenciando experiências de quase morte constantemente (FERREIRA et al, 2017).

A LGBTTfobia, termo que denota discriminações e as mais variadas formas de violência sofridas pelas populações LGBTT, se prolonga e se reproduz na cadeia de eventos que vai dos maus-tratos e espancamentos dentro das famílias, nas ruas ou no trabalho até as instituições onde se busca apoio, como as delegacias e serviços de saúde. O estudo de Monteiro e Brigeiro (2019) com pessoas trans, grupo para o qual muitas vezes a busca pelos serviços de saúde está associada a esses eventos, relatou o não uso proposital do nome social, as chacotas e as brincadeiras vexatórias nas salas dos serviços de saúde. A violência institucional gera desconfiança dos profissionais, obstaculiza os vínculos e produz a atitude de evitar os serviços de saúde em outras situações.

Outro aspecto discutido é como a discriminação e a violência, além de serem condicionantes do acesso e da qualidade da assistência à saúde, são também fatores de adoecimentos. Essas situações são associadas com ansiedade, depressão, tentativas de suicídio, uso abusivo de substâncias psicoativas, e precisam ser consideradas pelos

serviços de saúde (CUNHA; GOMES, 2016; TAQUETTE; RODRIGUES, 2016; WHITEHEAD et al, 2016; ROSSMAN; SALAMANCA; MACAPAGAL; 2017).

Com a epidemia de Aids, a homossexualidade e outras sexualidades e gêneros divergentes da norma ficaram atreladas, de forma perversa, ao adoecimento, transformando a própria identidade sexual em sinônimo de Aids. Alguns artigos discutiram como o duplo estigma – o da transgressão da heteronormatividade e o da Aids -, em seus vários atravessamentos, também traspassavam os serviços de saúde na América Latina (CUNHA; GOMES, 2016), no Canadá (DALEY; MACDONNELL, 2015) e nos Estados Unidos (QURESHI et al, 2018), operando tanto na assistência básica como na especializada. No estudo de Bowling (2016), na Índia, com o aumento de HIV em pessoas trans, essa dupla estigmatização foi ainda mais reforçada. Já a pesquisa argentina de Campo-Arias, Oviedo e Herazo (2014) mostrou outro modo de estigma: pessoas trans profissionais de saúde foram avaliadas pelos usuários como infectantes de HIV, pedófilas ou criminosas sexuais, antiéticas ou pouco competentes em sua profissão.

Em algumas publicações revisadas discute-se ainda a importância dos ativismos LGBTTT para fazer avançarem os direitos desses sujeitos da saúde e, por conseguinte, transformar, em um sentido positivo, as próprias condições contextuais e intrínsecas aos serviços e às práticas profissionais que influenciam o acesso e a qualidade da assistência à saúde (LINDROTH, 2016; MOSCHETA et al, 2016).

Se a literatura nacional e internacional mostra a grande importância dos instrumentos normativos e legais no processo de construção e garantia de direitos LGBTTT, revela também que eles não são, de modo algum, suficientes para as mudanças. Para sua eficácia concreta, precisam ser estabelecidas pactuações de outras ordens, que não normativas e jurídicas, e que passam para além daqueles circuitos macropolíticos e macroinstitucionais. Contudo, olhar para a construção desses instrumentos legais parece fornecer boas pistas de como os circuitos micropolíticos e microinstitucionais estão organizados em sistemas maiores de poder na sociedade.

Já que registramos as inúmeras fragilidades nesse campo micropolítico da assistência à saúde das populações LGBTTT a partir dessa revisão de literatura, agora voltaremos no tempo para olhar o percurso das lutas, avanços, silêncios, desafios, barganhas e retrocessos que estiveram no campo macropolítico das legislações, políticas, programas e ações voltadas para a saúde das populações LGBTTT.

Qualificar essa linha temporal é marcar uma memória na história do Brasil, e que precisa ser reforçada cotidianamente juntos aos profissionais de saúde, gestores, usuários, movimentos sociais e outros atores do SUS. As lutas sociais e políticas das instâncias que desenham, implementam e gerem as políticas públicas podem ser trasladadas e reencenadas nos serviços de saúde, nos corredores das unidades, no interior dos consultórios, nos encontros e nas sociabilidades que ali diuturnamente se tecem. E é por isso que no Capítulo 3 será apresentado esse percurso de construção e elaboração de políticas e programas de saúde que englobaram as populações LGBTTT nos últimos trinta anos.

CAPÍTULO 3. CADÊ OS DIREITOS LGBTT NA SAÚDE PÚBLICA?

Em análise acerca da história da sexualidade, Michel Foucault sugeriu que, para investigar com mais profundidade as aproximações entre sexualidade e política, o foco deveria estar nas relações de poder, naquilo que poderia ser descrito como seus limites externos e nas formas pelas quais o funcionamento dessas relações flui através de todo um sistema social (FOUCAULT, 2017). Essa perspectiva conceitual foi crucial para desviar o interesse apenas de sujeitos e contextos considerados como principais fontes de poder, como o próprio Estado, o capital e as figuras religiosas, para então examinar outras relações em que sexualidade e política constantemente se cruzam, se encontram. Para Rubin (2011), a sexualidade, assim como gênero, se trata de política, e é por meio de fortes sistemas de poder que alguns sujeitos são recompensados, em detrimento de outros que são punidos em suas práticas, desejos, identidades e expressões. É dentro desse lugar de controle social de corpos que o conceito de política sexual pode ser definido como intervenções que se utilizam de leis, resoluções, campanhas, ações e programas realizados pelo Estado a fim de “regular”, “gerir” ou “administrar” a sexualidade das pessoas.

É como produto de um conjunto de negociações e pactuações que as políticas sexuais se inscrevem na ordem da complexidade. Comumente permeadas de interesses distintos - posicionamentos políticos, crenças religiosas, valores culturais, evidências científicas -, podem traduzir “verdades” e moralidades, em que as pessoas tendem a ser circunscritas em linhas de forças regulatórias, e assim, criar repertórios sexuais dentro de uma matriz normativa.

Também podemos dizer que a discussão de política sexual é a parte mais evidenciada do que se entende como “dispositivo da sexualidade” de Foucault (2017); é a operacionalização do conceito foucaultiano em espaços sociais e históricos mais demarcados. Dessa forma, a política sexual e as formas de regulação moral tendem a delinear as vidas dos “outros”, pessoas que, dadas suas expressões, práticas e desejos, são ora discriminados, ora convocados como sujeitos de direitos. E a política sexual brasileira que se desenvolve desde o final do século XIX tem no rol dos “outros” as populações LGBTT.

Para Carrara (2015), a inclusão social como tema da agenda política nas democracias modernas, principalmente de países latino-americanos, tem sido uma pauta controversa quando falamos em questões de gênero e sexualidade. Nos últimos anos,

houve um *boom* de legislações, políticas, programas e ações em saúde com foco nas populações LGBTTT. Pesquisadores, profissionais e formuladores de políticas têm tentado projetar e implementar políticas e programas que dialoguem com a saúde das populações LGBTTT. Contudo, esse interesse recente contrasta significativamente com as maneiras pelas quais a sexualidade foi abordada em épocas anteriores, e a concretização de práticas e direitos projetados nessas políticas enfrenta enormes e múltiplas barreiras – e essa é a problemática central desta tese.

Nesse debate, construímos uma linha temporal de políticas, programas e ações voltados para a saúde das populações LGBTTT, Aids, direitos humanos e outras aproximações e anúncios históricos dessa temática. Olhar essas propostas governamentais é um indicativo de pistas e elementos relevantes para compreender os processos em que a cidadania sexual e de gênero procuram se tecer no campo da saúde. Contudo, não se deve nunca esquecer que os ganhos oriundos dessas políticas são resultados de uma trajetória de lutas políticas protagonizadas, principalmente, pelos movimentos sociais LGBTTT, há mais de 40 anos, ou seja, desde o seu surgimento, em meio às lutas contra a ditadura militar, até os dias atuais.

Para iniciar essa mirada, trouxemos a produção de Mello, Avelar e Maroja (2012), que, ao analisarem a efetividade de alguns planos, programas e conferências produzidos e realizados pelo governo federal no processo de construção de políticas públicas para as populações LGBTTT no Brasil, identificaram que, em meio às tentativas de combate à epidemia de Aids em 1982, quando ela chega ao país, algumas ações em saúde foram tomadas pela estrita associação da doença com as sociabilidades LGBTTT. Terto Júnior (2002) reforça que a associação chegou a tal ponto que a Aids começou a ser chamada de GRID (*Gay Related Immunodeficiency*) nos espaços mais científicos e de câncer gay, peste gay ou peste rosa pelas mídias e dispositivos de opinião pública.

Foi com o aumento dos números de casos de Aids e sem uma resposta célere para o *boom* da questão pública e moral instaurada que o governo passou a implantar políticas públicas de enfrentamento baseando-se em experiências estrangeiras/internacionais. Em 1987 foi criado o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil. E foi a partir dele que começaram as discussões sobre questões éticas relacionadas à Aids, prevenções, terapias convencionais e alternativas, vacinas e medicamentos, aconselhamento, sexualidade e

soropositividade, dentre outras relacionadas à temática (MATTOS; TERTO; PARKER, 2003).

Foi dentro desse cenário da epidemia de Aids que o Brasil viveu um intenso movimento político com o intuito de democratizar e aumentar a “consciência” da população acerca da saúde enquanto direito de todos. Questionava-se sobre a influência dos determinantes sociais no campo da saúde, e a necessidade de políticas e projetos sociais que democratizassem o Estado com seus aparelhos, e assegurassem a descentralização do poder respeitando a participação social e o valor ético na promoção de mudanças na sociedade (PAIM, 2018). Tal fato se promulgou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, iniciada em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura. Tratou-se, especialmente, de uma conferência realizada de maneira aberta à sociedade civil e com importante valor na propagação do movimento da Reforma Sanitária (BERTOLLI FILHO, 2004).

Fruto também dessas mobilizações, o grande marco ocorreu em 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, que, em seu artigo 196, definiu saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegure o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 54). Esse notável progresso esteve pautado junto aos movimentos sociais e as organizações da sociedade civil a favor de um direito comum: a saúde universal, integral e equânime.

Mesmo diante de uma conjuntura adversa com os governos liberais da década de 1990, a Lei nº 8.080 foi sancionada, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis à saúde, e, para tanto, foi criado o SUS. No artigo 7º, essa criação implementa “ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS e desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal” (BRASIL, 1990a, p.15). E a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, trouxe a questão da participação da comunidade na gestão do SUS e regularizou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Nos anos de 1990, houve também um fortalecimento dos movimentos LGBTT, caracterizado por iniciativas de organização e mobilização em massa, que, além da luta pela garantia de direitos, passaram a se organizar junto com os órgãos federais, estaduais

e municipais para desenvolver ações voltadas para o combate e prevenção da Aids. Esse período foi marcado por algumas ações de saúde: em 1991 houve a inclusão dos procedimentos para o tratamento da Aids no SUS e o início do credenciamento de hospitais para o acompanhamento de pessoas vivendo com HIV; as notificações para controle dos novos casos começaram a ser sistematizadas a partir de 1993 pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); a partir de 1997 houve a implantação da Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes vivendo com HIV em terapia com antirretroviral; e o lançamento dos programas nacionais de DST e Aids no decorrer dos anos 1990 culminou, em 1998, na determinação do Ministério da Saúde, de que o usuário do SUS, por lei, teria o direito ao recebimento de medicação gratuita na rede de saúde (BEZERRA, 2019). A partir dessas iniciativas, os serviços de saúde também passaram a ser um espaço privilegiado de acesso para as populações LGBTTT, em contrapartida, numa quase que centralidade na prevenção e tratamento da Aids.

Além desse foco dado às populações LGBTTT - “vítimas da epidemia” -, um conjunto de preconceitos populares amalgamados por teses e teorias científicas se tornaram muito próximos, a ponto de se tornar impossível separar uns dos outros, reforçando-se mutuamente e influenciando as formas com as quais a sociedade brasileira respondeu e tem respondido à epidemia de Aids junto às populações LGBTTT.

Em 1996, o Brasil adotou o Programa Nacional de Direitos Humanos I, sendo um dos primeiros países do mundo a cumprir a recomendação específica da Conferência Mundial de Direitos Humanos, atribuindo ineditamente aos direitos humanos o *status* de política pública governamental. No ano seguinte, 1997, houve a criação da Secretaria Nacional de Direitos Humanos, criada dentro da estrutura do Ministério da Justiça e que só em 1999 passou a ser chamada de Secretaria de Estado de Direitos Humanos, onde o titular da época conquistou o *status* de ministro. Foi apenas durante o governo Lula, em 2003, que se tornou Secretaria Especial de Direitos Humanos e teve mais investimentos em recursos e fortalecimento de sua estrutura organizacional. A partir desse período, a agenda das populações LGBTTT começou a ser gestada na política de direitos humanos (PEREIRA, 2016). No atual governo Bolsonaro (direita ultraconservadora), à frente dessa secretaria, temos a pastora e ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos Damares Alves, que tem feito fortes ataques às populações LGBTTT.

Recentemente, em uma das declarações mais polêmicas, a ministra afirmou que o país vive uma "nova era", em que "menino veste azul e menina veste rosa" (EXAME,

2019). Esta afirmação nos faz pensar acerca do fundamentalismo religioso reforçando os estereótipos de gênero e propagando intolerância, apagamentos e negações, principalmente quando falamos das populações LGBTTT. Ocorre que, ainda antes de nascer, um conjunto de representações sobre a existência humana são reforçados na nossa cultura, e as classificações entre “ser menina” e “ser menino” começam a serem operadas. Em sua maioria, adornos cor-de-rosa ou azuis são utilizados para comunicar as “feminilidades” ou “masculinidades”, indicando que um processo social de construção da subjetividade foi, ali, iniciado. No entanto, o que estamos lutando desde a criação dessa secretaria em 1997 é pela desconstrução dessas normatividades transcritas em cores. Onde ficariam as populações LGBTTT nessa cartela de cores? Que roupas vestiriam? Azul ou rosa? Rubin (2011) nos ajuda a pensar nessa situação quando lembra que todos aqueles que costumam expressar identidades sexuais dissidentes tendem a ser mais vigiados e controlados pelo Estado.

Mas voltando aos anos seguintes, foi em 2002 que foi aprovado o II Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH 2) sob o governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso, que tinha uma pauta neoliberal, mas produziu alguns avanços nos projetos da temática LGBTTT. No que tange à saúde, apresentou na proposta 248 a possibilidade de “[...] promover campanhas junto aos profissionais da saúde e do direito para o esclarecimento de conceitos científicos e éticos relacionados à comunidade LGBT.” (BRASIL, 2002, p. 19).

O primeiro mandato presidencial de Lula, entre 2003 e 2006, foi marcado por diálogos intensos com os movimentos sociais LGBTTT, o que deu palco para surgirem as primeiras iniciativas voltadas para a proteção das populações LGBTTT no Brasil. A relação próxima entre o Partido dos Trabalhadores (PT) e as principais redes e lideranças dos movimentos sociais direcionou também esse diálogo.

Foi exatamente no ano marco de 2004 que o presidente Lula lançou o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra a população GLTB e de Promoção da Cidadania de Homossexuais, intitulado “Brasil Sem Homofobia”, que inaugurou uma forte discussão entre a sociedade civil e o Estado pela garantia de direitos LGBTTT. O programa foi constituído por ações distribuídas em diferentes áreas, a saber: articulação da política de promoção dos direitos dos homossexuais; legislação e justiça; cooperação internacional; direito à segurança; direito à educação; *direito à saúde*; direito ao trabalho; direito à cultura; política para a juventude; *política para as mulheres*; *política contra o*

racismo e a homofobia [grifo dos autores] (BRASIL, 2004b). A participação conjunta de grupos do movimento LGBTTT na elaboração do documento pode ser percebida principalmente pelo letramento utilizado nesse documento, com narrativas vivas de pessoas LGBTTT, explicações claras do que se refere às questões de terminologias utilizadas pelo grupo, bem como a definição de ações a curto, médio e longo prazo em vários campos da sociedade, incluindo o financiamento para criação de centros de referência LGBTTT com execução de organizações não-governamentais.

Para Weeks (1999), a sexualidade é construída por meio de arbitrariedades, moralismos e convenções históricas, que vão se naturalizando e universalizando, criando hierarquias de normalidades e aceitação social, dentro de um projeto de sociedade. Contudo, esse projeto de sociedade “sem” sexismo, machismo e LGBTTTfobia, que desenha o programa Brasil Sem Homofobia, o qual é capaz de incluir socialmente pessoas com orientação sexual e identidade de gênero dissidentes, tem também suas próprias contradições, sendo uma delas a possibilidade de uma possível descaracterização ou (des)integração das identidades das populações LGBTTT. Isto é, esse projeto de "reforma da sociedade" também exigiria de seus colaboradores a conformação a modelos de identidade sexuais, mantendo à margem os que se recusarem a incorporar as *personas* sexuais aceitáveis.

Para Carrara (2015), dentro da construção da política sexual, é importante que haja articulação, mobilização e ativação de mudanças sociais e culturais. Na tentativa de promover diálogos com os diferentes atores da implantação do programa Brasil Sem Homofobia, e especialmente dentre as ações relacionadas ao direito à saúde, instituiu-se também a formalização de um Comitê Técnico, que posteriormente foi formalizado por meio da Portaria nº 2.227 de 2004, coordenado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), e composto por representantes dos coletivos LGBTTT e áreas técnicas do Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar uma política de atenção integral à saúde das populações LGBTTT (BRASIL, 2004b).

Ainda em 2004, o governo federal lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em parceria com diversos setores da sociedade civil, a fim de que as mulheres brasileiras avançassem em suas conquistas e perspectivas de saúde como direito de cidadania. A partir dessa discussão, a política propôs melhorias na atenção obstétrica, enfrentamento à violência sexual e doméstica, ações de prevenção e promoção da saúde

feminina, e, além disso, trouxe ações para grupos em situação de maior vulnerabilidade, como as mulheres lésbicas (BRASIL, 2004a).

Nessa linha cronológica de elaboração de programas e políticas de saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi criada em 13 de março de 2006, por meio de decreto presidencial, e formada por diferentes especialistas da vida cultural, econômica, política e científica do Brasil, conforme recomendações de um processo maior desencadeado pela OMS, que havia estabelecido uma Comissão Global ainda em março de 2005, um ano antes da formulação da CNDSS. No tocante aos determinantes sociais de saúde priorizados pela CNDSS, foram destacadas três linhas de pesquisa: 1) desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais e *de gênero* da morbimortalidade e dos fatores de risco [grifo dos autores]; 2) desigualdade no acesso e qualidade dos serviços de saúde e intervenções sociais; e 3) aspectos metodológicos dos estudos sobre os determinantes sociais da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Foi nesse mesmo ano, 2006, que os coletivos LGBTQ+ tiveram um assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS), consolidando com isso um lugar na agenda social e no engendramento de decisões políticas e sociais das minorias sexuais e de gênero no campo da saúde (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012). Desde então, as iniciativas de fortalecimento do diálogo entre os diferentes atores têm tentado incorporar as populações LGBTQ+ como sujeitos de direitos, inclusive na saúde. Prova disso é a Portaria GM nº 675, de 30 de março de 2006, que aprova a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, a qual se baseia em seis princípios de cidadania, e o terceiro afirma que “[...] todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado e sem discriminação” (BRASIL, 2006a, p.8).

A Carta fala que os usuários do SUS devem receber assistência livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em detrimento de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero não-normativa, no entanto, ainda existe uma expressiva resistência na efetivação desse documento dentro dos serviços de saúde, o que fragiliza as possibilidades de acesso das populações LGBTQ+ aos dispositivos da rede de saúde. A Carta traz a legitimação de um projeto de humanização do SUS, e não de “consumo de saúde”. Os serviços da rede não devem ser entendidos como uma mera “cesta de serviços”, nem como um “produto a ser consumido”, mas como um projeto de sistema de saúde alinhado aos próprios direitos humanos, à qualidade na oferta e principalmente, à universalidade, integralidade e equidade.

Nesse bojo, destacamos também a 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, cujo relatório final traz discussões e deliberações que tratam especificamente das populações LGBTT, a saber: acesso equânime, respeitoso e de qualidade no SUS; sensibilização dos profissionais de saúde a respeito dos direitos desse público e da implantação de grupos de promoção à saúde dos próprios; direito à intimidade e à individualidade; protocolo de atenção contra a violência; recomendação explícita de revogação da portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que proibia LGBTT de doarem sangue; e inclusive o apoio e contribuição para a aprovação do PL 122/06, que criminaliza a LGBTTfobia (BRASIL, 2008a).

Já em 2008, o Ministério da Saúde lançou o “Programa Mais Saúde: Direito de Todos”, incluso na política de desenvolvimento do governo à época, presidente Lula. O programa delimitava algumas diretrizes e estratégias que norteavam os eixos de intervenções, as medidas adotadas, as metas-sínteses e os investimentos em saúde; com destaque para o Eixo I - Promoção da Saúde, que apresentava ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde para grupos de pessoas negras, quilombolas, LGBTT, ciganas, em situação de rua e outras, tendo como meta formar 5.000 lideranças de movimentos sociais e apoiar 27 equipes estaduais em todos os municípios acima de 100 mil habitantes para o planejamento e a execução de ações de enfrentamento às iniquidades de saúde (BRASIL, 2008b).

Ainda em 2008 houve a I Conferência Nacional GLBT (expressão utilizada na ocasião), na cidade de Brasília, com destacada presença do presidente Lula - que também foi um marco histórico na luta pelos direitos LGBTT no Brasil -, onde se reuniram representantes dos diferentes eixos da sociedade civil e do governo na discussão de temas diversos, dentre eles, a saúde LGBTT. Debateu-se sobre o reconhecimento das identidades de gênero nos serviços de saúde, incluindo o anúncio do Ministro da Saúde à época, José Gomes Temporão, acerca da publicação da Portaria nº 457, de 19 de agosto, que permitia a realização de cirurgia de mudança de sexo dentro dos serviços públicos de saúde em algumas capitais. Também tiveram mobilizações para mudar a terminologia utilizada na Conferência, passando de GLBT para LGBT. O evento culminou com a aprovação da Carta de Brasília trazendo esperança e mobilização política para o país (OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2008)

Em 2009, a II Conferência Nacional LGBT teve o tema “Por um país livre da pobreza e da discriminação: Promovendo a cidadania de lésbicas, gays, bissexuais,

travestis e transexuais”, em que também se buscou propor diretrizes para a implementação de políticas públicas voltadas ao combate à discriminação, bem como avaliar a implementação e execução do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, fortalecer estratégias de visibilidade e propor diretrizes para a implementação de políticas públicas de erradicação da pobreza e combate à discriminação das populações LGBTT (BRASIL, 2010a).

Ainda no mesmo ano, foi instituída, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que objetivou orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção, e incluindo as especificidades de homens gays, bissexuais e trans na assistência à saúde (BRASIL, 2009).

Para o Ministério da Saúde, o cuidado em saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritária da atenção básica (BRASIL, 2010b), e, portanto, vem-se atuando em diversos eixos para assegurar que as políticas de saúde estejam em consonância com as diretrizes de promoção da igualdade sexual e de gênero. Na perspectiva de enfrentamento dessas desigualdades, ações vêm sendo desenvolvidas no sentido de buscar concretizar o próprio princípio da equidade do SUS. E, em 2010, o Caderno nº 26 – Saúde sexual e saúde reprodutiva (CAB 26) foi elaborado como material orientativo e técnico para os profissionais da atenção básica. No material, existem discussões específicas para o cuidado à saúde das populações LGBTT.

Foi apenas em 2015, durante o governo da presidenta Dilma Rousseff, que houve a inclusão na Ficha de Notificação, Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências, integrante do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de questões relativas à orientação sexual e identidade de gênero (BRASIL, 2015), com fins de garantir o registro da violência no atendimento às populações LGBTT na rede de saúde.

A partir desses processos políticos e arranjos organizacionais que foram sendo introduzidos no SUS, o Ministério da Saúde, em parceria com os representantes do movimento LGBTT, formulou o documento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com o objetivo de promover a saúde integral das populações LGBTT, que tinha entre seus objetivos eliminar a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013). A

política foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009, publicada por meio da Portaria nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011 e assinada durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. No mesmo dia do evento, também foi assinada a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 02, de 06 de dezembro de 2011, que aprovou um Plano Operativo da política.

O lançamento, em 2011, daquilo que foi a primeira política de caráter amplo e integral no campo da saúde das populações LGBTTT - a Política Nacional de Saúde LGBT – foi então um marco histórico no país. Para entender o “garimpo” na/da política acima mencionada, utilizaremos o referencial de Baptista e Mattos (2015), que apresentam as fases do ciclo de uma política pública: 1. Entrada na agenda; 2. Formulação da política; 3. Tomada de decisão; 4. Implementação da política; e 5. Avaliação da política. Essas etapas serão garimpadas sem seguir um rigor processual, mas apresentadas nessa discussão de forma flexível e dinâmica.

Nossa primeira questão foi: como a saúde das populações LGBTTT entrou na agenda das políticas de saúde? Quais foram os grupos de interesse nessa organização? Quem foram os principais atores? Para iniciar essa mirada, vamos lembrar que a orientação sexual e a identidade de gênero dos que escapam aos padrões do binarismo sexual e de gênero são marcadores que agem na dinâmica da determinação em saúde, provocando violências, negações, constrangimentos, discriminações e preconceitos nos serviços de saúde, colocando parte das populações LGBTTT em inúmeras vulnerabilidades, não apenas nesse campo da saúde, mas elas caminham próximas ao desemprego, evasão escolar, prostituição, dentre outras.

Esses marcadores sexuais e de gênero se localizam nas raízes do conceito de vulnerabilidade. Foi a partir dos anos 90 que tal conceito passou a ser usado no campo da saúde pública, especialmente nas discussões que abordavam a epidemia de Aids em diferentes países do mundo (DANIEL; PARKER, 2018). Localizar a inscrição do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde, a partir das discussões sobre a Aids, parece-nos um marcador importante na análise dessa temática na agenda de saúde.

A compreensão desse olhar de vulnerabilidade proposto desde o programa Brasil Sem Homofobia, passando pelas políticas de saúde já mencionadas nesse percurso, e na voz do movimento LGBTTT, fizeram com que a saúde dessas populações entrasse na pauta de equidade do SUS. Vale destacar que essas discussões estiveram reforçadas em várias

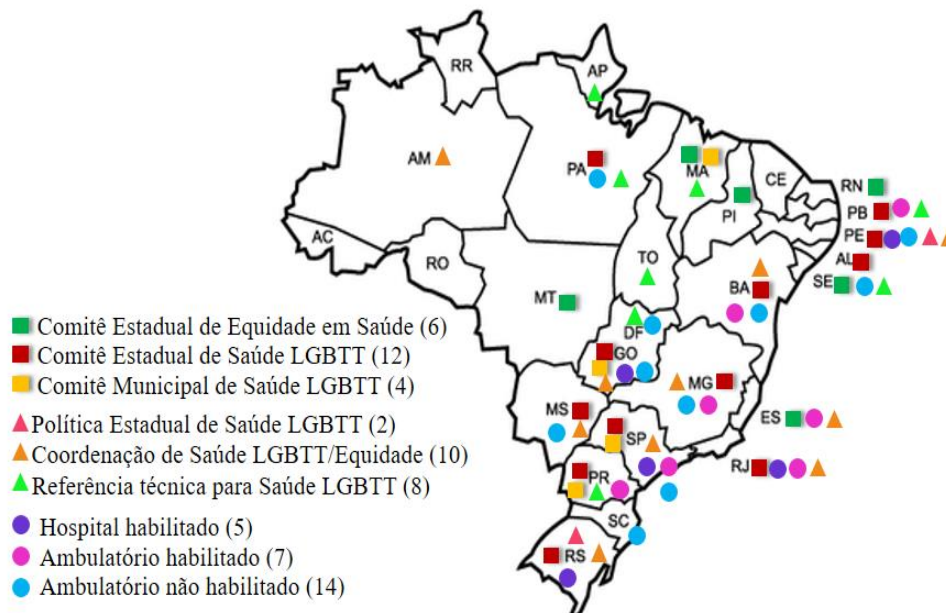
Conferências de saúde e de direitos humanos ao longo de anos, desde a Constituição Federal de 1988.

Mas, então, quem foram os “fazedores dessa política”? Já discutimos que em 2004 houve a criação de um Comitê Técnico que contou com a participação de profissionais de saúde, gestores, usuários, movimentos LGBTT e outros definidos por meio de portaria. Esses foram os principais agentes da discussão e elaboração da política. Contudo, o grande autor que aparece no documento é o *Brasil*, assim como na maioria dos documentos governamentais, principalmente nas políticas de saúde. *Brasil* se autocita várias vezes, cria descrições normativas, e os nomes dos reais integrantes sequer são elencados ao final da política. Sabemos que havia um Comitê por trás desse debate, mas quem de fato compôs a materialidade dessa produção? Quais suas formações? Seus diálogos?

Essas disputas também estiveram postas em meio à aprovação da política, já que houve um árduo processo de barganhas, paradas e silêncios em sua tramitação. Laurentino (2015) conta que após a sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009, houve um processo muito conflituoso e demorado entre a apreciação pelo Ministro da Saúde e a sua pactuação na CIT. O pano de fundo foi as eleições presidenciais de 2010, que colocaram as questões de diversidade sexual e de gênero em linha de guerra pela bancada evangélica entre deputados e senadores. Foi apenas no primeiro semestre do ano de 2011, através da posse do Ministro Alexandre Padilha (2011-2014), que o texto da política foi aprovado integralmente e encaminhado para entrar na agenda da CIT, em forma de Plano Operativo, para assim ser pactuado entre os três entes da gestão (governo federal, estadual/distrital, e municipal), e se tornar política pública efetiva. O Plano Operativo foi de fundamental importância por ser um desenho articulado entre o extinto DAGEP, conselheiros de saúde, o Comitê Técnico e alguns representantes do CONASS e CONASEMS.

Esse Plano Operativo (organização da tomada de decisões) encontra-se estruturado em quatro eixos estratégicos e inclui ações que incidem sobre os diferentes condicionantes e determinantes sociais da saúde das populações LGBTT, são eles: *Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde; Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT; Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde; Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT* (BRASIL, 2013).

Figura 1: Implementação dos eixos da Política Nacional de Saúde LGBT (2011-2018).



Fonte: Secretaria de Atenção Primária em Saúde - MS, adaptado pelos autores (2019).

A Figura 1 mostra que ao longo de quase oito anos tivemos muitos avanços, especialmente no que se refere à implantação de comitês estaduais de saúde LBTT e equidade em saúde, inclusive um deles está no estado do Piauí, foco principal da tese. Políticas estaduais de saúde LBTT, coordenações estaduais, hospitais habilitados para o processo transexualizador e outros são narrados como experiências exitosas propagadas a partir da implantação da Política Nacional de Saúde LGBT. Ao olhar para esse “mapa falante”, ele nos comunica como algumas áreas têm enfrentado barreiras na implementação da política, especialmente na região Norte do país, em detrimento de outras, como Sul e Sudeste, e alguns pontos no Nordeste, que têm alavancado na formalização de uma rede atuante na assistência à saúde das populações LBTT.

Na tentativa de escrever a própria história da Política Nacional de Saúde LGBT em várias cidades do país, desde aquela de menor porte, até as grandes metrópoles, a proposta de redistribuição e reconhecimento de Fraser nos indica um bom caminho analítico e prático. Segundo a autora, para o enfrentamento das injustiças de gênero, as

estratégias e ações não devem se restringir apenas à aplicação de medidas de redistribuição, como, por exemplo, a implantação da Política Nacional de Saúde LGBT em diferentes regiões do país. Para além dessas ações de redistribuição, estratégias de reconhecimento devem ser adotadas de forma dialética e constante. Ou seja, uma política efetiva que busque sanar as injustiças de gênero precisa reunir “remédios” de ordem político-econômica e “remédios” de ordem identitária e cultural. E será que a união desses “remédios” está posta no que se propõe e no que executa a Política Nacional de Saúde LGBT? Fraser (2002) nos diria que deva existir uma face político-econômica e outra cultural-valorativa no contexto da política, e que ambas precisam se mesclar e agir mutuamente. Portanto, reparar as injustiças de gênero no campo da saúde requer tanto mudanças na organização de bens e serviços à comunidade, quanto mudanças na estrutura social e cultural.

Não obstante, a política está “fragilmente limitada” à gestão presidencial, estadual/distrital e municipal. Como, por exemplo, pensar na Política Nacional de Saúde LGBT no atual governo? Como os eixos da gestão tem respondido às operacionalizações da política? Ao pontuarmos o fator ideológico acoplado ao alvará presidencial, Foucault (2017) nos ajuda a pensar como a sexualidade tem sido estruturada em um quadro social “punitivo” nas sociedades ocidentais, e como as relações de poder estão entranhadas em sua construção. Rubin (2011) fala da necessidade de ruptura com o modelo de “hierarquização do sexo”, em que existe uma tendência dos dispositivos de controle social dividirem a sexualidade em “sexualidade boa” ou “sexualidade má”. Essas concepções encasteladas por um modelo presidencial de fundamentalismo religioso pode colocar todo um projeto de direitos humanos à mercê de uma canetada.

Se mesmo com os esforços dos governos federais anteriores, em especial, nos últimos doze anos, observa-se uma escassez de políticas de saúde regionalizadas no campo das populações LGBTT, como elaborar, desenvolver, implantar e acompanhar os resultados de políticas públicas de saúde que levem em consideração elementos sociais, econômicos e culturais dentro do atual contexto político brasileiro? De que forma o atual governo federal pode influenciar nos arranjos de governança e execução da Política Nacional de Saúde LGBT durante os próximos anos?

As desigualdades socioeconômicas e culturais do Brasil, por si só, já são desafios para a aplicação de qualquer política pública social. Possuímos um sistema de proteção social fragmentado, com pouca integração entre as diversas políticas. Essa falta de

integração no gerenciamento afeta diretamente os processos desenvolvidos junto à micropolítica, quando analisamos as próprias práticas de assistência em saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Para Paim (2018), possuímos um país repleto de heterogeneidades territoriais. O dilema da desigualdade social, o tamanho dos municípios, a ausência de capacitação técnica especializada na gestão local e as vicissitudes das cidades brasileiras são dificuldades encontradas para a descentralização das diversas políticas de saúde. Muito além de determinações estruturais político-administrativas, há uma necessidade de ampliarmos também o olhar para o território, considerando-o como um espaço de produções coletivas, permeado por materialidade histórica e social, onde se tecem configurações espaciais e singulares (SABROZA, 2005). É nesse espaço onde ocorre a vida como ela é, onde há trocas intersubjetivas e afetuosas; é o lugar onde a saúde e a doença se encontram, é o chamado “território vivo” das relações (MERHY, 2002).

Portanto, a criação da Política Nacional de Saúde LGBT não garante a sua implementação e execução, já que todo um emaranhado de forças de poder entra em cena na sua dinâmica social e política. Outro fator importante na governabilidade da política se refere aos recursos financeiros. Para que os objetivos da política sejam alcançados, é preciso que existam recursos financeiros suficientes para o desenvolvimento, estruturação e manutenção de ações e serviços. Os investimentos em saúde também possuem, em certo grau, relação com a qualidade da assistência ofertada às populações LGBTTT, e essa qualidade pode ainda nos revelar qual a compreensão dos profissionais de saúde e gestores do SUS sobre a diversidade sexual e de gênero.

Quando se fala de profissionais de saúde qualificados para atuarem nas instâncias do SUS, é inevitável a associação feita à formação e o preparo desses profissionais nas suas respectivas instituições de ensino. Tal fato chama atenção para a necessidade de mudanças curriculares nos projetos pedagógicos dos cursos de saúde. Os profissionais em formação precisam lidar com as questões de gênero e sexualidade ainda nas universidades, para que posteriormente possam ser ativadores de mudanças em seus espaços de trabalho. A inclusão desse debate pode ser o início de uma caminhada que ainda está por vir, seja nas instituições de ensino, ou nos serviços de saúde.

Outro ponto importante no campo formativo de configuração da Política Nacional de Saúde LGBT diz respeito a estratégias de educação permanente em saúde, isto é, à aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, a partir dos problemas

enfrentados nos diferentes territórios. A educação permanente tem o intuito de propiciar a reflexão coletiva sobre o trabalho e oferecer um instrumental para sua transformação. No contexto da saúde LGBTT, pode envolver capacitações para lideranças sociais, gestores estaduais e municipais, profissionais da rede de saúde, integrantes de diversos conselhos, e outros que agem diretamente ou indiretamente nessa dinâmica de trabalho.

Reconhecendo as fragilidades nesse campo formativo, foi elaborado o curso a distância intitulado “Política Nacional de Saúde Integral LGBT”, que é promovido pelo Ministério da Saúde, integra a Rede UNA-SUS e foi desenvolvido de forma intersetorial e participativa a partir de uma parceria entre a extinta Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETS), a UERJ, e com a colaboração do Comitê Técnico de Saúde LGBTT. O curso visa capacitar estudantes de saúde, gestores, profissionais e outros interessados na temática. É gratuito e já está em sua quarta oferta, desde 2015. Mas qual o verdadeiro alcance dessas edições do curso? Tem gerado mudanças efetivas na atuação de profissionais de saúde?

Desde abril de 2019 a parceria interinstitucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, da Universidade Federal do Paraná e do Ministério da Saúde trouxeram a elaboração de um outro curso online sobre a saúde das populações LGBTT. Nos moldes do curso já ofertado pela UNA-SUS, é realizado em uma plataforma específica de educação a distância, com vídeo-aulas e certificação.

Além dos processos formativos, também precisamos dialogar com as lideranças e gestores de saúde dentro do processo de implantação da política. Laurentino (2015) reforça que é preciso se utilizar de estratégias diferenciadas para promover a adesão de secretários estaduais e municipais de saúde na implementação da política a nível local e regional, além da necessidade de aproximar o Ministério da Saúde com os atores apoiadores do CONASS e CONASEMS.

