



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Larissa Fagundes Costa

## **Implementação da PNSI-LGBT no Município de Resende, RJ**

Rio de Janeiro

2022

Larissa Fagundes Costa

**Implementação da PNSI-LGBT no Município de Resende, RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Direitos Humanos Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Élide Azevedo Hennington.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Implementation of the PNSI-LGBT in the Municipality of Resende, RJ.

C837i Costa, Larissa Fagundes.  
Implementação da PNSI-LGBT no município de Resende, RJ /  
Larissa Fagundes Costa. -- 2022.  
89 p. : il.color.

Orientadora: Elida de Azevedo Hennington.  
Coorientadora: Rozana Aparecida de Souza.  
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Direitos Humanos, Justiça e  
Saúde: Gênero e Sexualidade) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.  
Bibliografia: f. 79-83.

1. Saúde Mental. 2. Minorias Sexuais e de Gênero. 3. Política de  
Saúde. 4. PNSI-LGBT. 5. LGBTQIA+. I. Título.

CDD 362.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

LARISSA FAGUNDES COSTA

**A Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial no Cuidado em Saúde Mental da População LGBTQIA+no Município de Resende, RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Direitos Humanos Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade.

Aprovada em: 07 de outubro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Suze Rosa Sant'Anna

Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Miranda de Castro

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

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jaqueline Gomes de Jesus

Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliane Caldas do Nascimento Oliveira

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

Prof.<sup>a</sup> Ms. Rozana Aparecida de Souza (Coorientadora)

Prefeitura Municipal de Itatiaia

Prof.<sup>a</sup> Dra. Élide Azevedo Hennington (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTO

Ingressar no mestrado foi um sonho alimentado desde a graduação, e por um tempo ficou adormecido devido as circunstâncias e o rumo a qual minha vida profissional foi sendo estabelecida. Era também uma meta dar continuidade ao trabalho realizado no Curso de Graduação em Serviço Social, estudar, me aprofundar e me adentrar na Política para a População LGBTQIA+. Ao ingressar no curso de mestrado um pouco tardiamente para meus planos, foi um misto de alegria, prazer e medo, devido a falta de tempo para me dedicar inteiramente a algo que foi por anos minha prioridade. Apesar de todos os percalços estabelecidos no caminho, concluir e apresentar essa pesquisa é uma vitória pessoal e profissional.

O trabalho aqui apresentado foi motivado por ainda acreditar que os movimentos sociais atualmente denominados como LGBTQIA+ e a luta destes sujeitos sociais por direitos e cidadania são inspiração e motivação para o cumprimento do projeto ético-político do Serviço Social. Se soubermos olhar, na verdade eles são, grandes para entender, pequenos para opinar.

Ou seja, para o Estado são Grandes para Entender que devem cumprir com suas obrigações de cidadãos, devem cumprir as leis, e entender que vivem em uma sociedade com normas e regras impostas pela cultura heteronormativa, e que desta forma devem “esconder” seu amor para não irem de encontro a estas regras. E são assim Pequenos para Opinar nas decisões tomadas, pequenos para terem seus direitos fundamentais garantidos.

A caminhada do mestrado foi longa, cansativa e solitária, principalmente por ter iniciado em meio a uma pandemia, mas também foi cheia aprendizados.

Sendo assim, deixo ratificado meu agradecimento, primeiramente a minha colega, amiga, companheira de profissão Tatiana Figueiredo Conceição por me apresentar o programa do curso e me insentivar a me inscrever e a perseverar em meio ao caos.

À minha família, Gilson Machado, Bernardo Fagundes Machado e Flávia Ferreira Fagundes Costa, por terem paciência em todos os momentos de stress, ansiedade e insegurança.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Élide Azevedo Hennington, por me acolher e acreditar em meu trabalho, mesmo com uma temática tão fora de sua zona de conforto, pela paciência e sabedoria na condução e orientação nesta minha jornada.

À miha coorientadora, professora Rozana que tanto me ajudou principalmente no inicio dessa fase tão difícil e sonhada desde a graduação.

Agradeço a toda coordenação do curso de mestrado profissional e a toda a turma que

nos momentos mais difíceis se fizeram presente, mesmo que remotamente, momentos os quais compartilhamos angústias e desconfortos, mas também vibramos com as conquistas de cada um, e desde o início tínhamos um lema de que ninguém ficaria pelo caminho. É uma honra ter vocês na história da minha formação e é uma honra a oportunidade dessa formação na Fundação Oswaldo Cruz.

Agradeço às amigas Ethiene, Jaqueline, Mariane e Naira incentivadoras do meu crescimento educacional, obrigada por todo apoio.

Aos profissionais que atuam no CAPS-ad em Resende, com quem compartilho toda resiliência, afeto e militância.

Agradeço a todos que torceram por mim e, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Gratidão!!!

*Perigoso é te amar, obscuro querer  
Somos grandes para entender, mas  
pequenos para opinar*

(VERCILLO, 2000)

## **RESUMO**

O objetivo dessa pesquisa foi analisar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais(PNST-LGBT) nos serviços de saúde mental do município de Resende-RJ. Esta política foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde através da Portaria 2.836 de 1º de dezembro de 2011. A fim de identificar as ações tomadas pela gestão municipal para implementação dessa política, foram realizadas entrevistas com a equipe gestora do programa de saúde mental, bem como com as coordenações dos serviços existentes no município. Trata-se de um estudo qualitativo utilizando o método de Análise de Conteúdo na vertente temática proposta por Minayo. Baseado nos princípios e diretrizes da PNSI-LGT o estudo analisou o que tem sido feito e o que pode melhorar nas ações voltadas à garantia do direito ao cuidado em saúde mental pelas pessoas LGBTQIA+ em Resende. Os resultados evidenciaram a implementação do serviço de ambulatório em saúde integral para a população LGBTQIA+ no município, entretanto o serviço é voltado para a hormonioterapia e transgenitalização das pessoas transgêneros. O ambulatório municipal proporciona também capacitação e ações de educação permanente para toda a rede de saúde, incluindo os serviços de saúde mental. A análise possibilitou suscitar a discussão com os gestores dos serviços de saúde mental sobre os avanços e fragilidades na implantação da PNSI-LGBT no município de Resende, oportunizando reflexões sobre o atendimento dessa população em relação aos cuidados em saúde mental, evidenciando os desafios institucionais a serem enfrentados.

Palavras-chave: saúde mental; gênero; sexualidade; LGBTQIA+; PNSI-LGBT.

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to analyze the implementation of the National Policy on Comprehensive Health for Lesbians, Gays, Bisexuals and Transvestites and Transsexuals (PNST-LGBT) in mental health services in the city of Resende-RJ. This policy was instituted within the scope of the Unified Health System through Ordinance 2,836 of December 1, 2011. In order to identify the actions taken by the municipal management to implement this policy, interviews were carried out with the management team of the mental health program, as well as the coordination of existing services in the municipality. This is a qualitative study using the Content Analysis method in the thematic area proposed by Minayo. Based on the principles and guidelines of the PNSI-LGT, the study analyzed what has been done and what can be improved in actions aimed at guaranteeing the right to mental health care for LGBTQIA+ people in Resende. The results showed the implementation of the outpatient service in comprehensive health for the LGBTQIA+ population in the municipality, however the service is focused on hormone therapy and transgenitalization of transgender people. The municipal outpatient clinic also provides training and permanent education actions for the entire health network, including mental health services. The analysis made it possible to raise a discussion with the managers of mental health services about the advances and weaknesses in the implementation of the PNSI-LGBT in the municipality of Resende, providing opportunities for reflections on the care of this population in relation to years of mental health care, highlighting the institutional challenges to be faced.

**Keywords:** mental health; genre; sexuality; LGBTQIA+; PNSI-LGBT.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Linha temporal de conquistas de direitos LGBTQIA+ década 1980-1990.....	33
Figura 2 -	Linha temporal de conquistas de direitos LGBTQIA+ 2000 em diante.....	34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos entrevistados.....	65
---------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transexuais
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DF	Distrito Federal
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GGB	Grupo Gay da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais, demais identidades de gênero e orientações sexuais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNSI-LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RH	Recurso Humano
RT	Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VRSH	Volta Redonda Sem Homofobia
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
2.1	GÊNERO, SEXUALIDADE E SAÚDE.....	21
2.2	SAÚDE E DIREITOS DA POPULAÇÃO LGBTQIA+.....	29
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBTQIA+.....	32
2.4	SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO À POPULAÇÃO LGBTQIA+.....	37
2.5	LOUCURA X LGBTQIA+.....	43
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>53</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	53
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>54</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	54
4.2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	57
4.3	LÓCUS DE PESQUISA E TRABALHO DE CAMPO.....	58
<b>5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS, SUJEITOS DE PESQUISA, TÉCNICAS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>62</b>
5.1	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	63
<b>6</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>75</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>79</b>
	<b>APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>84</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (TAD).....</b>	<b>87</b>
	<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>88</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O meu comprometimento com a temática LGBTQIA+<sup>1</sup> iniciou através de aulas sobre movimentos sociais ainda no ensino médio e ao longo da graduação em Serviço Social, quando desenvolvi meu trabalho monográfico para conclusão do curso, uma pesquisa que teve por objetivo analisar as reivindicações realizadas pelo movimento LGBTQIA+ no Brasil, e as respostas que o Estado tem dado as mesmas.

Na época não sabia explicar ao certo minha paixão em estudar o Movimento LGBTQIA+ . Ao longo da graduação fui observando e percebendo a ausência de grupos de discussão, políticas públicas e até mesmo de interesse social diante das questões apresentadas pelos sujeitos LGBTQIA+. Desta forma meu desejo de estudar algo um tanto que mascarado e envolto de tabus<sup>2</sup>, foi se tornando cada vez maior e cheguei à conclusão que seria de grande importância um estudo aprofundado do tema na profissão, pois somente através da mobilização de grupos políticos, e da sociedade em geral, é que o movimento LGBTQIA+ conseguiria alcançar conquistas em suas lutas contra as leis e práticas cisheteronormativas impostas pela sociedade capitalista e de cultura cristã na qual vivemos.

Meu tesão por essa temática não cessou por aí. Após a graduação ingressei no curso de especialização em Gênero e Sexualidade, participei de diversos encontros, cursos, seminários e da I Conferência Municipal e Estadual de Políticas Públicas para a população LGBTQIA+.