No âmbito social e político, destacamos a importância de se fortalecer as relações entre os diferentes grupos sociais, para que juntos possamos fazer frente ao conservadorismo retrógrado que tem tentado dominar o congresso brasileiro, e que sob a alcunha da defesa da “família” e da “moral” tem tentado negar o reconhecimento das populações LGBTT enquanto sujeitos de direitos. A laicidade se tornou uma categoria em disputa, tanto pelos setores religiosos, quanto pelos movimentos sociais LGBTT, e essas disputas estão interligadas ao desafio de convivência mútua entre estranhos morais

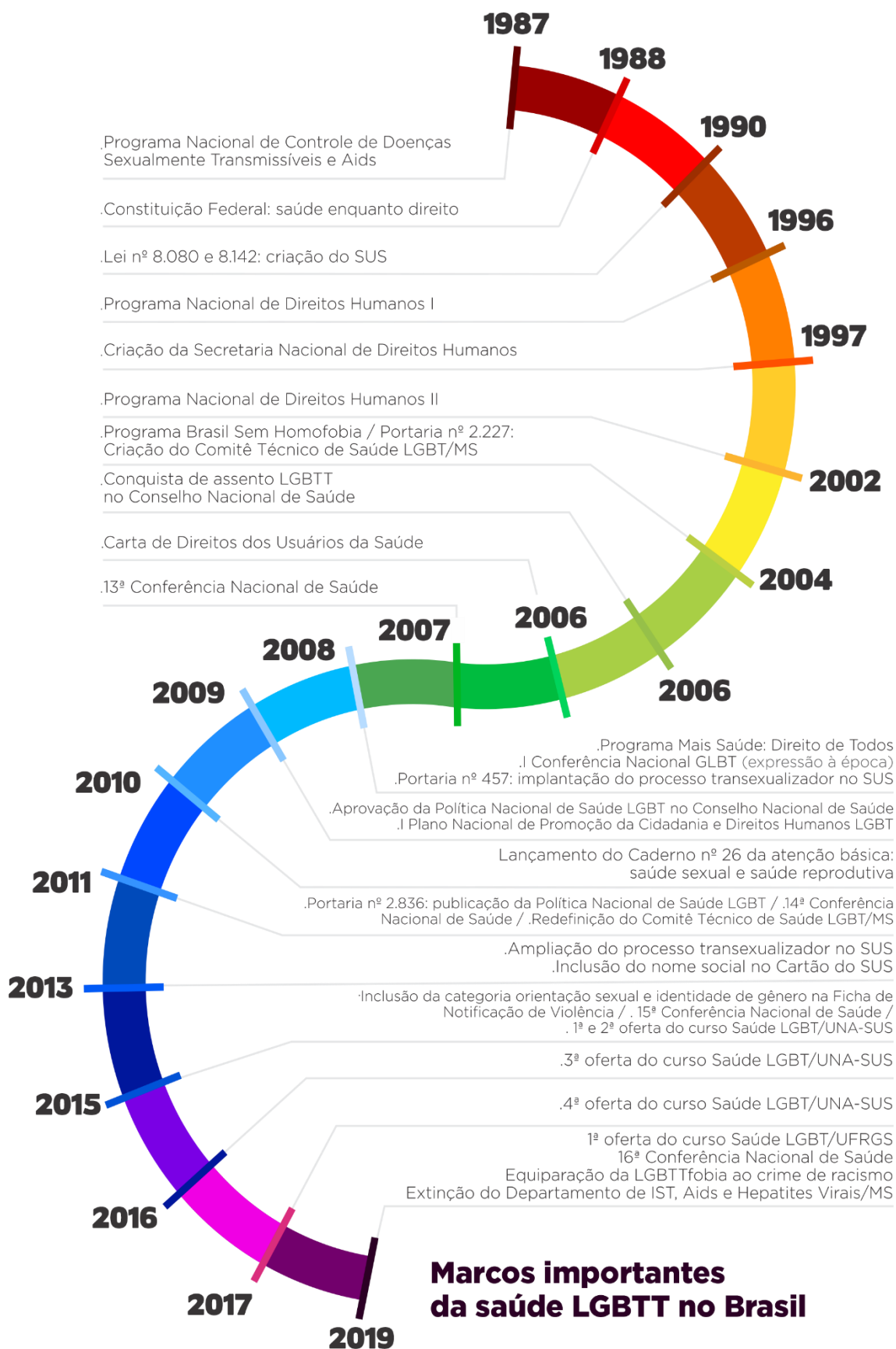
e amigos morais, parafraseando Diniz e Guilhem (2002). Estamos num país pluralista, onde o respeito e a tolerância deveriam prevalecer em espaços públicos e privados.

Um fato importante que se dá com mais ênfase nesse contexto recente é o surgimento do ciberativismo LGBTT. Para Bulgarelli (2018), são pessoas que têm veiculado nas mídias digitais suas histórias de vida, pronunciamentos, narrativas e outras que reivindicam por reconhecimento, respeito e valores dos coletivos. Dentre essas pautas, a saúde LGBTT e o ativismo de HIV/Aids têm sido um campo de diálogo constante entre os membros. Comumente, surgiu em meados de 2010, onde até então os movimentos sociais LGBTT eram praticamente formados por uma base de membros com uma trajetória mais longa entre as instituições, além de um perfil de baixa escolaridade. Eram pessoas que se mobilizavam por meio de uma atuação política mais centrada em fóruns, comissões, conferências e conselhos, considerando que o bom andamento da luta coletiva dependia de análises mais aprofundadas das políticas, *in loco*. Por outro lado, essa massa jovem e ativista tem se comunicado de forma mais atrativa em meio ao movimento, e, sob uma nova rede de militância, tem acompanhado o andamento das políticas por meio de plataformas digitais. Esses grupos, mesmo que por vezes conflitantes em ideias e gerações, precisam unir suas *expertises* no ativismo pela diversidade sexual e de gênero no campo da saúde.

Em 11 de abril de 2019 foi assinado pelo atual presidente o Decreto 9.759/2019, que determinou a extinção de vários conselhos, comitês, comissões, grupos e outros tipos de colegiados ligados à administração pública federal, incluindo diversos dispositivos de articulação com as populações LGBTT, como por exemplo, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos LGBT. Atualmente, a medida tem sido analisada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), e enquanto isso, várias instâncias tem perdido lugar de fala junto aos órgãos governamentais, o que reforça mais ainda a importância da união dos diferentes movimentos sociais.

Os caminhos trilhados para que a saúde das populações LGBTT possa ser compreendida como integrante da cobertura do SUS foram, e são, árduos. O mapeamento das políticas, programas e ações que possibilitaram a criação da Política Nacional de Saúde LGBT representa a tentativa de legitimação de uma memória construída ao longo dos anos. A Figura 2 apresenta a evolução desses processos políticos na conformação do SUS.

Figura 2: Marcos importantes na organização da saúde LGBTT no Brasil.



Fonte: Os autores (2019).

Este percurso histórico pôde nos mostrar como as políticas e os direitos das populações LGBTTT têm alavancado discussões atinentes nos últimos anos, marcando rupturas na própria forma como se olha para as questões sexuais e de gênero no campo da saúde. Essas viradas têm sido fruto de um intenso diálogo entre os movimentos sociais, formuladores de políticas, profissionais de saúde e outros que tentaram trazer à tona uma nova política sexual. Contudo, essa caminhada também é representada por ambiguidades, silêncios e lacunas, e inquieta-nos não saber seus limites futuros.

Para a implantação da Política Nacional de Saúde LGBT exige-se, principalmente, o enfrentamento de distorções estruturais próprias do SUS, que tem como desafio a superação de inúmeras desigualdades em saúde no Brasil. A proposta dessa política deve ser acoplada à uma transformação ampla do modelo de desenvolvimento e de sociedade em si, em que se possam aliar crescimento econômico, fortalecimento de valores democráticos e avanços sociais.

Nesse bojo, as políticas, programas e ações para a saúde das populações LGBTTT se tornaram também um exercício de resistência nesses tempos de ataques. Ainda que a luta para implantar a Política Nacional de Saúde LGBT esteja apenas começando, olhar para esse aparato macropolítico e macroinstitucional de conquistas LGBTTT nos fazer ter novas esperanças para o futuro do SUS. Conjuguar o verbo esperar deve ser uma das nossas maiores bandeiras na saúde, isto é, aprender com o passado, refletir sobre o presente e esperar num amanhã de muita resistência.

Por isso reiteramos que essa mirada nos mostrou o quanto o campo da saúde das populações LGBTTT tem sido construído a partir de tensões permanentes, que inclusive podem servir de alavancas e serem exploradas como potência para outras ações transformadoras. É um território que também se revelou como um verdadeiro “terreno minado”, o que nos força a agir ou desenhar arranjos organizacionais, morais, políticos e geográficos diversos e criativos para construir outros modos de produzir saúde equânime. E a atenção básica, enquanto dispositivo mais próximo das comunidades, pode ser um espaço fértil para que as equipes da Estratégia Saúde da Família possam implementar essa política. Cadê os direitos LGBTTT na saúde pública? Será que eles chegam até a Estratégia Saúde da Família? Para isso, iremos dialogar com a atenção básica e sua atuação junto às populações LGBTTT.

CAPÍTULO 4. SAÚDE LGBTT É ASSUNTO DE FAMÍLIA?

Iniciaremos este debate trazendo uma contextualização histórica da saúde pública, para então prosseguirmos com uma leitura crítica e política no campo da atenção básica à saúde. Em seguida, dialogaremos com a Estratégia Saúde da Família para entendermos a *episteme* dessa família no território de saúde e seus atravessamentos com a assistência às populações LGBTT.

A atenção básica tem uma longa história no Brasil, iniciada pelas práticas de saúde desenvolvidas entre 1940 e 1960 que estabeleceram um aporte para organização de uma política de saúde nos anos posteriores, contudo, essa discussão não ocupou lugar de destaque nos estudos nacionais até a década de 1990.

Foi na década de 1940 que houve a criação dos Serviços Nacionais de Saúde e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que aliava medicina curativa à medicina preventiva, com influências de propostas da Fundação Rockefeller. Foi em 1950 que houve o desmembramento do Ministério da Saúde com relação ao da Educação. Foi a partir dos anos 60, durante os governos militares, que foram consolidadas as contratações de serviços de saúde no escopo da previdência, na forma de convênios e credenciamentos. Foi nos anos 70 que houve a crise desse modelo médico-previdenciário em expansão. E foi justamente nesse período que a Conferência Internacional de Alma-Ata se fez como um marco histórico no escopo dessa trajetória temporal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Conferência Internacional de Alma-Ata, ocorrida em 1978, foi realizada pela OMS e UNICEF, e representou um importante passo no debate sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental. No Brasil, por exemplo, as propostas construídas em Alma-Ata inspiraram a implantação de serviços municipais de saúde no final da década de 1970 até o início de 1980, contribuindo nos campos conceituais e práticos para a implementação de serviços de saúde estratégicos (ALMEIDA, CASTRO, GIOVANELLA, 2011).

Nesse período, o país vivia a efervescência de um projeto de Reforma Sanitária, que culminou com a revolucionária 8ª Conferência Nacional de Saúde, já discutida no Capítulo anterior. Contudo, esse proposta reformista divergia dos programas seletivos e focalizados de atenção à saúde financiados pelas agências internacionais em países menos

desenvolvidos. Portanto, esse ideal só teve sua legitimação com a Constituição Federal de 1988, que outorga a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado.

Olhando para o lugar da saúde no campo dos direitos promulgados na Constituição Federal de 1988, reiteramos o porquê da adoção, ao longo desta tese, do termo “atenção básica à saúde” em contraposição ao uso hegemonicamente consagrado do termo “atenção primária à saúde”. O emprego do termo “atenção básica” pelos sanitaristas do movimento reformista se fez como uma ferramenta de diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de “atenção primária”. Veio como uma proposta de fortalecer a construção de um sistema público universal a partir de uma concepção de cidadania ampla. Nessa organização, a política brasileira buscou um distanciamento da ideia de atenção primária seletiva de grupos discriminados e com foco centralizado para, ao contrário, partir de uma concepção integral básica de saúde, considerando as singularidades e coletividades das pessoas e dos grupos (MATTOS, 2000). Concordamos com Giovanella (2018) quando diz que existem imprecisões em ambos os termos, que podem corresponder a políticas muito distintas, com sérias implicações para a garantia do direito à saúde, contudo, a ideologia fundante do termo atenção básica, adotado nesta tese, parece coadunar muito mais com o projeto de SUS em que acreditamos – um sistema de saúde de todos, com todos e para todos.

Apesar dos governos com agenda liberal existentes no país na década de 1990, foi com a implementação do SUS nesse período que surgiu a proposta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado a partir de experiências exitosas do Ceará e Pernambuco, com fins de reduzir a mortalidade infantil e materna no nordeste do país. Logo depois ele foi incorporado pelo Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, durante o governo de Itamar Franco, e logo em seguida regulamentado através da Norma Operacional Básica/NOB-SUS de 1996 (SOUSA, 2014).

Para Fausto, Almeida e Bousquat (2018), foi nos anos seguintes que o PSF começou a ser adotado como um programa prioritário do governo Fernando Henrique Cardoso, e, com esse caráter inovador de assistência integral às famílias em seus territórios, passou a ter visibilidade política positiva cada vez maior, ganhando assim, prioridade na agenda do governo federal. Com o passar dos anos, foi necessário organizar a base do sistema de saúde brasileiro, e o PSF passou a ser reconhecido como estruturante nessa teia, isto é, foi redefinido como uma estratégia. Mais de dez anos depois da implantação do PSF, se tornou ESF, situada como eixo norteador na base do SUS.

No final do primeiro governo do presidente Lula, em 2006, foi firmado o Pacto pela Saúde entre gestores federais, estaduais e municipais, e várias políticas foram elaboradas ou reformuladas no âmbito do SUS. Através dessa pactuação, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de portaria ministerial nº 648/GM de 28 de março de 2006, colocando a atenção básica como principal porta de entrada no SUS, e considerando que sua assistência deve compreender os sujeitos em suas singularidades, complexidades e integralidades. Depois disso, a política passou por algumas edições, uma em 2011, durante o governo da presidenta Dilma, e outra mais recente e polêmica em 2017, após o golpe de Estado, no governo do vice-presidente Michel Temer.

Starfield (2002), que traz um referencial internacional em saúde estratégico nessa temática, aponta que a atenção primária (como descreve em seu livro) deve ser porta de entrada dos usuários aos demais serviços da rede de serviços, seguindo alguns atributos - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

A atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. *A longitudinalidade* pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. *A integralidade* implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. *A coordenação* (integração) da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual) (STARFIELD, 2002, p. 62-63).

Grosso modo, esses atributos colocam como missão desafiadora da ESF operar na base do cuidado, como uma potencial ativadora de mudanças no modelo de saúde, contribuindo com os processos de reestruturação e reorganização das ações e serviços e ampliando as possibilidades de os sujeitos serem mais participativos e autônomos nos territórios. Foi desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, de modo que as práticas se aproximem da vida das pessoas. Prezando pela universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social nos cuidados às famílias (BRASIL, 2006b).

Mas de que família se está falando na ESF? Caberiam casais LGBTT, por exemplo? Ao retomarmos as iconografias da história da família, Philippe Aries (1981) nos mostrou

que essa é uma das instituições mais antigas da sociedade, em que a linhagem sanguínea era estritamente valorizada no seio social, e as pessoas viviam em prol de uma reputação do “nome da família”. Esse tipo de família, que predominou principalmente na Idade Média, não deixou espaço para o sentimento de família mais moderno, que só veio com a diminuição da mortalidade infantil, com as mudanças na estruturação física da casa e com as mudanças na forma de educar os filhos. Juntas, foram se aliando ao fortalecimento de um sentimento de família tradicional, em prol de valores éticos, morais, estéticos, religiosos e culturais de uma sociedade.

Por falar em família tradicional, Roudinesco (2003) destaca que essa família se organizou inicialmente em função das relações patrimoniais aliançadas pelos matrimônios entre famílias de determinadas linhagens. Depois veio o amor romântico na formação desses matrimônios, e nos dias de hoje a família está cada vez mais formada a partir da ordem do desejo, no prazer entre seus membros. Os laços biológicos ainda continuam a ser uma das principais formas de delimitar o conceito de família em diferentes sociedades, mas a legitimidade do parentesco também tem relação com outros aspectos, tais como questões de raça/cor, classe, origem, orientação sexual e identidade de gênero e outros.

O que era tão raro e marginalizado nesse campo sistêmico se tornou uma frequente - famílias de casais separados, produção independente, famílias recompostas e vários outros arranjos que rompem com o modelo de família tradicional e nuclear. Desafiando esses padrões e valores heteronormativos, as famílias LGBTTT têm ganhado mais visibilidade nos dias de hoje. E como a ESF tem integrado essas famílias LGBTTT, então?

As três edições da PNAB reconheceram ESF como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica e pontuaram que, nas unidades de saúde, as equipes deveriam programar e implementar atividades de *atenção integral à saúde das famílias*, de acordo com as necessidades das populações, com priorização de intervenções sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência (BRASIL, 2006b, 2011, 2017).

Essa definição, que compreende as pessoas e seus processos de adoecimento ao mesmo tempo de um modo singular e também coletivo, nos faz crer que os direitos sexuais, as identidades de gênero dissidentes, as questões de raça/cor e pobreza estariam presentes nessas pactuações que elegeram a atenção básica como centralidade na rede de saúde. Pensar nesses marcadores em suas teias de consubstancialidade na atenção básica

transpassa a ideia de vulnerabilidade que não é descrita na PNAB. Todavia, ela aparece no texto de 2011 e também no de 2017, quando, paradoxalmente, afirma que “quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe”. Essa é a lógica mais recente adotada para a atenção básica.

A vulnerabilidade, tema caro à saúde pública, muitas vezes está associada apenas a risco, fragilidade, deficiência, suscetibilidade ou até mesmo a morte. Aqui, destacamos a importância da sua efetiva integração à atenção básica, não apenas como um jargão do modismo intelectual da saúde, mas através da sua aliança com a responsabilidade e o reconhecimento em suas três dimensões elegidas por Ayres et al. (2006): individual, social e programática. Na atenção básica, as múltiplas vulnerabilidades das famílias LGBTTT precisam ser amalgamadas por valores de cidadania sexual e de gênero e energeticamente (re)construídas pelas interações democráticas. A vulnerabilidade deve ser problematizada como uma questão social, de proteção à vida. Adotaremos, portanto, a vulnerabilidade como um processo dinâmico e crítico que deve se atualizar nas relações sociais permanentemente e que deve estar na pauta das lutas políticas feministas.

E quem poderá cuidar da saúde dessas diversas configurações de família? As equipes de saúde da família (eSF) devem ser compostas por no mínimo médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Esses últimos poderão compor, mesmo que isoladamente, as equipes de saúde bucal (eSB). As equipes da atenção básica (eAB) devem atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB, e a gestão municipal poderá compor eAB de acordo com características e necessidades do município. Como o modelo prioritário é a ESF, as eAB podem posteriormente se organizar tal qual se propõe o modelo, sendo que todas as equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência (BRASIL, 2017). Para apoiar essas equipes nas atividades relacionadas ao cuidado, o Ministério da Saúde criou, ainda no governo Lula, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁷, e, em 2011, no primeiro governo da presidenta Dilma, as equipes de Consultórios na Rua (eCR), recentemente vinculadas de forma efetiva à atenção básica.

⁷ Com as atualizações da PNAB de 2017, o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) passou a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), suprimindo a noção de apoio.

Os NASF-AB constituem equipes multiprofissionais e interdisciplinares formadas por categorias de profissionais da saúde que complementem as equipes que atuam na atenção básica. Podem ser formadas por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das eSF e eAB. As eCR, também com composição variável, são responsáveis por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, e têm modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica (BRASIL, 2017).

Se de um lado temos profissionais de várias áreas que atuam no território próximo às pessoas em suas diferentes condições de vida, do outro, destacamos que os desafios colocados para os níveis de complexidade do SUS são convergentes com aqueles que permeiam a atenção básica, como as fragilidades de articulação entre as diferentes políticas de saúde, a hegemonia do modelo biomédico, a falta de profissionais qualificados, o que, somadas à insuficiência dos investimentos na área da saúde e à própria precarização do trabalho, constituem gargalos a serem superados (PAIM et al., 2011). Destaco que a falta de prioridade do governo federal ao SUS nos últimos três anos, após o golpe de Estado, e os ataques visando ao seu desmonte pelo atual governo ultraconservador, foram reforçados pela crise econômica e pelas políticas de austeridade fiscal, materializadas pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), que congela o orçamento público durante vinte anos (PAIM, 2018). E os desafios relacionados à incorporação dos direitos sexuais no campo de ação da ESF parecem ser potenciados pelos mesmos paradoxos inscritos na dinâmica do próprio SUS em sua política de desmonte (LEMOS, 2016).

Somado a isso, o trabalho na atenção básica, além de dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve um componente ético essencial vinculado à emancipação das pessoas e das famílias (CAMPOS, 2007). Ou seja, o trabalho não se resume a práticas clínicas, individuais ou focadas em doenças, mas sim, na compreensão da determinação social no processo saúde-adoecimento-cuidado. Por exemplo, quando tratamos da confidencialidade e do sigilo, estamos garantindo direitos às populações LGBTT usuárias dos serviços de saúde. Se o vínculo usuário-profissional é fortalecido, a revelação da orientação sexual e/ou identidade de gênero se torna como natural dos atendimentos em saúde, já que a atenção básica atua na linha mais próxima às realidades

das pessoas e de seus territórios. De acordo com Paim (2018), poderíamos reconhecer o profissional da atenção básica como um técnico de necessidades sociais de saúde. No entanto, sabemos que as transformações positivas, que ocorreram ao longo dos anos e foram propostas na construção do SUS, não implicam diretamente uma mudança nas práticas dos profissionais de saúde. É necessário problematizar o fazer em saúde como um todo, e a incorporação de elementos mais sensíveis e sociais às práticas pode ser vista como um caminho para superação ou rompimento dos modelos que culturalmente e historicamente vêm sendo praticados no cuidado às famílias na atenção básica, principalmente nesse período de retrocessos de direitos que vivemos.

Toda essa conjuntura desafia a atenção básica em diferentes campos e em relação a diferentes sujeitos. Ao tratarmos de populações LGBTTT que vivem em situação de pobreza, por exemplo, esses paralelismos geram uma consubstancialidade de negações e invisibilidades, que se reverberam no acesso e na qualidade da assistência à saúde da atenção básica. A ESF é um campo “básico”, desenhado para esses sujeitos de múltiplas estigmatizações, e que politicamente deveria integrá-los, mas, na prática, a rede parece estar “de punhos rasgados”, e essas pessoas continuam a agonizar por cuidados integrais.

Melo et al (2018), ao fazerem uma análise comparativa entre a PNAB de 2011 e a de 2017, perceberam a retirada das palavras “democrática” e “humanização” do texto dessa última, sendo que a primeira palavra se referia ao formato das práticas de cuidado e de gestão, e a segunda era apresentada como um dos princípios fundamentais de trabalho em saúde. Outro alerta dado pelos autores é que o documento de 2017 apresenta a diminuição do número de agentes comunitários de saúde por equipe, flexibilização da carga horária dos profissionais, e a educação permanente em saúde não foi incluída em seus eixos de operacionalização.

Essas análises permitem compreender que a atenção básica tem caminhado a passos de retrocessos, seja em palavras, no seu próprio texto, ou em questões políticas. E essas questões têm influenciado diretamente as práticas de cuidado junto aos diferentes arranjos familiares na ESF. Mas de que cuidado estamos falando?

É corriqueiro o uso do termo cuidado em saúde ou cuidado de saúde em seu senso comum, trazendo consigo uma concepção própria da assistência ou atenção em saúde com fins de melhorias nos quadros de enfermidades. Contudo, a análise ontológica do cuidado proposta por Ayres (2004a) nos pareceu um bom início para desvelar o que se perpassa nesse conceito:

[...] é uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004a, p. 3).

O autor trouxe o cuidado a partir de uma (re)construção heideggeriana, que aborda as diferentes formas de agir, fruto dos modos de vida das pessoas e que inclui questões sociais, históricas, políticas e culturais. São pessoas (profissionais de saúde) em contato com outras pessoas (populações LGBTT), que, num encontro interativo, imprimem novos modos de expressões e sentidos. Em síntese, o cuidado é um verdadeiro ato, que resulta em práticas de cuidar. Não obstante, quem tem realizado essas práticas de cuidado na assistência à saúde das populações LGBTT? Essas práticas continuam a etiquetar pessoas e prescrever normas, e portanto não se materializariam no cotidiano dos serviços de saúde? Se isso acontece, para Emerson Merhy, seria um trabalho morto.

Merhy e Franco (2003), a partir de um olhar micropolítico, trazem a prática de cuidado em saúde como um verdadeiro encontro, uma união de parcialidades que vão se tecendo. É o trabalho vivo em ato, que, para além de um lugar da ordem médica do saber, considera o outro como protagonista e corresponsável nesse processo. Cecílio e Merhy (2003) destacam a importância da apropriação do cuidado coordenado por meio da criação de pontos e pontes de contatos entre as lógicas das profissões, fortalecendo a relação usuário-profissional e fomentando as práticas profissionais horizontais e em equipes.

Mattos (2008) inscreve as práticas de cuidado no campo do trabalho em saúde. Utiliza a concepção de práticas de cuidado para designar o conjunto de práticas sociais que se constituem como tentativas ou esforços para assegurar a continuidade da vida, quer da vida de pessoas, quer da vida de um grupo social. Na medida em que as práticas de cuidado são sociais, elas precisam integrar a transversalidade de gênero em todos os serviços, em todas as ações, em toda a gestão.

O autor reforça que as práticas de cuidado na ESF não são necessariamente práticas profissionais, mas as práticas dos que hoje chamamos de profissionais da saúde se inscrevem entre as práticas de cuidado, e se fazem predominantemente sob a égide de uma racionalidade médica com características específicas de atuação, incluindo corporações de profissões que lutam rotineiramente para estabelecer uma certa ordem nos

serviços de saúde. Poderíamos dialogar com Butler (2017) quando esta lembra que as ciências tidas como “naturais” trataram por separar “homens” de “mulheres”, “machos” de “fêmeas”. Na tentativa de manter essa ordem médica, essa dicotomia se reproduz nas práticas dos profissionais de saúde na ESF? A base biológica sobre a qual se imputa a diferença entre os sexos é utilizada para manter as assimetrias sociais entre homens e mulheres? É em meio à naturalização das diferenças, herança dessa égide médica, que as desigualdades sociais são produzidas. Fraser (2002) já nos disse que o não reconhecimento de um grupo minoritário gera sua má organização econômica e cultural.

Martin (2006), dentro de uma perspectiva marxista, fala que o processo de fecundação, de origem biológica, é elaborado de forma a reproduzir as estruturas sociais de dominação. A imagem de um óvulo passivo à espera de um espermatozoide voraz e ativo é descrito pela autora como metáfora para caracterizar como a linguagem das ciências “naturais” está impregnada de concepções e atributos do que é ser mulher e ser homem. Essa linguagem é comumente posta nas práticas profissionais nos serviços de saúde e se torna um desafio quando tratamos das populações LGBTTT que, em sua maioria, subvertem a ordem binária.

Imersas em nossa sociedade capitalista, podemos ressaltar que as práticas dos profissionais de saúde na ESF também se constituem pela atuação de um complexo industrial de escala global, que faz dessas práticas um lugar de consumo de mercadorias, quando não elas mesmas se tornam mercadorias. E o que buscamos é o inverso, é a ética do cuidado, comprometida com a defesa da vida e dos direitos humanos (MATTOS, 2008; AYRES, 2004b).

Recentes propostas de integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente as crises e construir alternativas para a organização das práticas profissionais de cuidado na ESF. Ao tentar compreender essas práticas à luz da integralidade, Mattos (2006) traz uma polissemia de sentidos, permeada de borrões e elucidações. Ele direciona o conceito de integralidade em três grandes blocos que utilizaremos para ver os planos da operação do gênero nas ações de saúde. O primeiro se refere às práticas dos profissionais de saúde, que em tese, são capazes de acolher amplamente as demandas dos usuários LGBTTT. O segundo, aos modos de organizar os serviços e os processos de trabalho em saúde que são capazes de integrar e incluir as populações LGBTTT. E o terceiro é relativo a elaboração de políticas equânimes, como a política específica para a saúde das populações LGBTTT. A partir desse

entendimento de integralidade, o SUS daria conta de fornecer uma assistência integral às populações LGBTTT na atenção básica.

Por fim, as práticas profissionais de cuidado voltadas para as populações LGBTTT não podem ser vistas apenas como competências técnicas das habilidades dos profissionais de saúde, plasmadas pela burocracia dos serviços, mas, pelo contrário, devem ser concebidas através do acolhimento, da formação de vínculos, das subjetividades, da escuta, e de diversas outras tecnologias leves que estejam presentes nas valises dos profissionais.

As famílias e seus diversos arranjos espalhados pelo território da ESF não devem ser compreendidas à luz de um modelo tradicional, como se houvesse uma única forma de conceber as relações entre seus membros, mas, pelo contrário, os territórios de saúde estão repletos de casais gays, homens trans grávidos, mulheres lésbicas em fila de adoção e diversas outras formas de organização sistêmica. O SUS, enquanto equipamento ético-político privilegiado, precisa acolher as diversas formas de laços familiares, bem como suas relações com os processos saúde-adoecimento-cuidado. Não estamos falando de uma mera integração de novos arranjos de famílias, mas da real inclusão daquilo que é previsto desde a sua concepção enquanto política pública de saúde.

Fraser (2006) fala da necessidade de formulação de pontos de coalizão, de encontros dialógicos, em que o que importa não é “compartilhar” a mesma identidade, mas construir compromissos na luta por justiça que sejam capazes de subverter as noções hegemônicas de gênero. É nessa perspectiva que as autoras Arruza, Bhattacharya e Fraser (2019) têm proposto que o feminismo deva ser uma urgência no mundo, uma luta capaz de mover com as estruturas sociais e políticas, além de propor confusões subversivas apartadas de uma matriz heteronormativa e naturalizada que foi produzida ao longo dos tempos. A subversão é legítima, já que o corpo culturalmente construído será então libertado, não para seu passado “natural”, nem para seus prazeres originais, mas para um futuro aberto de possibilidades culturais. O SUS, a atenção básica e a ESF seriam, assim, possibilidades culturais de inclusão das famílias LGBTTT? Para ancorar essa discussão, iremos apresentar a proposta de Nancy Fraser em três eixos interligados – reconhecimento, redistribuição e representação.

CAPÍTULO 5. NANCY FRASER: DOIS DE DOS DE PROSA

Quem é Nancy Fraser? Uma intelectual e ativista estadunidense, nascida em 1947, estudou Filosofia na *City University of New York* e hoje atua como professora titular de Ciências Políticas e Sociais na *New School University* em Nova Iorque. Suas obras têm articulado conceitos de diversos campos e vertentes teóricas, como a teoria crítica alemã, o pós-estruturalismo francês, o pragmatismo norte-americano e principalmente, o feminismo, enquanto movimento político e teórico global. Em suma, tem buscado compreender as principais demandas dos movimentos por justiça em um contexto de crise mundial, de descrédito das ideias socialistas, e especialmente, de fortalecimento das ideias neoliberais. Neste capítulo, deter-nos-emos em apresentar algumas discussões sobre o feminismo defendido por Fraser.

Para início de prosa, apresentaremos o seu manejo do conceito de gênero. Para Fraser (2003, 2007), o gênero é capaz de codificar padrões culturais e econômicos que são centrais na estruturação e organização de uma sociedade. Aqueles que desestabilizam o sistema sexo-gênero (que impõe um conjunto de normatividades) - as minorias sexuais e de gênero -, se tornam então apagadas, interditados e violentados em suas expressões, identidades e dissidências. Por isso, o feminismo é um manifesto legítimo, uma agência de forças subversivas e transformadoras que lutam por uma sociedade mais justa, livre e igual para todos.

Ainda segundo Fraser (2002), a categoria gênero emerge necessariamente a partir de duas dimensões epistemológicas profundamente imbricadas, que podem individualmente ser identificadas para fins analíticos: uma contém a face política e econômica que traz o domínio da *redistribuição* e a outra contém a face cultural e discursiva que simultaneamente traz a face do *reconhecimento*. Ou seja, a perspectiva da autora pretende romper com ideias polarizadas e excludentes acerca das desigualdades de gênero, que supõem que deva existir ou uma política de redistribuição ou uma política de reconhecimento. Busca escapar da armadilha do debate sobre se as minorias sexuais e de gênero são uma classe ou um grupo de *status*, se as injustiças que sofrem são pela má distribuição ou pela falta de reconhecimento. Enfim, na perspectiva teórica de Fraser, as injustiças gênero eclodem toda uma série de antíteses falsas. Com isso, as implicações para a organização da política feminista são claras - para combater as subordinações e

desigualdades que sofrem as minorias sexuais e de gênero, é necessária uma abordagem que combine políticas de redistribuição e políticas de reconhecimento, ao mesmo tempo.

Em geral, Fraser (2002, 2006) fala que somos fortemente confrontados a partir dessas duas perspectivas de equidade. Em meio a um discurso de justiça social que é único, costumeiramente de um lado estão as reivindicações pela redistribuição, e de outro, as reivindicações pelo reconhecimento. E esses dois tipos de reivindicações de justiça são muitas vezes dissociados um do outro. O resultado é uma dissociação generalizada das políticas culturais pela diversidade das políticas sociais pela igualdade. E, em alguns casos, essa dissociação tornou-se uma polarização, em que há, por um lado, fortes defensores da perspectiva de redistribuição rejeitando as políticas de reconhecimento, e, por outro lado, alguns defensores do reconhecimento reverberando o discurso de rejeição às políticas de redistribuição. E então, redistribuição ou reconhecimento?

Segundo Fraser (2002), na vida real, todas as desigualdades são mistas. Os diferentes eixos de opressão não estão misturados da mesma maneira ou no mesmo nível no seio da sociedade. Portanto, superar as injustiças de gênero exige, em cada caso, redistribuição e reconhecimento. Essa maneira de ver as coisas é ainda mais convincente quando paramos de considerar os eixos da injustiça social separadamente e, pelo contrário, examinamo-los simultaneamente como eixos interseccionais. Afinal, gênero, raça e classe não são elementos isolados um do outro, mas se cruzam de uma maneira que afeta os interesses e as identidades de cada um e dos coletivos.

Nancy Fraser também tem proseguido sobre essas questões juntamente com um outro teórico, o alemão Axel Honneth. Os autores escreveram juntos, abandonaram as chaves teóricas da economia - que insistem em reduzir o reconhecimento a uma simples questão distributiva - e traçaram novos arranjos para um princípio de justiça de gênero. Para eles, mesmo que o reconhecimento seja um ponto importante na teoria política contemporânea, não quer dizer que a redistribuição deva desaparecer desse debate, e partindo da ideia de interrelação entre reconhecimento e redistribuição e para um entendimento viável de uma concepção basilar de justiça, apostam na necessidade de levar em consideração os dois conjuntos de questões - àquelas ligadas às lutas pela redistribuição dos bens econômicos e àquelas relacionadas às lutas pelo reconhecimento social (FRASER; HONNETH, 2003).

Fraser e Honneth (2003) partem, portanto, de um entendimento em comum sobre essa bidimensionalidade – redistribuição e reconhecimento -, não obstante, possuem

alguns pontos diferentes em suas teorias. Para Honneth, o conceito de reconhecimento traz em si uma questão moral e política fundante, e a redistribuição deve ser trazida como sua derivação. Já Fraser, por sua vez, recusa essa premissa de que a redistribuição deva ser subsumida na luta pelo reconhecimento, e propõe uma perspectiva dual e dialética de análise das relações de gênero, colocando as duas categorias como dimensões de justiça fundamentais e mutuamente irreduzíveis, tanto no campo da economia como no campo da cultura.

Para Honneth, o reconhecimento não é um eixo entre outros, mas o conceito-chave das estruturas da vida normativa da sociedade como um todo. Baseando-se nas ideias de Hegel, argumenta que o reconhecimento recíproco entre os sujeitos é a condição prévia e necessária para a formação da identidade e da autorealização humana. Quando as relações sociais de reconhecimento não conseguem estar de acordo com a norma de reciprocidade - ou seja, quando são distorcidas - aqueles que estão sendo subordinados se percebem como desrespeitados. Esses sentimentos de desrespeito, em seguida, é que fazem acender as lutas destinadas a criar ou restaurar as condições necessárias de reciprocidade na sociedade (FRASER; HONNETH, 2003).

Por outro lado, Fraser argumenta que a causa raiz dos problemas da proposta de Honneth é que ele formula suas questões teóricas se utilizando de aspectos da formação da identidade e da autorealização para entender o reconhecimento, isto é, se utiliza de julgamentos éticos para fundamentar uma teoria meramente moralista, do bem, ao invés de utilizar fundamentos deontológicos ancorados na perspectiva do próprio direito e fundamentos políticos ancorados em uma teoria do poder. Será que um homem cis, branco e heterossexual enfrenta os mesmos obstáculos para seguir os projetos de vida quando comparados com uma mulher trans, negra e lésbica? Não existe uma trilha com condições iguais para se alcançarem metas de vida, ou de realização plena para todas as pessoas. Por esta razão, Fraser prefere conceber o reconhecimento como no domínio da justiça e da política, em vez da autorrealização.

Foi a partir da noção de reconhecimento e de redistribuição cunhada pela autora que passamos a compreender a importância do movimento feminista como uma necessidade de luta pela emancipação social. Partindo também dos interesses de um grupo minoritário como subsídio para uma mobilização política em prol do enfrentamento de diversas injustiças, devemos considerar que, se os mecanismos econômicos que são relativamente associados aos padrões de valor cultural podem operar de forma interligada,

eles também podem impedir as *formas de participação* dessas minorias na vida cotidiana. Além da possibilidade de uma história alternativa, as minorias sexuais e de gênero também constituem públicos que concorrem em termos práticos na sociedade, isto é, formam contra-poderes diante as formas de poder vigentes. Por isso mesmo que as relações entre os públicos conformados segundo as normas burguesas – cis, heteros, brancos, cristãos, proprietários - e os outros públicos sempre foram conflituosas. Desde sempre, afirma Fraser, “os contra-públicos⁸ contestaram as normas exclusivistas do público burguês, elaborando estilos alternativos de comportamento político e normas alternativas de discurso público” (1997, p. 75).

A autora também traz a noção de representação paritária dos contra-públicos. Comumente a palavra “paridade”, na organização da política, se refere quase que exclusivamente às questões numéricas de representação pública. Contudo, na formulação de Fraser (2007), a paridade assume um outro lugar. Significa a condição de ser um par, de estar em igual condição com os outros, de estar partindo do mesmo lugar, de ter possibilidades de ser, existir, viver e aparecer em espaços públicos. Desse modo, em Fraser, *representação* – também como um princípio de justiça - não é apenas uma questão de assegurar voz política e igualitária para as minorias sexuais e de gênero, por meio de delegação da representatividade, em espaços oficiais de representação política formalmente já constituídos. As disputas em torno da justiça de gênero - que não estão ou são exclusivamente e necessariamente contidas nos sistemas formais de representação política – devem ser enquadradas a partir de novos arranjos sociais que permitam às minorias sexuais e de gênero ter visibilidade, existir como corpo e voz e aparecer no cotidiano da vida pública. Para que essa representação/participação seja possível, ela deve estar articulada aos dois outros princípios da justiça. Primeiro, a redistribuição de recursos materiais e sociais precisa garantir que as minorias possuam vez e voz em diferentes espaços. Em segundo lugar, precisa-se garantir que tenham igualdade de oportunidades de aparecer e serem reconhecidas como sujeitos morais e de direito à plena participação na vida social. Ambas as condições são simultaneamente necessárias para que haja representação. A primeira traz à tona preocupações tradicionalmente associadas com a teoria da justiça distributiva, especialmente preocupações referentes à estrutura

⁸ São membros de grupos sociais subalternizados que constituíram públicos alternativos. São agências de forças, mesmo que minoritárias, que eclodem em arenas discursivas e seus membros inventam e circulam contra-discursos para formular propostas de enfretamento e luta (FRASER, 1997).

econômica da sociedade. A segunda traz à tona preocupações recentemente salientadas pela teoria do reconhecimento, especialmente referentes às questões culturais e sociais. Por outro lado, se não houver a representação, corre-se o risco de aumentar ainda mais as injúrias, a falta de respeito, a violência de gênero, as dificuldades de acessos aos serviços, o imperialismo cultural e as diversas outras formas de opressões hierárquicas da sociedade.

É justamente o que Butler (2018) esboça em seu livro mais recente *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. A autora fala sobre a urgência de se discutir sobre os direitos das minorias sexuais e de gênero aparecerem - corporalmente e vocalmente – e terem expressão pública na sociedade, ou seja, são corpos que reivindicam por vidas que possam ser vividas. A apresentação desses sujeitos traz à tona a pluralidade e a performatividade no próprio aparecer, um direito que afirma e instaura o corpo no meio do campo político e que, em sua função de expressão e representação, transmite uma exigência corpórea por um conjunto mais suportável de condições econômicas, sociais e políticas na sociedade. Destaca também que são as rígidas normas de gênero que impõem os modos de aparecer nos espaços públicos e que consequentemente são as mesmas que invisibilizam o reconhecimento das minorias sexuais e de gênero enquanto sujeitos comuns.

Enfim, essa terceira dimensão da justiça de Fraser, a representação, veio complementar as duas primeiras – reconhecimento e redistribuição, e, juntamente com a política do aparecimento de Butler, nos ajudou a fazer alguns questionamentos. Por que somente alguns sujeitos são reconhecíveis? Quais as relações de poder imbuídas no processo de distribuição de recursos? Como fomentar canais de visibilidade política? A partir disso, buscamos responder uma questão política-chave ao longo desta tese: como podemos integrar demandas por redistribuição, reconhecimento e representação na assistência à saúde das populações LGBTTT em Teresina, Piauí?

CAPÍTULO 6. SUJEITOS E MÉTODOS

6.1 Desenho do estudo

O estudo em questão é de abordagem qualitativa e o método escolhido foi *estudo de relatos orais*, já que contar histórias representa um papel importante na conformação de diferentes fenômenos sociais e culturais em várias sociedades, além de que as histórias contadas nos possibilitam apreender aspectos interacionais e representacionais das experiências individuais e coletivas. Para Riessman (1993), as “verdades” dos relatos não estão em suas representações fiéis de um mundo passado, mas, por meio de ligações movediças, são capazes de conectar passado, presente e futuro. Oferecem uma forma de reimaginar a vida trazendo questões pessoais e de estrutura social - o individual e o político. E é através da contação de histórias que há essa remontagem dos fatos permeada de reflexões e incursões do privado para o público.

De acordo com Queiroz (1988), esse é um método que, além de captar as experiências dos sujeitos, é capaz de conectar os mitos, crenças e valores da sociedade. Todo relato é uma história, seja a história de alguém, seja a história de um grupo, a história de alguma coisa ou acontecimento - é uma história que, ao ser contada e transcrita, é passível de análise. Para Jovchelovitch e Bauer (2002), o estudo de relatos orais não funciona como um mero guarda-chuva de informações, mas uma estratégia de organizar as experiências, ideias e interpretações dos sujeitos. Através dos relatos é possível conectar situações no tempo e no espaço, dentro de uma teia de sentidos e em uma dada cultura.

Inspirados nessa perspectiva, adotamos o estudo de relatos orais como forma de compreender as experiências de profissionais de saúde diante de suas opiniões, apropriações e vivências, que constituem sua própria prática cotidiana de trabalho.

6.2 Cenário da pesquisa

O trabalho foi desenvolvido com profissionais da unidade básica de saúde Dr. José Ribeiro de Carvalho, localizada na Rua Lucídio Freitas, no centro da cidade de Teresina. A unidade recebeu esse nome em homenagem ao médico José Ribeiro de Carvalho (*in memoriam*), que prestou relevantes trabalhos à população teresinense, estando à frente da organização da ESF ainda no seu início. Atualmente, a área de abrangência do território

inclui os seguintes bairros: Centro-Norte, Centro-Sul, Mafuá, Matinha, Pirajá e Vila Operária, alguns bairros considerados mais antigos, outros estigmatizados pela violência. A unidade funcionava desde 2004 em uma sede alugada no mesmo bairro e há quatro anos tem estrutura própria. Está ligada à Fundação Municipal de Saúde (FMS) e sob a coordenação da Regional de Saúde Centro-Norte.

A unidade Dr. José Ribeiro de Carvalho é a que conta com o maior número de equipes em Teresina: seis equipes de saúde da família e uma equipe de Consultório na Rua (eCR), além de ter equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) nas proximidades. Cada equipe de saúde da família conta com um profissional de medicina, de enfermagem e de odontologia, um auxiliar de saúde bucal, um técnico em enfermagem e possui, no mínimo, três agentes comunitários de saúde. Três equipes funcionam pela manhã e três no turno da tarde. Pela sua dimensionalidade, é considerada Tipo II pelo Ministério da Saúde e conta com uma coordenadora local.

A equipe de Consultório na Rua é a única da capital e é composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, médico e agentes sociais. Sobre as equipes de Nasf-AB, atuam diversos profissionais de saúde: psicólogo, educador físico, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista. A Figura 3 ilustra a fachada da unidade descrita.

Figura 3: Unidade básica de saúde Dr. José Ribeiro de Carvalho.



Fonte: Os autores (2019).

6.3 Sujeitos da pesquisa

O universo de sujeitos elegíveis para a pesquisa incluiu trinta profissionais que atuavam na unidade de saúde, como médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos e/ou auxiliares de saúde bucal, técnicos e/ou auxiliares em enfermagem, agentes comunitários de saúde e coordenador, além de alguns profissionais que integravam as equipes de Nasf-AB (psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista) e outros da equipe de Consultório na Rua (enfermeiro, assistente social, médico e agente social).

A amostra foi composta por conveniência, aqui também visando a variedade dos relatos e de situações dos sujeitos da pesquisa, especialmente segundo formação profissional. Foram excluídos profissionais que estavam licenciados por algum motivo e aqueles que atuavam há menos de seis meses na atenção básica.

Como estamos pensando qualitativamente, esse número total de sujeitos não foi, por óbvio, calculado com base em critérios probabilísticos, já que a amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo e não o número de sujeitos em si (MINAYO, 2017). Dessa forma, também adotamos o critério da saturação, ou seja, paramos as entrevistas quando os dados produzidos começaram a se mostrar razoavelmente repetitivos no contexto da unidade selecionada.

Nós, enquanto pesquisadores, também nos inserimos como participantes da pesquisa, já que ela representa um recorte no qual os diferentes interesses e as diversas visões ganham lugar e possibilidade de serem expressos, e essas interconexões estão intrinsecamente relacionadas com a nossa trajetória entre militância e academia.

6.4 Coleta de dados

Para ter acesso aos relatos de vinte e seis profissionais, utilizamos a entrevista individual narrativa, que, por meio de uma forma elementar de comunicação, buscou encorajar cada sujeito a contar histórias sobre acontecimentos da vida. Essa modalidade de entrevista só é possível porque através de relatos as pessoas não apenas lembram o que aconteceu, como também organizam as experiências em uma sequência temporal (JOVCHELOVICH; BAUER, 2002). Trata-se de uma entrevista não estruturada, mas elaborada através de situações interligadas. A entrevista narrativa é uma forma de interação social, a qual valoriza o uso da palavra e suas diversas simbologias, e é por meio

dessa que os diferentes sujeitos (re)constroem situações e procuram fazer leituras sobre elas (RIESSMAN, 2005).

Na esteira das sugestões de Jovchelovitch e Bauer (2002), as entrevistas narrativas foram efetivadas percorrendo fases. Após ter explicado o contexto da investigação em termos amplos aos sujeitos e ter obtido o seu consentimento em participar, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram formulados um a um os tópicos ou perguntas disparadoras das narrativas sobre as experiências profissionais. A cada tópico, o entrevistado discorria livremente sobre a questão e a narração, e a entrevista só era interrompida quando havia uma clara indicação que os temas se esgotavam (“coda”), isto é, quando o entrevistado se detinha e/ou dava sinais de que aquela parte da história terminou. Quando o participante indicava a “coda”, era questionado sobre alguma coisa a mais que ele gostaria de dizer e, também, fazíamos novos questionamentos sobre os temas que previamente havíamos selecionado como pertinentes às suas perguntas disparadoras. Nesse tipo de entrevista, tivemos o cuidado de interromper minimamente o entrevistado; muitas vezes, ele ia de uma pergunta a outra ou perpassava de uma só vez temas pertinentes a diferentes perguntas, e por isso era importante deixá-lo falar livremente, permitir que ele mesmo fizesse “costuras” entre as perguntas e temas. No Apêndice I, encontra-se a pauta das entrevistas, com as perguntas disparadoras e os temas utilizados durante as entrevistas.

Também realizamos um grupo focal com quatro agentes comunitários de saúde. O grupo focal consiste em uma técnica de produção de dados que envolve a formação de um grupo com características comuns, dirigido por um moderador, que mantém os participantes centrados em uma discussão sobre determinado tema. Com base nessa técnica, é possível a troca de ideias, experiências, sentimentos, crenças, comportamentos e pontos de vista, proporcionando a reflexão e, até mesmo, a mudança de opinião ou de fundamentação da posição inicial. Nessa técnica, por meio da integração grupal, é possível compreender como são construídas as percepções, práticas cotidianas, representações e simbologias de um determinado grupo. Pela técnica, produzem-se discussões grupais que permitem compreender a forma como os indivíduos veem o mundo e suas diferentes experiências de vida (GATTI, 2005; BARBOUR, 2009). No Apêndice II, encontra-se o roteiro do grupo focal, com as perguntas disparadoras e os temas utilizados em sua condução.

No que se refere aos locais para realização das entrevistas e grupos focais, pela própria dinâmica do trabalho de campo, foi dentro da unidade básica de saúde estudada. Contudo, ao longo das coletas, alguns sujeitos preferiram outros locais, e, levando em consideração que o espaço escolhido ofertava condições de privacidade e disponibilidade, assim o fizemos.

Para cada entrevista e sessão do grupo focal, foram realizadas também anotações de campo, no intuito de inserir elementos representativos como omissões, emoções e constrangimentos durante as histórias, ou outros aspectos que pudessem ser perdidos durante as gravações. Não se tratou de uma observação participante, mas um suporte à compreensão das falas registradas. O trabalho de coleta dos relatos se deu entre setembro e outubro de 2019.

6.5 Análise dos dados

De acordo com Riessman (1993), a análise dos relatos está relacionada à forma como os sujeitos interpretam as coisas, e cabe a nós, pesquisadores, “interpretar essas interpretações” das histórias. Contudo, precisamos destacar que não podemos falar em nome do outro, mas sim realizar leituras hermenêuticas a partir do que é posto pelo outro. Nesse processo, tivemos compromisso ético com as pessoas, com as histórias, bem como com as nossas interpretações, já que nenhum ponto de vista está destituído de localização.

Sem pretensões de criar uma análise a partir de fluxos estritamente sistemáticos de esquemas e codificações, nos detivemos em realizar aproximações com o objeto de estudo em seus contextos sociais e culturais. E, a partir das nossas leituras e marcos analíticos, realizamos reflexões aprofundadas sobre as narrativas dos sujeitos. Para tanto, seguimos a proposta de Gomes e Mendonça (2002) que, em termos de sequência analítico-interpretativa, traçam algumas fases essenciais desse caminhar.

- a) *Compreensão do contexto dos relatos*: na busca por estudar as experiências dos sujeitos, buscamos compreender amplamente as condições sociais e históricas de produção e recepção que lhe deram origem;

- b) *Desvendamento dos aspectos estruturais dos relatos*: os relatos foram consubstanciados em grupos de aproximações e/ou divergências – grupos de ancoragem;
- c) *Síntese interpretativa dos relatos*: partimos de uma posição epistêmica e (re)organizamos todo o material.

6.6 Breves notas adicionais sobre o cenário da pesquisa

6.6.1 Um pouco de história ...

Teresina tem suas raízes nas margens do rio Poty, onde em 1760 já havia um aglomerado de casas habitadas por pescadores, canoieiros e plantadores de fumo e mandioca. Historicamente, a mudança da sede administrativa da província do Piauí para a Vila do Poty, hoje Teresina, ocorreu em razão da localização da então sede à época, Vila da Mocha, encontrar-se no sertão - região seca e árida -, distante do Rio Parnaíba, principal meio de escoamento econômico. A Vila do Poty, através de sua posição geográfica privilegiada pela confluência dos rios Parnaíba com o Poty, foi assim denominada de Vila Nova do Poty, a qual foi elevada à categoria de cidade (Teresina) por força da Resolução nº 315, de 21 de julho de 1852, do então presidente da província José Antônio Saraiva (PMT, 2018).

A influência da religião católica fez-se notar desde a fundação da cidade, que já nasceu capital. Ao ser instalada a Vila Nova do Poty, o primeiro edifício construído foi a Igreja de Nossa Senhora do Amparo, padroeira dos potyenses. Dona Teresa Cristina Maria de Bourbon teria apoiado junto ao Imperador a ideia da mudança da capital e, em sua homenagem, Saraiva denominou a cidade de Teresina (antigamente grafado Theresina). Foi a primeira cidade do Brasil construída em traçado geométrico, com logradouros em linhas paralelas, simetricamente dispostas, todas partindo do rio Parnaíba, rumo ao rio Poty. Com a instalação definitiva da capital, concluída em outubro de 1852, Teresina começou um processo de desenvolvimento bastante acentuado (PMT, 2018).

Atualmente possui uma área de 1.673 km² e localiza-se no centro-norte piauiense, a 334 km do litoral, sendo, portanto, a única capital da região nordeste que não se localiza às margens do Oceano Atlântico. Possui uma população estimada em 861.442 habitantes,

sendo mais de 600.000 católicos (IBGE, 2018). Em 2011, Teresina foi considerada a capital mais católica do Brasil (FGV, 2011).

Teresina é governada pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB), antigo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) desde 1997, e seu atual prefeito, Firmino Soares Filho, está no seu quarto mandato. Já para o estado do Piauí, o Partido dos Trabalhadores (PT) é quem mais venceu eleições para o governo, estando no poder por mais de doze anos. O atual governador reeleito do estado é Wellington Dias (PT).

6.6.2 Por onde andam os direitos LGBTTT no Piauí?

No Brasil como um todo, e especialmente no estado do Piauí, a violência contra as populações LGBTTT expressa e quantificada em relatórios nos assusta. Em 2017, os dados coletados pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), que são divulgados anualmente no relatório de mortes das populações LGBTTT, apontaram que a cada 19 horas uma pessoa LGBTTT é morta ou se suicida no Brasil, o que faz do país o campeão mundial de crimes contra as minorias sexuais e de gênero. O número de violências contra essas populações chegou a ser três vezes maior do que o observado há dez anos, e as pessoas trans foram consideradas como de maior risco de morte (GGB, 2017).

Os dados do mesmo relatório divulgados em 2012 trouxeram o Piauí como o primeiro colocado nas estatísticas, sendo o estado que demonstrou a maior taxa de violências cometidas contra as populações LGBTTT, com 9,23 denúncias ao poder público para cada 100 mil habitantes, sendo a maioria na cidade de Teresina (GGB, 2012). Os dados de 2015 mostraram que, em termos relativos, o estado da Paraíba e Piauí e suas respectivas capitais foram identificados como os locais que oferecem maior risco de pessoas LGBTTT serem violentamente mortas. Enquanto no Brasil como um todo essas pessoas que foram assassinadas representam 1,6 de cada um milhão de habitantes, na Paraíba esse risco sobe para 4,5 e 4,1 para o Piauí (GGB, 2015). Já no balanço dos dados do Disque 100 em 2018, o estado do Piauí ficou em terceira posição, sobretudo na capital, com uma das maiores frequências de casos relatados à Secretaria de Direitos Humanos do Governo, estando atrás somente da Paraíba e Goiás.

Mott e Cerqueira (2000) destacam a dificuldade de obter dados reais sobre a violência LGBTTT no Brasil, pois esses crimes nem sempre são monitorados, já que o preconceito institucional também é comum nos serviços que deviam ser de proteção e

segurança, o que nos permite considerar que o número de casos de violência LGBTTT seja ainda maior no Piauí.

Por outro lado, temos em Teresina algumas conquistas legais/institucionais no campo dos direitos humanos. Paradoxalmente, a capital é conhecida no cenário nacional pelo pioneirismo na elaboração de leis e normativas de proteção às populações LGBTTT (SASC, 2018). A principal delas é a Lei Municipal nº 3274, de 02 de março de 2004, que institui o Disk Cidadania Homossexual, telefone que atende denúncias de violações, presta orientações e encaminha as situações para a rede de proteção e defesa de direitos.

A Lei nº 5.431, de 29 de dezembro de 2004, de autoria da deputada Flora Izabel (PT), dispôs sobre as sanções a serem aplicadas às práticas de LGBTTTfobia no estado do Piauí. Em 2005, a Lei Municipal nº 3401 trouxe a ampliação dos direitos previdenciários aos casais LGBTTT que viviam em união estável, junto ao instituto de previdência do município. O Supremo Tribunal Federal só decidiu pela adoção da união estável para as populações LGBTTT em 2011, quando em Teresina já era comum esse registro.

A Lei Complementar nº 51 de 2005 trouxe a criação da Delegacia de Defesa e Proteção dos Direitos Humanos e Repressão às Condutas Discriminatórias, na busca de coibir as diversas formas de violências e discriminações e atuar na repressão aos crimes contra os direitos humanos em geral, bem como a adoção de todas as providências cabíveis.

A Lei nº 5.916 de 2009, conhecida como “Lei do Nome Social”, também de autoria da deputada Flora Izabel (PT), trouxe a garantia de que travestis e transexuais pudessem utilizar o nome social junto aos órgãos da administração pública direta e indireta do estado do Piauí.

Em Teresina, a Lei Complementar nº 3969, de 12 de março de 2010, instituiu o Conselho Municipal dos Direitos das populações LGBTTT; a Lei Municipal nº 4158, de 08 de setembro de 2011, incluiu a Semana da Diversidade no calendário de eventos da cidade e decretou o Dia Municipal de Combate à Homofobia e o dia da Visibilidade Trans. O Decreto Municipal nº 11.258 de 2011 reforçou a importância do uso do nome social no convívio com as pessoas trans na administração pública direta e indireta do município. O Plano Estadual de Cidadania e Direitos Humanos LGBTTT do Piauí foi aprovado pelo Decreto Estadual nº 15.129, de 21 de março de 2013.

Alguns equipamentos em defesa dos direitos das pessoas LGBTTT do estado do Piauí estão localizados apenas na cidade de Teresina, como o Centro de Referência para

a Promoção da Cidadania LGBTTT “Raimundo Pereira” e a Coordenação de Enfrentamento à Homofobia, vinculada à Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC).

6.6.3 O território: a atenção básica em Teresina, Piauí

O município de Teresina tem cobertura completa da Estratégia Saúde da Família (ESF), possui uma rede formada por 90 unidades básicas de saúde (UBS), sendo que, destas, 18 unidades são rurais e 72 são urbanas. Estão distribuídas em três zonas, sendo 21 na zona leste-sudeste, 23 na zona norte e 29 na zona sul. Possui 263 equipes de saúde da família, sendo que, dessas, 241 atuam junto com as equipes de saúde bucal. Apenas 37 equipes integradas (saúde da família e saúde bucal) possuem adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Possui também três equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, e uma de Consultório na Rua (FMS, 2018).

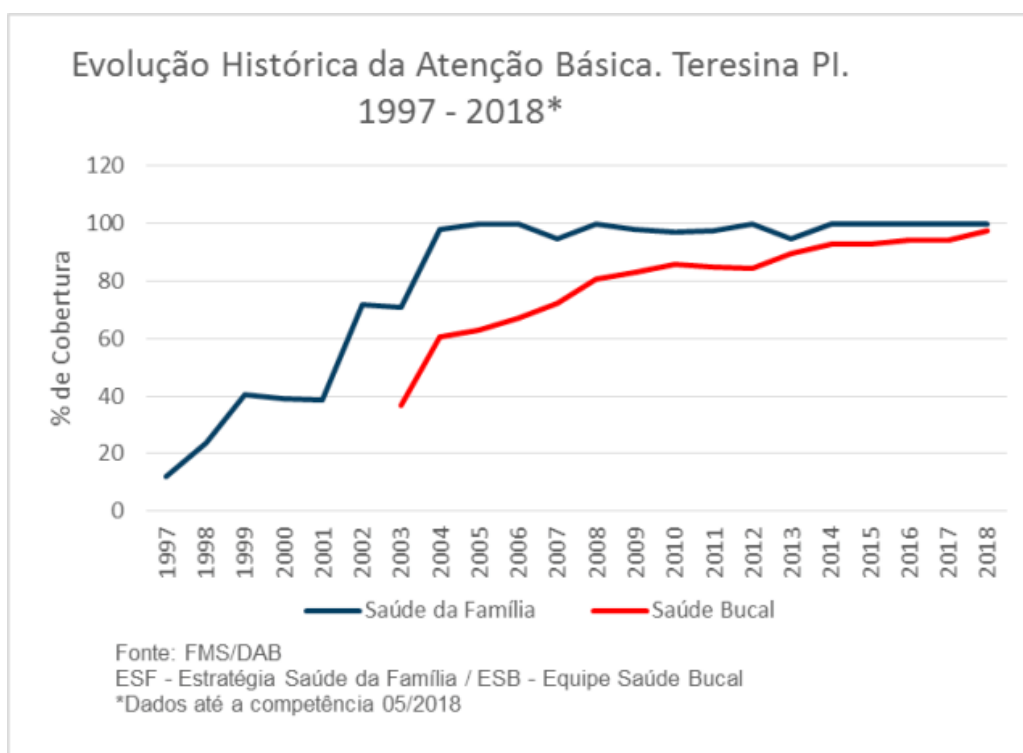
Cada equipe de saúde da família é composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Acrescidos a essa composição, as equipes integradas contam também com os profissionais das equipes de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. As equipes de Nasf-AB e de Consultório na Rua possuem configurações próprias. Nas três equipes Nasf-AB atuam psicólogos, educadores físicos, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas. No que se refere à única equipe de Consultório na Rua, atuam enfermeiro, psicólogo, assistente social, médico e agentes sociais.

Nas unidades são ofertados os seguintes serviços: consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, coleta de material para realização de exames (sangue, fezes, urina, dentre outros), coleta de material para citologia oncológica, realização de curativos, aplicação de vacinas, verificação de pressão e peso, ações educativas em saúde, agendamento e marcação de exames e consultas especializadas.

Esses serviços de cobertura em saúde de Teresina iniciaram em meados de 1994, quando a cidade reestruturou seu modelo assistencial de forma a atender os princípios doutrinários do SUS, o que resultou na incorporação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Dois anos depois, o Conselho Municipal de Saúde aprovou a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que inicialmente passou a

ser desenvolvido por três equipes. Já em 1997 esse programa contemplava 19 equipes. Em 1998, já composto por 40 equipes, o programa cobria um terço da população do município. Incorporado hoje como ESF, atua em toda a extensão territorial da cidade. A Figura 4 mostra a evolução das equipes de saúde da família juntamente com as equipes de saúde bucal.

Figura 4: Evolução das equipes de saúde da família e as equipes de saúde bucal em Teresina, Piauí.



Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Teresina (2019).

Sob gestão da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, a rede de atenção à saúde oferta alguns dispositivos e equipamentos sociais que se articulam com a atenção básica: uma policlínica; sete centros de atenção psicossocial; três centros de especialidades odontológicas; duas unidades de pronto atendimento; quatro maternidades; cinco unidades mistas (urgência/ambulatorial); um hospital de urgência; três unidades de vigilância em saúde; uma central de regulação médica das urgências; doze unidades móveis de urgência e nove academias de saúde.

6.7 Questões éticas

No que tange aos procedimentos éticos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e foi aprovado com parecer de nº 3.443.926 (Anexo I). Todos os sujeitos envolvidos foram também orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice III e IV), bem como foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466 de 2012 (BRASIL, 2012) e na Resolução nº 510 de 2016 (BRASIL, 2016).

Foram repassados e garantidos aos sujeitos todas as informações sobre a pesquisa, bem como o respeito, a privacidade, a confidencialidade de suas informações, e a possibilidade de desistir a qualquer tempo. Consideramos, ainda, que foi garantida a manutenção do sigilo dos participantes durante todas as fases da pesquisa, por isso, os nomes reais dos participantes foram também trocados por nomes fictícios.

CAPÍTULO 7. O QUE ENCONTRAMOS NA CAIXA-COLORIDA

Quando iniciamos a imersão nas atividades de campo, surgiram muitas histórias, relatos, crenças e representações que contribuíram para abriremos a “caixa-preta”⁹ ou, melhor dizer, a “caixa-colorida” que ali se apresentava. O dicionário Aurélio (*Online*, 2019) tem duas definições para a palavra caixa-preta. Na área da aeronáutica trata-se de um aparelho que grava os dados do funcionamento de uma aeronave e as conversas da tripulação durante o voo, sendo feito de material muito resistente que mantém os dados intactos nos casos de acidente. Para a cibernética é a definição para qualquer sistema em que se conhece somente os dados e as informações de entrada - *input* - e de saída - *output* -, e cujo funcionamento interno é inacessível.

Nessa discussão, optamos pela definição utilizada pela cibernética, já que muitas informações entram e saem do dispositivo, mas muitas delas, que podem ser “explosivas”, são sequer questionadas. Nessa esteira, também utilizamos o conceito de caixa-preta utilizado pelo sociólogo francês Bruno Latour (2011), quando esclarece que “as pessoas que fazem ciência, que a estudam, que a defendem ou que se submetem a ela, felizmente existem algumas outras, com formação científica ou não, abrem as caixas-pretas para que os leigos possam dar uma olhadela” (p. 24). E assim fizemos.

Reescrevendo o próprio Latour (2011), não só o mundo da tecnologia, mas o mundo da saúde pública também é cheio de caixas-coloridas. Não são apenas máquinas que se mostram complexas demais, mas muitos dados, processos e demandas entram e saem dos serviços de saúde, e raramente são problematizados ou questionados, como é o caso das práticas assistenciais junto às populações LGBTT no SUS. Com o intuito de entender os circuitos, os intercâmbios e as rotas que se passam na caixa, e que comumente estão presentes nos serviços de saúde, resolvemos abri-la. Mais especificamente, nos propusemos a abrir a caixa-colorida da assistência à saúde das populações LGBTT em uma unidade básica de saúde de Teresina, para compreender melhor o que se passava nos consultórios, na comunidade e nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas LGBTT. Como redes e profissionais de saúde eram acionados? Quais os valores, crenças

⁹ As expressões “caixa-preta” e “caixa-colorida” foram utilizadas entre aspas apenas em sua primeira menção no texto. Por se tornar comum nessa escrita, optamos por deixá-la sem o uso gráfico de destaque.

e percepções eram ativados no ato da assistência a essa população? Reconhece-se o lugar da caixa-colorida? O que pode ser “explosivo”?

A unidade básica de saúde: territorialização e impressões

A unidade Dr. José Ribeiro de Carvalho, mais conhecida como “postinho de saúde” pela comunidade, está situada no centro da cidade, em um prédio novo, com boa infraestrutura, e nos arredores há placas que indicam o caminho até a sua chegada. Situa-se na Rua Lucídio Freitas, uma rua recentemente asfaltada. Assiste mais de 20 mil pessoas e envolve vários bairros com características heterogêneas. A fim de conhecer mais esse território e me apropriar de alguns equipamentos, fiz algumas andanças pelas ruas. O que encontrei?

De início, trago um estádio de futebol, chamado Verdão, onde acontecem jogos municipais e comumente funciona como um espaço de oferta de serviços para muitos vendedores ambulantes das proximidades. Ao mesmo tempo, quando ocioso dos jogos esportivos, na maioria dos dias, o estádio também se transforma em um espaço de consumo de drogas. Mesmo assim, é um espaço de livre circulação da comunidade e que tem uma movimentação constante de pessoas em situação de rua, lavadores de carros, flanelinhas e vendedores ambulantes.

Outro ambiente que encontrei no território, e bem próximo da unidade, é o chamado cemitério São José. Por isso, é comum ver e ouvir movimentos religiosos por perto. É um dos cemitérios mais antigos da cidade, sempre muito frequentado, principalmente por pessoas de mais idade.

Por perto, também observei algumas unidades escolares, municipais e estaduais, e uma movimentação de crianças e adolescentes nas portas das instituições. Quase não vi prédios e nem condomínios; é um bairro formado preponderantemente de casas. Observei muitas pessoas idosas nas portas das casas, proseando ou jogando xadrez, ou qualquer outro jogo de aposta. Lembro-me que as cadeiras de “macarrão” compunham esse cenário, e que inclusive me acionaram outros afetos de infância. Também observava um trânsito constante de carros em algumas ruas, e outras mais frequentadas por pessoas a passeio, jovens, crianças e adultos. No turno da noite, alguns pontos desse território funcionam como espaços de trabalho de travestis e transexuais, principalmente. O centro da cidade tem alguns bares, casas de prostituição e espaços de encontro LGBTTT.

Nas proximidades da unidade existe um restaurante que vende um dos sucos mais conhecidos de Teresina, o famoso suco do Seu Abraão, onde costumeiramente vem pessoas de outros bairros, ou aqueles que estão saindo dos trabalhos para lanchar. Este restaurante, que se situa bem próximo, é uma referência de localização quando se pergunta onde é a unidade. O público que ali frequenta são pessoas de classe média-alta, percebe-se pelos carros que estacionam, misturado a estudantes, vendedores de rua e tantos outros. Seu Abraão, dono do estabelecimento, que é um idoso de mais de 80 anos, até hoje trabalha no caixa do restaurante.

Essa região abriga um dos bairros mais perigosos e violentos da cidade, Matinha, onde se diz que funciona um dos pontos mais antigos do tráfico de drogas. Ao passar pelo bairro, lembrei que já tinha sido assaltado em uma parada de ônibus quando saía de uma entrevista de pesquisa, ainda na iniciação científica da graduação. A violência é uma das marcas desse território.

Caminhando pelas ruas, e ouvindo as pessoas reclamando do calor, observava muita heterogeneidade de pessoas no quesito raça/cor. Uma vez saindo da unidade, encontrei um amigo de militância, o qual contou que estava morando ali com o atual companheiro. Conversamos um pouco e ele narrou que tinha chegado recente no bairro e o havia escolhido por ser central e de fácil acesso ao trabalho de ambos. Disse também que tinha alguns outros amigos de militância por perto.

Nessa região, também existem muitas pensões que recebem pessoas de outras cidades, seja do interior do Piauí, ou lugares vizinhos, como Maranhão, Ceará e até Tocantins. São pessoas que vão em busca de tratamentos de saúde mais especializados, principalmente do câncer. No contexto do Nordeste, o Piauí é referência em tratamentos avançados e/ou de cura do câncer, e por isso se tornou um atrativo entre os estados vizinhos.

Esses foram alguns pontos que observei no território, antes de imergir na unidade de saúde propriamente dita. Quando cheguei no “postinho”, observei três consultórios médicos, três consultórios odontológicos, três salas da enfermagem, uma sala de vacina, sala de reunião, farmácia, copa, banheiros, sala de espera, sala de coordenação e um jardim ao fundo, com poucas flores. A unidade funciona nos turnos manhã e tarde, realizando atendimentos básicos, marcados ou por demanda espontânea, além de ações de educação em saúde, marcação de consulta para especialistas e outras atividades.

Recebe também alunos graduandos de algumas instituições de ensino, públicas e privadas, de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

A unidade funciona sem filas ou superlotação de usuários, a maioria das atividades ocorre por agendamento, inclusive com servidores administrativos que fazem orientação desde a entrada no serviço. Em um dos dias de campo, conversei com alguns usuários informalmente, especialmente algumas pessoas em situação de rua que transitavam pela unidade. Essas pessoas costumavam ficar em um “cantinho”, distante dos demais usuários que ali frequentavam. Uma delas era travesti e aguardava atendimento para a psicóloga. Percebi-a um pouco retraída e logo me envolvi em outro diálogo com um usuário que portava a Constituição Federal. Ele contava que se não conseguisse entrar nos lugares, mostrava-a - era seu passaporte! E assim, observei o movimento dos profissionais, a chegada dos usuários e a dinâmica de trabalho.

Essas andanças ocorrem entre o final de setembro e início de outubro, que são os meses mais quentes do ano em Teresina, é o chamado “BR-Ó-Bró” (sigla que faz referência à última sílaba dos meses de *setembro*, *outubro*, *novembro* e *dezembro*).

As entrevistas e o grupo focal

Em meio às diversas indagações, a caixa-colorida começou a ser aberta. Como iniciamos esse processo? Após toda a tramitação ética, informei à Gerência de Atenção Básica do município que iniciaria as atividades de campo. Com isso, fui encaminhado para a coordenação da própria unidade. Lá fui bem acolhido, apresentado aos funcionários e pude conhecer as suas instalações internas. Com vários instrumentos em mãos, comeci a entender melhor o que se passava na unidade de saúde. Para isso, realizei um movimento de “assunção”¹⁰, de ouvir e entender as narrativas de informantes-chaves dessa caminhada (os profissionais de saúde) já que eles poderiam dar boas pistas do que estava por vir, ou de fato, poderiam indicar os “explosivos” contidos na caixa-colorida. Destaco que me apresentava como pesquisador, sem especificar minha formação em Psicologia, talvez seguindo o mesmo caminho das populações LGBTTT, na tentativa de acesso às

¹⁰ A palavra “assunção” e suas variações foram utilizadas por várias vezes neste texto, e por isso também utilizamos as aspas apenas em sua primeira menção. Vale destacar que essa expressão significa observar, ouvir, prestar atenção, segundo o dicionário Aurélio (*Online*, 2019), além de ser comumente mais presente no dialeto regional do Nordeste, com o mesmo significado.

unidades, iniciei as assunções buscando acolhimento e vínculo, que de maneira confortável ou não, aconteceu.

A maioria das entrevistas ocorreu na própria unidade de saúde (22), e as demais foram pactuadas com os profissionais em horários diversos e locais de melhor acesso para eles. As entrevistas que ocorreram na dinâmica de trabalho da unidade foram previamente agendadas com a coordenadora, que pediu que o próprio pesquisador contatasse cada profissional para saber de sua disponibilidade. Nessa esteira, os consultórios se tornaram os cenários mais comuns, e mesmo que os profissionais tivessem reservado um tempo para as entrevistas, a dinâmica de uma unidade, por vezes, permitia novas conciliações. Houve interrupções das entrevistas para retirada de algum material da sala, para oferecer alguma informação aos usuários, ou para resolver alguma outra questão da dinâmica de trabalho.

Antes de cada entrevista, explicava sobre a pesquisa aos participantes e, após acordado, assinavam o TCLE e só então era ligado o gravador. As entrevistas aconteceram no início do turno de trabalho ou no final do expediente, e tiveram durações diferentes, entre vinte a oitenta minutos. Não houve recusa de qualquer profissional em participar da pesquisa, mas algumas torcidas de nariz e adiamento da conversa. Curiosamente (ou não), os entrevistados de nível médio se mostraram mais abertos e flexíveis para o agendamento das entrevistas.