Após quase 13 anos de atuação enquanto profissional do Serviço Social nas políticas de Saúde e de Assistência Social, experiência através da qual foi possível confirmar não somente a deficiência de políticas e serviços voltados para a garantia dos direitos da população LGBTQIA+, mas também observar a ausência dessa população nos serviços públicos, a falta de grupos de discussão para implementação de políticas públicas específicas para essa

---

<sup>1</sup> Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e outros (ativistas, simpatizantes ou demais identificações e expressões de gênero e orientação da sexualidade). É importante esclarecer que está é a forma adotada neste trabalho, no entanto não há consenso sobre a ordem das siglas, que poderá variar de acordo com a abordagem. E destacamos que a utilização do L no início da sigla começou a ser adotada após a Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT), realizada em 2008, corroborando para a visibilidade política e social das mulheres do movimento, formalizando o enfrentamento das desigualdades que se pautam pelas questões de gênero. E que em documentos oficiais a sigla adotada é LGBTI+ acordada durante a 4ª e última Conferência Nacional LGBT em 2019, quando foi acrescido o I (representando as pessoas Intersexuais) à sigla. No entanto, neste trabalho optamos pela forma mais atual e completa da sigla representada pelo movimento que inclui além dos sujeitos descritos acima, as pessoas Queer e Assexuais, acrescido do sinal de + para representar todas as demais formas de expressão, identidade de gênero e orientação sexual, sendo assim adotamos a sigla LGBTQIA+.

<sup>2</sup> O termo tabu (tapu) é oriundo da língua da polinésia, que significa algo sagrado, especial, proibido, perigoso ou pouco limpo. Os tabus são criados pela sociedade através dos padrões morais e convenções sociais impostas e por isso, pode ser diferente de uma cultura para outra.

população, e até mesmo de interesse social diante das questões apresentadas pelos sujeitos LGBTQIA+, principalmente na região Sul Fluminense do estado do Rio de Janeiro, uma região notadamente conservadora.

Somente após toda essa trajetória é que fui perceber que na verdade este meu desejo, o meu tesão em me aproximar da temática, de me envolver com estudos sobre os direitos da população LGBTQIA+ era porque na verdade eu me enquadrava dentro dessa sopa de letrinhas que representa esse movimento tão diverso. Hoje posso afirmar, que sou uma mulher, cis, bissexual que vem de uma família ortodoxa, de classe média, e que talvez por isso não pude ou não quis afirmar antes minha orientação sexual, e apesar de desde a adolescência ter percebido minha atração afetiva e sexual por outras mulheres, sempre tentei evitar essas relações e levava tal desejo através de brincadeiras, pensando que isso não me definia enquanto pessoa bissexual. Mas para além disso, percebo que ao tentar afirmar essa minha identidade, percebi uma repulsa do próprio movimento e não fui acolhida pelas organizações não governamentais de defesa dos direitos da população LGBTQIA+ nas quais já tentei participar.

A presente pesquisa teve por objetivo analisar a implementação de Políticas, Programas e Projetos que visem garantir o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde mental<sup>3</sup> do município de Resende/RJ, balizada pela Política Nacional de Saúde Integral – LGBT e pela Política Nacional de Saúde Mental, na perspectiva de gestores municipais. Foram realizadas entrevistas com a equipe gestora da saúde mental do município.

A homossexualidade<sup>4</sup> e outras orientações sexuais e identidades ou expressões de gênero são estigmatizadas, o que leva muitas pessoas LGBTQIA+ a entrarem em conflito com relação a aspectos e consequências de sua orientação sexual e identidade de gênero. Essas pessoas estão sujeitas a vivenciar e sofrer com perdas em todos os âmbitos da vida: alguns são expulsos da família ainda muito jovens, outros perdem amigos, ficam desempregados, acabam abandonando os estudos, têm menos acesso a direitos de saúde, habitação, alguns chegam inclusive à falta de acesso à segurança alimentar, além da violência, suicídios e assassinatos.

---

<sup>3</sup> O maior desafio com a Reforma Sanitária, ao criticar o modelo biologicista hegemônico vigente até então era promover mudanças estruturais, romper com a prática procedimento-centrada e apontar para a produção do cuidado, direcionado a um fazer integral, corresponsável e resolutivo. (ASSIS *et al.* 2010)

<sup>4</sup> O termo homossexual foi utilizado por muito tempo para representar todo o movimento LGBTQIA+, como significativo de homens ou mulheres cuja orientação sexual e afetiva principal é para com pessoas de seu mesmo sexo anatômico.

A maioria esmagadora sofre preconceito, discriminação e violência o que contribui para o receio de identificarem sua orientação ou identidade de gênero, conferindo-lhes exclusão, solidão e sofrimento psíquico.

Estudos apontam que a população LGBTQIA+ experimenta dificuldades em comunicar-se com profissionais de saúde, medo em revelar sua identidade de gênero ou orientação sexual, marginalização nas práticas de cuidado em saúde, dentre outras barreiras no acesso aos serviços de saúde (FERREIRA et al. 2017).

Há uma preocupação em compreender como as múltiplas expressões de gênero e sexualidade, bem como outros marcadores sociais de diferença estão expostos às condições de agravos, riscos e vulnerabilidades em saúde em decorrência dos processos sociais de opressão, exploração, dominação, assujeitamento, policiamento, silenciamento e colonização. Portanto propomos um diálogo entre saúde mental e homossexualidade<sup>5</sup>, problematizando esta como objeto de ordem médico-legal ao seu processo de descriminalização e despatologização.

Neste trabalho não trataremos a homossexualidade como doença ou opção sexual, já que ninguém escolhe ser discriminado e marginalizado, mas como uma variante da sexualidade humana, como a heterossexualidade, que permita ao sujeito viver uma vida digna em todos os aspectos, ou seja, como uma orientação sexual. Pois não existe um padrão de comportamento homossexual que possa ser identificado, e assim é necessário encarar essa forma de expressão da sexualidade como uma entre tantas outras, e em contraposição à condição marginal em que é colocada, em virtude do preconceito com que a sociedade ainda encara as pessoas que se relacionam sexualmente com outras do mesmo sexo.

Neste trabalho tratamos de lutas do movimento LGBTQIA+, logo é importante informar que as formas de organização em torno desse agente político é multifacetado e formado por amplo leque ideológico-político, por isso não cabe aqui relatar as formas de organização em si. Cumpre discutir as categorias mais marcantes das ações políticas e culturais do movimento LGBTQIA+.

Ao tratarmos do movimento certamente não discutimos todas as formas de resistência ao preconceito e a violência contra essa parcela da população, apenas optamos por lançar luz sobre discursos que podem formatar processos sociais coletivos; ao falarmos sobre as pessoas LGBTQIA+ falamos de fenômenos que atravessam a arena da política, e como tal, pode ter muitas acepções: da mais avançada forma de luta por dignidade humana, até uma empunhadura da causa LGBTQIA+ das discussões que envolvem as relações de poder e o

---

<sup>5</sup> Quando me referir neste estudo a homossexualidade, estarei me referindo a todas e diversas formas de orientação sexual e identidade de gênero (não heterossexuais e não binárias, respectivamente)

capitalismo. Visto que a concentração da riqueza, pautada numa ótica conservadora, reacionária e religiosalegitimou, por toda a história da humanidade, parâmetros e normas de comportamento que transgridem os corpos e impõem padrões e papéis de gênero.

Políticas públicas deveriam buscar garantir trabalho, saúde e bem-estar para a população LGBTQIA+. Um dos aspectos importantes para a saúde dessa população é a atenção à saúde mental. Segundo a pesquisa promovida pelo coletivo #VoteLGBT com cerca de 9,5 mil pessoas, entrevistados relataram como importantes impactos da pandemia que, além da insatisfação como governo e vulnerabilidade financeira, houve piora da saúde mental e afastamento da rede de apoio. De acordo com o estudo, dificuldades como a ansiedade e a depressão em pessoas LGBTQIA+ se manifestam como reflexos de várias exclusões que a população sofre cotidianamente. Desse modo, o fortalecimento de ações e políticas que garantam a atenção à saúde mental são ainda mais fundamentais para essa população no período pós-pandêmico.

Diante desse cenário, algumas questões se colocam: Como a gestão municipal tem garantido o direito de acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde mental no município de Resende? Como tem sido implementado no município a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Saúde Integral para a população LGBTQIA+? Os Centros de Atenção Psicossocial de Resende estão estruturados para receber a população LGBTQIA+? Os profissionais destes serviços tiveram capacitação para atendimento às demandas de cuidado em saúde dessa população? Existe alguma diretriz por parte da gestão municipal para o atendimento e cuidado em saúde da população LGBTQIA+?

Todos estes questionamentos advêm de um maior: como este grupo tem conseguido se afirmar e se fazer valer, numa sociedade preconceituosa e discriminante, em que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores determinantes de disputas da ocupação dos espaços urbanos, do lugar social e de convenções relacionadas à ação política? A partir da voz de gestores, procuramos identificar até que ponto a PNSI-LGBT e a atenção em saúde mental avançaram no município e como tem repercutido a luta constante e formas de resistência dessa população.

Seria pretensioso demais pensar que apenas com esse estudo conseguiríamos descrever e analisar todas as formas de atenção e ações que o Estado deveria tomar para garantir direitos e erradicar o preconceito, pois este julgamento *a priori* na verdade já está enraizado na cultura cisheteronormativa de nossa sociedade, mas pretendemos ao menos contribuir para maior conhecimento sobre a atenção em saúde mental voltado para essa população na perspectiva de gestores municipais e difundir estudos relacionados à implementação dos objetivos e das

diretrizes da PNSI-LGBT nos serviços de saúde mental do município de Resende.

Enquanto Assistente Social, não poderia deixar de tomar a questão LGBTQIA+ como uma demanda para a profissão, pois como o assistente social tem por objetivo, segundo a autora Iamamoto (2005) transformar a maneira de ver, agir, comportar-se e sentir dos indivíduos – e é importante deixarmos claro aqui, que nos referimos à transformação da sociedade cisheteronormativa, alienada em suas convicções e que não vêem o sujeito LGBTQIA+ como portador de direitos. E desta forma poderíamos buscar desvelar como andam a implementação da política e demais ações em saúde mental para essa população no município, contribuindo para reduzir o estigma, preconceito e discriminação da população LGBTQIA+.

É relevante pensar então que este estudo pode contribuir para que os assistentes sociais trabalhem com mais determinação para garantir que as pessoas LGBTQIA+ tenham o direito de ter direito - e possam pressionar a sociedade a reconhecer às lésbicas, gay, bissexuais, travestis, transexuais, queer, assexuais e as demais formas de expressão de identidade de gênero e orientação sexual a igualdade da cidadania plena.