Na prosa com os profissionais, percebi que a conversa começava mais “politicamente correta”, mas aos poucos os sujeitos iam se desvelando, contado e falando realmente o que pensavam e achavam sobre a temática. Tinha sempre o cuidado de não ficar utilizando o acrônimo LGBTT, e substituía por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Esses diálogos tiveram momentos de emoção, de ambas as partes, e fluidez, na maioria das vezes. Um profissional se revelou gay durante a entrevista e outros fizeram costuras com elementos de sensibilização familiar, narrando histórias de LGBTT que saíram do armário dentro da família.

Porém, um fato me chamou atenção: no diálogo com um médico idoso, que tentou sustentar o discurso de que “tratava todo mundo igual, independente de opção sexual”, quando perguntei ao final da entrevista qual era sua orientação sexual, e citei algumas opções, ele se disse “homo”, por achar que se referia a homem. Então eu repeti a pergunta, “o senhor é homossexual?”. Imediatamente ele expressou um xingamento, acrescentando que “jamais”, que nunca seria “isso”. E ele mesmo percebeu que tinha sido

preconceituoso e disse, “tá vendo como somos preconceituosos”, já relativizando e coletivizando suas questões. De alguma forma, as pessoas sempre se revelavam ou se colocavam nas entrevistas. E mesmo sendo uma temática em voga nos últimos anos, veio permeada de mitos, tabus e desinformação.

Queria destacar também que ao tempo em que estava ali como pesquisador, era rapidamente associado como LGBTT. Nas entrevistas, eu era evocado como o representante do grupo que ali se apresentava – “já que vocês sofrem mais”, “você sabe, não é?”, “devia ter mais políticas para vocês”, e tantas outras expressões que me incluíam.

Observei que as entrevistas também geravam “intervenções”, já que os profissionais de saúde passavam a pensar sobre o tema, e se questionar sobre seus processos de trabalho. Com o gravador já desligado, eles perguntavam, se inquietavam e pediam que eu voltasse com os dados da pesquisa. Como já havia me comprometido com a própria coordenação, serão realizadas oficinas de capacitação com os profissionais de saúde e de apresentação dos resultados finais, como devolutiva à instituição.

O grupo focal ocorreu no final do expediente de um dia de trabalho com agentes comunitários de saúde e, mesmo com um convite mais ampliado, participaram apenas quatro, todas do sexo feminino. A sessão ocorreu em uma sala de reunião na própria unidade de saúde, além de ter sido dinâmica, sem interrupção e com participação ativa de todas. Logo após eu colocar as primeiras questões, elas começaram a falar sem parar, uma emendando na outra. Percebi o quanto estava sendo catártico, queriam dizer o que pensavam e expressar suas angústias de trabalho. Uma questionava a outra que já pensava diferente e assim seguia. Foi uma experiência rica, que durou trinta e cinco minutos. Como nem todos os agentes puderam participar, também realizamos entrevistas individuais com a mesma categoria de profissionais.

No quadro abaixo (Quadro 2), apresento algumas informações para compor um perfil dos profissionais entrevistados:

Quadro 2: Caracterização dos profissionais de saúde.

Profissionais das equipes Saúde da Família - entrevistas narrativas										
Nome	Idade	Profissão	Tempo de profissão	Tempo de atenção básica	Cursos	Identidade de gênero	Orientação sexual	Estado civil	Raça/cor	Religião
Ana	56	Enfermeira	26 anos	15 anos	Especialização em Saúde Pública	Mulher Cis	Heterossexual	Separada	Branca	Espírita
Andrea	33	Coordenadora	10 anos	2 anos	Especialização em Saúde Mental	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Parda	Católica
Beatriz	53	Agente Comunitária de Saúde	19 anos	19 anos	-	Mulher Cis	Heterossexual	Solteira	Parda	Católica
Caio	37	Técnico em Enfermagem	17 anos	17 anos	Graduado em Direito	Homem Cis	Gay	Solteiro	Negro	Não tem
Carla	36	Enfermeira	14 anos	14 anos	Doutorado em Biotecnologia	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Parda	Católica
Carlos	52	Agente Comunitário de Saúde	17 anos	17 anos	-	Homem Cis	Heterossexual	Solteiro	Negro	Católico
Catarina	51	Técnica em Enfermagem	20 anos	20 anos	Graduada em Serviço Social	Mulher Cis	Heterossexual	Solteira	Negra	Católica
Clara	48	Auxiliar de Saúde Bucal	20 anos	20 anos	-	Mulher Cis	Heterossexual	Solteira	Branca	Católica
Conceição	63	Médica	35 anos	17 anos	Residência em Pediatria	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Amarela	Católica
Cristiane	48	Enfermeira	25 anos	20 anos	Mestrado em Saúde da Família	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Parda	Católica
Elisa	44	Técnica em Enfermagem	20 anos	11 anos	Graduanda em Enfermagem	Mulher Cis	Heterossexual	Divorciada	Parda	Católica
Josefa	45	Técnica em Enfermagem	20 anos	10 anos	-	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Parda	Católica
Joana	35	Cirurgiã-Dentista	35 anos	10 anos	Especialização em Ortodontia	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Parda	Católica
José	63	Médico	39 anos	20 anos	Residência em Ginecologia	Homem Cis	Heterossexual	Víuvo	Branco	Católico
Marta	28	Enfermeira	7 anos	7 meses	Especialização em Auditoria em Saúde	Mulher Cis	Heterossexual	Solteira	Negra	Católica
Manuela	29	Agente Comunitária de Saúde	8 anos	8 anos	Graduanda em Moda	Mulher Cis	Heterossexual	Solteira	Negra	Umbandista
Nina	41	Cirurgiã-Dentista	16 anos	12 anos	Especialização em Odontopediatria	Mulher Cis	Heterossexual	Divorciada	Branca	Católica
Pedro	39	Auxiliar de Saúde Bucal	20 anos	17 anos	Graduado em Psicologia	Homem Cis	Bissexual	Solteiro	Pardo	Católico
Suzana	52	Agente Comunitária de Saúde	17 anos	17 anos	Curso Técnico em Enfermagem	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Parda	Católica

Fonte: Os autores (2019).

Quadro 2: Continuação da caracterização dos profissionais de saúde.

Profissionais da equipe do Consultório na Rua - entrevistas narrativas										
Nome	Idade	Profissão	Tempo de profissão	Tempo de atenção básica	Cursos	Identidade de gênero	Orientação sexual	Estado civil	Raça/cor	Religião
Daniel	30	Médico	8 anos	8 anos	-	Homem Cis	Heterossexual	Casado	Negro	Católico
Elda	46	Enfermeira	24 anos	17 anos	Especialista em Saúde da Família	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Branca	Mística
Mônica	28	Agente Social	6 anos	6 anos	Mestrado em História	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Negra	Católica
Patrícia	39	Assistente Social	18 anos	10 anos	Especialização em Saúde da Família	Mulher Cis	Heterossexual	Solteira	Branca	Espírita
Profissionais das equipes de Nasf - entrevistas narrativas										
Nome	Idade	Profissão	Tempo de profissão	Tempo de atenção básica	Cursos	Identidade de gênero	Orientação sexual	Estado civil	Raça/cor	Religião
Cláudia	30	Fisioterapeuta	8 anos	6 anos	-	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Parda	Católica
Fabília	35	Nutricionista	10 anos	6 anos	Especialização em Saúde da Família	Mulher Cis	Heterossexual	Solteira	Parda	Católica
Marina	35	Psicóloga	10 anos	4 anos	Especialização em Saúde Mental	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Parda	Católica
Profissionais das equipes de Saúde da Família - grupo focal										
Nome	Idade	Profissão	Tempo de profissão	Tempo de atenção básica	Cursos	Identidade de gênero	Orientação sexual	Estado civil	Raça/cor	Religião
Flávia	34	Agente Comunitária de Saúde	8 anos	8 anos	Graduada em Ciências Contábeis	Mulher Cis	Heterossexual	Solteira	Negra	Católica
Goreti	37	Agente Comunitária de Saúde	13 anos	13 anos	Graduada em Enfermagem	Mulher Cis	Heterossexual	Casada	Parda	Espírita
Letícia	32	Agente Comunitária de Saúde	13 anos	13 anos	Graduada em Enfermagem	Mulher Cis	Heterossexual	Solteira	Negra	Evangélica
Marília	35	Agente Comunitária de Saúde	6 anos	6 anos	Graduada em Química	Mulher Cis	Heterossexual	Solteira	Parda	Católica

Fonte: Os autores (2019).

A maioria das participantes são mulheres (83%), o que nos fez, a partir deste ponto, escrever o presente texto na *gramática política do feminino*, generalizando e expandindo para o feminino plural. As profissionais possuíam idades variadas, sendo a maioria acima de 30 anos (27), e houve um número expressivo de profissionais entre 40 e 60 anos (13). No que tange ao tempo de profissão, a média foi de 16 anos, e sobre o tempo de exercício profissional na atenção básica, a média foi de 12 anos. Tal fato pôde representar experiências diversas das entrevistadas na área de profissão, bem como na atenção básica. São profissionais que, em sua maioria, participaram desde a implantação da Estratégia Saúde da Família em Teresina.

Sobre os cursos de formação após a saída das universidades, onze possuem algum curso *latu sensu*, preferencialmente em saúde pública, saúde da família ou saúde mental, e três possuem cursos *stricto sensu*, duas com mestrado e uma com doutorado. Para aquelas que exercem cargo de nível médio, observou-se que muitas já possuem curso de graduação, ou estão cursando. São profissionais que, em sua maioria, impulsionaram sua escolaridade, ao tempo que desenvolviam seu trabalho na unidade e, por isso, estão cursando ou cursaram alguma graduação, preferencialmente, a Enfermagem.

A cisgeneridade foi um ponto em comum a todas as entrevistadas, e a maioria identificou-se como heterossexual (28). Sobre o estado civil, dividem-se entre solteiras (13) ou casadas (13). Sobre o quesito raça/cor, a maioria se declarou negra (23)¹¹. E no que tange a religião, a maioria expressiva afirmou ser católica (23).

O que se esperar desse universo de mulheres cis, heterossexuais, na meia-idade, com vários cursos de capacitações, casadas ou solteiras, predominantemente negras e de base católica? Já que encontramos partes do material da caixa-colorida, vamos assuntar seus conteúdos?

¹¹ O Estatuto da Igualdade Racial define como população negra o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas no quesito raça/cor (BRASIL, 2010c).

CAPÍTULO 8. ASSUNTANDO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

8.1 - Não reconhecimento: “trato tudo igual” (Josefa, téc. em enfermagem)

Ao continuarmos nossa abertura da caixa-colorida, com o intuito de ouvir as profissionais de saúde, uma questão ficava no ar toda vez que apresentávamos o projeto, seus objetivos e as perspectivas metodológicas: “existem essas pessoas na atenção básica?” Antes mesmo de iniciar as assunções, outra questão por parte das profissionais de saúde precedia a inquietação anterior: “tem certeza que quer me entrevistar?”.

Aquele momento, mesmo que inicial, mostrava o que estava por vir. Uma nuvem de resistências, tensões e receios pairava toda vez que eu tentava falar a sigla LGBTTT e seu significado. Claro que não foi de forma generalizada, por isso aponto alguns *outliers*¹² presentes nesse contexto. Mas, inicialmente, percebia-se um não reconhecimento das populações LGBTTT enquanto usuárias da atenção básica.

Foi a partir dessas assunções, que algo se apresentou de forma clara - relatos do lugar da “não diferença” no atendimento às populações LGBTTT na atenção básica. Em sua maioria, as profissionais de saúde apontaram que saber/conhecer se a pessoa é LGBTTT não era importante para a condução de qualquer atendimento de saúde, o que mais interessava era resolver a patologia, como faz com qualquer usuário. As falas de Cristiane, Joana, Beatriz e Carla exemplificam bem essas questões:

(...) eu acho que tem que ser tudo igual, porque se a gente especificar, eles vão ficar é pior. Tem que ser tudo igual, a assistência tem que ser a mesma. (Cristiane, enfermeira)

Trato tudo igual. Mas será que tem alguma doença específica? Se tem eu não sei. Boca é boca! (Joana, cirurgiã-dentista)

(...) tratar diferente, por que devo tratar diferente? Botar eles como prioridade? Não! Eu acho que vocês são igual a gente mesmo, pra que priorizar? (Beatriz, ACS)

¹² Na epidemiologia, o *outlier* se refere a um valor atípico, é uma observação que apresenta um grande afastamento das demais da série (é o que está "fora" dela).

(...) o exame citológico é exatamente igual [quando se referia ao exame em mulheres lésbicas]. (Ana, enfermeira)

Na centralidade dos atendimentos, segundo os relatos, há uma tentativa de “igualar os atendimentos”, sem estabelecer qualquer recorte de orientação sexual e/ou identidade de gênero, o que supostamente tornaria o atendimento igual para todos os usuários. A proposta narrada parece não definir ou buscar entender sobre as questões de gênero e sexualidade nos atendimentos de saúde, especialmente se for LGBTTT, para não diferenciá-los dos demais usuários da comunidade. Parece-nos que perguntar sobre a orientação sexual e/ou identidade de gênero pode ser um ato preconceituoso, na visão das profissionais.

Há uma tentativa de igualar, de equiparar, de nivelar qualquer atendimento em saúde. Nessa concepção, os serviços devem seguir protocolos e rotinas iguais, já que assim, segundo as profissionais, estariam sendo éticas e respeitosas com as pessoas, incluindo as populações LGBTTT. Alguns relatos reforçam essa perspectiva:

(...) acho que não tem que ter uma coisa específica, tem que ser pra todos, entendeu? Eu sou contra algumas coisas. Aquela história de cotas pra negros, por exemplo, sou contra. É isso aí que divide e que realmente discrimina mais ainda, eu acho que tem que ser tudo igual, tem que ser tudo a mesma coisa. Você faz e pronto, tem que fazer pra todos, não especificamente, entendeu? (Conceição, médica)

(...) eu trato todo mundo igual, independente se é isso ou aquilo. Essas coisas não me interessam. A pessoa quando chega aqui, se ela é hipertensa, é hipertensa. Se ela quiser dizer o que ela tem, tudo bem, se não... (José, médico)

Muitas vezes a questão deles virem aqui se torna até engraçado. Ficam se colocando em questão de evidência pra isso. Pra mim é um paciente, é um cliente, do mesmo jeito de qualquer outro. Mas é eles mesmos que querem se diferenciar. (Josefa, téc. em enfermagem)

Esses relatos também expressam a negação, a ocultação e as invisibilidades das diferenças. As populações LGBTTT e suas expressões, desejos, necessidades de saúde

ficam, assim, escamoteadas pelo discurso da igualdade ou claramente objetificadas como “isso” ou “essas coisas”, numa postura de distância e frieza por parte das profissionais. A quem se direciona esse discurso? Qual o seu intento? A fala de Josefa, por exemplo, ainda exige das populações uma “postura”, um comportamento específico. Como se já não bastasse a invisibilidade desses sujeitos, são convocados e exigidos pelo que se espera de um modelo de usuário padrão na atenção básica.

Na busca por essa igualdade, as profissionais de saúde tentam esconder qualquer motivação de preconceito, e afastam desse lugar, que deve ser de cuidado, qualquer questão que possa colocar em xeque seus padrões, crenças e moralidades. Na tentativa de ser eticamente correto, podem deixar de abordar situações importantes para os diferentes usuários da rede.

Enquanto as profissionais de saúde realizam atendimentos de pessoas LGBTT como “de qualquer outro”, reforça-se justamente o pensamento da não diferença, do não reconhecimento, da busca pela suposta neutralidade. O movimento LGBTT tem lutado por anos justamente no sentido contrário, ou seja, pelo reconhecimento das diferenças, pelo reconhecimento dos marcadores de gênero como imbricados também nos processos de saúde-adoecimento-cuidado. Como um gay, que comumente tem prática sexual anal com outros homens, pode ser atendido de forma igual a um homem estritamente heterossexual que comumente mantém outras práticas sexuais? Como falar de *chuca e cunilíngua* para ambos os usuários? Como o exame citológico de uma mulher lésbica pode ser igual ao de outra mulher heterossexual? É justamente disso que estamos falando, dessa invisibilidade das questões de saúde das populações LGBTT pelo discurso da não diferenciação.

O estudo de Guimarães (2018), realizado com profissionais da atenção básica das regiões Centro-Oeste e Nordeste do país, mostrou pouco envolvimento, falta de conhecimento e desrespeito às populações LGBTT nos serviços. Fazendo menção a Foucault, a autora afirma existir uma atualização da “hipótese repressiva” e dos “silêncios” sobre a sexualidade. Para ela, existe um *delay* entre a historicidade teórica da compreensão das sexualidades e o conhecimento de profissionais e da sociedade sobre elas.

Em meio a esses relatos, outra assunção nos pareceu comum entre as profissionais de saúde. Muitas se referiam às populações LGBTT como os sujeitos que mais adoecem por questões de saúde mental (depressão, ansiedade, automutilação,

suicídio e alguns transtornos mentais), sendo essa a principal queixa nos consultórios da unidade. Os relatos abaixo expressam esse quadro:

Eles sofrem mais de doença psicológica, como depressão, ansiedade, suicídio, mas isso é tudo novo, é coisa desses tempos de agora. (Joana, cirurgiã-dentista)

(...) geralmente chega mais casos de ansiedade, de insônia, de depressão... (Marina, psicóloga)

A questão mental é o que eles mais sofrem. Tudo isso influencia muito e acaba outras doenças surgindo a partir disso. (Fabrícia, nutricionista)

Eles já chegam com essas demandas mais psicológicas mesmo, é o que vejo. (Cristiane, enfermeira)

Olhando para essas narrativas, percebemos o quanto o sofrimento psíquico se revela como um dos sintomas que é fruto das inúmeras desigualdades que permeiam as relações de gênero na nossa sociedade. Os corpos LGBTTT, que em sua maioria, não exprimem seus desejos, identidades e expressões, que são excluídos socialmente, que tem seus direitos negados, que não acessam os serviços de saúde, que são interditados pelas profissionais de saúde, esses são os corpos que cotidianamente sofrem. Esse sofrimento não é *per se* subjetivo, é um sofrimento moral, político e estrutural. Por isso, indagamos: as questões de saúde mental, anunciadas pelas profissionais de saúde, não seriam uma forma de denúncia coletiva das populações LGBTTT diante das situações de violências? Nessa inquietação, o corpo, as questões de gênero, o Estado e as subjetividades estão inteiramente imbricados.

Para entender melhor essas relações, recorreremos à literatura. Um estudo recente realizado nos Estados Unidos mostrou elevada prevalência de depressão maior e abuso ou dependência de drogas lícitas e ilícitas entre adultos gays quando comparados aos adultos heterossexuais (CHAUDHRY; REISNER, 2019). Outro estudo estadunidense de abordagem epidemiológica mostrou que os transtornos psiquiátricos são altamente prevalentes entre pacientes adultos trans, quando comparados com pacientes adultos cis, especialmente no que tange ao adoecimento por depressão, ansiedade, uso e abuso de drogas (NOOR BECKWITH, 2019). Um estudo brasileiro também concluiu uma tendência de gays apresentarem mais transtornos mentais e buscar significativamente

mais psicoterapias e/ou tratamento psicofarmacológico (CEARA; DALGALARRONDO, 2010).

Os estudos citados anteriormente, os quais foram realizados por pesquisadores de grandes centros, trazem inúmeros engodos. Por isso, iremos apontar alguns contrapontos. Um deles é que, segundo Miguelote e Camargo Júnior (2010), há uma relação muito próxima entre as indústrias do campo farmacológico com as indústrias do próprio campo do conhecimento, e que juntas, podem reforçar uma cultura de medicalização das vidas. Outro ponto é que as experiências de sofrimento psíquico são construídas socialmente e trazem em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade. E como estão as populações LGBTTT diante de uma sociedade capitalista, machista, sexista e internacionalista que Arruza, Bhattacharya e Fraser (2019) questionam? E, por fim, se entendemos que a desigualdade, a exclusão, a pobreza e as violências se produzem interseccionalmente no cotidiano, podemos pensar também que a resposta a essas desigualdades deverão ser interseccionais, como nos alertou Parker e Camargo Júnior (2000).

Outro estudo também nos chamou atenção: Canali et al (2014) avaliaram a autoestima de homossexuais no sul de Santa Catarina e concluíram que os benzodiazepínicos são os medicamentos psicoativos mais utilizados por este público, com ênfase no Clonazepam. A nossa percepção é que, a partir dessas conclusões, há uma captura do sofrimento psíquico pelo campo da própria biomedicina, tendo como grande mediador o tratamento psicofarmacológico. E qual o lugar da biomedicina na sociedade? Como ela é posta nas formações profissionais em saúde? Como o senso comum se intercambia com esse suposto saber? As narrativas das profissionais, que inclusive possuem um número considerável de especializações em saúde mental (4), nos mostram como os sofrimentos das populações LGBTTT são pautados na dinâmica de trabalho da unidade de saúde. Destacamos, ainda, que esse uso excessivo de psicotrópicos gera naturalização do sofrimento e traz apagamentos de inúmeros outros elementos que circundam as vidas precárias das populações LGBTTT.

Com esses relatos, parece-nos que a medicalização dos sofrimentos advindos das violências sofridas pelas populações LGBTTT, tem se transformado em um recurso cada vez mais legitimado pelas profissionais de saúde, seria essa mais uma violência, a “violência farmacológica”? Os psicotrópicos, em suas doses químicas de controle dos

corpos, não estariam aprisionando resistências e reforçando desigualdades? Inibindo vozes e corpos-bandeiras?

Os dados das entrevistas paralelos aos dados da literatura parecem deslocar a categoria “doença”, onde as homossexualidades, transexualidades e travestilidades saíram dos manuais de classificação e diagnósticos de transtornos mentais para entrar numa estatística legitimada pelo discurso médico-científico, talvez numa tentativa de não reconhecimento das desigualdades de gênero, de raça/cor, de classe e outras que assolam nosso país.¹³ Esses discursos acabam por produzir diferentes formas de sucumbir às identidades dissidentes.

Tudo isso nos coloca o desafio de identificarmos e (re)interpretarmos as contradições individuais e coletivas da nossa sociedade. Diniz e Guilhem (2002) fazem um convite à bioética, e apostam na necessidade de reconhecer as diferenças e promover a tolerância como requisito fundamental para compreender essas contradições. Mas pelo visto, diante das diferenças morais entre profissionais de saúde e as populações LGBTTT, estas últimas tem sofrido cada vez mais violências nas escolas, no mercado de trabalho e nas ruas. Isso também é reencenado nos serviços de saúde, conforme apontou vários estudos (CUNHA; GOMES, 2016; LINDROTH, 2016; MOSCHETA; SOUZA; SANTOS, 2016).

Portanto, reconhecer as populações LGBTTT não se trata de retorná-las ao armário dos transtornos mentais, mas sim, reconhecê-las como sujeitos dotados de direitos, que possuem demandas gerais e específicas de saúde, que podem viver e constituir famílias, mas que sofrem diversas violências e apagamentos no dia a dia. Enfim, são sujeitos que podem e devem utilizar o SUS, que é um sistema universal, integral e equânime.

Em meios às tentativas de reconhecer as populações LGBTTT em seus territórios de saúde, um velho discurso também se mostrou presente - a associação das populações LGBTTT às IST e Aids. Em meados dos anos 80, o surgimento da então epidemia de Aids

¹³ No século passado, autores como Krafft-Ebbing, Havelock Ellis, Hirschfelde abordavam a homossexualidade como uma patologia a ser diagnosticada e, sobretudo, a ser tratada (GREEN, 2000). Embora esse discurso seja muito presente no senso comum, a homossexualidade não é diagnosticada como uma patologia desde 1973 pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o Conselho Federal de Medicina (CFM) retirou em 1985 e desde 1990 foi excluída pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Só em 2018 que houve a retirada da classificação da transexualidade como transtorno mental na 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID), e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou a Resolução CFP nº01/2018, que orienta a atuação de psicólogos para que as travestilidades e as transexualidades não sejam consideradas patologias. Vale destacar que nesta tese, adotamos a postura crítica e reflexiva sobre a teia de manipulação ideológica de fatos e saberes biomédicos que produzem preconceitos e discriminações contra as populações LGBTTT.

trouxe uma associação quase que instantânea às homossexualidades. Essa relação estrita e complexa trouxe também um conjunto de estigmas e preconceitos. Várias veiculações estiveram presentes nas mídias, nas ações de saúde, nas famílias, nas igrejas e, principalmente, no imaginário popular. Ora como vítima, ora como vilã, as homossexualidades passaram a estar no cerne da discussão da Aids (PARKER; CAMARGO JR, 2000; TERTO JR, 2002). Esses discursos tão presentes nos anos 80 perduram até hoje nas narrativas das profissionais de saúde da atenção básica, conforme trechos abaixo:

*(...) tem um que ele é, mas eu não sei se é homossexual, agora eu não sei se é travesti, se é transexual, eu não sei. Ele já veio para a nossa unidade e quando nos procurou era porque ele já tinha essa **doença de base**, ele é um HIV positivo. (Conceição, médica – grifo dos autores)*

Fui assistir a uma palestra e vi que o pessoal botava na cabeça que o gay que transmitia a Aids. (Suzana, ACS)

É, só vejo mesmo a questão de HIV, HIV, Aids e sífilis. [quando explicava sobre as necessidades de saúde das populações LGBTT] (Mônica, agente social)

Cada mês já é definido com uma cor padronizada, dezembro é o vermelho da Aids (...) nessa de Aids entraria o LGBT? Mas como eu vou chamar o público LGBT pra cá pra tratar sobre Aids sem achar que eu tô identificando eles como uma forma tendenciosa a ter a doença? (Andrea, coordenadora)

Tem muita DST, Aids, entendeu? Aqui a gente só pega assim! Como tô te dizendo, eu não adentro muito na patologia do paciente não, só atendo mesmo pra outras coisas, mas tem. A gente faz muita sífilis, o tratamento da sífilis geralmente são pessoas homo, né? (Fabrícia, nutricionista)

A Aids, na sua estreita relação com questões que são tabus na agenda conservadora de nossa sociedade, tem mostrado a importância de se compreender elementos tão ocultados e negados na estruturalidade das vidas. Quando a médica Conceição questiona sobre essa “doença de base”, o que ela está imprimindo? Qual “a base” da Aids? Essa base se refere às homossexualidades, travestilidades e transexualidades? Para entrar nessa seara, alguns pontos precisam ser colocados.

A Aids, por ser também uma infecção sexualmente transmissível – onde a via de transmissão mais conhecida está associada às práticas sexuais -, por ser constante em grupos mais estigmatizados - a prevalência de Aids em alguns grupos é maior em relação à média nacional e esses grupos incluem gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo -, por estar cada vez mais medicalizada – profilaxias pré e pós-exposição (PrEP e PEP) -, acaba por colocar em voga todo um ideário de uma “doença” contagiosa, incurável e mortal. Seriam os mesmos ideários que circundam aqueles que escapam o binarismo sexual? Seriam sujeitos de “sexualidades infectantes”? Pela fala das entrevistadas, são sujeitos que cotidianamente tem suas sexualidades questionadas, seja pelo discurso do senso comum, seja pelo discurso biomédico.

Terto Júnior (2002) e Bezerra (2019) colocam que em meio a uma lógica perversa de recrudescimento das populações LGBTTT, que foi fortemente apontada nos discursos das profissionais de saúde, também houve experiências exitosas de enfrentamento a Aids no nosso país, especialmente quando comparadas aos demais países latino-americanos. O Brasil despontou com a oferta de tratamento no início dos anos 90, incluindo a produção independente de medicação genérica e de sua distribuição gratuita na rede pública. Tais situações colocaram a experiência brasileira em evidência no cenário internacional de HIV/Aids, como também colocaram parcelas das populações LGBTTT em um lugar de “privilegio” no acesso aos serviços de saúde no país. Não obstante, ao longo de mais de três décadas de epidemia, os relatos nos mostraram que não conseguimos olhar para os processos de determinações sociais, econômicas, culturais e de gênero da Aids, especialmente no contexto da atenção básica. Ao passo que avançamos na produção medicamentosa, pouco nos detivemos em traçar iniciativas pedagógicas de prevenção de forma efetiva e eficaz, especialmente àquelas de base comunitária e popular, que parece estar tão próxima do que objetiva a proposta da ESF. Andrea mesmo se colocou duvidosa de como convidar as populações LGBTTT para uma ação sobre Aids na unidade.

Para Sontag (1989), a Aids tem servido para alimentar temores que vêm sendo cultivados há várias gerações, como o medo da própria subversão. Com o poder de alimentar fantasias, esse medo tem colocado a sexualidade humana em questão, precedido de um teor de isolamento, culpa e vergonha do corpo e de si mesmo. A própria cidadania das pessoas tem sido posta em xeque, e em uma espécie de mito, a Aids tem levado as pessoas “a serem consideradas doentes antes de adoecerem” (p.10). O relato de Marta

conta um pouco de sua relação com um usuário gay que buscou realizar teste rápido na unidade.

(...) ele já teve o intuito de fazer o teste rápido, ele pediu pra fazer o de HIV (...) aí eu já orientei ele, faça todos os exames, peça todos os exames pra ele [médico], sífilis, HIV, todos, todos de doenças sexualmente transmissíveis. A gente faz muito teste rápido com esse tipo, a maioria é. (Marta, enfermeira)

A partir desse relato, percebe-se que havia uma preocupação em relação a infecção pelo HIV, principalmente por parte do usuário, mas essa não é uma demanda que envolve a responsabilidade somente do sujeito. Se as populações LGBTTT não são consideradas como existentes nos territórios de saúde ou nas salas de atendimento da unidade, como poderão conhecer formas de se protegerem das IST, por exemplo? E quando conseguem chegar na unidade, uma enxurrada de exames é solicitada, o que isso nos mostra?

Butler (2017) fala sobre o controle dos corpos abjetos, que não se restringe necessariamente ao sexo e/ou a heteronormatividade, mas se relaciona a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas vidas e cuja materialidade não é entendida como importante. As populações LGBTTT que são discriminadas “entre as quatro paredes” dos consultórios de saúde, que têm dificuldades para acessar os serviços da rede, que têm sua orientação sexual ou identidade de gênero estigmatizada, essas poderiam ser consideradas abjetas? Poderiam ser consideradas humanas, então? Marta destacou as solicitações de exames específicos para as IST, mas será que o usuário não tinha outras demandas? Ele não é humano? Os discursos de tentativa de reconhecimento das populações LGBTTT diante da Aids não se encerram, Joana narra sobre o fim da Aids e as estratégias de prevenção.

Mas o HIV tá acabando para eles [populações LGBTTT], tem muita prevenção, agora, nem sei mesmo, tem pet, prev, agora não lembro. (Joana, cirurgiã-dentista)

O relato de Joana aborda sobre as estratégias científicas, tecnológicas e biomédicas no tratamento e na prevenção do HIV/Aids “para eles”, expressão que nos pareceu um tanto distante sobre quem realmente se fala, as populações LGBTTT. Para Monteiro et al (2019), mesmo que ancorado em modelos de países economicamente mais desenvolvidos, o Brasil tem alavancado em estudos e produções de tecnológicas com a

premissa de se chegar “ao fim da Aids”. Chegaremos ao fim da Aids? Internacionalmente, a Unaid (2014) vem indicando desde 2014 a estratégia conhecida como “90-90-90”, tendo como meta o fim da epidemia até 2030: que 90% das pessoas com HIV conheçam seu diagnóstico, 90% dessas pessoas estejam em tratamento com antirretrovirais e que, destas pessoas, 90% estejam com carga indetectável do vírus.

A partir dessas questões, tão fortemente relatadas pela profissional, agora nos perguntamos: chegaremos ao fim da Aids nas populações LGBTTT? O que temos visto é justamente o contrário, houve um aumento considerável de infecção entre as populações LGBTTT (BRASIL, 2018), o que nos faz pensar que a epidemia tem um contexto social, cultural e ideológico fundante. As populações LGBTTT, especialmente as mais marginalizadas, estariam na linha de frente desse processo. A precarização da vida e os problemas de acesso aos bens e serviços - em suas dimensões geográficas, financeiras, simbólicas e organizacionais - fazem parte desse roteiro “de infecção”, o qual enfrenta lutas e disputas de agenda no campo da saúde pública.

Joana tentou lembrar sobre as formas de profilaxias pré e pós-exposição, e isso nos mostrou a distância entre o que se processa como avanços tecnológicos e como eles se operacionalizam no dia a dia da assistência. Essas medicações, em tese, estão disponíveis nos serviços públicos do Brasil desde 2010, e no Piauí, se consolidou mais fortemente nos últimos quatro anos, especialmente em Teresina. E como o pesquisador Francisco Inácio Bastos nos lembra, essas tecnologias passam “pela falta de vontade política, pela má gestão de recursos, pela sua escassez e pela falta de preparo e sensibilidade dos profissionais de saúde ao lidarem com populações marginalizadas” (2013, p.98). Nesse diapasão, a fala de Elisa vem a calhar.

Porque quando uma pessoa é assim de risco, é aconselhado tanto pra médico como pra enfermeiro oferecer pra o cliente, se o cliente quiser e se ele se disponibilizar, aí ele faz, se não... entendeu? [quando explicava sobre o teste rápido oferecido às populações LGBTTT] (Elisa, téc. em enfermagem)

As populações LGBT são “grupos de risco” para infecção de HIV/Aids? Ou melhor utilizar a expressão do Ministério da Saúde e dizer que são “populações-chave”? Em se tratando de HIV/Aids, essas questões nos mostram o quanto ainda precisamos avançar, tanto na micropolítica como na macropolítica do trabalho em saúde. Assim como

reforçam Ayres et al (2006) e Maksud, Fernandes e Filgueiras (2015), as ideias de grupos e comportamentos de risco e em sua (re)leitura de populações-chave, são conceitos que acabam por rotular, estigmatizar, descontextualizar, e despolitizar todo um cenário de visibilidade positiva da Aids. Por isso uma abordagem a partir dos direitos humanos, especialmente àquela vinculada à redução de danos, parece ser uma boa aposta nas ações e estratégias de cuidado em saúde.

Por fim, à luz do que Fraser (2002) chama de princípio de justiça, percebemos o não reconhecimento das populações LGBTTT em meio aos discursos de suposta igualdade no atendimento entre os usuários da rede de saúde. Contudo, esse não reconhecimento também veio permeado de um reconhecimento distorcido, ou seja, um reconhecimento que se ancora na opressão, na discriminação e no estigma, e que aprisiona os sujeitos em um modo polarizado e reduzido. Esse modo de reconhecimento se deu de duas formas. Uma delas foi centralizando as demandas de saúde das populações LGBTTT no campo do sofrimento psíquico, e a outra delas, centralizando no campo do HIV/Aids.

Essa redução ao sofrimento psíquico, ou esse reconhecimento pautado numa dinâmica biomédica e farmacológica da saúde, tem agido de forma perversa junto às populações LGBTTT. Reconhece-se as populações LGBTTT como sujeitos de direitos ou interditados deles? Quais as forças do aparato mercadológico da indústria farmacêutica nessa produção desenfreada de diagnósticos? Enfim, o sofrimento psíquico esteve imbricado ao “hiper-reconhecimento” das populações LGBTTT na assistência à saúde. Este processo esteve pautado em meio às negações, apagamentos e distorções que acabam por sucumbir à própria noção de reconhecimento.

O reconhecimento pelo HIV/Aids parece seguir a mesma lógica. As populações LGBTTT parecem estar eternamente “deterioradas” pelo estigma da Aids. Quando são cunhadas como vetores do vírus, toda uma cena da diversidade sexual e de gênero é atingida. Tem-se a impressão de que o vírus (da ordem do biológico) ganhou reconhecimento quando dentro de corpos LGBTTT. Este reconhecimento, por sua vez, se revestiu de convicções morais e religiosas. Onde está a ética nessas formas de reconhecimento? Quais os corpos se evidenciam? Como as desigualdades sociais são pautadas nessa caixa-colorida?

Importante pontuar também que se o SUS – na posição da unidade estudada - tem ofertado exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, provavelmente está oferecendo coisas desnecessárias para alguns e deixando de atender

as necessidades de outros. Além disso, percebemos também que manter esse atendimento “igual” parece ser bom, produtivo e compatível com o que se espera de uma profissional da atenção básica. Isto é, existe uma preocupação em atender todos de forma igual, sem estabelecer distinções, com fins de uma suposta igualdade positiva entre as pessoas. Contudo, esse olhar pode trazer inúmeros prejuízos para o cuidado aplicado aos sujeitos, suas singularidades e suas questões de saúde, o que passa pela ordem da redistribuição. É o que veremos a seguir.

8.2- Má distribuição de recursos: “é tanta desorganização” (Marta, enfermeira)

Tem médico que atende simplesmente quatro pacientes dentro do consultório, e é junto! Ai você quer contar uma coisa íntima para o médico, quer contar uma coisa.... ele não atende a pessoa se a pessoa quiser atender só, manda a pessoa ir embora. (Caio, téc. em enfermagem)

O relato de Caio reapresenta a antiga discussão sobre a organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde em função das necessidades dos profissionais e/ou de uma entidade abstrata, o “serviço” – e não em função do cuidado às pessoas. Essa fala introduz inúmeras questões éticas e políticas no que se refere ao reconhecimento do direito do outro à singularidade, à privacidade e à confidencialidade na assistência à saúde, com repercussões importantes para as populações LGBTT. O que acontece quando pessoas LGBTT se deparam com uma “consulta coletiva” ao demandarem cuidados em saúde? Como se sentem nessa situação citada por Caio? Como podem revelar sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, falar de suas vidas e experiências em situações como essa? Elas voltam a frequentar esses serviços? A partir do olhar teórico de Fraser (2002), já sabemos que as injustiças de reconhecimento trazem injustiças na distribuição dos recursos; no caso aqui estudado, a má organização dos serviços de atenção básica e as más práticas tem relação com a falta de reconhecimento desses sujeitos nos territórios. E é nesse campo da distribuição de recursos, da organização dos serviços e dos processos de trabalho que alguns aspectos serão aqui abordados.

Com a história da “consulta coletiva”, Caio, que é técnico em enfermagem, já deu pistas de alguns aspectos problemáticos da micropolítica dos atendimentos. Porém, antes de chegarmos a essa discussão, vamos percorrer algumas questões – que também possui

dimensões micropolíticas - relacionadas ao acesso e a acessibilidade de usuários LGBTTT aos serviços de atenção básica, conforme elas foram apresentadas nas narrativas das profissionais de saúde.

Para começarmos a entender melhor a categoria acesso e acessibilidade na atenção básica, temos o estudo clássico desenvolvido por Bárbara Starfield. A autora fala sobre a diferença entre acesso e acessibilidade, e define acesso como a utilização oportuna e adequada de serviços de saúde, com fins de se chegar a melhores resultados na própria saúde, e acessibilidade como o que faz possível o contato do usuário com os serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Então, a acessibilidade é uma possibilidade de contato que se faz efetiva com o acesso, e para as populações LGBTTT, muitas vezes, não se realiza pela presença de diversas barreiras¹⁴.

Tomando posse dessa literatura, ao observamos as visões das profissionais sobre a acessibilidade e o acesso das populações LGBTTT à unidade de saúde, estas se apresentaram díspares nas narrativas; aquelas que atuam no território ampliado - agentes comunitárias de saúde, bem como àquelas que integram as equipes de Consultório na Rua - pareciam identificar os usuários LGBTTT e suas condições de acessibilidade com mais facilidade do que médicas, enfermeiras e cirurgiãs-dentistas da ESF, que em maioria, trabalham confinadas aos consultórios. Nessa construção, começaremos apresentando os relatos das profissionais com o olhar mais sensível às populações LGBTTT no território.

Tinha um casal de gatas, a gente bebia junto, era show de bola. Tem também um casal de homossexuais, eles moram juntos, é o Tião e o Emerson. (Carlos, ACS)

Eu moro no limite do Pirajá com o Aeroporto e lá tem uma boca de fumo que andava muito travesti. (Suzana, ACS)

Aqui perto tem boates, tem prostíbulos, tem a questão que essas pessoas trabalham na noite. Ah! Tem muito aqui, aqui é o centro da cidade, tem muito, muito, muito, muito deles. (Letícia, ACS)

Como o centro dá oportunidade de tá tudo mais próximo deles, eles acabam se concentrando aqui. Aqui tem as pensões, se eles vem de fora, as pensões são mais baratas, tem mais acesso a

¹⁴ Starfield (2002) traz da literatura de Donabedian (1973) as barreiras de acesso aos serviços de atenção básica. Para Donabedian (1973), se expressam principalmente em duas, uma identificada como sócio-organizativa e outra como geográfica. A barreira sócio-organizativa refere-se aos aspectos e características dos recursos dos centros assistenciais que dificultam ou facilitam o acesso à atenção. Já o acesso geográfico, se refere ao tempo para chegar aos serviços e a distância requerida.

*tudo... aos outros bairros, o custo de vida também é mais barato.
(Patrícia, assistente social)*

Eu não poderia te dar aqui um número, entendeu? Mas na minha mente, vem uns cinco travestis que chegam pra mim que dizem e são caracterizados. Só aqui pelo centro. (Elda, enfermeira)

As populações LGBTTT, segundo os relatos, estão na comunidade em geral, seja na forma de casais, seja trabalhando, seja consumindo os serviços do centro, enfim, são pessoas que estão e sempre estiveram presentes na cidade, e que, de alguma forma, foram enxergadas pelas agentes comunitárias de saúde e pelas integrantes da equipe de Consultório na Rua, profissionais que formalmente realizam trabalhos próximos das pessoas em suas realidades cotidianas. É importante destacar que essas profissionais que vivenciam esse território de forma mais atinente, estabelecem relações não só de trabalho, mas também de laços de amizade com as populações LGBTTT, conforme lembrou Carlos, que até se divertia com as amigas lésbicas.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) atribui ao ACS o “diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe” (BRASIL, 2017, p. 15). Portanto, são profissionais de acesso privilegiado aos dados das famílias, até porque, em sua maioria, também vivem no território onde atuam. A equipe de Consultório na Rua realiza atividades preferencialmente no espaço da rua, ofertando serviços *in loco*, o que acaba por facilitar o conhecimento sobre o território e a circulação dos usuários, por isso que as fala de Patrícia e Elda, que atuam nesse dispositivo, trouxe mais conhecimento da região e dos usuários LGBTTT.

Por outro lado, as profissionais de saúde que atuam basicamente nos consultórios e residem em outros bairros, com características sócio-territoriais diferentes - cirurgiãs-dentistas, médicas, enfermeiras e técnicas em enfermagem - estas identificam menos as populações LGBTTT, não somente a sua circulação no território ampliado dos bairros adscritos, mas também dentro da própria unidade.

*Eu acho que aqui a gente não tem muito, pelo menos eu não vejo.
(Marta, enfermeira)*

Que tenham falado que era... pra mim? Não! Só se for um atendimento, vamos dizer de um hipertenso, mas ele nunca me disse que era. (Ana, enfermeira)

(...) eu considero que são poucos, tem poucos deles, não ficam assim, pouco chegam na unidade. (Nina, cirurgiã-dentista)

Nunca vi nada para eles aqui no posto, e também não tem ninguém gay aqui na comunidade. Acho que uns puxam os outros, e como aqui não tem... (Joana, cirurgiã-dentista).

As falas de Marta, Ana, Nina e Joana, cujas atividades se dão quase exclusivamente dentro da unidade, apresentaram outra interpretação da realidade; em suas versões, as populações LGBTT *não* acessam (ou quase nunca) a unidade de saúde. Como vimos no tópico anterior, esses sujeitos já *não* são reconhecidos e, agora, também *não* acessam? O que esses relatos do *não* querem nos dizer? Para entender melhor a discussão sobre acesso, ou melhor dizer, do *não* acesso, precisamos retomar alguns pontos da literatura e articular com o que de fato e se põe como dificuldades de acessibilidade das populações LGBTT na unidade em estudo.

Para compreender a categoria acesso e analisar as condições de acessibilidade aos serviços de saúde, Giovanella e Fleury (1995) adotaram como abordagem teórica quatro dimensões explicativas: política, econômica, técnica e simbólica. A dimensão econômica - modelo economicista – refere-se à relação entre oferta e demanda; a dimensão técnica - modelo sanitarista-planificador - é relativa à planificação e organização da rede de serviços; a dimensão política - modelo sanitarista-politicista - é relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular e a dimensão simbólica - trata das representações, crenças e valores sociais acerca da assistência e do sistema de saúde.

Com inspiração nesse debate teórico de Giovanella e Fleury, mas sem pretendermos aprofundar em questões mais técnicas da área de avaliação em saúde, nesta discussão sobre a má distribuição de recursos na assistência à saúde das populações LGBTT, os relatos foram organizados em três dimensões principais¹⁵: *relacional*, que se refere às relações intersubjetivas entre usuários e profissionais; *organizacional*, que aborda os modos de organizar os serviços e os processos de trabalho; e, por fim,

¹⁵ Essas são as mesmas dimensões que utilizamos na revisão e análise da literatura nacional e internacional sobre a assistência à saúde das populações LGBTT, no capítulo 2.

contextual, que abrange os modos como as situações de vulnerabilidade e os determinantes sociais afetam à assistência à saúde. Essa distinção entre as dimensões citadas foi meramente para fins de operacionalizar a análise dos relatos, já que nos fluxos de interação da vida real, elas são complexas e imbricadas.

Dimensão relacional

A discussão composta nessa dimensão se propõe a enxergar como as relações entre usuários, profissionais de saúde e gestores operam na unidade de saúde estudada, especialmente como a dinâmica entre esses interlocutores impactam na assistência à saúde das populações LGBTT. Para isso, exploramos questões relativas à revelação da identidade de gênero e/ou orientação sexual, as formas como se tecem os diálogos comunicativos entre os sujeitos (usuários-profissionais), os estigmas associados e encenados, bem como os efeitos sociais desse processo. É evidente que essa dimensão envolve outros pontos para além da dialética relacional, não obstante, discussões em outras dimensões se tornarão complementares.

A questão de saber/conhecer sobre a identidade de gênero e/ou a orientação sexual foi apontada na retórica das profissionais como algo “pouco relevante” para o atendimento em saúde. Com esse discurso, de algum modo, se nega, se interdita ou se embarreira o processo de revelação em si, seja espontânea, como auto-revelação, seja a partir da pergunta pela profissional de saúde. O curso da comunicação usuário-profissional deveria ser um momento de construção de empatia, de confiança, de troca de saberes, de compaixão e de solidariedade, enfim, de reconhecimento dos sujeitos e de suas singularidades, conforme tanto nos mostra Diniz e Guilhem (2002). Porém, se ao usuário não é permitido sair do armário no fluxo de suas interações no atendimento, por vias tortas, pelas brechas da porta, as profissionais parecem interessadas em localizar e reiterar o lugar dos sujeitos LGBTT ali, no armário. Ao invés de perguntar ou dialogar com o usuário LGBTT, a trilha parece seguir outra cadeia de descoberta. Parece-nos um quebra-cabeça, com algumas peças que são montadas, outras ocultadas, até que se conclua algo sobre a questão.

Vou definir Teresina como uma província. As pessoas tem muito medo de se assumir, tanto é que como eu trabalho na mesma área

que eu moro, tem pessoas que eu sei que são LGBT, mas elas simplesmente não falam, só sei porque moro ali. (Manuela, ACS).

Muitas vezes, quem informa pra gente são pessoas próximas deles. Muitas vezes é um vizinho, é uma pessoa que mora na rua, ou um conhecido dele. Uma vez, chegou pra mim uma paciente e disse, "oh, toma cuidado, aquela paciente é desse jeito, assim e assado". (Josefa, téc. em enfermagem)

Não, acho que não [deve perguntar sobre orientação sexual e identidade de gênero], eu acho que é irrelevante. Eu considero que seja importante a questão dessa categoria, mas não, não considero relevante perguntar. Muitas vezes é o ACS que traz a informação, eu mesmo não costumo fazer esse tipo de pergunta não, e fica tudo bom. (Marta, enfermeira)

Manuela, que é uma agente comunitária de saúde e mora na região, acaba se utilizando das redes informais e cotidianas para conhecer sobre as questões de orientação sexual e identidade de gênero dos usuários. Poderíamos dizer que há um “borramento” entre o público e o privado, entre o profissional e o pessoal, nesse caso? Mas se a agente de saúde é uma profissional que, assim como a maioria, mora na comunidade, como ela poderia lidar com essa situação? Sabemos que essas são profissionais que atuam como um elo entre os dispositivos da rede de saúde, não obstante, não é de se esperar que ela force uma possível saída do armário já que é sabido de todos na comunidade a orientação sexual e/ou a identidade de gênero não-normativa do usuário, ou que o acesso às informações privilegiadas possa ser um obstáculo ao acesso à unidade. Às vezes, assim como lembrou Josefa, essa informação transpassa a rede dos consultórios, e pode chegar através de um vizinho. A abertura da porta que permite vislumbrar o interior do armário é, mais uma vez, intermediada por um terceiro nessa relação.

A partir dos relatos, percebe-se uma tendência em manter as populações LGBT no âmbito da suspeita, da dúvida, da curiosidade. Ao mesmo tempo em que criam uma espécie de interdito sobre o assunto, principalmente quando evitam perguntar sobre essas questões, podem culpabilizar o usuário por não verbalizar sua orientação sexual e/ou identidade de gênero durante o atendimento – “mas ele também não me diz!”. Com isso, as profissionais negam qualquer tipo de discriminação (no estilo de pensamento que preconiza que não reconhecer as diferenças significa diretamente não discriminar), e reafirmam a ética de “atender todo mundo do mesmo jeito” (Cristiane, enfermeira).

Nessa dinâmica relacional da assistência às populações LGBTTT, a questão de sair do armário foi associada principalmente aos gays considerados afeminados, aqueles que notadamente possuem, aos olhos das profissionais de saúde, alguma performance destoante do que se espera de uma performance masculina, por exemplo. E alguns elementos entram nesse quebra-cabeça, como o “jeito”, as vestimentas, a voz, dentre outros.

Para entender melhor esse quebra-cabeça, recorremos a Peter Fry e Edward MacRae, que há tempos tinham nos chamado atenção para as hierarquias que se dão na compreensão das diferentes homossexualidades no Brasil, principalmente porque essas assimetrias tendem a atribuir signos de distinção de grupos e disparar inúmeros estigmas aos gays afeminados e às travestis. É como se existisse uma fronteira que separa os homossexuais dos heterossexuais e que “coloca em questão a própria noção de uma identidade homossexual que, para muitas pessoas, representa um modo de dar ordem às suas vidas, cheio de possibilidades de gratificação e muitas vezes assumido a duras penas” (1983, p. 120). Os autores não estavam necessariamente preocupados com a forma de aprisionamento identitário de cada um, mas com a maneira particular pela qual as relações hierárquicas que se estabeleciam entre os próprios modelos de organização da sexualidade eram convertidos em signos de distinção de grupos. Essas concepções assimétricas tentam, em sua maioria, “traduzir” ou fabricar estereótipos para as populações LGBTTT (uma sopa de letrinhas que é recheada de grupos e subgrupos). As falas de Josefa, Flávia, Ana e Andrea trazem essas concepções.

Já começa até pelo aspecto físico (risadas). Não tem como a gente olhar, bater o olho e não saber que é, mas aí muitas vezes é eles mesmos que já põe isso em evidência. (Josefa, téc. em enfermagem)

Às vezes o comportamento já diz tudo, não precisa a gente nem perguntar. (Flávia, ACS)

Pra te ser sincero, não pergunto! Se eles quiserem falar... alguns até acho que são gay, vejo logo no jeito, na voz, no andar. (Ana, enfermeira)

Se tu ver uma mulher com um anelzinho de casada no teu consultório e digamos que você vai fazer uma citologia nela, você

vai perguntar qual a opção sexual dela? Por quê? É uma aliança (...) não precisa perguntar. (Andrea, coordenadora)

Essa estratégia de espreitar o armário dos sujeitos que escapam as formas de se conceber as feminilidades e as masculinidades, especialmente entre gays e lésbicas, parece ter uma lógica diferente de travestis e transexuais. Na perspectiva das profissionais de saúde, para os gays e lésbicas, há uma busca de classificação da orientação sexual a partir de estereótipos, moralidades e julgamentos próprios, impregnados de senso comum. Esse dispositivo que não permite por completo nem uma visibilização afirmativa nem uma ocultação defensiva pode ser, ainda, uma estratégia de regulação e controle social dos corpos dissidentes. Muitas vezes, esses sujeitos – populações L, G e B - possivelmente tentam corresponder a padrões, a fim de que sejam melhor recebidos e atendidos nos serviços de saúde, conforme apontaram os estudos de Rossman, Salamanca e Macapagal (2017) e Ferreira, Nascimento e Pedrosa (2018).

Para as pessoas travestis e transexuais, que já trazem em si outras formas de expressões de suas corporalidades, o quebra-cabeça parece já estar montado. A enfermeira Elda relatou o uso do nome social por travestis e transexuais como um elemento importante na conformação das identidades dissidentes, e que retira esses sujeitos do âmbito da suspeita e da curiosidade, como ocorre com lésbicas e gays, e os nomeiam enquanto travestis e transexuais.

A gente não faz definição, a gente faz apenas um cadastro, porque tem uns que são gays, mas que querem ser chamados pelo nome deles mesmos, né! Outros que são travestis, que são e vivem caracterizados e querem ser chamados pelo nome social, aí já dá pra saber logo. (Elda, enfermeira)

Quem é travesti? Dá pra perceber rápido, tem a questão do nome social. Os outros até tenho mais dúvidas, mas esses não. (Clara, auxiliar de saúde bucal)

A unidade de saúde, como um espaço que deveria ser de circulação livre, constitui-se de relações diferentes entre os vários sujeitos da sopa de letrinhas, o que dá origem a uma experiência de espacialidade marcada por regras e normas muito distintas. As corporalidades aceitáveis são aquelas que “passam”, sem serem reconhecidas pela não

cisgeneridade e pela não heteronormatividade. Não ser identificado como LGBTTT nos atendimentos, nos faz pensar na noção de “passabilidade”¹⁶, que pode ser uma estratégia de esquivar-se ante as discriminações e violências que podem ocorrer nos serviços de saúde. Alguns sujeitos “passam” mais facilmente que outros, ou seja, dentro da sopa de letrinhas, alguns sujeitos tem mais do que outros, o privilégio de passar despercebido em sua orientação sexual e/ou identidade de gênero. A literatura de Butler (2017), Pelúcio (2009) e Preciado (2011) traz inspiração para esse debate de passabilidade entre os sujeitos que escapam ao binarismo sexual.

A concepção de passabilidade, dentro da realidade dessa unidade, pode implicar também em uma performatividade de gênero. Através de um conjunto de atos regulados e repetidos que asseguram uma imagem substancial de gênero, de um registro em uma matriz heterossexual e cisgênera que Butler (2017) já havia descrito, muitos LGBTTT forjam suas identidades a fim de serem assistidos nos serviços de saúde.

Em 2011, sob o governo do prefeito municipal de Teresina, Elmano Férrer de Almeida, foi sancionado o Decreto de nº 11.258, que dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de travestis e transexuais nos registros municipais dos serviços - formulários, prontuários, fichas, etc. Nesse contexto, destacamos que a Lei Estadual Ordinária nº 5.916, de 10 de novembro de 2009, já regulamentava o uso do nome social no âmbito estadual, tendo sido pioneira no Brasil (SASC, 2018). Por outro lado, observamos inúmeras dificuldades no uso do nome social dos usuários pelas profissionais da atenção básica e da rede de saúde, conforme indicam alguns relatos.

(...) acho que o serviço em si, ele não tá preparado para isso, o serviço em si, ele está muito heteronormativo. Tem um decreto municipal aqui de Teresina que diz que é obrigado as pessoas a serem tratadas pelo nome social. Inclusive o cartão do SUS sai com o nome social, só que as pessoas têm muita resistência em tratar as pessoas pelo nome social, aqui é difícil, as pessoas ainda chamam “o travesti”, ainda chamam “o viado”, entendeu? (Caio, téc. em enfermagem)

A gente sabe que é masculino por causa do nome, até porque existe uma lei que já pode mudar, né? Porque eu tenho uma delas na minha área, essa que eu te digo que é travesti, porque ela mudou o nome dela. Agora ela usa o nome social, mas outros é porque a gente via o nome, o nome masculino, mas com aquelas

¹⁶ A expressão “passabilidade” foi usada inicialmente entre aspas, mas como foi facilmente incorporada nas tessituras do texto, optamos por utilizá-la sem o sinal gráfico nas demais menções.

características do uso e tudo feminino... eu não sei dizer o que é que é. (Conceição, médica – grifo dos autores)

(...) na maioria dos outros lugares eles dizem que não são chamados pelo nome social e aí, às vezes, não querem ir porque ficam com vergonha. (Mônica, agente social)

O uso do nome social nos serviços da unidade, mesmo que regulamentado à nível federal, estadual e municipal, conforme lembrou Caio, parece não ser utilizado por todos que compõem a rede. Conceição, inclusive, enfatiza que não “saber o que é que é”. Está diante de um enigma? Não consegue nomear de forma respeitosa? E por que não dialoga? O uso do nome social é justamente uma ferramenta de promoção de acesso de travestis e transexuais aos serviços de saúde, já que fortalece o acolhimento, estabelece vínculos e garante o respeito, e isso contribui para a humanização da assistência ofertada.

Na concepção de humanização, destaca-se a necessidade de dar importância e valorizar os diferentes sujeitos envolvidos nos processos de saúde-adoecimento-cuidado, sejam usuários, profissionais de saúde ou gestores, e que por meio da corresponsabilidade, do estabelecimento de vínculos solidários e da participação coletiva, juntos, podem qualificar positivamente os serviços de saúde. A própria Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004, p. 6) busca a “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas” e opera diretamente na categoria acesso.

Alguns estudos, assim como relatou Mônica, mostraram várias dificuldades no acesso e permanência de travestis e transexuais nos serviços oferecidos de modo em geral, sejam públicos ou privados, evidenciando o desrespeito ao nome social como um dos principais obstáculos para a busca de atendimento e uma das principais causas de abandonos de tratamentos já iniciados (SOUZA et al, 2015; ROCON et al, 2018).

Nas falas de algumas profissionais de saúde, outra questão se mostrou atinente: o estigma associado às populações LGBTT, que já foram discutidos pelos relatos do não reconhecimento, e que aqui impacta a dimensão relacional do acesso, agindo na dinâmica de trabalho da unidade.

São estigmatizadas demais. São muito mangadas. Vejo que os profissionais riem muito deles. Um vez levei um paciente gay para um atendimento compartilhado e chegando lá a profissional

modificou a voz no atendimento, querendo falar com o mesmo jeito do paciente, imitando os trejeitos e sorrindo. Acredita? (Elda, enfermeira)

Tomamos o estigma como ponto de partida da discussão do relato de Elda, e iniciamos com o estudo clássico do sociólogo Goffman (1980), que teve experiências de pesquisas envolvendo pessoas com deficiências físicas, problemas psíquicos, homossexuais e outros que tinham qualquer característica que as tornassem aos olhos dos outros diferentes ou até inferiores. Ele definiu estigma como, antes de mais nada, uma proposição que deposita características de “descrédito” no outro, e esse outro é portador de algum “defeito, falha ou desvantagem”. Em sua teoria, elaborada a partir de uma ideologia que tenta explicar as “inferioridades” dos sujeitos e os perigos que eles podem representar, reconhece as discriminações como fontes de rejeição a essas pessoas. No relato de Elda, a voz do usuário LGBTTT foi imitada e “mangada” por outra profissional de saúde, com tom de descrédito, de desrespeito pelo outro que se expressava vocalmente diferente do que a profissional esperava. Exatamente como já havíamos problematizado, a voz também é um elemento desse quebra-cabeça, que aqui foi chacoteado pela profissional.

Poderíamos, então, dizer que as pessoas estigmatizadas não são reconhecidas e por isso discriminadas nos serviços de saúde? Fraser (2007) pretende romper com o modelo padrão de reconhecimento em que se postula uma identidade individualizada. Nessa perspectiva, o que exige reconhecimento são as identidades culturais específicas de um grupo, por exemplo, as pessoas LGBTTT estigmatizadas nos serviços de saúde. O não reconhecimento dessas pessoas consiste na depreciação de sua identidade pela cultura dominante, gerando danos às próprias subjetividades dos membros do grupo. Com isso, notamos que esse debate instaurado por Goffman trouxe o estigma como um atributo de “desvantagem”, que foi considerado como uma característica relativamente individual e estática, e para Fraser, veio acoplado à cascata de *nãos*. Outros autores como Parker e Aggleton (2003) destacaram que a ênfase que se deu em reconhecer que uma “diferença indesejável” induz a uma “identidade deteriorada” encorajou debates que não levaram em consideração os valores sociais e culturais vinculados ao estigma. Por isso também apontamos o discurso de Mônica sobre o estigma, que o traz envolto de elementos da cultura local e regional.

Eu acho tem a questão do machismo mesmo, daquela masculinidade nordestina. Tem todo esse histórico de cultura, de cabra macho do Nordeste, que o homem tem que se sobrepor a mulher, que homem que é homem é violento, é valente, aquela coisa toda. Isso pra mim só aumenta o estigma e o preconceito das pessoas. (Mônica, agente social)

Percebemos, a partir do relato acima, que a construção do estigma se coloca como uma espécie de processo social, fundamentalmente ligado às estruturas de poder e às formas de dominação, que, em si mesmas, constituem o funcionamento das desigualdades sociais. Já Caio, no relato abaixo, reforça como esse o olhar estigmatizante da profissional de saúde pode afastá-la de uma compreensão das especificidades e sociabilidades vividas pelas populações LGBTTT.

Os profissionais só se atentam pra o estigma, para o risco, como só o gay que tivesse a questão do risco da Aids. Como é que o gay vai chegar e dizer: “Olha, doutor, é porque eu tenho três, quatro namorados e a gente faz isso, e isso, e isso”, não vai, porque pra eles [profissionais de saúde] é uma coisa fora da realidade, as pessoas ainda pensam dessa forma, não se abriam pra ver, ter uma visão mais macro. (Caio, téc. em enfermagem).

Olhando para essa dinâmica que se apresenta a partir do relato de Caio, as relações entre usuários LGBTTT e as profissionais de saúde parecem estar pautadas no estigma da Aids e nos riscos associados, como já discutimos no tópico anterior. As práticas sexuais LGBTTT voltam a ser colocadas nessa cena com um tom de impureza, de perversidade, de “sacanagem”, como se fossem estritamente pautadas na dinâmica das identidades dissidentes. Por isso, o risco vem como uma proposta de “colonizar” estigmas entre as populações LGBTTT.¹⁷

Segundo a Unaid (2018), o risco de infecção pelo HIV é 27 vezes maior entre gays e 13 vezes maior entre mulheres trans quando comparados com a população em geral.

¹⁷ O risco é um conceito e um jargão da saúde pública que parece permear fortemente os arrolamentos que se dão em interface com as homossexualidades, travestilidades e transexualidades. Concordamos com Castiel, Guilam e Ferreira (2010) quando dizem que não se trata de menosprezar o poder do conhecimento sobre o risco, que é importante nas técnicas e nos conjuntos das práticas de prevenção e promoção em saúde, mas de sinalizar possíveis questões problemáticas em seu uso popularizado. Ocorre que, diante às repercussões e os desdobramentos que a noção de risco tomou, pouco se tem falado sobre relatividade do risco, o que inclui na centralidade desse debate alguns aspectos históricos, culturais, políticos, morais, e tantos outros presentes na nossa sociedade que é tão plural. Será mesmo que é o perigo que tem aumentado, ou nosso medo que vem crescendo? Quais discursos do suposto saber se interessam pelo risco?

Contudo, ao passo que esse risco, generalizado e expandido, é simultaneamente probabilidade e realidade, podem ser construídos em uma dada cultura e em um dado contexto. Por isso questionamos: o que se tem feito para as populações LGBTT no campo da prevenção e/ou na linha de cuidado às pessoas vivendo com HIV na atenção básica? A partir das assunções na unidade, poucos relatos buscavam compreender a dinâmica da Aids de forma crítica, política e social. Foi exatamente isso que Melo, Maksud e Agostini (2018) mostraram em seu estudo, que o estigma precisa ser discutido frente às lentes morais, éticas, organizacionais e políticas da sociedade como um debate imprescindível da/na atenção básica.

A partir do que pontua Caio, parece que as populações LGBTT se tornaram vetores da Aids e passaram a fazer parte de um ciclo do vírus ideológico do estigma e do preconceito. Destacamos que não é nossa intenção culpabilizar a epidemiologia, mas colocar em voga uma epidemiologia social, capaz de fazer análises contextuais, críticas e democráticas. Daniel e Parker (2018), por exemplo, falam que, numa tentativa de des-homossexualizar a Aids, sem qualquer crítica aos elementos sociais e culturais a qual está associada, os serviços de saúde não tem conversado abertamente com um grupo importante desse adoecimento, as próprias populações LGBTT. É importante falar sobre os riscos, bem como das práticas sexuais em si, dos desejos, das identidades e da produção de subjetividade das pessoas. É preciso reconhecer, de antemão, o olhar preconceituoso e higienista acerca da Aids quando associada às populações LGBTT e estabelecer estratégias cômicas, democráticas, e que reconheçam também os riscos associados aos processos sociais das populações LGBTT. Esses poderiam ser elementos importantes na dinâmica relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBTT.

O grande Goffman (1980) disse que a linguagem das relações é imprescindível para o estabelecimento do estigma. Por isso percebemos através dos relatos que essa linguagem foi reencenada pelos comportamentos e julgamentos morais das profissionais que reiteravam e reforçavam a dinâmica de uma identidade deteriorada junto às populações LGBTT. Essa identidade foi ora colocada em questão entre os membros da equipe de trabalho, ora ocultada nos atendimentos, mas sempre envolta de elementos sociais, culturais e políticos. Essa dimensão está implicada diretamente com o próximo eixo, a dimensão organizacional, e portanto, alguns debates podem se intercruzar ou se interconectar, já que essa divisão se deu apenas de forma didática.

A dimensão organizacional

Essa dimensão traz um apanhado geral do que se passa na micropolítica de trabalho das profissionais na unidade, ao tempo que também traça um olhar paralelo aos aspectos macroinstitucionais que se relacionam com o fazer em saúde. Dessa forma, alguns questionamentos desse espaço laboral foram disparados, discutidos e problematizados. Como os problemas que acontecem na lógica de trabalho impactam o acesso (ou não) das populações LGBTTT à unidade? Quais fatores operam na dinâmica de trabalho junto às populações LGBTTT?

Foi principalmente durante o primeiro governo Dilma (2011-2014) que o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa (SGEP) lançou diversas políticas de promoção da equidade em saúde, reconhecendo as vulnerabilidades, as quais várias populações (populações negras; quilombolas e ciganas; população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas e populações LGBTTT) estão expostas, dentre elas, uma política de saúde específica para as populações LGBTTT. Eis então, que foi criada e implantada a Política Nacional de Saúde LGBT, como já vimos em capítulos anteriores. Aqui, abrimos um espaço para mostrar o conceito de equidade fundante para o (des)envolvimento dessa política.

Para Travassos e Castro (2012), o princípio de equidade surgiu em meio ao período contemporâneo, promovendo associações aos direitos das minorias. Teve a intenção de introduzir a diferença no espaço público da cidadania, que atua no cerne da luta pelas diferentes igualdades. Com isso, o reconhecimento da diferença entra em conflito com o pensamento jurídico clássico que percebe a cidadania como sendo comum e indiferenciada. Não obstante, diante da diversidade das sociedades modernas, a perspectiva de igualdade só se completa quando compartilhada à própria noção de equidade. Não basta um padrão universal, se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime.

Quando fomos assuntar as profissionais de saúde, a ideia de equidade que deveria reger a organização do trabalho juntos às populações LGBTTT parecia ser distorcida, conforme alguns relatos abaixo:

Eu atendo todos os paciente do mesmo jeito, com a mesma equidade, a mesma simpatia, eu tento dar tudo de mim, eu faço com amor. Você viu oh, os pacientes aqui do consultório, todos

saíram satisfeitos, alguém saiu aqui me xingando? Ninguém me chamou de enfermeira ruim, entendeu? (Cristiane, enfermeira)

Grupos específicos, pra mim, eu penso em patologias, por exemplo, grupo de hipertensos, pessoas que são hipertensas aí sim. Tem os diabéticos que a gente vai tratar aquela doença específica ali, mas aí você tratar um grupo específico de forma diferenciada só porque é aquele grupo ali, não, eu acho que tem que ter equidade, independente da condição sexual (Conceição, médica)

O atendimento em si, no consultório, foi feito da mesma forma que é feito com outro paciente, sem nenhum tipo de diferenciação, seguindo a mesma equidade. (Pedro, auxiliar de saúde bucal).

Os recortes de Cristiane, Conceição e Pedro exemplificam quão pouca reflexão e apropriação tem os profissionais da atenção básica no que diz respeito ao conceito de equidade conforme proposto na política LGBTT ou até mesmo do que se concebe desde a formação do SUS. O conceito de equidade parece ser subsumido ao de universalidade, outro princípio do SUS. Não é porque o sistema é de todos, que todos tem as mesmas necessidades e demandas no que diz respeito aos cuidados de saúde. Foi por isso mesmo, que o conceito de equidade foi proposto, justamente para incluir as diferenças no campo do cuidado em saúde. Cristiane, além de distorcer esse conceito, ainda avalia o seu atendimento pela falta de “explosividade” do usuário. Em sua fala, parece existir um projeto humanitário, baseado no amor, como ela mesma cita, mas que acaba por invisibilizar as especificidades de cuidado do outro. O outro, que é evocado pelo amor, quando parece não se rebelar, é mencionado, citado e lembrado. Por isso mesmo que muitos usuários LGBTT tem dificuldades de revelar suas identidades dissidentes, pela padronização do atendimento que deveria ser singularizado e construído a partir de vínculos, troca de saberes e respeito. Conceição foi bem objetiva, enquadrando a patologia como essencial na rotina médica, talvez na tentativa de se afastar de outros conteúdos que não considera importante para o desenvolvimento e trabalho de uma médica. E é assim que Pedro também acredita, que todos devem receber os mesmos cuidados. E já que o trabalho segue em equipe, as concepções parecem seguir compartilhadas.

Os relatos, em sua maioria, revelam uma confusão entre universalidade e igualdade nos atendimentos às populações LGBTT, negam o princípio de equidade,

reforçam um padrão biomédico, e anulam os processos de determinações sociais em saúde. Essas são situações que impactam diretamente no que se efetiva (ou não) na atenção básica, que é a maior porta de entrada no SUS.

Reiteramos o quanto a clínica da atenção básica ainda parece estar fortemente centrada na abordagem biomédica, e isso dificulta a passagem para o trabalho longitudinal, em rede, ampliado, e que compreende os sujeitos entre as esferas biopsicossociais da vida. Esse é um dos grandes “nós” que enfrenta a Estratégia Saúde da Família com seus mais de quinze anos de implantação (PAIM, 2018; FAUSTO, ALMEIDA, BOUSQUAT; 2018). Ainda continuamos a produzir uma clínica centrada na queixa e na doença dentro da atenção básica? Contudo, a fala de Carla pareceu diferente do grupo.

Equidade é atender o diferente de uma forma diferente pra que ele possa ter um bom resultado, tipo assim, seria uma forma de perceber as necessidades e atender de acordo com uma classificação de necessidades, não somente da patologia mesmo. (Carla, enfermeira)

Carla pontuou o conceito de equidade tal como já tínhamos dialogado com Travassos e Castro (2012), reiterando a ideia de justiça no campo da saúde, e especialmente, pontuando as condicionalidades de cada adoecer, de cada expressão de si, e destacando as diferentes formas de cuidado. Carla é a única doutora dentre as entrevistadas, e tem mestrado em enfermagem com ênfase em saúde coletiva. Mas algo nos chamou atenção: é de se esperar que apenas aqueles que possuem uma elevada escolaridade conheçam o conceito e atendam de forma equânime no SUS? É preciso ser doutora para conhecer mais das políticas do SUS? Se isso for preciso, certamente enfrentaremos muitos problemas. E como já esperávamos, Carla foi a única que também tinha conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde LGBT, mesmo que vagamente.

Existe uma política específica sim, eu não sei te dizer das diretrizes da política, não sei te listar as diretrizes específicas, eu sei que eu tenho aplicado com a população, que é tentar atender as necessidades daquela população, é tentar olhar com essa visão diferenciada para cada pessoa. (Carla, enfermeira)

Quando perguntados sobre legislações, políticas, e/ou resoluções no campo da saúde das populações LGBTT, a negativa veio em coro: nem conheciam, nem tinham ouvido falar. E curiosamente, esse tipo de questionamento, ao final das entrevistas já com o gravador desligado, era posto para o pesquisador: “existe alguma política mesmo? Será? Pode dizer?”. Ou se a profissional de saúde me encontrasse no dia seguinte, contava que tinha buscado na internet e agora sabia que existia uma política. Apontaremos aqui algumas negativas sobre essa pergunta.

Não, não conheço, não conheço. O protocolo que a gente tem que é de atenção básica fala basicamente só de doenças sexualmente transmissíveis. (Marta, enfermeira)

Não, com relação a dizer assim, diretamente mesmo assim, a esse tipo de... não, não, não conheço dessa questão não. (Daniel, médico)

Ficou o ponto de interrogação (risadas). (Clara, auxiliar em saúde bucal)

Discussão de políticas pra LGBT? Humnam! (Marina, psicóloga)

Não, tu acredita que não? (Manuela, ACS)

Os relatos das profissionais continuam no *não*. Em sua maioria, mostraram que não conhecem a Política Nacional de Saúde LGBT, o que não quer dizer que necessariamente não ofertem assistência de qualidade às populações LGBTT. Mas o seu desconhecimento, já gera uma boa pista de como esse caminho se dá. A política é de domínio público, de livre acesso, e está posta desde 2011 pelo Ministério da Saúde. Mas o que atravessa essas negativas? Por que é incomum olhar para a diversidade? A quem se destina essa política? Como essas populações são vistas pela sociedade? Assim como os sujeitos LGBTT, a política parece estar no entremeio de olhares, recusas, silêncios e ausências. Talvez seja na mesma lógica da não visualização das pessoas LGBTT no território. Elas realmente estão longe da unidade? Apontamos também a fala de Marina, que traz uma transferência de responsabilidades.

A gente trabalha de acordo com o que as equipes pedem, e como ainda não pedirem que se fosse feito alguma coisa específica pra o público LGBT ... (Marina, psicóloga)

Marina, profissional que trabalha no apoio matricial, que oferece suporte a ESF, transfere a responsabilidade para as equipes na unidade. O não conhecimento da política por parte das profissionais já não seria uma proposta de trabalho? A sensação que nos passa, é que existe um pacto geral, um apagamento coletivo, em que as populações LGBTT e suas relações com o território de saúde parecem não ser uma realidade de interesse. Ou não são vistas como uma realidade? Na entrevista com Marina, algo interessante aconteceu:

A gente tem uma ficha de encaminhamentos que tem um espaço para dizer o motivo que está solicitando a profissional, no caso, me solicitando como psicóloga. E geralmente quando é algo de LGBT, o profissional que preenche a ficha coloca nesse espaço explicando que o usuário “não quer falar”. Acho que tem a questão da vergonha, do medo, e você sabe que toda a equipe olha, né? Mas agora tu me pegou, fiquei pensando nisso, é uma boa situação pra trabalhar, né? (Marina, psicóloga)

Fica claro que essa é uma questão que poderia ser trabalhada no grupo de profissionais, é algo que se coloca como uma demanda importante na conformação do serviço. Curiosamente, só a partir da entrevista, que Marina se deu conta que essa situação deveria ser discutida entre seus pares nos processos de trabalho. E como os usuários LGBTT já presumem essas rotas de quebras de sigilo, criam outras estratégias para garantir o atendimento sem “tanta exposição”. O estudo de Paulino, Rasesa e Teixeira (2019), com médicos da atenção básica, pontuou uma passividade dos serviços e dos profissionais de saúde, transferindo as responsabilidades pelo andamento do atendimento para as próprias populações LGBTT, incluindo a revelação ou não de suas identidades.