A pesquisa pode também ajudar na mobilização de profissionais da saúde mental, para que não sejam meros executores das políticas públicas já existentes, mas para serem sujeitos mais reflexivos e propositivos, contribuindo para o fortalecimento de ações políticas do movimento LGBTQIA+, desconstruindo a alienação produzida e transformando-as em direitos reconhecidos e legitimados socialmente.

Conforme afirma Iamamoto (2005):

(...) devemos lutar pela ampliação da cidadania com vistas à efetivação dos direitos civis, políticos e sociais de todos os cidadãos (e não de apenas uma parcela destes), para isso devemos lutar, e conscientizar a população para que juntos busquemos uma cidadania impulsionadora de novos direitos, uma manutenção do caráter universalizante das políticas sociais públicas e uma efetivação da democracia e da cidadania (...).

O estudo propõe considerar a multiplicidade das expressões das desigualdades sociais, e entender que as pessoas LGBTQIA+ têm suas especificidades para os serviços de saúde mental, e tem um sentido político na medida em que propõe uma perspectiva de construção que vislumbra uma sociedade para além do capitalismo. Uma sociedade em que todos os indivíduos tenham acesso a cidadania, com foco na defesa e aprofundamento da democracia, em que Democracia, Direitos e Cidadania não podem ser desvinculados (PAIVA, 2020).

É importante também esclarecer que essa arena política na qual se encontra o movimento LGBTQIA+ hoje, só se tornou possível em decorrência de um contexto sócio-

político-cultural de outros movimentos como do movimento feminista, através do qual múltiplos sujeitos coletivos se formaram e entre estes, o movimento LGBTQIA+.

A orientação sexual e a identidade de gênero dos sujeitos tem sido objeto de repressão e controle por parte daqueles que não a aceitam como prática sexual as que não sejam impostas pela cisheteronormatividade<sup>6</sup>.

O presente trabalho se trata portanto, de uma pesquisa qualitativa em que buscamos identificar políticas públicas, programas, diretrizes e ações implementadas pela área de saúde mental para atendimento da população LGBTQIA+; identificar parâmetros e mecanismos de garantia de direitos e de atenção à saúde mental à população LGBTQIA+ em documentos de pactuação da gestão municipal; conhecer as políticas de saúde e da atenção psicossocial à população LGBTQIA+ a partir da ótica dos gestores; e por fim analisar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral – LGBT pela área de saúde mental da prefeitura municipal de Resende/RJ.

Ao tentarmos relacionar as dificuldades de acesso aos direitos da minoria LGBTQIA+, com a “Questão Social” e as respostas do Estado Brasileiro, buscamos segundo a Minayo (2007) encontrar na parte, a compreensão e a relação com o todo. Ou seja, precisamos entender as determinações e transformações propostas pelo movimento LGBTQIA+ (que seria aqui uma parte), para que possamos compreender sua relação com o Estado e como uma expressão da “questão social”.

Essa dissertação está dividida em seis capítulos. No primeiro capítulo, intitulado Gênero e Saúde, se fez importante explicitarmos alguns conceitos importantes para a compreensão do universo LGBTQIA+. Sendo assim, buscamos delinear os conceitos sobre sexo, gênero, sexualidade, orientação sexual, identidade de gênero e papéis de gênero, traçando um panorama histórico-conceitual.

Em nosso segundo capítulo intitulado Saúde e Direitos da População LGBTQIA+ apresentamos um panorama sobre a construção das políticas sociais, até a constituição do Sistema Único de Saúde, e buscamos traçar um diálogo com as políticas públicas para população LGBTQIA+, através de um breve histórico sobre a Política Nacional de Saúde Mental e de que forma essa se relaciona com a Política Nacional de Saúde Integral – LGBT.

---

<sup>6</sup> Cisheteronormatividade é uma estrutura social que impõe um padrão heterossexual (pessoa que tem atração pelo gênero “oposto”) e cisgênero (pessoa que se identifica com o gênero designado ao nascimento) na definição do que seria permitido e autorizado ao ser humano. Se a pessoa não se identifica em algum grau com o gênero designado ao nascimento, constrói uma identidade diferente da que lhe propuseram e possui o desejo de reivindicá-la a partir de uma mudança na expressão de gênero é chamada transgênero (ou trans). CIASCA, HERCOWITZ, JUNIOR (2021).

Segundo nossa Constituição Federal de 1988, todos são iguais perante a lei e assim a discriminação contra homossexuais é uma violação aos direitos humanos. Direitos estes inalienáveis e indispensáveis para que uma pessoa possa viver com dignidade. Contudo, ainda existem pessoas que por diversas razões têm preconceito ou praticam atos discriminatórios contra as pessoas LGBTQIA+, atos hoje nomeados de LGBTIfobia. É sobre isso que se trata nosso terceiro capítulo, pois ao longo deste traçamos um panorama histórico-conceitual sobre a LGBTIfobia, procuramos explicitar o momento de seu agravamento, ou seja, quando este preconceito se torna uma questão de política pública, havendo a necessidade de intervenção do Estado.

É importante ressaltar aqui, que uma pessoa não está infringindo nenhuma lei por assumir sua sexualidade e/ou sua identidade de gênero, e também não é portador de qualquer patologia física ou mental em função disso. Portanto, ainda no terceiro capítulo abordamos o contexto histórico-social sobre a patologização e criminalização da população LGBTQIA+, abordando no capítulo intitulado Loucura x LGBTQIA+ as tensões ainda presentes sobre a despatologização e repatologização da sexualidade.

A fim de responder os questionamentos supracitados, em nosso quarto capítulo discorreremos sobre a metodologia aplicada para a produção e análise dos dados. Desenvolvemos pesquisa de campo por meio de entrevistas com a equipe gestora da Secretaria de Saúde, especialmente do Programa de Saúde Mental e buscamos documentos de pactuação tripartite assinados pelo município, reconstruindo a história da atenção em saúde mental da população LGBTQIA+ em Resende na perspectiva de conhecer o que já foi implantado no município e de analisar a implementação e aplicabilidade da Política Nacional de Saúde Integral - LGBT. Apresentamos também o nosso campo de pesquisa, trazendo um panorama sobre o município de Resende, e em que contexto político-histórico ele se constituiu.

Entendendo que este segmento populacional tem sido historicamente discriminado no país e conhecendo o quanto os efeitos do preconceito por orientação sexual e identidade de gênero foram desconsiderados como determinantes sociais do processo saúde-doença, esse estudo buscará identificar junto a gestão do programa de saúde mental do município de Resende, qual a visão dos gestores a respeito das políticas de saúde e da atenção psicossocial à população LGBTQIA+ no município e o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde mental, como tem sido o desenvolvimento de práticas educativas voltadas para os profissionais de saúde que atuam nesses serviços em relação ao tema e de que modo têm sido operacionalizadas a garantia de direitos e as políticas públicas visando à assistência integral e

cuidado qualificado à população LGBTQIA+.

No nosso quinto capítulo, apresentaremos os resultados da pesquisa de campo, dialogando com todo esse arcabouço teórico explicitado em capítulos anteriores. Por fim, no nosso sexto e último capítulo apresentaremos as dificuldades e limitações apresentadas durante o estudo e perspectivas para futuras pesquisas.

O tema mexe com padrões pré-estabelecidos em nossa sociedade, que são aspectos não hegemônicos, fora da cisheteronormatividade em que vivemos. E assim convido a todos, para que possamos juntos, ao menos tentarmos compreender como a gestão da saúde mental de Resende vem implementando a PNSI-LGBT e permitindo que estes sujeitos possam enfrentar esta múltipla situação de vulnerabilidade social, econômica e cultural em que se inserem.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 GÊNERO, SEXUALIDADE E SAÚDE

O estabelecimento da categoria Gênero<sup>7</sup> e a construção de seu conceito foram permeados por diversas tensões e se transformando ao longo da história. Na gramática, o gênero é compreendido como uma forma de classificar fenômenos, um sistema socialmente consensual de distinções e não uma descrição objetiva de traços inerentes. Além disso, as classificações sugerem uma relação entre categorias que torna possíveis distinções ou agrupamentos separados. (SCOTT, 1995)

O termo começou a ganhar o status de categoria política e analítica, quando o movimento feminista americano começou a utilizar a palavra para enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. Ele sustentava que a pesquisa sobre as mulheres transformaria o fundamento dos paradigmas disciplinares e acreditavam que iriam impor um reexame crítico das premissas e dos critérios do trabalho científico existente. (SCOTT, 1995)

Scott (p. 73, 1995), relata que “as pesquisadoras feministas que tinham uma visão política mais global, invocavam três categorias cruciais para a escrita de uma nova história: classe, raça e gênero.” No entanto os historiadores a fim de minar o movimento feminista e essa categoria analítica elaborada por elas, começaram a utilizar o termo “gênero” reduzindo-o ao sinônimo de “mulher” pois desta forma incluíam as mulheres na história, mas sem nomeá-las. E continuaram a subjugar o uso do termo e subordinar as mulheres. É quando o termo começa a se tornar uma categoria social, sobre a ideia dos papéis sociais de gênero.

Assim como a categoria gênero, o conceito de sexualidade surgiu através do movimento feminista; e ganhou ênfase por meio das formulações de Catherine MacKinnon, quando a mesma afirma que “A sexualidade está para o feminismo assim como o trabalho está para o marxismo”. Ainda na década de 1980 o filósofo francês Michel Foucault afirma que a sexualidade é produzida em contextos históricos. (SCOTT, p. 77, 1995)

Segundo Albuquerque (2013), a sexualidade é uma constituinte fundamental e

---

<sup>7</sup> É uma categoria complexa e com pontos de tensão em suas abordagens de análise, Scott (1995) descreve que existem três posições teóricas sobre o conceito de gênero: 1) tentativa inteiramente feminista, empenha-se em explicar as origens do patriarcado; 2) se situa no interior de uma tradição marxista e busca compromisso com as críticas feministas; 3) fundamentalmente dividida entre pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas de relação do objeto, se inspira nessas diferentes escolas de psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero do sujeito.

imprescindível para a existência de um ser, pois ela determina os modos de ser, de se ver, de pensar e de se revelar para a sociedade, pois a sexualidade é o principal elemento estruturante da identidade e da personalidade, já que unifica seus níveis biológicos, psicológicos e sociais.

Assim, tanto gênero, quanto a sexualidade são dimensões da experiência humana na qual estabelecem relações de poder. Implicam desigualdades, preconceitos, discriminações e violências. Do mesmo modo que há normas sociais relacionadas a gênero e estas implicam desigualdades e exclusões, também há normas sociais relativas à sexualidade.