Por isso, a falta de conhecimento da política pode também afetar situações de trabalho da equipe de modo geral, como por exemplo, não perguntar sobre a orientação sexual e/ou a identidade de gênero às populações LGBTT, como já havíamos discutido na dimensão relacional do acesso. Durante o grupo focal, as agentes comunitárias de saúde afirmaram não perguntar sobre essas questões, por não elegerem como importantes para a rotina de trabalho. Só depois das discussões geradas em coletivo é que perceberam da necessidade desses pontos na ficha do E-SUS. Veio como um *insight* no grupo.

É obrigado eu dizer que sou hétero pras pessoas? Mesmo que a gente seja da área de saúde, eu acho que não tem. O que pesa é como eu tô te dizendo, nós temos a ficha de cadastro individual com duas perguntinhas né, aí às vezes a gente fica com receio “será se eu pergunto, será se eu não pergunto”. É tanto que tem a opção sim, se você deseja informar ou não. (Marília, ACS)

Eu boto tudo hétero! (Letícia, ACS)

Eu sou muito assim, os que eu sei eu boto sim e boto o que é, mas quando eu não sei, coloco que não informou, que não quis se identificar, só que eu não perguntei, entendeu? (Marília, ACS)

A questão é que a gente não leva ao pé da letra essas duas perguntas do cadastro individual, só que eu tô vendo agora assim, como um erro, porque se tem a gente tinha que perguntar, né? (Flávia, ACS)

Depois vão cobrar isso também da gente, melhor a gente começar a preencher e perguntar mesmo. Daqui uns dias vão ser todos os campos obrigatórios. (Goreti, ACS)

Na ficha do E-SUS (Anexo II) existem duas perguntas sobre orientação sexual e identidade de gênero, que não são consideradas de cunho obrigatório pelo sistema: “você deseja informar a sua orientação sexual/identidade de gênero?” O usuário pode responder que “sim” ou que “não”. Em caso positivo para a orientação sexual, pode optar entre “heterossexual, bissexual, homossexual (gay ou lésbica) ou outra”. Em caso positivo para a identidade de gênero, pode optar por “homem transexual, mulher transexual, travesti ou outra”.¹⁸

A partir desse diálogo no grupo, percebemos que o ato de preencher o formulário com a orientação heterossexual para todos, como trouxe Letícia, principalmente sem consulta prévia, reforça os padrões heteronormativos dentro dos serviços de saúde, e revela ainda o despreparo não só das profissionais agentes comunitárias, mas da equipe como um todo. Marília sequer faz a primeira pergunta, já afirma que o usuário não informou. Flávia ainda ressalta que essas questões não são levadas ao *pé da letra*. O que isso quer dizer? As populações LGBTQTT não são incluídas ou efetivadas na rede? E o que se espera do trabalho de uma agente de saúde? Goreti parece estar muito mais preocupada

¹⁸ Destacamos que nessa ficha cadastral apenas o critério sexo (masculino ou feminino) é de preenchimento obrigatório. Mas uma outra questão nos chamou atenção. No quesito referente à identidade de gênero, homens e mulheres cis não são opções possíveis a serem assinaladas. Eu, por exemplo, seria marcado como “outra”? O Anexo II traz a visualização da ficha com os campos mencionados.

com a obrigatoriedade ou a cobrança, do que com a real assistência integral às populações LGBTT. Esse preenchimento é obrigatório pra quem? Nessa trama, as populações LGBTT continuam ocultadas, embarreiradas e negadas dentro dos serviços da unidade estudada.

Portanto, nos questionamos se havia tido alguma iniciativa de capacitação ou treinamento ofertado pela gestão, ou por iniciativas das próprias profissionais da unidade. E a resposta também seguiu a cascata de *nãos*.

Pra você ter uma ideia, só esse mês a gente foi em quatro treinamentos de tuberculose e hanseníase, a gente tá sempre atualizado com tudo, sempre! [Quando questionada sobre algum voltado para a saúde LGBTT] Não, nada! (Beatriz, ACS)

Já teve muito de teste, de soropositivo. Mas deve haver, com certeza deve ter essa temática toda, eu mesma nunca fui fazer um desse mais voltado pra... sempre mais perto da nutrição (Fabrícia, nutricionista)

Não. Eles não dão nada de esclarecimentos sobre. O único treinamento que nós temos é só sobre vacinas, campanhas da vacina e tal, mas a Fundação nunca deu treinamento pra classe LGBT. (Catarina, téc. em enfermagem)

Eu não sei, não lembro, é tanto curso que... Não lembro. (Suzana, ACS)

Não, pelo menos nessa unidade aqui, eu nunca vi, com relação a isso, só de tuberculose, hanseníase e esses assim. (Josefa, téc. em enfermagem)

A gente nunca teve um treinamento para abrir a mente da gente, pra dizer “olha vamos fazer um trabalho assim e assado, vamos fazer não sei o que”. (Ana, enfermeira)

Os relatos abordaram os treinamentos, as atualizações, os cursos e as capacitações ofertadas principalmente pela Fundação Municipal de Saúde às equipes da Estratégia Saúde da Família. Contudo, nenhuma profissional de saúde elencou algum curso com enfoque à saúde das populações LGBTT, seja antes ou depois da implantação da política. Os treinamentos e cursos de capacitação e atualização, para elas, pareciam se inscrever na ordem do saber biomédico (tuberculose, hanseníase, vacinas, etc.) ou quando, por

casualidade, tocam a questão LGBTT, se volta à velha e tão constante discussão da Aids. Entre os muitos *nãos* – “não tive”, “não conheço”, “não sei” – aparece também o “não lembro”, aquela ausência que nem a memória consegue registrar. Destacamos também que não apareceram cursos com temáticas como direitos humanos, diversidade sexual, violência e gênero, e outras afins, o que nos faz pensar que os cursos voltados para saúde LGBTT não geram interesse por parte de diferentes atores desse cenário. Quando entrevistamos a coordenadora da unidade sobre essas iniciativas, ela falou que “nesse tempo que eu estou aqui não teve, que eu me lembre não”, e quando indagada se essa seria uma temática para ser discutida junto às equipes, ela afirma: “Eu não sei. É uma pergunta difícil. Eu não sei”. Não lembra, não sabe, e não responde. Quantos *nãos* foram imperados nesses discursos? É de se esperar que as populações LGBTT cheguem, acessem e sejam atendidas nessa unidade? Certamente, não!

O debate da educação permanente se mostrou frágil na construção dessa política em Teresina, e por isso mesmo resolvemos olhar para outros aparelhos formativos que possuem relação direta com os processos de trabalho nos serviços de saúde, ou seja, a formação em saúde. Como as profissionais de saúde têm sido formadas nas instituições de ensino? Que modelos são replicados entre professores, tutores e mediadores de ensino? Nesse diapasão, caberiam as questões da saúde LGBTT? E se sim, como deveriam ser abordadas?

O estudo de Rufino, Madeira e Girão (2013) realizado em escolas médicas no estado do Piauí, percebeu que o ensino da sexualidade ofertado tinha um viés orgânico, biológico e patológico, e os aspectos da sexualidade mais abordados pelos docentes foram as disfunções e os transtornos sexuais diretamente relacionados à inserção do ciclo de resposta sexual, além de que pouco debate foi dispensado aos temas de história sexual, papéis de gênero, violências e saúde LGBTT.

Olhando para o que a literatura dos autores nos mostrou, fomos entender como esses aparelhos formadores de subjetividade se apresentaram para as profissionais da unidade, principalmente para àquelas que já tinham formação superior ou estavam cursando.

*Nenhum, não teve nada quando eu era estudante [Quando indagada sobre o debate de saúde LGBTT na universidade].
(Marta, enfermeira)*

Muito pouco. Eu me formei em 95, e essas questões nem eram debatidas. A gente via muito pouco mesmo. (Elda, enfermeira)

Pra ser médico não tinha isso. (José, médico)

Não. Estou formada há uns 10 anos, aí naquela época a gente tinha umas disciplinas de antropologia e aí sempre tinha algumas discussões, mas não era uma coisa muito abordada não. (Fabrícia, nutricionista)

Existe um tempo relevante desde a formação de algumas profissionais de saúde, e que certamente não se aproximaram dessa discussão nos espaços formativos naquela época, conforme citou Elda e Fabrícia. Por outro lado, essa ausência também esteve presente nos relatos das profissionais formadas mais recentes, como Marta. Isso pode nos mostrar o quanto as questões de saúde das populações LGBTTT tem sido invisibilizadas em espaços que deveriam promover diálogos, projetos, imersões e outros tipos de formações contínuas. As universidades, os projetos pedagógicos dos cursos, as diretrizes curriculares nacionais, a formação docente, os estágios, e vários outros elementos do cenário de ensino ainda precisam se articular de modo a promover novas subjetividades. José até destacou que “isso” não precisava para ser médico. E o que se precisa para ser médico?

Diversos outros estudos nacionais e internacionais também apontaram as fragilidades no que se refere ao preparo de estudantes para atuarem em suas searas de trabalho com gênero e sexualidade. Essas questões estiveram atreladas a padrões culturais, moralidades, modelos de saúde, fragilidades docentes, tabus, e diversos outros pontos (PINTO; MOLEIRO, 2012; CELE; SIBIYA; SOKHELA, 2015; MÜLLER et al, 2018; GUIMARÃES et al, 2018).

A formação também pode ser extramuros, seja com treinamentos online, extensões, ligas acadêmicas, grupos de estudos, iniciação científica, congressos, simpósios, seminários, e outros diversos dispositivos que podem se aliar à essa discussão nos cursos de saúde. Acreditamos que ativando mudanças nos cenários de ensino, quem sabe as profissionais de saúde terão novos olhares no amanhã do SUS. Claro que essas mudanças envolvem questões políticas, ideológicas e sociais, dentre outras que tentam impor “verdades” sobre a sexualidade humana. Mesmo assim, reiteramos a necessidade de novos arranjos efetivos e que incluam esses debates nos espaços de ensino.

Por fim, essa discussão nos mostra como a atenção à saúde das populações LGBTTT tem enfrentado problemas, sejam de ordem mais político-gerencial, sejam nos processos do trabalho assistencial, sejam no território em si. Caio, técnico em enfermagem, chamou esses problemas de “balaio de gato”, expressão muito utilizada no Nordeste para se referir às situações repletas de bagunça, confusão e desordem. E é justamente isto que observamos: os dados aqui elencados revelaram inúmeras dissonâncias entre o que se projeta como política e o que se efetiva na micropolítica da unidade. De alguma forma, a má distribuição dos recursos é encenada nos espaços de saúde pelas profissionais, e as populações LGBTTT continuam a enfrentar diversos obstáculos no acesso e acessibilidade dos serviços.

Se as populações LGBTTT já não são reconhecidas na atenção básica, agora elas não acessam os serviços ou acessam enfrentando inúmeros obstáculos, principalmente de ordem organizacional. E a responsabilização pelos *nãos* parece retornar aos próprios usuários LGBTTT, culpabilizando-os por terem um “jeito assim”, como relatou Nina, uma cirurgiã-dentista. Todavia, outras questões também impactam essa inoperância dos serviços, os aspectos contextuais, dimensão que será discutida a seguir.

A dimensão contextual

Essa dimensão aborda elementos sociais, políticos, geográficos e culturais que agem na dinâmica do trabalho e das práticas em saúde na unidade. A partir da perspectiva de algumas profissionais, esses elementos externos que elipsam a qualidade dos serviços ofertados, foram problematizados, questionados e dialogados com estudos sobre a temática.

Existe uma vasta literatura nacional e internacional de teóricas feministas que tem se debruçado para estudar as categorias analíticas (ou os termos) *interseccionalidade*¹⁹,

¹⁹ No livro *O que é interseccionalidade?*, Carla Akotirene, esclarece que o termo ganhou visibilidade principalmente depois da palestra realizada por Crenshaw em Durban, na África do Sul, em 2001. Crenshaw desenhou uma proposta que pudesse levar em consideração as múltiplas fontes da identidade e que pudesse “dar instrumentalidade teórica-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cis-hétero-patriarcado” (2018, p. 15).

*consustancialidade*²⁰ e *nó de contradições*²¹, para apreender, em suas dadas propostas, a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque transdisciplinar e integrado. Eles nos ajudam a pensar sobre as diferentes relações de poder imbuídas no processo saúde-adoecimento-cuidado das populações LGBTT, levando em conta os imbricamentos das relações de gênero, sexualidade, raça, classe, região, geração, capacitismo e diversas outras que se tecem no campo da saúde pública. Alguns poucos relatos, quase sempre das mesmas profissionais, esboçaram a prática dessas relações, Patrícia que é assistente social, é uma delas.

Se a população de rua já é negligenciada e violentada, quando se é LGBTQI+, ainda é mais discriminado. E é difícil fazer esses profissionais, principalmente os médicos, atenderem essas pessoas. Chegou um dia desses uma paciente travesti, negra, morava na rua e tinha pouca instrução, sabe? Ela já tinha passado por vários serviços e ninguém tinha orientado que ela poderia fazer uma terapia de reposição hormonal, nunca tinha feito uma consulta sequer com um endocrinologista. Eu me choquei quando fui a primeira pessoa que falei com ela sobre isso, entendeu? Nenhum profissional, nenhuma enfermeira, nem na outra cidade que ela passou tinha falado sobre isso (Patrícia, assistente social).

O relato de Patrícia nos mostra como os múltiplos estigmas agem na dinâmica dos processos de trabalho, não só da equipe em si, mas nas diferentes formas de agir da sociedade em geral. Aponta como é difícil o trabalho com pessoas tão vulneráveis, e no caso de travestis e transexuais, o desconhecimento e a desinformação sobre as práticas de cuidado em saúde pareceram ser ainda maiores, gerando mais desigualdades de acesso.

Soares (2018) analisou como as manifestações de violências contra travestis e transexuais nos serviços de atenção básica em duas regiões da cidade do Rio de Janeiro podem comprometer o acesso e, conseqüentemente, o cuidado em saúde. Percebeu, então, que as dificuldades de acesso acabam por revelar a intolerância e a baixa compreensão

²⁰ Kergoat (2010), ao analisar os fenômenos sociais a partir da perspectiva do materialismo histórico-dialético, se utilizou do termo *consustancialidade* para fazer uma leitura da realidade social. Conceituou como um entrecruzamento dinâmico e complexo de relações sociais, onde cada uma das partes imprime suas marcas nas outras, se ajustando e se construindo de maneira recíproca.

²¹ Para Saffioti (2015), a sociedade não comporta apenas uma única contradição, mas três fundamentais: a de gênero, a de raça/etnia e a de classe. Juntas, constituem um *nó de contradições* que apresenta uma qualificação distinta das determinações que o integram. Não se trata necessariamente de somar categorias, mas de perceber a realidade compósita e resultante dessa união.

que profissionais de saúde possuem sobre as questões relacionadas à identidade de gênero e suas singularidades, culminando em preconceito e discriminação institucional. No relato de Patrícia, essa discussão sobre os processos de saúde relacionados às mudanças corporais é sequer mencionado entre as profissionais de diferentes categorias como uma possibilidade de prática assistencial. É mais um *não*? Um interdito? Ou desinformação?

Outras falas, como a de Catarina e de José, continuam a revelar as inter-relações de vulnerabilidades que seguem junto às populações LGBTT, gerando inúmeras desigualdades, e comprometendo a assistência à saúde como um todo.

Pelo que eu convivo e vejo (..) tem discriminação do negro, da lésbica e do pobre, quando tudo isso se junta, aí o negócio pega. (Catarina, téc. em enfermagem)

A gente ainda percebe que é muita discriminação com esses grupos [populações LGBTT], e se ainda for pobre, né? A gente vê tanta discriminação com as pessoas de condições financeiras menos favorecidas, né? (José, médico)

Para contextualizar essa lógica posta em meio aos relatos, precisamos compreender que as violências não se constituem como uma entidade, como um fenômeno uniforme, monolítico, que se abate sobre a sociedade como algo que lhe é exterior e pode ser explicado através de relações do tipo causa e efeito (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999; MINAYO; SOUZA, 1998). Ao contrário, os relatos estão nos mostrando como a violência estrutural é polifórmica, mascarada, multifacetada, encontrando-se diluída em meio a sociedade sob as brumas das mais diversas manifestações, que interligam-se, interagem, (re)alimentam-se e se fortalecem. Patrícia preferiu chamar de “combo” esses elementos que se intermeiam no contexto das vulnerabilidades:

*Quando o paciente vem pra gente, vem com um **combo**. É de situação de rua, HIV, negro, tuberculose, violência, pobreza, dificuldade.... É tanta coisa que é difícil. Parece que ele elege assim “eu vou com uma coisa de cada vez”, porque é muita coisa pra ele lidar, ainda estando em ambiente tão vulnerável como a rua. (Patrícia, assistente social – grifo dos autores)*

O relato de Patrícia mostra como temos marcas de uma sociedade em crise: econômica, ética, cultural, de identidade, de pertencimento, da saúde, da educação e tantas outras. E as inúmeras diferenças e assimetrias de poder geradas em meio as essas crises são reencenadas em desigualdades que acabam por reforçar as relações de opressão na nossa sociedade. E o outro, que aqui carrega um “combo”, não é reconhecido como sujeito, quiçá como sujeito de direitos. Como pensar as subjetividades e alteridades desses sujeitos em meio a esse contexto tão desigual? Apesar de parecer óbvia essa pergunta, as situações e condições socioeconômicas que inspiram a violência estrutural devem ser encontradas na própria estrutura da sociedade. Se a crise é múltipla, Arruza, Bhattacharya e Fraser (2019) afirmam que precisamos de um “combo” de enfrentamentos, próprio para cada cultura, gestado a partir de práticas solidárias, colaborativas, coletivas e complementares. Essas práticas podem ser capazes de (re)estruturar as noções de poder e nos direcionar para uma igualdade política, social e econômica. Caio, que é gay, parece ter um olhar bem crítico sobre o que vê e percebe, e inclui elementos específicos da cultura nordestina nessa produção de desigualdades.

Tem muitas pessoas do sul que não gostam de quem é do nordeste porque acham que a gente come calango, é pobre, passa fome, é negro. É uma segregação dentro da segregação e tudo isso vai estar ligado na hora que chegar nos LGBT. (Caio, téc. em enfermagem)

As construções imagéticas do povo nordestino sempre estiveram desenhadas na história do Brasil, entre livros, mitos e lendas. Mostram as disputas por terras, a miséria, a fome, e o desejo de justiça (contado pelo grupo de Lampião e os seguidores do messiânico Antônio Conselheiro que afrontavam o poder local). Como consequência, ficou para os nordestinos a construção de estereótipos de miserável, pobre, sem-terra, justiceiro e diversos outros. Esses se perpetuaram e se perpetuam até hoje no imaginário de alguns, principalmente àqueles que moram no sul e sudeste do país. Mas mesmo dentro dos diferentes nordestes, existem outras segregações, outras enredagens que circulam por meio de relações assimétricas de poder dentro do mesmo território geográfico e cultural. E elas não podem passar despercebidas, conforme Caio trouxe em seu relato.

Já que estamos falando de elementos sociais e culturais, também problematizamos sobre as crenças religiosas enquanto questões que chegam até à unidade e que influenciam nos processos de trabalho das profissionais de saúde junto às populações LBTT. Por

isso fomos entender como essas profissionais as concebem, interpretam e agem na dinâmica da assistência.

Mas tu sabe como é aqui no Piauí, a religião é muito forte. Tenho uma prima na família que não se assume, mas todo mundo sabe. A pressão de ser de uma religião e de outra, isso influencia muito. (Joana, cirurgiã-dentista)

Tem gente com preconceito, principalmente profissional evangélico. E isso tudo gera problemas, né? (Carlos, ACS)

Aqui tem profissionais que levam muito a religião para dentro do trabalho (...) são profissionais muito fechados, inclusive, religiosamente falando, entendeu? (Caio, téc. em enfermagem)

A onda do fundamentalismo religioso que assola não só no Brasil, mas outros países latino-americanos, tem produzido formas de negação, discriminação, apagamento e retrocesso no campo dos direitos humanos, conforme apontaram os relatos de Joana e Carlos. Para Caio, essas manifestações também chegam às unidades de saúde e nos territórios de abrangência, diluída pela intolerância, pelo desrespeito e aviltamentos que se formam como uma constante nas relações entre profissionais de saúde e as populações LGBTT.

Para Silva, Finkle, e Moretti-Pires (2019), muitas profissionais da atenção básica descrevem a cisgeneridade e a heterossexualidade como verdadeiras “vontades divinas”, e portanto, as populações LGBTT estariam descumprindo uma determinação sagrada. As representações sociais dessas profissionais parecem enquadrar todas as formas de identidade que subvertem a cis-heteronormatividade enquanto pecado, podendo levar a comportamentos discriminatórios em diferentes âmbitos, mesmo sem a percepção consciente das pessoas que as concebem e praticam.

Para Sivori et al (2017), desde o século XX cada vez mais os movimentos feministas tem se tornado referências fundamentais na esfera pública, expandindo a compreensão do horizonte dos direitos humanos e favorecendo a emergência de novos sujeitos políticos. Por outro lado, a visibilidade desses novos atores e os debates suscitados por suas demandas têm sido marcados por tensões e disputas religiosas. Vivemos hoje o chamado fundamentalismo religioso, que não se apresenta apenas no

plano das relações entre as profissionais de saúde e os usuários, mas também na própria dinâmica entre os diferentes usuários da unidade, conforme relatou Manuela abaixo.

(...) aqui tem muita gente entregando panfletozinho de igreja, não sei se é de crente, mas acho que é. Aí uma pessoa que estava na sala de espera começou a pregar para o homossexual que também estava lá e ficava dizendo alto que a prática dele não era de Deus, entendeu? Que ele era tipo uma aberração, chamou ele de aberração. E aí eu não consegui ficar na minha... eu tipo... se você quiser discutir, você vai discutir lá fora, porque aqui não é lugar para discriminação. (Manuela, ACS)

O dogmatismo, as alienações religiosas e as reverberações de debates distorcidos sobre as homossexualidades, transexualidades e travestilidades tem sido uma constante nas mídias, nos espaços escolares, no comércio, como também nos serviços de saúde. A narração da história vivida por Manuela, mostra o quanto outras influências também dificultam o acesso das populações LGBTTT nas unidades. Parece que o gay que estava na unidade à espera por atendimento foi fortemente aviltado por ideias de um fundamentalista religioso. Teresina é de base majoritariamente católica, como já havíamos pontuado anteriormente (FGV, 2011). Mas de janeiro de 2010 à fevereiro deste ano, 67.951 entidades se registraram na Receita Federal sob a rubrica de “organizações religiosas ou filosóficas”, uma média de 25 por dia no país. Ao levar em conta apenas os grupos novos, que não são filiais daqueles já existentes, o número é de 20 por dia. Um relato comum entre esse público, é o de integrantes de outras igrejas que, ao adquirir o domínio da doutrina e das pregações, resolvem abrir sua própria igreja (O GLOBO, 2019). Seria esse um fenômeno em Teresina? E o que está por trás dessa agenda de fundamentalismo religioso? Certamente, de algum modo, o recrudescimento da hostilidade contra as populações LGBTTT.

Outra questão dessa dimensão contextual dialoga com esse questionamento acima – o que pensa/reverbera o atual presidente do país sobre o debate religioso? Jair Bolsonaro que tem pouco mais de trezentos dias de “trabalho”, já tem se mostrado avesso e intolerante a qualquer política, programa, projeto ou ação que aborde as questões da diversidade sexual e de gênero. Podemos destacar os inúmeros desmontes nas políticas de saúde, e especialmente no que se refere às ações de prevenção e tratamento às IST. Por exemplo, em maio de 2019, o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais passou a se

chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Na nova estrutura, políticas públicas para doenças como hanseníase e tuberculose passaram a ser analisadas pelo mesmo departamento de IST. Esses *aggiornamentos* têm suscitado tentativas de apagamentos, de desestabilização e retrocessos no campo das políticas de diversidade sexual e de gênero no Brasil. Os relatos de algumas profissionais contam sobre os diversos ataques desse governo ultraconservador no campo da saúde.

A gente está agora com um presidente que abre a boca pra dizer que vai cortar o programa de AIDS porque se a pessoa se infecta é porque quer, que gay é assim mesmo, que tinha que bater no meninozinho gay. Nós tivemos uma ascensão política no governo do PT muito grande e aí você entra num governo desse neoliberal que quer acabar com o SUS. Fico só vendo os profissionais aqui aplaudindo isso. (Caio, téc. em enfermagem)

O presidente com a equipe dele todinha são bem tradicionais né, são aqueles evangélicos pesados né, ferrenho e que pregam mesmo... ódio, exclusão. (Carlos, ACS)

Nesse ano, muita gente se alinhou com a cabeça desse governo e mostrou sua verdadeira faceta, mostrou um lado das pessoas que a gente nem conhecia, de pessoas muito próximas, tanto preconceito, gente! (Cláudia, fisioterapeuta)

As profissionais de saúde, ao passo que reconhecem os avanços dos governos petistas (presidente Lula e presidenta Dilma), também temem os ataques desse (des)governo, principalmente, como suas canetadas ou *twittadas* impactam as famílias, o trabalho e os processos de vida das populações mais vulneráveis. Estamos vivendo sob ameaças contantes, direitos negados, violências autorizadas, e todo um projeto de governo ultraconservador tem se instalado, e certamente, as populações LGBTT são um dos principais alvos de ataque. Para Boaventura Santos (2003), temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza, temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a importância de uma igualdade que reconheça as diferenças e que essa diferença que não produza ou alimente mais desigualdades, principalmente pelo próprio Estado.

Não obstante, quando o Estado emprega sua força, a violência também pode se fazer presente. Apesar do seu papel tão importante – que deve ser de proteção às vidas –, pode violar pessoas, grupos, cidades, projetos e tantos outros. Portanto, a LGBTTFobia²² institucional se expressa a partir do modo como seus agentes do Estado reproduzem, por ação ou omissão, condutas discriminatórias e/ou hostis contra as populações LGBTT.

As ramificações das violências contra as populações LGBTT estão presentes de diferentes formas na sociedade, e a partir de um olhar ampliado, percebemos que pode ocorrer na família, na mídia, na escola, no trabalho, na rua, nos espaços de privação de liberdade, nos serviços de saúde e em tantos outros dispositivos. Os relatos das profissionais trouxeram essas violências contra as populações LGBTT principalmente no espaço familiar.

Eu atendo um travesti que já me relatou violência no ambiente familiar. Violência da própria mãe, essa é uma das maiores queixas dele. Mas eu sei quem é a mãe dele porque acompanho também, é da minha área, mas ela nunca falou que tinha filho assim, e eu também não vou ficar perguntando sobre isso. (Conceição, médica)

Nós temos um caso de uma usuária que ela passou por sérios problemas psicológicos porque a família não aceitava a orientação sexual e a escolha dela de viver com uma parceira do mesmo sexo (...) a sociedade de forma geral ainda tem essa mancha do preconceito, vejo falta de orientação até mesmo dentro de casa. (Daniel, médico)

As violências familiares destacadas pelas profissionais corroboram com o que observaram Braga et al (2018) em sua pesquisa. Os autores perceberam que as reações de familiares das populações LGBTT ao se depararem com a saída do armário foram

²² No Brasil, Prado e Machado (2008) e Junqueira (2007) são teóricos que tem problematizado acerca da homofobia. Esse é um termo que formalmente abrange o medo ou a rejeição às diferentes formas de expressões sexuais e de gênero que escapam ao binarismo sexual. Podemos dizer que a homofobia é um fenômeno individual ou coletivo? É patológico? É comportamental? Trata-se de uma questão política, cultural, histórica ou sociológica? Pode ser abolida? Ressignificada? Altman et al (2012) defendem que chamar de homofobia as formas de discriminações e violências baseadas na orientação sexual e identidade de gênero parece não ser tão útil. O termo foi cunhado inicialmente pelo psicólogo George Weinberg, que trouxe uma fundamentação clínica e associou “ao pavor de estar próximo aos homossexuais – e no caso dos próprios homossexuais, autoaversão” (WEINBERG, 1972, p. 8). Contudo, nem todas as formas de discriminações contra as populações LGBTT resulta necessariamente desse medo ou pavor. Mesmo reconhecendo o uso do termo homofobia no mundo, atualmente existe uma tendência em usar os termos lesbofobia para as mulheres lésbicas, bifobia para bissexuais, transfobia para as pessoas trans, e incluindo todos os ingredientes da sopa de letrinhas, LGBTTFobia.

bastante violentas, com comportamento controlador, de vigilância, de perseguição e até expulsão de casa. De forma menos expressiva, os autores encontraram situações de compreensão e acolhimento familiar. Portanto, mesmo que paradoxalmente, a família é um importante componente da rede social das populações LGBTTT, já que pode potencializar as vulnerabilidades ou aumentar a resiliência.

Dados públicos sobre as violências contra as populações LGBTTT mostram um aumento no número de crimes no Brasil, mesmo diante tanta subnotificação (GGB, 2018). Em um dos dias que estava realizando as entrevistas na unidade, uma travesti, colega de militância, e que havia participado da minha pesquisa de mestrado, foi brutalmente morta, ceifada e violentada. Paola Araújo, que atuava junto ao Grupo Piauiense de Travestis e Transexuais, foi assassinada por dois homens com vários tiros na cabeça, às margens da rodovia BR-316, na zona sul de Teresina (CIDADE VERDE, 2019). Paola morreu em um país onde a expectativa de vida para travestis e transexuais é de 35 anos, menos de metade da média nacional que é 75 anos (ANTRA, 2018). Ora nas famílias, ora nas ruas, de todas as formas e em todos os lugares, as violências se entrelaçam nas vidas precárias das populações LGBTTT. Essa cena, por exemplo, também esteve na narrativa de uma agente comunitária de saúde.

Teve até um caso essa semana de uma trans que foi assassinada aqui em Teresina pro rumo de Demerval Lobão. (Flávia, ACS)

A literatura discute que os assassinatos das populações LGBTTT, principalmente de travestis e transexuais, ocorrem frequentemente fora do lar, por arma de fogo, com facadas e espancamentos, sendo a maioria por crimes de execução (EFREM FILHO, 2016). Mas as violências não ocorrem somente na rua. Na unidade e em diversos outros serviços de saúde, as violências também acontecem. Profissionais relataram casos de violências por parte de outros profissionais do convívio de trabalho.

Tem um dos nossos pacientes que é homossexual (...) então ele veio e o médico disse que não iria atender porque ele era assim. (Patrícia, assistente social)

Chega um LGBT com um comportamento muito afeminado, será se esses funcionários vão atender do mesmo jeito dos outros? Muitos atendem, mas outros não. Outros até atendem, mas

fazendo piadas ou colocando aquela pessoa em situações constrangedoras, entendeu? (Pedro, auxiliar em saúde bucal)

Tem um médico que trabalha com a gente que simplesmente não atende homossexual. Uma vez ele contou que um entrou no consultório, e ele disse na hora: “eu não lhe atendo”. Eu até perguntei o porquê. Mas ele disse: “é de mim, eu não atendo esse tipo de pessoa na minha sala. É de mim e eu não vou mudar”. Ele já é um idoso e a gente ficou pressionando ele. Os colegas brincaram com ele: “rapaz, pois então tu é um deles enrustido”, aí ele disse: “que nada, sou muito é homem”. (Catarina, téc. em enfermagem)

As cenas de violências estão face a face com o cotidiano de trabalho na unidade. As profissionais relataram situações com outras colegas, que de forma muito grave, negaram atendimento às pessoas LGBTT. Os moralismos profissionais se revestiram de recusa, de quebra de códigos de ética, de desrespeito à Constituição Federal, de descuido e de negligência. Mas o SUS não é de todos? Depende, principalmente da orientação sexual e identidade de gênero. Foi isso que identificamos nos relatos. Estes, mostraram que os marcadores de gênero fragilizam o acesso e a qualidade da assistência à saúde, podendo afastar ainda mais as populações LGBTT dos serviços. E onde essas pessoas vão encontrar cuidado? Elas retornam à unidade? Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017) e Oliveira et al (2018) mostraram que as populações LGBTT acabam tendo o seu direito de acesso à saúde violado, naturalizando um “não lugar” no SUS, levando a outras rotas precárias de assistência à saúde.

Essas formas de violências também ocorrem em meio a outras, como a violência simbólica, discutida por Bourdieu (2009). Para o autor, ela é “censurada e eufemizada, isto é, desconhecida e reconhecida” (p. 211). Nos relatos, ela aparece como um modo de dominação nos contextos em que não se exerce controle diretamente. Diferentemente dos casos em que se deixa de atender o usuário LGBTT, como no relato do médico conhecido por Catarina, ou do relato trazido por Patrícia, a violência simbólica se instaura, por exemplo, com “as piadinhas”, conforme cita Pedro. Ao mesmo tempo em que o usuário LGBTT é atendido, é também violentado por meio de frases jocosas, sorrisos e ironias. É como se o usuário que fosse atendido, também fosse punido pelo que se é, mesmo que simbolicamente. Nascimento (2014) trouxe a ideia de que a LGBTTfobia tem relação com o controle social dos corpos, é como uma espécie de patrulhamento cotidiano das

(in)conformidades de gênero. As formas de violências incluem um emaranhado de discursos, práticas culturais, sociais e políticas produzidas.

As iniquidades de gênero se tornaram ainda mais potenciadas em meio às desigualdades econômicas, geográficas, políticas e sociais do país. O contexto brasileiro, o contexto nordestino e o contexto piauiense se mostraram permeados de gatilhos de violências, negações e apagamentos, quando em si mesmo já não representam a violência nua e crua. Quando voltamos nossas lentes para a unidade, desde a forma mais “sorridente” de falar com o usuário, até a negação de um atendimento, as violências que ali se tecem interferem diretamente na qualidade da assistência prestada às populações LGBTT. O discurso de umas profissionais narrando as cenas de outras, mostraram o quanto as violências acontecem nesse terreno que deveria ser de proteção e cuidado, e o quanto essas cenas são partilhadas entre as profissionais.

Enfim, o processo de determinação social em saúde se traduz em condições materiais, psicológicas, culturais, morais, jurídicas e políticas que privam as populações LGBTT, em graus diferentes, de direitos, autonomia e participação, e as excluem dos variados recursos disponíveis na rede de saúde.

8.3- Representação: “a gente tá aí na luta” (Caio, téc. em enfermagem)

A simples existência pública de corpos e identidades que desestabilizam o sistema sexo-gênero já é, por si, um (f)ato político, e chacoalha aquilo que Butler chama de “políticas de aparecimento”. Butler (2018) dialoga com os conceitos de precariedade e performatividade para compreender as formas de representação das minorias sexuais e de gênero na sociedade, mostrando que mais do que o direito à participação em espaços já legitimados, através do voto, por exemplo, o exercício performativo de gênero está relacionado com o direito de aparecer, de existir, de ter expressão corporal e vocal, isto é, de participar de espaços formais e informais na vida pública e cotidiana. A partir de um caráter transcendente e que reforça o direito de aparecimento das diversidades, Butler pontua sobre a necessidade de que as pessoas que escapam as normatividades de sexo e gênero tenham vidas possíveis em meio a tantos ataques. Parece que apenas aqueles que performam entre os dois gêneros – mulher ou homem – e que estão de acordo com as normas e as hierarquias binárias, são reconhecidos e visibilizados nos espaços públicos,

ao contrário daqueles que em suas vidas precárias rompem com os padrões de gênero e se tornam de difícil reconhecimento, quando não, totalmente irreconhecíveis. Portanto, é importante promover canais de visibilidade e participação social e coletiva para as populações LGBTTT através do próprio direito de aparecer.

Já que estamos falando sobre o direito de existir na esfera pública como tal, muitas organizações em massa tem se articulado por anos nessa luta. Sem desconsiderar as reivindicações anteriores, foi mais precisamente ao longo dos movimentos contra a ditadura militar (1964-1985) e, principalmente, no processo de transição política no Brasil, que houve uma crescente mobilização e organização das populações LGBTTT nas arenas de poder (FACCHINI, 2018). Passaram-se mais de quarenta anos de história do movimento social LGBTTT, e vários grupos, coletivos e arranjos que lutaram pela mudança de regime político do país, hoje estão lutando tanto por direitos, justiça econômica e liberdade democrática, como por visibilidade e cidadania sexual e de gênero.²³

Desde os primeiros momentos da história do movimento social LGBTTT que um mosaico de lutas tem sido construído, e suas pautas tem se entrelaçado com diversos fios alinhavados por agentes públicos, sociedade civil, profissionais de campos disciplinares distintos, pesquisadores e vários outros atores. E esses diferentes grupos e organizações possuem suas enunciações históricas, padrões de mobilização e bandeiras de luta que, de algum modo, se conectam com o campo da saúde pública. Por isso, perguntamos as profissionais de saúde sobre o que sabem/conhecem sobre os movimentos sociais LGBTTT em Teresina e no Piauí. Caio foi um dos poucos que trouxe esse entendimento sobre as inter-relações entre a história da construção do direito à saúde, do SUS e das práticas assistenciais contemporâneas com os movimentos sociais.

²³ De forma mais cronológica, e sem detalhamento das várias tintas espalhadas nessa tela, podemos dizer que os movimentos sociais LGBTTT, no Brasil, enquanto movimento social organizado, nasceram em meados de 1970. Facchini (2005), fala de várias “ondas” ou “momentos” desses movimentos. A primeira onda seria marcada pelo final do regime militar, o chamado de período de “abertura política”. Essa primeira fase foi revolucionária, não apenas pelas pautas políticas, mas também por visar uma igualdade entre os seus membros, que aos poucos ajudou a construir uma identidade do movimento social LGBTTT. A segunda onda seria marcada pelo período de redemocratização e reflorescimento que iniciou na década de 1980, quando se acentuava a participação do movimento social LGBTTT no cenário público. E, por fim, a terceira onda do movimento iniciou na década de 1990, quando as paradas do Orgulho LGBTTT se espalharam no país e várias legislações, políticas públicas e comitês foram deliberados. Bulgarelli (2018) destaca que hoje vivemos um novo ativismo LGBTTT, intercambiado principalmente pelas mídias, tecnologias e novas formas de mediar pautas em diferentes arenas de poder.

Se você que é profissional aqui e vai atender a população LGBT, eu acho que a gente tem primeiramente que se unir com os movimentos sociais, chamar esses grupos que tem representatividade. (Caio, téc. em enfermagem)

Concordamos com Caio quando ele destaca a importância da participação dos movimentos sociais LGBTT no processo de construção dos cuidados em saúde no SUS e, em particular, na atenção básica que, por meio da Estratégia Saúde da Família, atua diretamente nos territórios. Lembremos sempre que participação da comunidade é um princípio organizativo do SUS. Mas onde estão esses movimentos sociais do Piauí? No estado e na capital, a história dos movimentos e das lideranças LGBTT é longa e relevante, tendo suas pautas incididas, em vários planos, no processo de elaboração de políticas públicas. O Piauí é um dos estados brasileiros com mais legislações e normativas de proteção às populações LGBTT (SASC, 2018), mas, paradoxalmente, as profissionais participantes da pesquisa pouco conhecem dessa história e não se apropriaram de seus desenhos. O discurso politicamente correto, mas desinformado, de Marta (enfermeira) - “precisam de mais política” – diz muito sobre a necessidade de efetivação de políticas públicas para as populações LGBTT. As conquistas de anos de lutas LGBTT parecem não terem sido incorporadas, de modo suficiente, pelas profissionais de saúde em seu trabalho. O que está por trás de mais outro *não*?

Já que as participantes não conhecem e, portanto, não incorporaram as diretrizes das políticas LGBTT, as práticas de assistência em saúde também se tornam imbuídas de dificuldades, impedindo ser efetiva enquanto dispositivo de redistribuição. Além disso, não há reconhecimento das necessidades, especificidades e situacionalidades das populações LGBTT - “tratam tudo igual”, como já vimos em discussões anteriores. Desse modo, pensando com Fraser (2002), no interior dos serviços de saúde, os princípios de reconhecimento e redistribuição são fragilizados. Por sua vez, as profissionais identificam e apontam nas entrevistas (às vezes, de formas problemáticas) outros lugares – exteriores aos serviços de saúde - de representação e aparecimento desses sujeitos, a saber: Parada da Diversidade, os LGBTT da novela, e os LGBTT na família.

Uma profissional agente comunitária de saúde falou dos primórdios da militância LGBTT, lembrando o Grupo Matizes, que hoje é coordenado por Marinalva Santana, umas das ativistas mais reconhecidas no estado e que contribuiu significativamente para a regulamentação do casamento civil entre LGBTT, o reconhecimento da dupla

maternidade, está sempre à frente da organização de eventos pela diversidade e atualmente faz parte do Conselho Municipal LGBTTT.

Rapaz, eu conheço a Marinalva, o Matizes é muito articulado. Eu nunca encontrei com ela pessoalmente, mas já fui em duas paradas gays, mas eu nunca bati um papo com ela. Mas acho ela massa! (Carlos, ACS)

A Semana da Diversidade, muito conhecida como Parada do Orgulho Gay ou Parada da Diversidade²⁴, foi mencionada por outras profissionais, além de Carlos, que reforçaram o evento como um importante lugar de aparecimento em massa das populações LGBTTT, talvez, o mais conhecido entre as informantes.

Sempre que eu posso eu vou na Parada e vou logo na linha de frente, sou hetero mas sempre vou. Adoro ir. (Manuela, ACS)

Eu participei das últimas Semanas da Diversidade que teve antes de eu ter neném, e amei. (Cláudia, fisioterapeuta)

Em setembro de 2019 ocorreu a 18ª Semana da Diversidade de Teresina. O evento incluiu várias atividades, como oficinas, palestras, debates e lançamentos de livros que discutiram a diversidade sexual e de gênero nas mais variadas perspectivas dentro de escolas, universidades, instituições públicas e privadas, sindicatos e outros espaços. Trouxe o tema “ReXistirmos – a que será que se destina?”, e culminou com shows artísticos na Ponte Estaiada, ponto comumente conhecido de aparições das populações LGBTTT. Essas participações e comemorações nos mostram como o tecido social ainda necessita mudar seus valores e concepções, trazendo à tona novas possibilidades de interação com o outro e com nós mesmos. Estratégias como essa se arranjam em meio ao velho e o novo, entre o que morre e o que nasce, entre a evolução e a transformação. Enfim, a f(r)esta da Parada (a festa no sentido comemorativo e a fresta como uma pequena abertura para a diversidade) também pode agir como uma ponte entre o passado histórico

²⁴ Diferente de outras manifestações políticas, esses eventos pressupõem uma periodicidade anual, é destinado especialmente à celebração do orgulho e à visibilização das demandas do movimento social LGBTTT. Inaugurou um estilo diferenciado de atuação política no país e mesmo que tomando como modelo eventos semelhantes ocorridos em outros países, as paradas brasileiras receberam um formato original, próprio do estilo carnavalesco. Hoje somos considerados o país com o maior número de paradas no mundo (FACCHINI, 2018; CAMARGOS, 2018).

e a idealização de um presente com novos projetos de vida vinculados a um formato de aparição e visibilidade corporal e simbólica em massa (CAMARGOS, 2018).²⁵

Quando a médica Conceição foi questionada sobre as formas de aparecimento das populações LGBTTT diz: “conhecimento, a fundo, de perto assim, não, só do que eu vejo falar”. E o que se ouve falar das populações LGBTTT? Como a mídia tem veiculado essas questões? Andrea, por exemplo, fala o que pensa sobre o assunto.

Eu acho que às vezes é colocado até de uma forma muito invasiva. Às vezes um pai chega à noite que é o tempo que ele tem de assistir uma televisão com o filho e senta e vê esse tipo de cena. Na última novela teve uma menina que queria virar homem, tinha incentivo para tirar o seio e tomar hormônio, isso incentiva a criança também. Achei tão invasivo aquilo, ainda mais para um horário que crianças assistem. (Andrea, coordenadora)

A mídia tem cada vez mais apostado em personagens LGBTTT nas telenovelas. Essa seria uma pauta de representação ou de reprodução de estereótipos? Quantos de fato são atores LGBTTT representando suas questões de vida? Quem é LGBTTT e está no elenco em geral? A pauta LGBTTT e seus *flashs* parecem não dialogar com os telespectadores ou até mesmo fomentar um diálogo democrático do que se vê. Andrea, por exemplo, acha que essa temática não deve ser vista por crianças. Por qual motivo? Sentar para conversar com as crianças e adolescentes sobre essas questões não seria viável? Qual estímulo as telenovelas fazem nessa direção? Entre os estereótipos midiáticos e os seus silenciamentos, as populações LGBTTT continuam a serem alvos na/da sociedade como um todo. Democratizar não quer dizer abordar múltiplas representações, mas sim, fortalecer a construção de um processo de releituras sociais e culturais e, principalmente, familiar, o que ameaça o *status quo* vigente e que se alimenta do machismo, do racismo, do patriarcalismo, do sexismo e da heteronormatividade, como situou Carla.

A luta dos grupos LGBT tem despertado para que a população possa encarar isso de uma maneira mais natural. Esses temas tem

²⁵ Destacamos que as festas e comemorações das Paradas não representam o fim das violências e discriminações contra as populações LGBTTT no Brasil, contudo, é uma forma de aparecer e rememorar as lutas em meio as tantas brumas de negações, ataques e mortes autorizadas. Claro que essas multidões coloridas nas ruas enfrentam vários questionamentos dentro do próprio movimento LGBTTT, como também da sociedade em geral. Trata-se de uma representação política? Quais suas politizações? Aqui, não entraremos nessa discussão mais crítica sobre o que é, o que agrega, e quem organiza essas manifestações, mas sim, a tomamos como um debate importante para a compreensão das questões de saúde atreladas à cidadania das minorias sexuais e de gênero.

*sido mais incluídos, mas tudo ainda envolve relações complexas.
(Carla, enfermeira)*

A complexidade das relações, como se refere Carla, também tem apropriações com o lugar de fala de cada sujeito e de seus grupos. O lugar de fala se trata de um *locus* individual e/ou coletivo que surgiu como contraponto ao silenciamento da vez e da voz daqueles que historicamente têm sido excluídos pelos seus marcadores de raça/cor, gênero, classe, geração, sexualidade e outros imbuídos de relações de opressão na estrutura da sociedade. Portanto, o conceito de lugar de fala, discutido por Ribeiro (2018), parte das múltiplas condições que resultam as desigualdades, as hierarquias entre os sujeitos, e os grupos subalternizados. Então, qual o lugar de fala das profissionais de saúde?

Para entender essa indagação, partimos da ideia de que é preciso que as pessoas “pertencentes ao grupo social privilegiado em termos de *locus* social consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir desse lugar e como esse lugar impacta diretamente na constituição dos lugares dos grupos subalternizados” (RIBEIRO, p. 86). Portanto, pensar no lugar de fala é pensar numa postura ética, sensível, tolerante e responsiva das profissionais de saúde, seja no território, seja nas práticas assistenciais. Contudo, algumas profissionais conseguiram falar desse lugar com mais demarcação, destacando que alguns eventos de vida se deram com mais veemência em seus processos individuais e coletivos.

Eu tenho um sobrinho que é gay, tenho uma sobrinha que é também, e o relacionamento da gente é muito bom (...) aceito de boas, a gente bebe juntos e tals. (Carlos, ACS)

Eu tenho meu sobrinho que é, ele se veste assim. Eu amo tanto, mas sei que ele sofre muita piadinha! (Suzana, ACS)

Meu irmão é gay (...) isso sempre me sensibilizou para pensar diferente, até porque eu não sofri o preconceito que ele sofreu, mas eu sofri com ele... é meu irmão mais novo e dói na gente, dói! Acho que se eu sou um pouco mais forte é por causa dele, tive que ser. Na escola mesmo o bullying com ele era eterno e eu sempre comprava essa briga. (Manuela, ACS)

Eu sou gay, entendeu? Eu sou gay assim de boa, não tenho problema em dizer, mas acho que as pessoas não vão aceitar nunca. (Caio, téc. em enfermagem)

Os relatos mostraram que Carlos, Suzana e Manuela possuem familiares LGBTT, e estes podem ter enfrentado inúmeras barreiras e obstáculos nas escolas, nos locais de trabalho, nos eventos familiares e em tantos outros espaços. As violências contra as populações LGBTT são patrulhamentos constantes de seus corpos, e alguns familiares conseguem ofertar rede de apoio diante essas tensões diárias, conforme Braga et al (2018) mostraram em seu estudo. Os familiares são pessoas que, em seu lugar de fala, também podem militar junto às minorias, se articular de forma mais sensível pelo coletivo e acionar outras redes nos processos de cuidado diante as violências que presenciam. Manuela relatou que defendeu o irmão quando sofria *bullying* na escola. Em outra situação, já citada acima, Manuela defendeu um usuário gay que era maltratado por uma “evangelizadora” que distribuía panfletos de sua igreja. Há uma militância, uma transferência de cuidados, ou minimamente, um olhar diferenciado para as vulnerabilidades das populações LGBTT nesses casos.

Além disso, Caio trouxe um discurso político, crítico e consciente sobre ser gay, e sobre os coletivos LGBTT. Seu lugar de fala tem relação com seu ponto de partida, suas responsabilidades sociais e seu compromisso com a justiça. Apesar das dores e sofrimentos vividos pelas pessoas LGBTT, engajar-se politicamente e projetar espaços possíveis é também uma forma de viver em meio às violências cotidianas.

Ao longo dessa discussão de representação, aparição e participação das populações LGBTT junto à sociedade, notamos o quanto essa luta ainda está distante das profissionais de saúde. Talvez, o lugar que se espera de uma profissional de saúde, tenha sido ocupado pelos ativistas, ou pelos próprios pares LGBTT. Talvez, o movimento social LGBTT, por mais de quarenta anos, passou não apenas a visibilizar as vozes e demandas das populações LGBTT, mas reconhecer os corpos dissidentes, zelar pela cidadania sexual e de gênero e ofertar acolhimento livre de qualquer discriminação. Isso nos mostra o quanto os serviços de saúde precisam aprender com os movimentos sociais.

É necessário garantir mecanismos de aparecimento das populações LGBTT nos serviços de saúde, promover emancipações, fortalecer os coletivos e tecer esperanças em meio a diversos projetos de vida mais solidários. Contudo, a demarcação do lugar de fala parece estar mais próxima de quem vive essa realidade em espaços familiares e pessoais, e isso nos mostra como as normas e hierarquias de gênero têm influenciado na performatividade e precariedade da vida das minorias sexuais e de gênero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fiquei por horas pensando sobre o meu lugar de fala, minha história, meus entremeios, meus passos dentro da educação e especialmente sobre a minha discussão de gênero e sexualidade no campo da academia e da militância. Como tudo isso se enlaça? Como tudo isso me lança? Com que lentes eu olho para o mundo? Essas indagações me mostraram que precisaria ser minimamente empático, que deveria me colocar no lugar de tantos profissionais, gestores e usuários LGBTT dos serviços de saúde para propor um fechamento deste texto. Mas como poderia me colocar nesse lugar de empatia e ao mesmo de tempo de estranhamento do objeto de estudo?

Revisitando algumas coisas, fui primeiro à própria noção de empatia, especialmente aquela elaborada por Karl Rogers, psicólogo humanista que propôs a abordagem centrada na pessoa. Para Rogers (2001), a empatia é uma compreensão que se dá além de um entendimento exterior sobre os pensamentos e sentimentos da outra pessoa, mas que busca uma compreensão mais interna dos processos. Isso implica uma sensibilização e uma apreensão de estados mais profundos do outro, sem fazer *nenhum* julgamento de valor. Já para Gilberto Velho, antropólogo brasileiro, o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar no espaço das pesquisas, mas não por completo conhecido. Ou seja, nossas visões são ainda parciais sobre determinados elementos que estão ao nosso dispor (VELHO, 1978). É como se muitas coisas – fissuras tão íntimas - não estivessem postas aos nossos olhos e precisassem se tornar familiares por meio da empatia, para então gerar estranhamentos e deslocamentos.

Logo vi que a empatia e o estranhamento se completavam, e que numa cadeia cíclica precisariam ser como uma âncora nessa construção final. A partir disso, eu e a professora Cláudia tentamos nos posicionar diante de algumas teias de ideias e sentir-pensar sobre outras. Portanto, ao passo que nos questionaremos sobre alguns pontos conclusivos e suas dobras, também iremos propor suas possíveis estratégias empáticas de trabalho.

Quando as profissionais de saúde se referiram à igualdade de assistência nos atendimentos na unidade, narrando que atendiam todos os usuários “sem distinções”, perguntamo-nos: igualdade entre quem mesmo? Então voltamos à análise das visões das profissionais de saúde e percebemos que, na sequência de uma suposta igualdade

assistencial, logo comparavam as populações LGBTTT com as “populações em gerais”. Quem de fato está no escopo da população em geral? Certamente, há um imaginário de um usuário padrão, aquele inscrito pela cisgeneridade e heterossexualidade e que também frequenta os serviços da unidade com assiduidade (e se “compromissam” com a realização das orientações prestadas).

Parece-nos que essa comparação está imbuída de crenças, valores, visões e expressões normativas e conservadoras, como também pode ser mantida com o intuito de justificar a ausência de ações específicas no cuidado à saúde das populações LGBTTT na unidade. Ao passo que não são identificados os sujeitos com nomes, histórias e inúmeras singularidades, e se atende como “qualquer outro”, esse outro parece ser bem característico - ele é estigmatizado, velado, embarreirado ou sequer lembrado. Alguns relatos ainda mostraram que há uma culpabilização e/ou uma responsabilização do usuário LGBTTT pelo seu não reconhecimento: “mas eles não falam”, “eles não querem”, “eles não vêm”. E assim são projetadas nas populações LGBTTT as cargas pelas suas vidas precárias.

Padronizar os atendimentos parece ser também uma estratégia de não produzir diferenças, e que supostamente afastaria essa profissional de algum comportamento discriminatório, já que em seu discurso “politicamente correto” afirma veementemente buscar combater as diversas formas de discriminações. O trabalho na unidade parece ser prescrito em rotinas, como uma forma de agência e produção de saúde cada vez mais pautada em grupos seriados e baseando-se em processos particulares de adoecimentos (diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose...). Não obstante, os relatos nos mostraram que a clínica junto às populações LGBTTT nem têm relação com os cuidados nos territórios de saúde, nem com uma proposta singularizada de assistência a cada sujeito nos consultórios.

Essas elucubrações nos fizeram perceber que as populações LGBTTT não são reconhecidas como “população em geral” - como prescreve a própria Política Nacional de Atenção Básica -, nem são reconhecidas como populações que demandam cuidados específicos de saúde, e tampouco são reconhecidas como uma sopa de letrinhas com distintos marcadores de gênero. E olha que nem estamos falando dos outros elementos interseccionais que podem influenciar no processo de determinação social em saúde.

Não estamos querendo que as populações “se sintam normais” nos atendimentos, como atestam alguns relatos, mas, pelo contrário, que sejam reconhecidas em suas

próprias diferenças, e que suas expressões, desejos, identidades e corporalidades possam ser acolhidas e respeitadas. Pelo visto, essas diferenças têm sido apagadas, ocultadas e embarreiradas pelo discurso da normatividade, isto é, essas diferenças não importam para as profissionais de saúde, e o discurso a favor de uma suposta igualdade, ao contrário do que acreditam, opera ainda mais nas linhas de discriminações e violências.

São profissionais com larga experiência na atenção básica, e que há anos produzem essa assistência “igual”. São profissionais que estão desde a implantação da Estratégia Saúde da Família em Teresina e cujo *modus operandi* codifica esse tipo de cuidado, especialmente porque é assim que “tem dado certo”, como diz o médico José. É como se houvesse uma cadeia operacional, mas também subjetiva, que não permitisse incluir as populações LGBTT nas práticas do trabalho em saúde – não como sujeitos LGBTT –, seja até mesmo antes ou depois da implantação da Política Nacional de Saúde LGBT. Essa organização em cadeia também envolve outros aparelhos formadores de subjetividades, como a gestão em saúde, os conselhos das categorias profissionais, os equipamentos formativos e tantos outros.

Se de um lado as populações LGBTT não foram reconhecidas como sujeitos dentro dos territórios de saúde, por outro lado foram reconhecidas ou “hiper-reconhecidas” nos consultórios da unidade a partir de duas abordagens: no campo das IST/Aids e no campo do sofrimento psíquico. Os cuidados em saúde parecem seguir práticas “iguais” até que esses dois diferenciadores apareçam e, operando estigmas, etiquetem os sujeitos LGBTT e marquem o lugar de uma identidade deteriorada que há tempos foi prevista na literatura de Goffman (1980).

O debate sobre IST/Aids apareceu nos relatos como uma forma de colocar em questão as práticas sexuais, as expressões, desejos e identidades das populações LGBTT. Veio como uma maneira de visibilizar essas pessoas dentro da saúde pública, mesmo que a partir de uma focalização e sexualização na Aids. Os relatos colocaram em voga discussões sobre sexo, prevenção, número de parceiros, prazer e risco, estigma e vários outros elementos que compunham o cenário, os atores e a apresentação de um verdadeiro “mito” sobre a Aids.

A atenção básica, que deveria ser uma das responsáveis pelas ações e estratégias de saúde comunitária, que está próxima do que se propõe a clínica da redução de danos, que prioriza a promoção e a prevenção em saúde, é a mesma que tem ofertado assistência focada nas partes do corpo, na medicação, nos exames, enfim, na biomedicalização da

própria vida. Por exemplo, o uso da testagem rápida, que já é tão comum na unidade, parece ser uma ação quase que específica para as populações LGBTT, que, quando revelam sua orientação sexual e/ou identidade de gênero para as profissionais, são rapidamente orientadas sobre o passo a passo de uma enxurrada de exames.

Outro campo que reifica as populações LGBTT na atenção básica é o sofrimento psíquico. As profissionais de saúde associaram esses sujeitos às queixas de saúde mental (depressão, suicídio, ansiedade ...). O que isso nos mostra? Mais uma forma estigmatizante de “hiper-reconhecer” as populações LGBTT nos territórios e nos atendimentos em saúde. Acontece que o sofrimento psíquico é também político, social e moral, ele é produto de uma cadeia de relações de opressões, desigualdades, violências, apagamentos e interditos. O que esses corpos em sofrimento denunciam? Como esperar que esses corpos tão aviltados se mantenham saudáveis psiquicamente? Além disso, toda uma indústria farmacológica se mantém por trás desses diagnósticos, e certamente lucra e se alimenta das vulnerabilidades dos outros – aqui, encarnados pelas populações LGBTT. Esses corpos que sofrem são os mesmo corpos que não importam, e que clamam por justiça. O discurso das profissionais de saúde mostraram o quanto as homossexualidades, transexualidades e travestilidades precisam ser “contidas”, e portanto, medicadas.

Esse não reconhecimento, ou esse reconhecimento atravessado, reflete diretamente na oferta das práticas de saúde e na organização dos serviços. São flechas dimensionais que se intercambiam em cascatas. E, para melhor descrever os inúmeros obstáculos do acesso das populações LGBTT e da qualidade da assistência ofertada pelos profissionais de saúde, apropriamo-nos de algumas lentes que nos permitiram enxergar em três dimensões: relacional, organizacional e contextual.

Antes de entrarmos nessas três questões, abrimos espaço para ressaltar que nos detivemos apenas nas visões, percepções, crenças e enredamentos das profissionais de saúde da atenção básica. Nosso intuito não era de triangular dados, propor uma densidade avaliativa e/ou normativa em saúde, ou até mesmo de analisar a implantação da Política Nacional de Saúde LGBT, mas de compreender as entrelinhas e os circuitos que se passavam nos consultórios, nos territórios e nos corredores de uma unidade de saúde a partir da perspectiva de algumas profissionais de saúde, atrizes importantes na conformação da assistência integral à saúde das populações LGBTT.

Na dimensão relacional, percebemos o quanto a revelação da orientação sexual/identidade de gênero é ao mesmo tempo espreitada pelas profissionais de saúde, quando fica no âmbito da suspeita, como também é interdita, quando não se pergunta, não se quer perguntar e nem se registra, seja no âmbito da comunicação com o usuário, seja nas fichas, prontuários e cadastros de trabalho. Como cuidar das populações LGBTT quando não há ações ou estratégias que favoreçam a construção de vínculos? Algumas informantes da equipe de Consultório na Rua, bem como algumas agentes comunitárias de saúde, se mostraram mais próximas da dinâmica desses sujeitos, inclusive estabelecendo relações mais pessoais. Para as profissionais que, em sua maioria, ficam confinadas nos consultórios, o importante continua a ser a boca para as cirurgiãs-dentistas, a patologia para as médicas e a administração de medicamentos para as enfermeiras. As mesmas profissionais que trabalham – ou deveriam trabalhar – em equipes pouco trocam saberes, raramente orientam as demais profissionais de saúde e não se importam em conhecer as estratégias de êxito umas com as outras. Olhando para o que a humanização em saúde nos mostra, também percebemos que a dinâmica das relações usuários-profissionais apresenta fragilidades no acolhimento, na escuta, no uso do nome social (para travestis e transexuais) e prescreve vários estigmas – que parecem sinalizar marcas de uma identidade deteriorada.

A dimensão organizacional mostra que, em sua maioria, as profissionais não conhecem sobre a Política Nacional de Saúde LGBT, sequer sobre as necessidades de saúde das populações LGBTT. É claro que conhecer sobre a política não garante a qualidade do atendimento, mas certamente se poderia ter uma boa noção do que é equidade e sobre a sua aplicabilidade na micropolítica do serviço. Chama-nos à atenção que algumas justificativas são postas na ordem do *não* saber, do *não* contato na formação e da *não* iniciativa da gestão. Diante de tantos *nãos*, percebe-se uma tendência em justificar as ausências de cuidados para as necessidades das populações LGBTT, bem como sustentar os frágeis discursos de que “não existem essas pessoas na área”, como também não são identificadas nos documentos eletrônicos, já que se “bota tudo hétero”.

Também olhamos para alguns elementos sociais, políticos, geográficos e culturais que poderiam interferir na dinâmica de trabalho e nas práticas em saúde na unidade, mas poucas profissionais pensaram criticamente sobre eles. Em sua maioria, foram as profissionais da equipe de Consultório na Rua e as agentes comunitárias de saúde que trouxeram a ideia de interseccionalidade metaforizada como um “combo”, isto é, os

usuários da unidade podem ser LGBTT, negros, pobres, viver com HIV, estarem em situação de rua e tantos outros marcadores, que interferem, diretamente ou indiretamente, no processo saúde-adoecimento-cuidado. Enquanto o discurso de igualdade requer a mitigação das diferenças, o discurso da diversidade requer o reconhecimento e o respeito com as populações de L, G, B, T e T, bem como seus valores, cultura, raça/cor, religião e etc.

Os relatos também consideraram as inúmeras violências que sofrem as populações LGBTT na sociedade, lembrando-se de corpos brutalmente assassinados, mas também falando sobre as violências que ocorrem dentro da própria unidade. As profissionais narraram casos de negligência, quebra de sigilo e confidencialidade, recusa no atendimento e as violências simbólicas, expressas nos sorrisos, nas piadinhas e nos julgamentos morais e religiosos.

Essas precariedades das vidas das populações LGBTT têm sido alvo das políticas de aparição, representação e participação social. Os “anormais” sexuais e de gênero têm sido patrulhados em seu próprio direito de existir como tais, por isso questionamos sobre a apresentação e visibilização das populações na própria vida cotidiana, não necessariamente em espaços já legitimados formalmente. Nos relatos, a representação foi acionada junto aos movimentos sociais, às paradas da diversidade, ao lugar de fala de familiares e da própria profissional LGBTT. Contudo, pouco conseguiram perceber sobre a importância dessa representação, e pouco se aliançaram a processos emancipatórios em suas práticas de saúde.

Mas nosso olhar não é apenas de estranhamentos, como já dissemos mais acima, por isso apostamos na escuta como uma das chaves para o respeito à diversidade sexual e de gênero na atenção básica. Isto é, os corpos LGBTT precisam ser reconhecidos como usuários de saúde. O que estamos falando é que, em mais de trinta anos de SUS, não conseguimos que as populações LGBTT fossem levadas a sério nos serviços de saúde, principalmente por parte das profissionais de saúde. Quando se tenta homogeneizar ou trivializar os atendimentos, perde-se a própria noção de autonomia dos sujeitos, um direito imprescindível na prestação de cuidados. E quem detém o poder? Certamente as profissionais de saúde, inclusive, decidindo o que é e o que não é vulnerabilidade. Os discursos mostraram claramente como as populações LGBTT são invisibilizadas em suas possibilidades de expressões, aparições e participações, e, já que escapam às normalidades do sexo e do gênero, ficam no lugar do “controle”, da “verificação” e do

“exame” de suas abjeções. Os jalecos brancos parecem ser como um escudo, utilizados na tentativa de se afastar desses corpos que carregam bandeiras, estigmas e proibições. E já que elas – profissionais de saúde - detêm o suposto saber, em sua maioria, aplicam a partícula negativa - *não* - na assistência prestada.

Seja como advérbio, interjeição ou substantivo, os *nãos* tinham funções de negar, interditar, justificar ou encerrar o assunto. Curiosamente, essa mesma palavra ganhava sonoridades, acenos e expressões distintas quando aplicada a diferentes situações. Ouvi a emissão da palavra *não* mais carregada de sotaque nordestino – “humnan” - quando as profissionais não sabiam o que falar; outras vezes o não era mais arrastado e acenado com a cabeça a fim de reforçar e internalizar aquela negativa; alguns engasgados e emitidos em poucos sons – “unun” –; outros mais objetivos e pontuais; além daqueles mais explicativos e elucidativos. Foram vários tons de *não!* A palavra ainda apareceu quase três mil vezes nas entrevistas e no grupo focal.²⁶

Esses *nãos* também precisam ser compreendidos na conjuntura macroinstitucional da saúde. Mesmo que a atual Constituição Federal tenha garantido a saúde como direito de todos e como dever do Estado, assegurando inclusive a criação do SUS, não há garantias de que a implantação desse sistema seja totalmente consolidada. As instituições legais e os poderes executivo, legislativo e judiciário não têm assegurado a sustentabilidade do SUS, e, com isso, vários problemas têm se tornado uma constante no cotidiano dos serviços. Podemos citar os problemas de descontinuidade administrativa, a insuficiência de infraestrutura, a precarização dos vínculos de trabalho, as dificuldades com a organização das redes, a reprodução de modelos hegemônicos, e tantos outros que assolam a própria saúde pública. Por isso pensamos que as dificuldades vivenciadas pelas profissionais de saúde em Teresina também passam por problemas estruturais do próprio SUS.

Outro ponto importante é que a autorização da Política Nacional de Saúde LGBT também não garante a sua efetividade na prática assistencial e no cotidiano da micropolítica das unidades de saúde. Também não queremos que as populações LBTT sejam simplesmente reificadas por meio de inúmeras políticas ou programas, mas sim, que as suas vulnerabilidades sejam entendidas e dialogadas com os principais atores do

²⁶ Utilizamos o contador de palavras do próprio Word (2010) para fazer essa estimativa. Claro que muitos *nãos* eram emitidos apenas em sons, outros em expressões mais regionais e por isso mesmo que esse valor se deu de forma apenas aproximada. Nosso intuito também não era de quantificar, mas de ter uma boa noção de quantas vezes essa palavra surgiu ao longo das narrativas.

processo de determinação social em saúde – as populações LGBTT. Por isso destacamos a necessidade de reflexividade e problematizações nos serviços, nos espaços formativos e na gestão sobre os diferentes marcadores imbricados à saúde das populações LGBTT.

As discussões feministas sobre a diversidade sexual e de gênero parecem não chegar até as profissionais de saúde da unidade, ou, se chegam, parecem não se ramificar. É como se houvesse uma camada, ou melhor, várias camadas de nãos, que impedem que as profissionais se apropriem, discutam e incorporem o feminismo na micropolítica das relações na unidade. É como se, a cada camada descoberta, uma nova camada estivesse fortemente sobreposta, dificultando que as populações LGBTT se tornem próximas dos olhos das profissionais. Não dá pra exigir emancipação e aparecimento dos usuários LGBTT quando não há uma cultura social e organizacional de reforço e apoio à diversidade; quando não há vontade política pela justiça e equidade de gênero. Reiteramos a importância de uma concepção de direitos humanos que promova o desenvolvimento das minorias sexuais e de gênero e respeite sua autodeterminação.

Como um fluxo contínuo, o não reconhecimento das populações LGBTT enquanto usuários da atenção básica gera obstáculos no acesso e na qualidade da assistência prestada, seja por meio das relações (usuário-profissional), seja através da organização e da dinâmica dos serviços, seja pelos elementos desse contexto, e que também têm relação com a forma como que esses sujeitos são visibilizados nos canais de aparição. Somente a tríade reconhecimento-redistribuição-representação permite a correção das iniquidades e injustiças sociais. Esses três eixos da justiça, sinalizados por Fraser, nos permitem perceber que os esforços precisam ser orientados tanto por iniciativas organizacionais (nos próprios serviços, nas instâncias formadoras, etc.), como também na cultura (nas mídias, nas ruas, nas igrejas, etc.) e que juntas façam aparecer diferentes performatividades de gênero. Quando esses eixos tomam apenas um partido, ou quando se tornam deficitários, toda a tríade é atingida.

Estamos sendo atropelados por ameaças de fundamentalistas religiosos, desmontes do próprio SUS, ataques fascistas, mortes autorizadas, vozes caladas, e tudo isso interfere na busca pelo equilíbrio entre o reconhecimento, a redistribuição e a representação das populações LGBTT na atenção básica. Mas, já que decidimos conjugar o verbo esperar em meio a esse caos dos últimos anos, apostamos também na responsividade de articulação da tríade de Fraser aplicada nesse trabalho. A responsividade está no bordado das relações co-construídas no campo da cultura, no

campo da organização dos serviços e no campo aparecimento das populações LGBTT. A responsividade enlaça responsabilidades, estreita relações e se propõe a fazer um convite à ética e à tolerância em meio a projetos, pessoas, culturas e organizações.

A atenção básica é a principal porta de entrada do SUS e pode refletir em toda uma linha de cuidado na rede de saúde, portanto, as profissionais podem/devem se utilizar do recurso da responsividade como estratégia de cuidado integral às populações LGBTT. Ao passo que instigo essa responsividade, também vejo o quão difícil é ser empático quando se trata de opressões, violências, negações, e especialmente quando somos sujeitos que estamos fervendo na mesma sopa de letrinhas. Como é difícil entender, sem efetuar *nenhum* julgamento, como coloca a abordagem de Rogers. Por isso irei demarcar também meu lugar de fala imbuído do meu lugar de luta.

Mesmo que eu já imaginasse o que estava por vir nos relatos, ao passo que a caixa-colorida ia sendo aberta, eu me arrepiava, me intrigava e me questionava mil vezes: é isso mesmo que estou vendo, ouvindo e sentindo? Ficava num movimento paradoxal entre me distanciar e me aproximar de tudo isso. Sempre que relia cada parte dessa construção, me sentia tão forte, até pela própria história desta tese, mas ao mesmo tempo tão sensível, por acreditar que nem tudo que é aqui sentido e pensado chegará a quem tanto se destina. Muito me confortava lembrar que essa história está só começando, que o sonho de ser professor está cada vez mais perto, e que muitas mudanças serão por mim ativas no ensino, na pesquisa e na extensão. Vejo-me pequeno, mas com uma sede de voar, e voar alto, voar em coletivo e desbravar novos céus. Nesse voo, levarei várias bandeiras de luta - contra o racismo, LGBTTfobia, sexismo, misoginia, xenofobia e tantos outros ódios perpetrados em meio à riqueza que é o ser humano – e jamais esquecerei das minhas origens.

Também destaco que, mesmo que finalizasse esta tese em outros tempos, o texto sempre estaria inacabado, já que somos sujeitos em movimentos constantes e sem destinos fixos. Assumo as rachaduras, os recuos e as tentativas de grito, mesmo que nas entrelinhas. Este texto representa maratonas de estudos, investimentos em livros, horas de elucubrações, ausências em eventos de luta, mas também é a mais pura expressão de um peixe que tem tentado se tornar passarinho ao lado de uma mãe-guia-companheira-passarinha chamada Cláudia Bonan. Naveguei em águas profundas, viajei por vários mares, e só então percebi que também poderia voar, por isso “peixei-me para voar”. Mas, até conseguir alçar alguns voos, tive a ajuda dessa passarinha tão experiente, que aceitava

minha estranheza, mostrava que poderíamos cantarolar por novos céus, ajudava a me camuflar em alguns momentos e pedia que nunca deixasse de “amostrar” os meus arcos-íris presentes nas minhas penas – na minha pele - por onde quer que eu vá.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, C. *O que é interseccionalidade*. Editora Letramento, 2018.
- ALBUQUERQUE, G. A. et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 2016;16(2):1-10.
- ALLPORT, G. *The Nature of the Prejudice*. Boston: Beacon Press, 1954.
- ALMEIDA, P. F., FAUSTO, M. C. R., GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública /Pan American Journal of Public Health* 2011; 29:84-95.
- ALPERT, A. B.; CICHOSKIKELLY, E. E; FOX, A. D. What lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and intersex patients say doctors should know and do: A qualitative study. *J Homosex* 2017; 64(3): 1368-1389.
- ALTMAN et al. Men who have sex with men: stigma and discrimination. *Lancet* 2012 (British edition); 380(1):439-445.
- ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. 2º edição. Rio de Janeiro, 1981.
- ARRUZZA, C., BHATTACHARYA, T., FRASER. N. *Feminismo para os 99%: um manifesto*. São Paulo: Boitempo, 2019.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. Disponível em: <<https://antrabrazil.org/category/violencia/>> Acesso em: 08 jan. 2019.
- AURÉLIO, DICIONÁRIO DE PORTUGUÊS *ONLINE*. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/aurelio-2/>>. Acesso em: 08 jan. 2019.
- AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)* 2004a; 8(14):73-92.
- AYRES, J. R. et al. *Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde*. In: CAMPOS, G. et al. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.
- AYRES, J. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde soc* 2004b; 13(3):16-29.
- AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(1): 63-72.
- BAPTISTA, T.W.F.; MATTOS, R.A. *Ciência, metodologia e o trabalho científico* (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos). In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org). *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

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* 2009; 25(Suppl 2):s291-s300-308.

BARBOUR, R. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BASTOS, F. I. *Da persistência das metáforas: estigma e discriminação & HIV/AIDS*. In: MONTEIRO S, VILLELA W. Estigma e Saúde. Rio de Janeiro: Faperj e Fiocruz; 2013.

BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

BEZERRA, V. Cenários políticos brasileiros, conquistas e desafios para as políticas públicas de saúde no contexto da prevenção e tratamento do HIV/AIDS e IST's. *O Social em Questão* 2019; 22(45):1-15.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde - Volume 49, nº 53, 2018.

BOURDIEU, P. *O senso prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

BOWLING, J. et al. Perceived health concerns among sexual minority women in Mumbai, India: an exploratory qualitative study. *Cult Health Sex* 2016; 18(7):826-840.