Por entendermos que uma pessoa não é inerentemente doente por ser LGBTQIA+, mas que os efeitos sociais, das desigualdades, da economia, da política, da cultura, da história, da religião, da psicologia, da hierarquia social têm efeitos sobre a nossa saúde física e mental. Se faz necessário iniciarmos este trabalho definindo os conceitos dos construtos da sexualidade e do gênero. Entendemos que a sexualidade é um aspecto central da vida do ser humano, e que esta abrange sexo, corpo, gênero, identidade, papéis e expressões de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.

Parece natural pensarmos que a identidade biológica e a identidade de gênero estão relacionadas, sendo a masculinidade no homem e a feminilidade na mulher um destino. Costumamos pensar a partir do suposto modelo de binaridade existente e por isso só percebemos os polos – Homem/ Mulher, Natureza/ Cultura etc. O raciocínio que apoia essa distinção baseia-se na ideia de que há machos e fêmeas na espécie humana, e é um erro comum considerarmos que só existem dois tipos de sexos biológicos (masculino/ feminino).

Os autores Ciasca, Hercowitz e Junior (2021) definem que o conceito de sexo biológico advém da biologia, ciência esta que padroniza as espécies, sejam essas animais, vegetais e até fungos, através das características físicas. Na espécie humana utilizam-se como parâmetros os cromossomos, a composição hormonal, a genitália e os caracteres sexuais secundários para a definição de pessoas do sexo masculino, feminino ou intersexo.

No entanto, não podemos presumir se uma pessoa é do sexo feminino ou masculino apenas por sua genitália ou por suas características corporais. Pois existe uma diversidade do sexo que envolve múltiplas combinações possíveis entre cromossomos, hormônios, genitais e caracteres sexuais secundários, e para além disso, a qualidade de ser homem e ser mulher é uma construção sócio-histórica realizada pela cultura, visto que a criação de conceitos são produtos históricos e sociais da humanidade e representam valores e perspectivas de uma época.

Gomes (2012) relata que crescemos sendo ensinados a agir e a ter uma determinada aparência de acordo com nosso sexo biológico e, na maioria das vezes, esse sexo é

determinado antes mesmo do nascimento da criança. Conforme a autora, essas diferenças entre homens e mulheres parecem naturais, e totalmente biológicas, contudo, a atribuição do gênero ultrapassa essa demarcação física, e, portanto, ela afirma que gênero se refere à construção social do sexo. Esse conceito existe para distinguir a dimensão biológica da social, envolvendo ao mesmo tempo a percepção seletiva do observador e a acentuação de determinados sinais por parte de quem está sendo observado. Vários elementos desencadeiam uma série de diferenciações entre masculino e feminino, operando como referências para a atribuição de gênero.

Contudo, é preciso entender que sexo não é gênero e ser uma fêmea não significa ser mulher, ao mesmo tempo em que ser macho não significa ser homem. Apesar de na cultura brasileira, a indicação do sexo biológico funcionar como um aspecto fundamental que orienta a percepção do gênero, o sexo biológico com o qual nascemos não determina, em si mesmo, o desenvolvimento posterior em relação a comportamentos, interesses, estilos de vida, responsabilidades ou papéis a desempenhar, nem tampouco determina o sentimento ou a consciência de si mesmo(a). A sociedade é uma rede de ações e inter-relações em constante movimento, conseqüentemente o indivíduo é um ser biológico-histórico-social e se constitui através desta rede.

Portanto,

[...] gênero é a dimensão social e histórica da construção e do entendimento dos significados do masculino/masculinidade (homem) e do feminino/feminilidade (mulher). Refere-se a papéis, comportamentos, atividades, atributos, responsabilidades e oportunidades que uma determinada sociedade considera apropriados para homens e mulheres, Gênero interage com, mas se diferencia das categorias do sexo biológico. (CIASCA, HERCOWITZ E JUNIOR, 2021, p. 13)

Cabe informar que a Medicina só passou a considerar que o corpo humano é constituído por dois sexos diferentes a partir do século XIX. Segundo Thomas Laqueur (2001), a concepção dominante no século XVIII estava baseada num modelo de “sexo único”. O olhar que os cientistas lançavam sobre a anatomia humana, naquela época, fundamentava-se na concepção de um corpo “ideal”, tendo como referência principal o que, hoje, concebemos como o corpo “masculino”. Acreditava-se que o homem possui uma morfologia sexual mais completa e perfeita, enquanto a mulher, uma versão imperfeita e inferior.

Mas a partir de mudanças políticas surgiu a necessidade de se criar novas formas de representar a realidade social e por consequência, novas maneiras de interpretar o corpo. E passou a conceber a existência de distinção corporal entre homens e mulheres. A partir dessa ilustração podemos afirmar que o sexo também é socialmente construído, e os corpos

femininos e masculinos são constantemente (re)construídos e fabricados<sup>8</sup>.

E é na década de 1990 com o trabalho da feminista Judith Butler que a discussão ganha força, quando a filósofa propõe uma crítica a leitura do gênero como construção social do sexo, e afirma que essa nossa forma ocidental de olhar para o corpo de forma binária dividida em sexos opostos está embasada em saberes e tecnologias específicos da nossa cultura. Butler aponta no sentido de desconstruir categorias fixas como homem e mulher. (BUTLER, 2003)

No entanto, segundo Machado (2012) existe uma perspectiva hegemônica no campo da saúde, que está em grande medida pautada pelas definições biomédicas, ainda que não apenas por elas, e essa perspectiva toma como pressuposto o sistema binário de sexo. E ainda hoje “temos a necessidade de uma rejeição do caráter fixo e permanente da oposição binária, de uma historização e de uma desconstrução genuínas dos termos da diferença sexual.” (Scott, p. 84, 1995)

Podemos demonstrar essa urgência de nos opormos à binaridade a partir do exemplo da socióloga Berenice Bento (2008). A autora assinala que a reprodução das expectativas relacionadas ao “masculino” e ao “feminino” se configura em requisito fundamental nos serviços de saúde para a aceitação das/os transexuais no processo transexualizador.

Podemos exemplificar também através das cirurgias realizadas em crianças intersexuais, onde se faz necessário escolher entre “feminino” e “masculino” antes mesmo dos dois anos de idade. Ou ainda, com os esportes e a forma como são estruturadas as competições, na qual só identificamos dois grupos, e as modalidades organizadas em “feminino” e “masculino”. Podemos perceber na forma como se organizam os espaços públicos em hospitais, consultórios médicos, banheiros, roteiros de anamnese, etc.

Quando corroboramos com essa concepção

[...] corremos o risco de excluir do nosso campo de análise e do reconhecimento enquanto sujeitos de direitos uma série de outros atores sociais que vivenciam outras possibilidades de expressão da sexualidade e do gênero. (MACHADO, P. S. 2012, p. 263)

Gênero é uma categoria complexa que estrutura e organiza socialmente as relações da divisão sociotécnica do trabalho, a divisão de poder, da distribuição da riqueza, da propriedade, do sistema político, da saúde, da educação. Essa organização subdivide-se em

---

<sup>8</sup> Butler (2003) afirma que o sexo, assim como o gênero é fabricado, materializado de formas específicas, através de práticas e tecnologias distintas e em diferentes contextos socioculturais. A autora corrobora com a teoria queer, que se constitui em um conjunto de teorias críticas aos discursos hegemônicos da sociedade ocidental, tendo como objetivo dar voz as demandas dos grupos sociais considerados subalternos. Consiste num mecanismo de inversão do estigma associado a diferença, através de sua afirmação enquanto símbolo de orgulho e emblema de distinção, e na crítica sistemática à estabilidade das diferentes identidades sociais.

papéis de gênero, identidade de gênero e expressão de gênero.

As antropólogas Carol Delaney e Sylvia Yanagisako explicam que com o surgimento de um discurso científico sobre a natureza as mudanças filosóficas foram abrindo caminho para a produção de um conhecimento sobre aquelas dimensões que aproximam os seres humanos dos outros animais, não racionais. A partir dessa concepção ser homem ou mulher passou a significar, fundamentalmente, o desempenho de um papel determinado no processo produtivo. Discurso esse que acaba reduzindo as relações de gênero aos papéis reprodutivos, além de supor a cisheteronormatividade como natural (PISCITELLI, 1998).

Assim, as identidades de gênero são sempre construídas. Elas não são dadas ou acabadas num determinado momento; elas constituem e são constituídas a/na história. A identificação de gênero começa com a percepção/ convicção da pessoa de se reconhecer como homem, mulher, algo entre essas definições ou fora do contexto binário hegemônico. Desta forma, a identidade de gênero é sempre autoatribuída a partir das próprias referências do indivíduo.

Se a identidade de gênero se refere ao reconhecimento do sujeito enquanto Mulher (cis/trans/travesti), Homem (cis/trans), não binário, gênero fluido, agênero ou gênero neutro, a identidade sexual são tipologias sociais constituídas a partir de orientação sexual, comportamento sexual, relacionamentos e expressões de gênero.

As identidades sexuais estão em constante mudança na sociedade, assim como outros padrões culturais. É o reconhecimento do sujeito como integrante ou não de um determinado grupo. Mas não podemos confundir a identidade sexual com a orientação sexual do sujeito.

A orientação sexual é apenas um dos constructos da identidade sexual, segundo a OMS (2006): é definida como a atração/desejo (ou não) física, romântica ou emocional por outras pessoas. Atualmente temos as seguintes orientações sexuais: Heterossexual, Homossexual, Bissexual, Assexual, Pansexual.

Contudo, mais importante aqui do que mostrar que existem várias identidades de gênero e de sexo é apresentar que essa diferença só aparece quando tomamos como referência à identidade heterossexual. E assim, se não existisse a identificação de uma identidade heterossexual, também não existiriam as demais, pois as culturas identitárias homossexuais não podem ser entendidas sem referência a imposição da cisheteronormatividade e a do modelo identitário heterossexual. (SILVA, 1999)

Ou seja, é através da disputa com as regras impostas pela cisheteronormatividade com relação ao poder sobre a barreira dos gêneros e da sexualidade que os indivíduos aprendem a se reconhecer como sujeitos e a serem então autores e responsáveis por seus atos, com uma

subjetividade livre; e deixam de ser assujeitados, não mais se submetendo a uma autoridade superior.

Contraditoriamente, se não existisse essa identificação da diferença não reconheceríamos os sujeitos, pois quando afirmamos que existem as diferenças estamos afirmando a existência deste outro e desta identidade.