BRAGA, I. F. et al. Family violence against gay and lesbian adolescents and young people: a qualitative study. *Rev Bras Enferm* 2018;71(Suppl 3):1220-7.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Justiça. *Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH 2*. Brasília, 2002.

_____. Congresso Nacional. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990a.

_____. Congresso Nacional. *Lei nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a

_____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. *Portaria GM nº 675*, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648*, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT*. Brasília: 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica, nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Brasília. 1ª edição. 2010b.

_____. Congresso Nacional. *Lei nº 12.288*, de julho de 2010c - Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, de 13 de abril de 1995, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488*, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: 1. ed., 1. reimp.. 2013.

_____. *Resolução nº 510*, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436*, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BULGARELLI, L. *Um impeachment, algumas tretas e muitos textões: notas sobre o movimento LGBT brasileiro pós-2010*. In: GREEN, J.; QUINALHA, R.; CAETANO, M.; FERNANDES, M. (Org). *História do Movimento LGBT no Brasil*. São Paulo: Alameda, 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, F. A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93.

BUTLER, J. *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

_____. *Problemas do gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CAMARGOS, M. L. *O surgimento das Paradas LGBT no Brasil*. In: GREEN, J.; QUINALHA, R.; CAETANO, M.; FERNANDES, M. (Org). *História do Movimento LGBT no Brasil*. São Paulo: Alameda, 2018.

CAMPO-ARIAS, A.; OVIEDO, H. C.; HERAZO, E. Estigma y discriminación a profesional de la salud transgénero. *Revista de la Facultad de Medicina* 2014; 62(1):41-45.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cienc. Saúde Coletiva* 2007;12(2):301-306.

CANALI, T. J. et al. Evaluation of self-esteem among homosexuals in the southern region of the state of Santa Catarina, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* 2014. 19(11):4569-4576.

CARAVACA-MORERA, J. A. et al. Contemporalis homo sacer: obstáculos para acceder a los servicios de salud para las poblaciones trans. *Texto & Contexto – Enfermagem* 2017; 26(3):e3710016.

CARRARA, S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Revista Mana* 2015; 21(2):40-52.

CASTIEL, L.D.; GUILAM, M.C.F.; FERREIRA, M.S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CEARA, A. T; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice. *Rev. psiquiatr. clín.* 2010. São Paulo , 37(3):118-123.

CECÍLIO, L. C. O., MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: Unicamp; 2003.

CELE, N. H., SIBIYA, M. N., SOKHELA, D. G. Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal. *Curationis* 2015; 38(2):1522-15530.

CHAUDHRY, A. B.; REISNER, S. L. Disparities by Sexual Orientation Persist for Major Depressive Episode and Substance Abuse or Dependence: Findings from a National Probability Study of Adults in the United States. *LGBT Health* 2019.6(5):261-266.

CRUZ NETO, O. MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciênc. saúde coletiva* 1999; 4(1): 33-52.

CORRÊA, S. O; MUNTARBHORN. V, organizadores. *Princípios de Yogyakarta: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*. Indonésia: 2006.

CORRÊA, S., PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis* 1996, 6(1-2): 147-177.

CUNHA, R. B. B.; GOMES, R. Sentidos atribuídos aos cuidados de saúde e à prevenção de DST/Aids em específico por jovens gays. *Physis* 2016; 26(3):807-828.

DALEY, A; MACDONNELL, J. A. 'That would have been beneficial': LGBTQ education for home-care service providers. *Health Soc Care Community* 2015; 23(3):282-291.

DANIEL, H; PARKER, R. *AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. ABIA, 2018.

DINIZ, D. *Conflitos morais e bioética*. Coleção Bioética. Brasília, Letras Livres, 2001.

DINIZ, D., GUILHEM, D. *O que é bioética?* São Paulo: Editora Braziliense, 2002.

DISQUE 100 (2018). Disponível em:< <http://piauihoje.com/noticias/piaui-e-o-3o-estado-com-mais-denuncias-de-violencia-contralgbt/>> Acesso em: 08 jan. 2019.

DONABEDIAN. A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University; 1973.

EFREM FILHO, R. Corpos brutalizados: conflitos e materializações nas mortes de LGBT. *Cad. Pagu* 2016; 46:311-340.

FACCHINI, R. *Múltiplas identidades, diferentes enquadramentos e visibilidades: um olhar para os 40 anos do movimento LGBT*. In: GREEN, J.; QUINALHA, R.; CAETANO, M.; FERNANDES, M. (Org). *História do Movimento LGBT no Brasil*. São Paulo: Alameda, 2018.

_____. *Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. São Paulo: Garamond, 2005.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C. GONDIM, R. GIOVANELLA, L. (Orgs.) Atenção Primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Editora Fiocruz, 2018.

FERREIRA, B. O et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis* 2017; 27(4):1023-1038.

FERREIRA, B. O., PEDROSA, J. I., NASCIMENTO, E. F. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* 2018. 31(1): 1-10.

FOLHA DE SÃO PAULO (2019). Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/vladimirsafatle/2019/05/a-filosofia-e-um-esporte-de-combate.shtml>> Acesso em: 15 maio. 2019.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

FRASER, N. HONNETH, A. *Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange*. New York; London: Verso, 2003.

FRASER, N. *Justice Interruptus: Critical Reflections on the “Postsocialist” Condition*. New York: Routledge; 1997.

_____. Política feminista en la era del reconocimiento. Una aproximación bidimensional a la justicia de género. Documento especialmente elaborado para *Seminário PRIGEPP-FLACSO*, Buenos Aires-Argentina, 2002.

_____. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. *Cadernos de campo: revista dos alunos de pós-graduação em Antropologia Social da USP* 2006. 15(14), 231-240.

_____. Reconhecimento sem ética? *Lua nova: revista de cultura e política* 2007; (70): 101-138.

_____. Reenquadrando a justiça em um mundo globalizado. *Lua nova: revista de cultura e política* 2009; (77), 11-39.

FRY, P.; MACRAE, E. *O que é homossexualidade*. São Paulo, Brasiliense, 1983.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (2011). Disponível em:<https://www.cps.fgv.br/cps/bd/rel3/REN_texto_FGV_CPS_Neri.pdf> Acesso em: 08 jan. 2019.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, TERESINA-PI (2018). Disponível em: <http://fms.teresina.pi.gov.br/system/downloads/docs/140/original_original_guia-de-atencao-basica-da-fundacao-municipal-de-saude-de-teresina.pdf?1531828371>. Acesso em: 08 jan. 2019.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GIBLON, R.; BAUER, G. R. Health care availability, quality, and unmet need: a comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1):283-292.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública* 2018.(34):8- e00029818.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. ver. amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

GOMES, R., MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípio para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F. (Orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

GRAHAM, K. et al. The importance of health(ism): A focus group study of lesbian, gay, bisexual, pansexual, queer and transgender individuals' understandings of health. *Journal of Health Psychology* 2017; 22(2):237-247.

GREEN, J. *Além do carnaval: A homossexualidade masculina no Brasil do século XX*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

GRUPO GAY DA BAHIA (2012). Mortes violentas de LGBT no Brasil - Relatório 2012. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-2011-1>> Acesso em: 08 jan. 2019.

GRUPO GAY DA BAHIA (2014). Mortes violentas de LGBT no Brasil - Relatório 2015. Disponível em: <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2015/01/relatc3b3rio-2014s.pdf> > Acesso em: 08 jan. 2019.

GRUPO GAY DA BAHIA (2017). Mortes violentas de LGBT no Brasil - Relatório 2017. Disponível em: <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/12/relatorio-2081.pdf>> Acesso em: 08 jan. 2019.

GUIMARÃES, R. C. P. *Estigma e diversidade sexual nos discursos dos(as) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT*. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

GUIMARÃES, R. C. P. et al. Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus, actas de saúde colet* 2017; 11(1):121-139.

HIRSCH, O.; LÖLTGEN, K.; BECKER, A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Fam Pract* 2016; 17(1):162-169.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 20 ago. 2019.

JORNAL CIDADE VERDE. Disponível em:<
<https://cidadeverde.com/noticias/309601/travesti-e-assassinada-com-tres-tiros-na-br-316-proximo-ao-porto-alegre>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

JOVCHELOVITCH, S., BAUER, M. W. *Entrevista narrativa*. In: BAUER, M. W., GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Tradução: Pedrinho Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

JUNQUEIRA, R. D. Homofobia: Limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Revista Bagoas* 2007;1(1):1-22.

KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. *Novos estud. – CEBRAP* 2010; 86:(3):93-103.

LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP, 2011.

LAURENTINO, A. C. N. Políticas públicas de saúde para população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. 2015, 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2015.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde debate* 2016; 38(101): 244-253.

LINDROTH, M. Competent persons who can treat you with competence, as simple as that - an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals. *Journal of Clinical Nursing* 2016; 25(1):3511-3521.

LOURO, G. *O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18:104-19.

MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

MARTOS, A. J. et al. "Like finding a unicorn": Healthcare preferences among lesbian, gay, and bisexual people in the United States. *Social Science & Medicine* 2018; 209(7):126-133.

MATTOS, R. A. *Desenvolvendo e oferecendo ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.

_____. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2006, p. 39-64

_____. *Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores*. In: MATTA, G. C. e LIMA, J. C. F. (orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

MATTOS, R. A., TERTO JR. V, PARKER, R. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à Aids no Brasil. *Saúde Debate* 2003; 27:81-94.

MEADS, C.; CARMONA, C.; KELLY, M. P. Lesbian, gay and bisexual people's health in the UK: a theoretical critique and systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care* 2012; 9(6):19-32.

MELLO, G. A., FONTANELLA, B. J. B., DEMARZO, M.M. P. Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais. *Rev. APS* 2009; 12(1):204-213.

MELLO, L., AVELAR, R. B., MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Soc. Estado* 2012; 27(2):289-312.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate* 2018; 42(1):38-51.

MELO, E. A., MAKSUD, I., AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e151.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), p. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MERHY, E. E., FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):316-323.

MIGUELOTE, V. R. S.; CAMARGO JR, K. R. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:190-6.

- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Pesquisa Qualitativa* 2017. 5(7):1-12.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciência e Saúde* 1998. 4(3): 513-531.
- MONTEIRO, S et al. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019. 24(5):1793-1807.
- MONTEIRO, S. S., BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(4):e00111318.
- MORAIS, S. *Grupo Free: uma ebulição clandestina*. In: BARROS JR., Francisco de Oliveira; LIMA, Solimar Oliveira (orgs.). *Homossexualidades sem fronteiras: olhares sobre o Piauí*. Rio de Janeiro: Booklink, 2007.
- MOREIRA, A. J. Cidadania Sexual: Postulado Interpretativo da Igualdade. *Direito, Estado e Sociedade* 2016. 48(1):10-46.
- MOSCHETA, M. et al. Da (im)possibilidade do diálogo: conversações públicas e os direitos LGBTQTS. *Psicologia & Sociedade* 2016; 28(3):516-525.
- MOSCHETA, M. S; SOUZA, L.V.; SANTOS, M. A. Health care provision in Brazil: A dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. *Journal of Health Psychology* 2016; 21(3):369–378.
- MOTT, L., CERQUEIRA, M. *Causa mortis: homofobia. Violação de direitos humanos e assassinato de homossexuais no Brasil*. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2000.
- MÜLLER, A. Health for All? Sexual Orientation, Gender Identity, and the Implementation of the Right to Access to Health Care in South Africa. *Health Hum Rights* 2016; 18(2):195–208.
- _____. Scrambling for access: availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. *BMC Int Health Hum Rights* 2017; 17(1):16-21.
- MÜLLER, A. et al. The no-go zone: a qualitative study of access to sexual and reproductive health services for sexual and gender minority adolescents in Southern Africa. *Reprod Health* 2018; 15(1):12-21.
- MUNSON, S.; COOK, C. Lesbian and bisexual women’s sexual healthcare experiences. *Journal of Clinical Nursing* 2016; 25(3):3497-3510.
- NASCIMENTO, M. Hombres, masculinidades y homofobia: apuntes para la reflexión desde lo conceptual y de lo político. *Revista Conexões PSI* 2014; 2(1):41-51.
- NEER, A. F. Obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral trans en el Gran Buenos Aires y La Plata. *Rev. argent. salud publica* 2016; 7(29):26-30.

NOOR BECKWITH, M. D. et al. Psychiatric Epidemiology of Transgender and Nonbinary Adult Patients at an Urban Health Center. *LGBT Health* 2019; 6(2): 51–61.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

O GLOBO. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/desde-2010-uma-nova-organizacao-religiosa-surge-por-hora-21114799>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA (2008). Disponível em: <<http://www.observatoriodeseguranca.org/boas+praticas/brasil/conferencia>> Acesso em: 11 ago. 2019.

OLIVEIRA, G. S. et al. Acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família. *Revista Rene* 2018; 19(1):1-8.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* 2011; 10: 11-31.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva* 2018. 23(6):1723-1728

PARKER, R. G., AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine* 2003; 57(1):13-24.

PARKER, R. *Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial*. In: Estigma e Saúde. Org. Simone Monteiro e Wilza Villela, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013.

PARKER, R; CAMARGO JR., K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16:(1)89-102.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e180279.

PELÚCIO, L. Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre a prevenção da AIDS. São Paulo: Annablume, 2009.

PEREIRA, C. F. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de Direitos Humanos LGBT no Brasil. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos* 2016; 4(1):115-137.

PEREIRA, E. O. et al. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? *Tempus, actas de saúde colet* 2017; 11(1):51-67.

PINTO, N.; MOLEIRO, C. As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspectivas de profissionais de saúde e utentes. *Psicologia* 2012; 26(1):129-151.

- POPADIUK, G. S; OLIVEIRA, D. C; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* 2017; 22(5):1509-1520.
- PORTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO – ESTADÃO (2019). Disponível em:<<https://tudo-sobre.estadao.com.br/judith-butler/>> Acesso em: 15 maio. 2019.
- POTEAT, T. C et al. Stigma, sexual health, and human rights among women who have sex with women in Lesotho. *Reprod Health Matters* 2015; 23(46):107-116.
- PRADO, M. A., MACHADO, F. V. *Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade*. São Paulo: Cortez, 2008.
- PRECIADO, B. Multidões queer: notas para uma política dos “anormais”. *Estudos Feministas* 2011; 19(1):11-20.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA-PI (2018). Disponível em: <<https://semplan.teresina.pi.gov.br/historia-de-teresina/>> Acesso em: 15 mar. 2019.
- PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS – UNAIDS (2018). Disponível em: <<https://unaids.org.br/>> Acesso em: 08 dez. 2018.
- QUEIROZ, M. I. P. *Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”*. In: Von Simon, Olga de Moraes (org.). Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil). São Paulo: Vértice, 1988, p. 14-43.
- QURESHI, R. I. et al. Health care needs and care utilization among lesbian, gay, bisexual, and transgender populations in New Jersey. *J Homosex* 2018; 65(2):167-180.
- REVISTA EXAME ABRIL. Disponível em:<<https://exame.abril.com.br/brasil/menino-veste-azul-e-menina-veste-rosa-diz-damare-em-video/>> Acesso em: 08 jan. 2019.
- RIBEIRO, D. *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte: Letramento: Justificando; 2017.
- RIESMAN, C. K. *Narrative Analysis*. In: Narrative, Memory & Everyday Life. Huddersfield: University of Huddersfield, 2005.
- RIESSMAN, C.K. *Narrative Analysis. Qualitative Research Methods*. 1 ed. Sage University Paper, 1993.
- ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(8): 2517-2526.
- ROGERS, C. R. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- ROSSMAN, K.; SALAMANCA, P.; MACAPAGAL, K. A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers. *J Homosex* 2017; 64(10):1390-1410.
- ROUDINESCO, E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

- RUBIN, G. Thinking Sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: _____. *Deviations*. London: Duke University Press, pp. 137-181, 2011.
- RUFINO, A.C. et al. Disclosure of Sexual Orientation Among Women Who Have Sex With Women During Gynecological Care: A Qualitative Study In Brazil. *The Journal of Sexual Medicine* 2018a; 15(7):966-973.
- RUFINO, A. C. et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2018b; 27(4):e2017499.
- RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; GIRÃO, M. J. B. C. O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *Rev. bras. educ. med.* 2013; 37(2):178-185.
- SABROZA, P. C. Concepções de saúde e doença. In: SANTOS, E. M; NATAL, S., organizadoras. *Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica: modelo lógico do programa – Curso em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com ênfase em DST/HIV/Aids*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 350-69.
- SAFFIOTI, H. *Gênero, patriarcado e violência*. 2ª edição, São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.
- SANTOS, A. B.; SHIMIZU, H. E., MERCHAN-HAMANN, E. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(11):4545-4554.
- SANTOS, B. S. *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA DO PIAUÍ. Guia de orientação à cidadania LGBT. Governo do Estado do Piauí, 2018.
- SILBERMAN, P.; BUEDO, P. E.; BURGOS, L. M. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Rev. salud pública* 2016; 18(1):1-10.
- SILVA, A. L. R., FINKLE, M., MORETTI-PIRES, R. O. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. *Trab. educ. saúde* 2019; 17(2):e0019730.
- SIVORI, H. et al. “Fundamentalismos”, sexualidade e direitos humanos: interrogando termos, expandindo horizontes. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)* 2017. 26(3):171-180.
- SNYDER, B. K.; BURACK, G. D.; PETROVA, A. LGBTQ youth's perceptions of primary care. *Clinical Pediatric* 2017; 56(1):443-450.
- SOARES, L. S. Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde.

- Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.
- SONTAG, S. *A Aids e suas metáforas*. Trad. Paulo Henrique Brito. São Paulo, Companhia da Letras, 1989.
- SOUSA, B. C. D. *et al.* Famílias homoafetivas na estratégia de saúde da família: uma reflexão bioética. *Revista de Atenção à Saúde* 2014. 12(39): 66-73.
- SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev. bras. enferm.* 2008; 61(2):153-158.
- SOUSA, P.; FERREIRA, L. O; SÁ, J. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18:2239-2251.
- SOUTO, K. M. B. *et al.* Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? *Saúde em Debate* 2016, 40(spe), 49-62.
- SOUZA, M. H. T et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, *Brasil. Cad. Saúde Pública* 2015; 31(4):767-776.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/MS; 2002.
- TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O. Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2015; 19(55):1181-1191.
- TERTO JR., V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horiz. antropol.* 2002; 8(17):147-158.
- TRAVASSOS, C; CASTRO, M. S. M. *Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde*. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.
- UCHIMURA, K. Y; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6):1561-1569.
- VELHO, G. *Observando o Familiar*. In: OLIVEIRA, E. A Aventura Sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- WEEKS, J. *O corpo e a sexualidade*. In: LOURO, G. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- WEINBERG, G. *Society and the healthy homosexual*. New York: St Martin's Press, 1972.

WHITEHEAD, J.; SHAVER, J.; STEPHENSON, R. Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations. *PLoS ONE* 2016;11(1):e0146139.

APÊNDICES

APÊNDICE I - PAUTAS DAS ENTREVISTAS

Idade:

Profissão:

Tempo de profissão:

Tempo na atenção básica:

Formações após a graduação:

Identidade de gênero:

Orientação sexual:

Moradia (bairro/cidade):

Estado civil:

Raça/etnia:

Religião:

Bloco I
Pergunta disparadora: Você pode me contar como é seu trabalho aqui na unidade de saúde?
Temas: atuação na atenção básica; relações entre serviço-comunidade; trabalho em equipe; atribuições; processo de trabalho; dinâmica de organização do trabalho; práticas de cuidado.
Bloco II
Pergunta disparadora: O que você pensa sobre as necessidades de saúde das populações LGBTT? Já teve experiências na assistência? Como foi?
Temas: saúde LGBTT; equidade em saúde; integralidade da atenção; orientação sexual e identidade de gênero; Raça/classe; pobreza; HIV/Aids; sigilo e confidencialidade;
Bloco III
Pergunta disparadora: Tem conhecimento de alguma lei, política, resoluções e/ou documentos legais que abordem os direitos LGBTT no Brasil? No Piauí? Em Teresina? E especificamente na área da saúde?
Temas: legislações LGBTT; movimento social; direitos humanos; saúde coletiva.
Bloco IV
Pergunta disparadora: Você teve algum debate durante a sua vida sobre saúde LGBTT? Teve capacitações ou treinamentos? Pode contar como teve conhecimento sobre esse tema?
Temas: aproximações e distanciamentos da temática; aparelhos formadores de subjetividades; qualidade da atenção; educação em direitos humanos;
Bloco V
Pergunta disparadora: O que você conhece sobre gênero e sexualidade no contexto da saúde e do adoecimento?
Temas: determinação social em saúde; equidade; direitos sexuais; moralidades e normatividades; HIV/Aids.

APÊNDICE II - PAUTAS DOS GRUPOS FOCAIS

Elementos Pré-Grupo Focal:

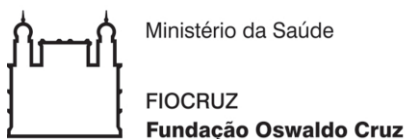
- Assinatura do TCLE.
- Assinatura da lista de presença.
- Apresentação e rápida contextualização da pesquisa e dos pesquisadores.
- Estabelecimento de “contrato” de funcionamento do grupo;
- Apresentação dos participantes;

Questões disparadoras: cinco blocos

Bloco I
Pergunta disparadora: Como é o trabalho de vocês na unidade básica de saúde?
Temas: atuação na atenção básica; relações entre serviço-comunidade; trabalho em equipe; atribuições; processo de trabalho; dinâmica de organização do trabalho; práticas de cuidado.
Bloco II
Pergunta disparadora: O que vocês pensam sobre as necessidades de saúde das populações LGBTT? Já tiveram experiências na assistência? Como foi?
Temas: saúde LGBTT; equidade em saúde; integralidade da atenção; orientação sexual e identidade de gênero; Raça/classe; pobreza; HIV/Aids; sigilo e confidencialidade;
Bloco III
Pergunta disparadora: Possuem conhecimento de alguma lei, política, resoluções e/ou documentos legais que abordem os direitos LGBTT no Brasil? No Piauí? Em Teresina? E especificamente na área da saúde?
Temas: legislações LGBTT; movimento social; direitos humanos; saúde coletiva.
Bloco IV
Pergunta disparadora: Tiveram algum debate durante a vida sobre saúde LGBTT? Capacitações e/ou treinamentos?
Temas: aproximações e distanciamentos da temática; aparelhos formadores de subjetividades; qualidade da atenção; educação em direitos humanos;
Bloco V
Pergunta disparadora: O que vocês conhecem sobre gênero e sexualidade no contexto da saúde e do adoecimento?
Temas: determinação social em saúde; equidade; direitos sexuais; moralidades e normatividades; HIV/Aids.

Pergunta final e fechamento: Gostariam de acrescentar algo que não foi discutido antes, mas que considerem importante sobre a temática?

**APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA (ENTREVISTA
NARRATIVA)**



Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa denominada “*Saúde das populações LGBTT: experiências de profissionais da atenção básica em Teresina, Piauí*”, organizada pelos pesquisadores Breno de Oliveira Ferreira e Cláudia Bonan, vinculados ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz.

Pesquisador doutorando: Breno de Oliveira Ferreira. Contato: (86) 99959-3991; E-mail: breno.oli@hotmail.com

Professora orientadora: Profa. Dra. Cláudia Bonan. Contato: (21) 99979-1996; E-mail: cbonan@iff.fiocruz.br

Instituição responsável: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz. Endereço: Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro (RJ). Telefone: (21) 2554-1796 / Fax: (21) 2553-6730.

O objetivo geral do estudo é analisar relatos de experiências de profissionais da atenção básica na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí. O convite para participar da pesquisa se dá pelo entendimento de que a sua experiência pode contribuir para melhor compreender como se dá a assistência às populações LGBTT nos serviços de atenção básica. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o aprimoramento de políticas de equidade, bem como propor melhorias para os serviços de saúde.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, cabendo a (o) senhor (a) a decisão de participar ou não. Portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Ainda que aceite participar do estudo, pode desistir a qualquer momento. Caso decida não participar, ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa, inclusive após a entrevista.

Os riscos aos quais se expõem os participantes desta pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos decorrentes das informações fornecidas. Neste sentido, serão adotadas medidas para eliminar ou diminuir tais riscos, garantindo sigilo e privacidade das informações. A entrevista poderá ser interrompida caso o participante sinta necessidade. O participante da pesquisa também não será identificado nos materiais e publicações relacionados à pesquisa. As gravações serão armazenadas em local seguro e confiável, sendo o acesso às mesmas restrito aos pesquisadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução

466/12 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e com o fim deste prazo, será descartado. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Solicitamos a sua colaboração para participar da entrevista, com duração aproximada de uma hora, não envolvendo qualquer tipo de remuneração ou custo para o mesmo. A entrevista só será gravada se houver consentimento do (a) participante. Ressalta-se que poderá interromper a entrevista a qualquer momento, caso sinta necessidade. Este termo está redigido em duas vias com igual teor, ficando uma delas com o (a) participante. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo (a) pesquisador (a) e participante.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação e dos procedimentos e riscos, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente de que receberei uma via desse documento.

Eu, _____ voluntariamente, aceito participar dessa pesquisa.

Assinatura _____

Data _____

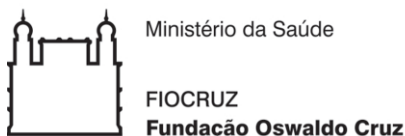
Telefone _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Breno de Oliveira Ferreira

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) encontra-se à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (Endereço: Av. Rui Barbosa 716 – Flamengo, Rio de Janeiro - Brasil, CEP: 22.250-020, Telefone: (21) 2554-1730 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefone: 2554-1730; Fax: 2552-8491).

**APÊNDICE IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA (GRUPO FOCAL)**



Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa denominada “*Saúde das populações LGBTT: experiências de profissionais da atenção básica em Teresina, Piauí*”, organizada pelos pesquisadores Breno de Oliveira Ferreira e Cláudia Bonan, vinculados ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz.

Pesquisador doutorando: Breno de Oliveira Ferreira. Contato: (86) 99959-3991; E-mail: breno.oli@hotmail.com

Professora orientadora: Profa. Dra. Cláudia Bonan. Contato: (21) 99979-1996; E-mail: cbonan@iff.fiocruz.br

Instituição responsável: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz. Endereço: Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro (RJ). Telefone: (21) 2554-1796 / Fax: (21) 2553-6730.

O objetivo geral do estudo é analisar relatos de experiências de profissionais da atenção básica na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí. O convite para participar da pesquisa se dá pelo entendimento de que a sua experiência pode contribuir para melhor compreender como se dá a assistência às populações LGBTT nos serviços de atenção básica. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o aprimoramento de políticas de equidade, bem como propor melhorias para os serviços de saúde.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, cabendo a (o) senhor (a) a decisão de participar ou não. Portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Ainda que aceite participar do estudo, pode desistir a qualquer momento. Caso decida não participar, ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa, inclusive após o grupo focal.

Os riscos aos quais se expõem os participantes desta pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos decorrentes das informações fornecidas. Neste sentido, serão adotadas medidas para eliminar ou diminuir tais riscos, garantindo sigilo e privacidade das informações fornecidas. O grupo focal poderá ser interrompido caso o participante sinta necessidade. O participante da pesquisa não será identificado nos materiais e publicações relacionados à pesquisa. As gravações serão armazenadas em local seguro e confiável, sendo o acesso às mesmas restrito aos pesquisadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução

466/12 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e com o fim deste prazo, será descartado. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Solicitamos a sua colaboração para participar de grupo focal, com duração aproximada de 2 horas, não envolvendo qualquer tipo de remuneração ou custo para o (a) participante. O grupo focal só será gravado se houver consentimento dos participantes. Ressalta-se que o participante do grupo focal pode sair do grupo antes de ser finalizado, caso sinta necessidade. Este termo está redigido em duas vias com igual teor, ficando uma delas com o participante. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo (a) pesquisador (a) e participante.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação e dos procedimentos e riscos, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente de que receberei uma via desse documento.

Eu, _____ voluntariamente, aceito participar dessa pesquisa.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Breno de Oliveira Ferreira

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) encontra-se à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (Endereço: Av. Rui Barbosa 716 – Flamengo, Rio de Janeiro - Brasil, CEP: 22.250-020, Telefone: (21) 2554-1730 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefone: 2554-1730; Fax: 2552-8491).

ANEXOS

ANEXO I - PARECER DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde das populações LGBTT: experiências de profissionais da atenção básica em Teresina, Piauí

Pesquisador: Cláudia Bonan

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16442319.6.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.443.926

Apresentação do Projeto:

Resposta ao parecer de número 3.439.370 de 04 de julho de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

Responder à pendência:

Substituir no TCLE a resolução 466/12 por 510/16.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios

O benefício imediato será de trazer informações para uma melhor análise acerca da saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí, assim como fornecer subsídios para o campo científico e possivelmente propor mudanças no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, além de subsidiar com mais clareza algumas tomadas de decisões na saúde pública.

Riscos

Os riscos aos quais se expõem os participantes desta pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos decorrentes das informações fornecidas. As entrevistas e grupos focais serão construídos criteriosamente para garantir o sigilo e a privacidade de todas as informações. Os participantes não serão identificados nas publicações relacionadas à pesquisa, e as gravações serão armazenadas em local seguro e confiável, sendo o acesso às mesmas restrito aos pesquisadores.

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 3.443.926

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para a saúde pública com um tema original, sendo realizada em Teresina, podendo através de seus resultados, oferecer subsídios para tomadas de decisões acerca da saúde das populações LGBTQT.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pendência foi atendida. A pesquisadora substituiu, no TCLE a referência a resolução 466/12 pela 510/16 e anexou os TCLE corrigidos à plataforma.

Recomendações:

1. A pesquisadora deve encaminhar ao CEP relatórios semestrais a partir da data de aprovação do projeto assim como relatório final ao término do projeto.
2. Qualquer alteração no projeto original aprovado (objetivos, método, tamanho amostral, cronograma, TCLE) deve ser informada ao CEP através de emenda.
3. O TCLE aprovado para submissão ao participante da pesquisa deve ser assinado e carimbado pelo CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1384916.pdf	05/07/2019 15:16:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Grupo_Focal_2.docx	04/07/2019 20:58:18	BRENO DE OLIVEIRA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_2.docx	04/07/2019 20:57:49	BRENO DE OLIVEIRA FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/06/2019 13:15:51	BRENO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_final.docx	27/06/2019 19:11:27	BRENO DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: RUI BARBOSA, 716
 Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 3.443.926

Investigador	Projeto_final.docx	27/06/2019 19:11:27	BRENO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_dos_pesquisadores.pdf	27/06/2019 19:08:53	BRENO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_FMS.pdf	27/06/2019 18:50:23	BRENO DE OLIVEIRA FERREIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	27/06/2019 18:47:19	BRENO DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	27/06/2019 18:35:11	BRENO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Julho de 2019

Assinado por:

**Ana Maria Aranha Magalhães Costa
(Coordenador(a))**

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

ANEXO II - FICHA CADASTRAL DO E-SUS

980016280 / 78636 x 515105 x 3549801 x 00000 / 151 x

Identificação do usuário / cidadão

CNS do cidadão Cidadão é o responsável familiar? Sim Não CNS do responsável familiar

Nome completo * Microárea * Fora da área

Nome social Data de nascimento * Sexo * Feminino Masculino

Raça / Cor * Branca Preta Parda Amarela Indígena Etnia N° NIS (PIS / PASEP)

Nome completo da mãe * Desconhecido

Nome completo do pai * Desconhecido

Nacionalidade * Brasileira Naturalizado Estrangeiro País de nascimento Data de naturalização Portaria de naturalização

Município e UF de nascimento Data de entrada no Brasil Telefone celular E-mail

Informações sociodemográficas

Relação de parentesco com o responsável familiar

Cônjuge / Companheiro(a) Filho(a) Enteadado(a) Neto(a) / Bisneto(a) Pai / Mãe
 Sogro(a) Irmão / Irmã Genro / Nora Outro parente Não parente

Ocupação

Frequentar escola ou creche? * Sim Não

Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?

Creche Ensino fundamental EJA - séries finais (supletivo 5º a 8º)
 Pré-escola (exceto CA) Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)
 Classe de alfabetização - CA Ensino médio especial
 Ensino fundamental 1ª a 4ª séries Ensino médio EJA (supletivo)
 Ensino fundamental 5ª a 8ª séries Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado
 Ensino fundamental completo Alfabetização para adultos (Mobral, etc)
 Ensino fundamental especial Nenhum
 Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)

Situação no mercado de trabalho

Empregador
 Assalariado com carteira de trabalho
 Assalariado sem carteira de trabalho
 Autônomo com previdência social
 Autônomo sem previdência social
 Aposentado / Pensionista
 Desempregado
 Não trabalha
 Servidor público / Militar
 Outro

crianças de 0 a 9 anos, com quem fica?

Adulto responsável Outra(s) criança(s) Adolescente Sozinha Creche Outro

Frequentar cuidador tradicional? Sim Não

Participa de algum grupo comunitário? Sim Não

Possui plano de saúde privado? Sim Não

É membro de povo ou comunidade tradicional? Sim Não

Se sim, qual?

Deseja informar orientação sexual? Sim Não

Se sim, qual?

Heterossexual Homossexual (gay / lésbica) Bissexual Outro

Tem alguma deficiência? * Sim Não

Se sim, qual(is)?

Auditiva Intelectual / Cognitiva Outra
 Visual Física

Deseja informar identidade de gênero? Sim Não

Se sim, qual?

Homem transsexual Mulher transsexual Travesti Outro

Saída do cidadão do cadastro

Mudança de território Óbito

Se óbito, indique:

Data do óbito Número da D.O.

Questionário autorreferido de condições / situações de saúde

Condições / Situações de saúde gerais

Está gestante? Sim Não

Se sim, qual é a maternidade de referência?

Abaixo do peso Peso adequado Acima do peso

Tem doença respiratória / no pulmão? Sim Não

Se sim, indique qual(is).

Asma DPOC / Enfisema Outro Não sabe

Está fumante? Sim Não

Faz uso de álcool? Sim Não

Faz uso de outras drogas? Sim Não

Tem hipertensão arterial? Sim Não

Tem diabetes? Sim Não

Teve AVC / derrame? Sim Não

Teve infarto? Sim Não

Tem doença cardíaca / do coração? Sim Não

Está com hanseníase? Sim Não

Está com tuberculose? Sim Não

Tem ou teve câncer? Sim Não

Teve alguma internação nos últimos 12 meses? Sim Não

Se sim, por qual causa?

Ensino fundamental completo Alfabetização para adultos (Mobral, etc)
 Ensino fundamental especial Nenhum
 Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)

Desempregado
 Não trabalha
 Servidor público / Militar
 Outro

Crianças de 0 a 9 anos, com quem fica?

Adulto responsável Outra(s) criança(s) Adolescente Sozinha Creche Outro

Frequenta cuidador tradicional? Sim Não
 Participa de algum grupo comunitário? Sim Não
 Possui plano de saúde privado? Sim Não

É membro de povo ou comunidade tradicional?
 Sim Não Se sim, qual? _____

Deseja informar orientação sexual? Sim Não
 Se sim, qual?
 Heterossexual Homossexual (gay / lésbica) Bissexual Outro

Deseja informar identidade de gênero? Sim Não
 Se sim, qual?
 Homem transsexual Mulher transsexual Travesti Outro

Tem alguma deficiência? * Sim Não
 Se sim, qual(is)?
 Auditiva Intelectual / Cognitiva Outra
 Visual Física

Saída do cidadão do cadastro

Se óbito, indique:
 Mudança de território Óbito Data do óbito _____ Número da D.O. _____

Questionário autorreferido de condições / situações de saúde

Condições / Situações de saúde gerais

Está gestante? Sim Não
 Abaixo do peso Peso adequado Acima do peso

Está fumante? Sim Não
Faz uso de álcool? Sim Não
Faz uso de outras drogas? Sim Não
Tem hipertensão arterial? Sim Não
Tem diabetes? Sim Não
Teve AVC / derrame? Sim Não
Teve infarto? Sim Não
Tem doença cardíaca / do coração? Sim Não
 Se sim, indique qual(is).
 Insuficiência cardíaca Outro Não sabe

Tem ou teve problemas nos rins? Sim Não
 Se sim, indique qual(is).
 Insuficiência renal Outro Não sabe

Outras condições de saúde
 1 - Qual? _____ 2 - Qual? _____ 3 - Qual? _____

Se sim, qual é a maternidade de referência? _____
Tem doença respiratória / no pulmão? Sim Não
 Se sim, indique qual(is).
 Asma DPOC / Enfisema Outro Não sabe

Está com hanseníase? Sim Não
Está com tuberculose? Sim Não
Tem ou teve câncer? Sim Não
Teve alguma internação nos últimos 12 meses? Sim Não
 Se sim, por qual causa? _____
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde? Sim Não
Está acamado? Sim Não
Está domiciliado? Sim Não
Usa plantas medicinais? Sim Não
 Se sim, indique qual(is). _____
Usa outras práticas integrativas e complementares? Sim Não

Cidadão em situação de rua

Está em situação de rua? * Sim Não
Tempo em situação de rua?
 < 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos > 5 anos

Recebe algum benefício? Sim Não
Possui referência familiar? Sim Não
Quantas vezes se alimenta ao dia?
 1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes
Qual a origem da alimentação?
 Restaurante popular Doação restaurante Outros
 Doação grupo religioso Doação de popular

É acompanhado por outra instituição? Sim Não
 Se sim, indique qual(is)? _____
Visita algum familiar com frequência? Sim Não
 Se sim, qual é o grau de parentesco? _____
Tem acesso a higiene pessoal? Sim Não
 Se sim, indique qual(is).
 Banho Acesso ao sanitário Higiene bucal
 Outros

Termo de recusa do cadastro individual da Atenção Básica

Usuário recusou o cadastro por meio do Termo de Recusa do Cadastro

Cancelar

Salvar