Como exemplo para estas afirmações, identificamos que anteriormente a existência da palavra homossexualidade, o termo conhecido para se remeter a essas pessoas era "inversão", que foi usado em 1882 para estigmatizar homens efeminados e mulheres masculinizadas e ainda, para definir um traço doentio na homossexualidade. Assim a relação entre pessoas do mesmo sexo era e pode-se dizer que ainda é considerada "invertida", pois se pressupõe como "normal" a relação heterossexual (entre pessoas de sexos diferentes). (SPENCER, 1999)

Apesar dessa nomenclatura ter sido modificada a partir de 1869 com o jornalista austro-húngaro Karl Maria Kertbeny, na Alemanha; e em 1890 ser usada também em inglês por Charles Gilbert Chaddock e por toda a Ciência (SPENCER, 1999), percebemos que o significado atual do termo, que designa a qualidade de homossexual, ou seja, relativo à afinidade, atração e/ou comportamento sexuais entre indivíduos do mesmo sexo, não é muito diferente do antigo termo "invertido", pois ainda hoje grande parte da sociedade considera invertido este tipo de relação.

Na opinião do autor Colin Spencer (1999), "a homossexualidade não deveria ser explicada, pois esta apenas existe" e o que precisaria ser investigado é a opinião que as várias sociedades sempre tiveram sobre ela. Portanto, ele explica que a 'identidade sexual' de um sujeito pode depender da tradição, da cultura, economia, propriedade de terra, número de mulheres em idade de procriar, princípios éticos, identificação social e semiótica, enfim, tudo que se pode chamar de estrutura político-cultural de uma sociedade.

Como Gomes (2012, p. 8) descreve:

Cada um(a) de nós é uma pessoa única, que porém tem características comuns a toda a humanidade. Elas nos identificam com alguns e nos tornam diferentes de outros, como a região em que nascemos e crescemos, nossa raça, classe social, se temos ou não uma religião, idade, nossas habilidades físicas, entre outras que marcam a diversidade humana.

O Ser Humano é formado pelas suas próprias ações sócio-históricas, parecendo não haver um determinismo exclusivo no social/coletivo e nem no individual.

A construção da identidade de gênero é um processo de subjetivação, onde estamos a todo tempo criando novos "sexos", novos "gêneros" e obviamente novas identidades gênero,

novas identidades sexuais e novas orientações sexuais.

A medida então que o tempo flui, na frequência dos nossos movimentos, vamos criando sexualidades e este processo nunca se cessa, sendo possível a existência ou a criação de novas sexualidades não descritas aqui.

Podemos dizer então, que a diversidade sexual é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades, e a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las com vistas à promoção da equidade de gênero e do reconhecimento da diversidade sexual. Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde reconheceu que as identidades sexual e de gênero são atributos que expõem a população LGBTQIA+ à discriminação e à violação de direitos humanos, inclusive ao acesso não integral à saúde (BRASI, 2008).

Mas afinal, por que gênero e saúde? Se gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades de poder, então a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las, com vistas à promoção da equidade de gênero (de raça, de classe, de etnia e outras).

A autora Joan Scott (1995), define gênero como uma forma primária de dar significado às relações de poder. É um campo por meio do qual, o poder é articulado, e tem sido uma forma persistente e recorrente de possibilitar a significação do poder no ocidente, nas tradições judaico-cristãs e islâmicas.

Ao atribuir significados para a diferença sexual, categorizando e valorizando diferentemente atributos femininos e masculinos, as mais diversas culturas e sociedades transformam a diferença sexual em desigualdades de poder que se expressarão em todas as dimensões da existência humana, no sistema de parentesco, no mercado de trabalho, na educação, no sistema político, inclusive nos modos de adoecer e morrer.

O debate sobre gênero e saúde tem se ampliado também no sentido de destacar a multiplicidade de construções de identidades de gênero e orientações sexuais que constituem a diversidade humana, para além da classificação dos sujeitos em homens e mulheres unicamente a partir de seu sexo biológico.

Segundo Lionço (2009), em grande medida, os agravos à saúde do segmento LGBTQIA+ são determinados socialmente, em função das frequentes violações de direitos a que estão expostos estes cidadãos e cidadãs. Tais violações são expressões das representações e significações construídas socialmente acerca das orientações sexuais tidas como desviantes perante a norma. Ainda de acordo com esta autora, a vivência da orientação sexual, da identidade e expressão de gênero em desacordo com o sexo biológico são marcadas pela

injúria, desqualificando-se essas possibilidades de existência com vistas à asseguaração dos padrões morais hegemônicos no campo da sexualidade.

Segundo Ferraz e Kraiczky (2010), os dados da pesquisa “Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, não deixam dúvida quanto à gravidade do preconceito da população brasileira em relação ao segmento LGBTQIA+: 11 em cada 12 brasileiros concordam com a afirmação de que “Deus fez o homem e a mulher [com sexos diferentes] para que cumpram seu papel e tenham filhos”. O índice de LGBTIfobia, construído a partir dos dados da pesquisa, indica que um quarto – 25% - da população brasileira é LGBTIfóbica à época.

Entretanto, nem toda relação sexual implica a formação de família, mesmo entre casais formados por homem e mulher. As relações sexuais podem ter por finalidade a celebração do afeto ou o prazer, e algumas fazem parte de uma interação mediada por dinheiro e favores. Entretanto as sociedades têm inventado regras para manter o sexo, as relações sexuais, a sexualidade dos corpos sob vigilância e controle, e passa a conceber os aspectos íntimos das pessoas a processos sociais e políticos, promovendo medo, ao associar várias dimensões da sexualidade a doenças e perigos.

Veremos de forma mais elaborada no Capítulo III que boa parte dessa formação ideológica parte da tradição cristã, que sustenta que o sexo é essencialmente pecaminoso e pode ser redimido, se praticado no casamento exclusivamente para a procriação. Praticamente todo comportamento erótico é considerado mau, a menos que se estabeleça uma razão específica que o inocente. Sendo assim, o sexo abrange a ideia de negativo, de destrutivo, e a sexualidade deve conformar-se a um padrão único, para que não seja acusada como uma ameaça à ordem social.

Um exemplo de controle social e político que permeou o medo a respeito da sexualidade é a associação da homossexualidade à promiscuidade, quando em meados dos anos 1980 ainda se acreditava que a Aids era uma doença restrita a “grupos de risco”. Ou a associação da homossexualidade à pedofilia, utilizada por setores conservadores, para impedir a aprovação de leis e reconhecimento de direitos da população LGBTQIA+.

Nesse contexto, ainda que sejam escassos dados epidemiológicos que evidenciem o impacto das relações entre homo, lesbo e transfobia e condições de saúde, os saberes das ciências sociais e humanas são suficientes para sustentar a necessidade de políticas de saúde específicas para os sujeitos LGBTQIA+.

No próximo capítulo debateremos sobre o Sistema Único de Saúde, sobre a Política Nacional de Saúde Integral – LGBT, dando ênfase para a implementação desta no que diz

respeito a Política Nacional de Saúde Mental.

Finalizamos esse capítulo afirmando que, é necessário o reconhecimento da existência dos efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde da população LGBTQIA+, visando a sua superação, para a promoção da equidade em saúde. Destacando, ainda, que a orientação sexual e a identidade de gênero são reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação, na medida em que a intolerância, o estigma e a exclusão social relacionadas à diversidade sexual são geradoras de sofrimento e limitadoras do acesso da população LGBTQIA+ aos cuidados de saúde.

## 2.2 SAÚDE E DIREITOS DA POPULAÇÃO LGBTQIA+

Visto que esta pesquisa tem como objetivo principal analisar a implementação de Políticas, Programas e Projetos que visem garantir a qualidade da assistência e o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde mental do município de Resende, baseando-se nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral – LGBT, se faz necessário um breve resgate sobre o que vem a ser Política Social.

É importante deixarmos claro que as políticas sociais constituem elementos de um processo complexo e contraditório de regulação política e econômica das relações sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Portanto, devemos buscar relacionar as políticas sociais com as determinações econômicas que, em cada momento histórico, atribuem um caráter específico ou uma dada configuração às políticas sociais, assumindo, assim, um caráter histórico-estrutural.

É fundamental situar o surgimento da política social, relacionando-a com as expressões da “questão social”<sup>9</sup> que determinaram sua origem. Destarte, a Política Social se fundamenta no desenvolvimento do capitalismo e nas lutas entre as classes sociais para a reivindicação de intervenção do Estado na relação capital/trabalho.

[...] é mister compreender como essa necessidade social transforma-se em demanda política. Para isso é de máxima importância não esquecer um outro elemento: os sujeitos envolvidos nesse processo, aqueles que colocam a questão na cena política. Pois não se trata de um movimento ‘natural’, ou de um conjunto de práticas institucionais que pouco ou nada tem a ver com sujeitos políticos, mobilizados, organizados etc. (PASTORINI, 2004, p. 98)

<sup>9</sup> Questão Social é considerada como o conjunto das expressões das desigualdades capitalista madura. (Iamamoto, 2005). Percebemos que a “Questão Social” está fortemente relacionada à exclusão das minorias sociais e a diferentes formas de excluí-las.

Não se trata de abordar a Política Social como ações fragmentadas por áreas setorializadas em cada Estado-nação: saúde, educação, habitação, assistência social, etc.; mas trata de incluí-la como um processo social no movimento de totalidade, como mediação na relação histórica, econômica e política, entre Estado e Sociedade.

Desde a Idade Média até o século XIV, o cuidado com os pobres era de responsabilidade da Igreja, com contribuição da família real e da aristocracia através de donativos, além de outras formas de organizações civis que se formavam por afinidades ocupacionais ou por localidade (FRIEDLANDER, 1973 *apud* PEREIRA, 2011).

Uma das primeiras Leis que surge para organizar o trabalho do sistema mercantil da Inglaterra, é a chamada Lei dos Pobres, de 1536. Essa lei definia como “pobre” toda pessoa que não possuía renda suficiente para se manter ociosa e ressaltava que a mendicância e a vagabundagem eram severamente punidas. (POLANYI, 2012)

A reedição da Lei dos Pobres em 1601 já tentava organizar o atendimento aos pobres de acordo com a seguinte classificação: pobres incapacitados ao trabalho por velhice, doença e invalidez eram alojados nas Poor-houses ou asilos e hospícios; pobres capazes para o trabalho deveriam ser levados à Workhouses; e os capazes que se recusavam a trabalhar deveriam ser encaminhados aos reformatórios ou casas de correção (PEREIRA, 2011).

A Revolução Industrial e a inovação social e econômica com o pagamento de um abono financeiro aos pobres pela força de trabalho causaram mudanças na Lei dos Pobres, que foi substituída em um período pelo Sistema Speenhamland, mas que logo foi revogado em 1834, pela Nova Lei dos Pobres. Que já se organizava nos ideários de cunho liberal para atender às novas exigências de uma sociedade de mercado (BEHRING E BOSCHETTI, 2007).

As discussões favoráveis às medidas de proteção social iniciam na Inglaterra em 1890. Outros países também passaram a implementar políticas sociais entre o fim do século XIX e início do século XX. Mas é após a Segunda Guerra Mundial que as políticas sociais se ampliam e se consolidam, junto com a intervenção do Estado na economia<sup>10</sup>, sob forte influência das ideias do liberalismo heterodoxo de John Maynard Keynes que defendia, desde os anos 1930, o pleno emprego e maior igualdade social através do fundo público (BEHRING E BOSCHETTI, 2007).

É a partir de então que se generaliza e ganha dimensões quase universais nos países europeus um conjunto articulado de programas de proteção social, assegurando o direito à

---

<sup>10</sup> Este Estado interventor e regulador da economia, que variou de formato pelos países europeus, os autores chamaram de Welfare State, ou Estado de Bem-Estar Social.

aposentadoria, habitação, educação, saúde, assistência social, entre outros.

Já no Brasil, é somente em 1888 que surgiram as primeiras iniciativas concretas de legislação social, através das mobilizações dos trabalhadores, das greves e das tensões entre capital/trabalho.

Em 1923 foi criado o Departamento Nacional do Trabalho e da Saúde e do Código Sanitário. No mesmo período aprovou-se a Lei Eloy Chaves que instituiu a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs); em 1926 foi fundado o primeiro Instituto de Aposentadora e Pensão (IAPs); em 1927 foi aprovado o código de Menores, de caráter repressivo e punitivo à chamada delinquência juvenil (BEHRING E NOSCHETTI, 2007).

É na “Era Vargas” que o Brasil apresentará um novo panorama que deu base de sustentação para um padrão de proteção social baseado no seguro social, mas que na época era voltado somente para os trabalhadores formais. A partir de 1930 as políticas sociais dão os primeiros concretos, com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; com a consolidação do departamento Nacional do Trabalho, e com o decreto da jornada de trabalho de 8 horas diárias. Em 1942 foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA); em 1943 sancionada a Consolidação das Leis Trabalhistas.

Conforme descrevem as autoras Rego e Perez (2011), em 1964 o país vive o golpe que instaurou a ditadura civil-militar com duração de 20 anos, o que impactou profundamente as políticas social e econômica do país. Foi um período de restrição de direitos civis e políticos, enquanto houve a expansão dos direitos sociais, com uma política social tecnocrática e conservadora.

A nova Constituição da República em 1988 definiu as novas diretrizes políticas, econômicas e sociais do Brasil. E no âmbito da saúde a CF/1988 (BRASIL, 1988) em seu Artigo 196 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O importante neste contexto é que as políticas públicas (o que inclui as políticas sociais) só se fundamentam a partir da lógica de mercado, e se sustentam através dos diversos atores e movimentos sociais que vão se constituindo através da história, a fim de conquistarem e garantirem seus direitos enquanto cidadãos.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBTQIA+

Em relação à implementação de políticas públicas voltadas para a população LGBTQIA+ é somente após os anos 1990, através da pressão de movimentos sociais que culminaram em vários acontecimentos como abertura de processos no âmbito do Legislativo e Judiciário; a adoção da política de visibilidade maciça e o surgimento das paradas do orgulho, a consolidação de um mercado de bens e serviços destinados à população LGBTQIA+; além da multiplicação de iniciativas no ambiente acadêmico e universitário, é que o movimento constituiu uma relação mais efetiva com o Estado (CARRARA, 2006).

Apesar das arenas legislativas e Judiciárias se mostrarem fundamentais para a construção de novos direitos em casos como nos que envolvem direitos previdenciários, ações judiciais e suas respectivas sentenças, abrirem caminho para mudanças legislativas, estas ações são localizadas e não trazem ganhos coletivos, pois impactam apenas para o próprio sujeito.

A consolidação desse, relativamente vigoroso, mercado de bens e serviços foi importante pois, contribuiu para o aparecimento de uma combinação entre militância e mercado cuja parceria passou a constituir novos espaços de sociabilidade, inscrevendo-se, com alguma frequência, nos marcos de um compromisso com a formação de uma “identidade positiva” e a melhoria da “autoestima” (CARRARA, Op. Cit.).

Essa razoável inscrição no mercado ainda é tema de grande controvérsia, de um lado é mesmo possível observar que a oferta de produtos e serviços que tem como alvo o público LGBTQIA+ garantem uma dinamização de uma determinada forma de “dar” visibilidade às causas defendidas pelas organizações do seu movimento. De outra forma, porém, há uma precaução quanto a validação do mercado como forma de mobilizar qualquer tipo de causa social.

De uma ou outra forma as demandas desses militantes parecem não ignorar que, em conjunto ou em paralelo a esse fenômeno de mercado, o Estado brasileiro (ou as forças que nele atuam) tem muito a fazer no sentido de conferir instrumentos de dignidade e emancipação aos indivíduos LGBTQIA+.

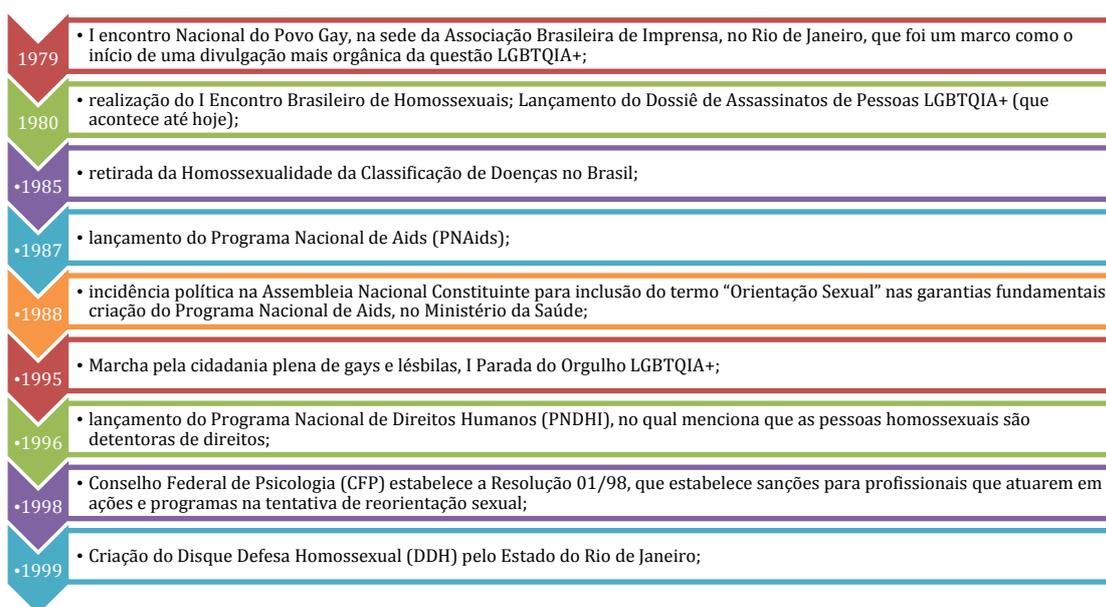
Mas com relação às políticas públicas, comparativamente a outros movimentos percebemos historicamente que o movimento LGBTQIA+ foi lento na elaboração de demandas de políticas públicas integradas para responder as suas necessidades. A organização tardia do movimento acaba por fragilizar a participação desses ativistas na arena de forças que se organiza em torno do Estado. A ausência desses atores organizados não significa que a

questão não estivesse em pauta mas, certamente, a sua colocação como agentes da disputa por ações do Estado vem trazendo especificidades nos discursos a respeito da defesa da pessoa LGBTQIA+, que de certa forma, significa uma força concreta movimentando o Estado.

As políticas de saúde, educação, habitação, trabalho, assistência, previdência, recreação e nutrição são objeto de luta entre diferentes forças sociais, em cada conjuntura, não constituindo, pois, o resultado mecânico da acumulação nem a manifestação exclusiva do poder das classes dominantes ou do Estado. Essas políticas não caem do céu, nem são um presente ou uma outorga do bloco do poder. Elas são ganhos conquistados em duras lutas do poder. Elas são ganhos conquistados em duras lutas e resultados de processos complexos de relação de forças. (FALEIROS, 1991)

Principalmente após se organizarem que o movimento consegue alguma conquista neste âmbito. Apesar da disputa de narrativa historiográfica, se fossemos traçar uma linha temporal até a conquista da Política Nacional de Saúde Integral – LGBT, essa se constituiria em duas partes, a primeira movida pelo movimento LGBTQIA+ na década de 1980 e 1990, no qual pode ser observado que as poucas ações realizadas pelo Estado e não pelo movimento, foram voltadas para o tratamento de pessoas com HIV, e somente a partir da década de 2000, na segunda linha temporal que serão observadas ações relacionadas aos direitos das pessoas LGBTQIA+, a fim de demonstrarmos essa linha temporal de forma mais elucidativa, elaboramos duas figuras que podem ser observadas abaixo:

**Figura 1-** linha temporal de conquistas de direitos LGBTQIA+ 1979 à 1999.



**Fonte:** Autoria própria

**Figura 2-** linha temporal de conquistas de direitos LGBTQIA+ 2000 em diante

**Fonte:** Autoria própria

Entretanto, apesar de todas as conquistas elencadas acima, estas ainda não são suficientes para promover a cidadania da população LGBTQIA+. Podemos notar isso através das práticas cisheteronormativas e violências perpetradas contra a população LGBTQIA+, ainda muito constantes em nosso país. O grupo ANTRA, divulgou dados de assassinatos e violências contra pessoas travestis e transexuais brasileiras no ano de 2021 e estes apontam que no ano passado pelo menos 140 pessoas Trans foram assassinadas no país, o que apresenta uma crescente de 17 casos comparado a média dos anos anteriores. Comparado ainda a 2008, o ano em que a ONG Transgender Europeu iniciou o monitoramento no Brasil, o aumento foi de 141%, e assim a nação segue a liderança como o país que mais assassina pessoas trans no mundo.

Se trouxermos para o âmbito do Sul Fluminense, uma pesquisa realizada pela ONG Volta Redonda Sem Homofobia (VRSH) – sobre o Mapeamento da violência contra a população LGBTQIA+ no sul fluminense, no período de 2018 a 2020, foram encontrados 18 registros de assassinato e 08 de agressões, sendo Resende o segundo município com maior número de ocorrências. Podemos ainda citar como exemplo o noticiário (O Dia), que relata o assassinato de uma mulher trans de 29 anos no município de Resende.

Desta maneira, não adianta comemorarmos o cinquentenário da Declaração dos Direitos Humanos mesmo ao afirmar que,

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direito... Sem distinção nenhuma, notadamente de cor, sexo, língua, religião, opinião política ou qualquer outra distinção... Todo indivíduo tem o direito à vida, à liberdade e à segurança de sua pessoa”, sendo que: “Práticas injustas que excluem os homossexuais dos direitos básicos continuam ocorrendo. É preciso que o Executivo, o Legislativo e o Judiciário tomem consciência e tenham percepção de que é necessário enfrentar essa situação de grave adversidade por que passam os integrantes deste grupo extremamente vulnerável. (Ministro Celso Mello, Presidente do Supremo Tribunal Federal, 1998. apud Mott 1997).

O reconhecimento da especificidade e, ao mesmo tempo, da diversidade de formas de violência que atingem a população LGBTQIA+ através do Programa Brasil Sem Homofobia em 2004, estreitou a articulação entre Estado e sociedade civil, pois as diretrizes executadas, foram realizadas por meio de “parcerias” entre o Estado e Organizações Não Governamentais (Vianna e Lacerda apud Carrara, 2006). O Programa foi um verdadeiro marco histórico na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diferença. Como disse Nilmário Miranda (Secretário de Direitos Humanos 2002 à 2006) “O Brasil sem homofobia é o reflexo da consolidação de avanços políticos, sociais e legais tão duramente conquistados.” (BRASIL, 2004).

Sendo assim, podemos resumir que as políticas públicas podem ser definidas como respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade. São consolidadas em conjuntos de diretrizes, medidas e procedimentos que explicitam o posicionamento político do Estado frente a problemas que são considerados de interesse público (Ferraz e Kraiczky, 2017, p. 70).

A política pública de saúde instituída pela Constituição Federal de 1988, como descrito, também têm por função definir a resposta do Estado às necessidades de saúde da população, visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo (FERRAZ e KRAICZYK, 2010).

Mas precisamos ir um pouco além, precisamos aqui entender qual a definição do que vem a ser saúde, pois essa definição é fundamental para determinarmos as políticas, e decidirmos o que caracteriza o direito à saúde.

Saúde, portanto, não é somente a ausência de enfermidades, a saúde é um processo no qual todos nós seres humanos nos encontramos, um meio termo entre saúde e doença, onde nunca alcançaremos a utopia de um “estado completo de bem-estar físico, mental e social”<sup>11</sup>. Pois, a saúde é na verdade, um entrelaçamento de determinantes biológicos, ambientais e sociais.

Além da CF/1988, a Lei 8080 de 1990 (BRASIL, 1990) que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito nacional, o SUS tem como princípios a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e a integralidade da atenção, operacionalizando-se pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade.

Há que se reconhecer, porém, que a existência de importantes níveis de desigualdade de diversas ordens na sociedade brasileira faz com que as condições de acesso de diferentes segmentos da população aos bens e serviços de saúde sejam desiguais. É nesse aspecto que o princípio da equidade se torna fundamental para a consecução dos demais princípios que regem o sistema e para a promoção da justiça social (Lionço, 2009). O desafio posto pelo SUS é de que a política de saúde no Brasil se construa e se implemente na perspectiva do acesso universal, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las. Para isso, a participação dos diferentes segmentos da sociedade no processo de construção e implementação dessas políticas é indispensável.

Podemos afirmar assim que reconhecer a impossibilidade da política de saúde ser

---

<sup>11</sup> Definição de saúde da Organização Mundial de Saúde.

“neutra” em relação às desigualdades de gênero é contribuir para a superação de obstáculos ao cuidado em saúde, e não responder a essas desigualdades significaria contribuir para sua manutenção.

## 2.4 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO À POPULAÇÃO LGBTQIA+

Como forma de responder a uma dessas necessidades e fruto de muita luta dos movimentos sociais, a Lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), que institui a Política Nacional de Saúde Mental logo em seu Artigo 1º afirma que:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto á raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ou grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Nota-se que na própria Política Nacional de Saúde Mental assegura-se o acesso da população sem qualquer forma de preconceito, especificando a não discriminação por orientação sexual.

A aceitação legal da diversidade sexual e da afirmação dos direitos sexuais tem avançado no contexto brasileiro, e destacamos que a temática da saúde é, historicamente, uma das principais demandas da população LGBTQIA+, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT – PNSI-LGBT (BRASIL, 2011), considera que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias direcionadas à população LGBTQIA+ devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e doença. Esta portaria tem como objetivo promover a saúde integral da população LGBTQIA+, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e construindo para a redução das desigualdades, bem como consolidar o SUS como sistema universal, integral e equitativo.

A Política Nacional de Saúde Mental tal qual temos hoje no Brasil, instituída pela Lei 10.216/2001 é fruto de muitas lutas dos movimentos sociais, assim como os direitos conquistados pela população LGBTQIA+. A Reforma Psiquiátrica teve início no período da ditadura civil-militar, mais especificamente no final da década de 1970 quando o movimento da reforma psiquiátrica brasileira provocou a criação da Divisão Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 1995).

A partir do final da década de 1980 e início de 1990, iniciou-se um processo de mudanças legislativas, em que começaram a circular projetos de lei estaduais e municipais, legislando sobre a questão dos direitos dos usuários da saúde mental. Ainda em 1980, o Ministério da Saúde redigiu o documento “Diretrizes para a área de Saúde Mental”. A

característica do documento era a substituição do modelo assistencial custodial por um mais abrangente. Incluía o debate sobre a integração das ações de saúde mental desenvolvidas na rede de serviços de saúde, com a criação de unidades intermediárias entre a internação e o ambulatório tradicional. (PASSOS e PORTO, 2018)

Neste modelo assistencial custodial, o serviço de hospital geral com caráter de albergue, que podemos nomear como hospícios, hospitais psiquiátricos, asilos, manicômios, abrigavam além dos doentes mentais, todas as demais pessoas que estavam subalternizadas pela sociedade, com objetivo de disciplinar corpos e comportamentos indesejáveis (FIGUEIREDO et al, 2014). As condições dessas instituições manicomialis eram precárias e a maioria dos pacientes não tinha diagnóstico de doença mental (loucura). Os pacientes eram, “[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 14).

Podemos afirmar que o auge da reforma psiquiátrica ocorreu em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, mas só se estabeleceu como política pública em 1990. Contudo é apenas em 2001 que a reforma psiquiátrica é regulamentada através da Lei 10.216 de 6 de abril. A reforma lança uma nova perspectiva sobre o tratamento da saúde mental e busca compreender e relacionar-se com os sujeitos e não mais com a doença.

A Reforma Psiquiátrica além de romper com as internações compulsórias, com a institucionalização da loucura, buscou irromper com a exclusividade do saber-poder do médico, o que já havia sido contestado por Michel Foucault. E passou-se a valorizar o trabalho interdisciplinar; não apenas a simples presença de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, mas sim a valorização desses profissionais. (FIGUEIREDO et al, 2014).

A partir de então surgem opções assistenciais para o atendimento e tratamento dessas pessoas, proporcionando consultas médicas, atendimento psicológico, serviço social, terapia ocupacional, entre outros (VASCONCELLOS, 2008). São múltiplos os serviços que atualmente compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): centros de atenção psicossocial, leitos em hospital geral, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatório, cooperativas, unidades de acolhimento, etc.

O CAPS é o dispositivo organizador de um modelo de cuidado no território, onde ao mesmo tempo, tornou-se um instrumento político de difusão de determinada forma de cuidar e um serviço potente em si.

Para Leal e Delgado (apud PASSOS e PORTO 2018), O CAPS vai além do fato de ser um estabelecimento de saúde; ele deve ser entendido, principalmente, como um modo de

“operar o cuidado”. O serviço propõe atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional – o enfoque multidisciplinar. O sofrimento psíquico deve ser pensado no campo da saúde coletiva, tendo em consideração os diversos contextos em que o indivíduo está inserido como a família, o trabalho, cultura, contexto histórico, entre outros. O serviço busca um cuidado/atendimento personalizado e um tratamento de intensidade máxima, gerando reflexões dos serviços e sistematização de informações e experiências (AMARANTE; TORRE, 2001).

O CAPS, assim como o Sistema Único de Saúde (SUS), visa uma sociedade mais justa, igualitária e democrática. Procurando cumprir os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Entendemos que o princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior.

Para Costa e Lionço (apud Lionço, 2008), embora a equidade não seja mencionada como um princípio explícito do SUS, ela é

[...] um conceito-chave para problematizar os entraves que inviabilizam ou retardam o alcance da universalidade e da integralidade, visando superar desigualdades no acesso e no cuidado que, longe do ideal, configuram a realidade do sistema (COSTA; LIONÇO, 2006 apud LIONÇO, 2008, p. 12).

Desta forma, é a “problematização dos entraves”, com o reconhecimento das desigualdades sociais, políticas e econômicas que se busca identificar e superar por meio de processos, ações, programas e políticas pautados pela noção de equidade.

Tal noção indica que grupos sociais distintos têm demandas distintas em saúde e “reconhece a relevância das características identitárias e da agenda política de grupos subalternizados” (SPIVAK, 2010 apud MELLO; BRITO; MAROJA, 2012, p. 412). No caso dos movimentos e grupos LGBTQIA+, uma agenda política deve ter como eixo estruturante o enfrentamento da subalternização da vivência de sexualidades consideradas “transgressoras”, “desviantes” ou “anormais”, segundo o modelo hegemônico da heteronormatividade (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012, p. 413). E ainda, conforme nos lembra a atuação do Grupo Conexão G, dentro do segmento LGBTQIA+ existem diferentes grupos, não apenas caracterizados por questões de orientação sexual ou identidade de gênero, mas por faixa etária, raça/etnia e classes sociais diversas, submetidos a diferentes relações de

poder e condições de vulnerabilidade.

Duarte (2014) contextualiza a relação da diversidade sexual na saúde na contemporaneidade através da referência da análise do campo da produção do cuidado na saúde. E relata que embora a homossexualidade tenha sido retirada do manual de perturbações mentais da Associação Americana de Psiquiatria em 1973 e da lista de doenças mentais da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1991, ainda persiste, nos setores conservadores da sociedade, a associação das orientações sexo-diversos à patologização desses sujeitos, por entenderem não serem condutas “naturais”, a partir de uma heterossexualidade compulsória hegemônica. Nessa perspectiva, precisam ser tratados e “curados”, como se houvesse algo a ser consertado, seja sua sexualidade, seja sua subjetividade.

Corrente conservadora essa que vem se alastrando cada vez mais desde 2019, o que pode ser comprovado a partir de uma das primeiras falas do discurso de posse do atual presidente Jair Bolsonaro “Vamos unir o povo, valorizar a família, respeitar as religiões e nossa tradição judaico-cristã. Combater a ideologia de gênero, conservando nossos valores”, o jornal Estado de Minas, noticiou uma pesquisa realizada pela revista AzMina, que descreve as práticas adotadas pelo governo no período de 2019 à 2021, que demonstrou esse conservadorismo:

Foram ao menos 19 ações do executivo, entre portarias, cartilhas, leis, decretos e outros; 63 propostas do Congresso que partiram da sua base de apoio; e milhões de reais não usados no orçamento que caminharam neste sentido – o de valorizar e também responsabilizar a família por direitos básicos que são obrigação do Estado.

Bittencourt et. al (2014) referem que um sistema integral, equânime e universal deve dirigir-se às diferenças como um todo, integrando as demandas de diferentes grupos discriminados.

Pode-se tomar como base diversas leis e normativas, tais como citado anteriormente, e poderemos observar que em toda a base legal a saúde será tratada como direito social e pressupõe-se assim que a universalidade do acesso, a igualdade e equidade do acesso e do tratamento, a redução de danos e riscos, a integralidade do cuidado e a participação social são temas que se fazem presentes na construção dessa política pública e na realidade concreta do SUS. Entretanto, nos deparamos com uma realidade contraditória, ou seja, ainda encontramos pessoas que não conseguem acessar os serviços de saúde e o cuidado de qualidade por sua identidade de gênero ou pelo preconceito sofrido com relação a sua orientação sexual.

Segundo Bittencourt et al (2014, p.05) apesar das ações para a população LGBTQIA+

se mostrarem um tanto fragmentadas, não constituindo políticas públicas nacionais e articuladas, “é a área da saúde que tem apresentado um conjunto de iniciativas mais sistemático e abrangente para a população, através de ações de tratamento e prevenção de DST-HIV-AIDS. Por anos a temática foi tratada principalmente pelo viés da epidemia de HIV/AIDS<sup>12</sup>.

Segundo Mello, Brito e Maroja (2012), as ações de prevenção de DST/HIV/Aids, desenvolvidas desde os anos 1980 entre o público de gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH), dentre as quais está o Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre a População de Gays, HSH e Travestis (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012,). Dentre outras iniciativas para a prevenção da Aids contribuíram para o debate, como o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, que prevê ações para mulheres lésbicas e transexuais. Também é importante considerar o quanto esses programas e estruturas foram por um tempo, as únicas respostas para atender às demandas em saúde da população LGBTQIA+.

Por um lado, o setor de saúde deve estar diretamente envolvido na resposta à violência homofóbica existente no Brasil, uma vez que acolhe vítimas desta violência. Por outro, pode reproduzir, no interior de serviços e nas práticas cotidianas, processos de estigmatização e elementos de homofobia, transfobia e lesbofobia, gerando situações de discriminação e não reconhecimento dos direitos sexuais e direitos reprodutivos desta população, sobretudo se reduzir suas ações à prevenção e/ou atendimento em HIV/Aids.

Não podemos descartar a relevância destes estudos, programas e estruturas, que por um longo tempo foram as únicas respostas para entender as demandas em saúde da população LGBTQIA+. No entanto reduzir as ações de saúde às ações de prevenção e/ou atendimento em HIV-Aids, é negar o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos desta população, e ainda mais é contribuir e reproduzir no interior dos serviços e nas práticas cotidianas, processos de estigmatização e elementos de lesbofobia, homofobia, bifobia e transfobia.

As políticas de saúde têm tentado contribuir para a superação de obstáculos do cuidado com a saúde que são determinados pelas desigualdades e pode-se de fato perceber avanços importantes no contexto brasileiro a partir dos anos 2000. No entanto, ainda se observa, no Brasil e no mundo, a dificuldade enfrentada pela população LGBTQIA+ diante das diversas formas de violência e das discriminações vivenciadas em decorrência da livre orientação

---

<sup>12</sup> A fim de ilustrarmos tais ações, podemos destacar o Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre a População de Gays, HSH e Travestis (BRASIL, 2007), o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (BRASIL, 2007).

sexual.

Albuquerque (2013), referindo-se à população homossexual, afirma que ao passo que surgem as buscas pelos direitos de cidadania, fica evidente que, no Brasil, ainda é escasso o conhecimento das necessidades em saúde dessa população, conhecimento esse que se evidencia como primordial para fomentar o desenvolvimento das políticas de saúde direcionadas a esse grupo de pessoas.

Como parte de um conjunto de reivindicações dos movimentos sociais e grupos ligados aos direitos de cidadania LGBTQIA+, a discussão sobre a saúde integral da população LGBTQIA+ influenciou, por exemplo, as Recomendações da 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008) com questões específicas depois incluídas na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, lançada em 2010, e instituída em 2011, pela Portaria nº 2.836 e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite conforme Resolução nº 2 do dia 06 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT (Bittencourt et.al 2014).

A PNSI-LGBT pode ser considerada um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade, é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil. Além disso, a Política é um documento norteador e legitimador das necessidades e especificidades da população LGBTQIA+, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde.

A Política LGBT é composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 2013).

Com base na PNSI-LGBT suas ações preveem evitar a discriminação de pessoas LGBTQIA+ nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. E que este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores da saúde.

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBTQIA+. É composta de apenas nove artigos através dos quais define os princípios, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde desses cidadãos.

A PNSI-LGBT prevê ações de desenvolvimento de capacitação e qualificação dos

profissionais de saúde desde a atenção básica, aos serviços especializados e de alta complexidade, incluindo os serviços de saúde mental, e o desenvolvimento de estratégias que construam abordagens e intervenções específicas para a população LGBTQIA+ na rede ampliada de Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Antevê também ações articuladas com as demais políticas intersetoriais com foco nas questões de saúde desta população.

No capítulo IV destacaremos o referencial teórico-metodológico para a elaboração da pesquisa de campo e que dialogam diretamente com o objetivo deste trabalho.

## 2.5 LOUCURA X LGBTQIA+

Como explica Foucault (1988), a sexualidade é um dos dispositivos sobre o qual se exercem as formas de poder e controle da sociedade, dentro destes, a heterossexualidade bem como a cisnormatividade<sup>13</sup> foram enquadrados nos padrões sociais forjados como mecanismos de controle social, criando sob ambos uma verdade absoluta que deveria ser seguida a fim de se manter a ordem. Segundo Prestes e Vianna (2008), no Brasil, uma das primeiras formas de controle sobre esses determinantes veio através dos avanços dos ideais do cristianismo no país, assim que este se viu sob domínio dos portugueses. A Igreja desempenhou importante função no que diz respeito à estigmatização dessas sexualidades, subjugando-a como sodomia<sup>14</sup>.

Mas as práticas homoeróticas aparecem na história desde a antiguidade, Spencer (1999) relata que em 630 a.C., arquivos mostram que aristocratas em Creta adotavam relações formais entre príncipe adultos e meninos adolescentes. Ciasca e Pouget (2011) descrevem que Mulheres podiam ter comportamentos homossexuais desde que não ameaçassem a família.

Com o Cristianismo como religião oficial, na Idade Média e a queda do Império Romano, é instalada uma repressão sexual. As pessoas que praticavam atos sexuais entre homossexuais, na época chamada de pederastia, começaram a ser perseguidos, Tomás de Aquino nomeou a sodomia como o segundo pior pecado, perdendo apenas para o assassinato, e a criminalizou.

A sociedade moderna ocidental e cisheteronormativa que temos hoje teve influência de culturas pró-natalistas e do processo civilizatório e iniciou principalmente na metade do

---

<sup>13</sup>De acordo com Fuchs et al. (2021, p.7), “a cisnorma opera como um dispositivo regulador das expressões de gênero, calcado nas divisões binárias e na heterossexualidade compulsória”.

<sup>14</sup> Coito Anal.

século XVII com uma combinação do poder da Igreja e do Estado que já condenava qualquer tipo de relação sexual não conjugal e que não tivesse como fim a reprodução, incluindo claramente, as práticas não heterossexuais. Recusavam-se ainda a admitir a bissexualidade (SPENCER, 1999). O autor sustenta a teoria de que o ódio e o preconceito com as pessoas LGBTQIA+ podem ser explicados pela Peste Negra, pois estima-se que a doença matou um terço da população que vivia na Índia e na Islândia. Sendo assim, após 1348 estas pessoas eram consideradas uma grave ameaça a ‘repopulação’ destes países devastados pela doença, visto que acreditava-se nas relações sexuais unicamente para a reprodução.

E assim a Igreja, enquanto instituição criava sua verdade sobre as práticas sexuais, usando-as como forma de exercício de poder e controle, condenando aqueles que se posicionassem de maneira contrária, sob esse domínio. A Igreja Católica no país passava a declarar então que toda pessoa de qualquer qualidade que seja que cometesse o pecado de sodomia seria queimado. (SPENCER, 1999)

Embora a Igreja tenha desempenhado importante papel na estigmatização dessas práticas sexuais, não foi a única. Como afirma Duarte (2018, p. 5),

[...] a criminologia ganhou grande cenário no que diz respeito à criminalização das práticas sexuais tidas como desviantes, condenando os homossexuais como pederastas, os subjugando à forte repressão policial.

A partir da metade do século XIX, a sexualidade passa a ser objeto de reflexão acadêmica (Hora Góis, 2003). A medicina, em especial a psiquiatria, começa a dissociar a sexualidade humana da religião. Inicialmente os pesquisadores buscavam identificar traços comuns aos então chamados “pederastas” e salientavam a degeneração contida nos corpos destes homens e mulheres.

Esses estudos buscavam propor medidas sanitárias e repressivas que pudessem reduzir ou eliminar os efeitos supostamente desmoralizantes da presença daquelas pessoas na vida social. E através das ciências médicas, completamente higienista, se inicia o processo de patologização das diversas formas de amor, de conjugalidades, relacionamentos e das práticas sexuais, sendo as pessoas que fugiam as regras impostas pela cisheteronormatividade enquadradas dentro do rol de doenças mentais e desvio de conduta sexual, aqueles que antes eram vistos como pecadores e criminosos passaram a ser tratados como pessoas dependentes de cura.

“Desvio” e “normalidade” foram os conceitos que mais fundamentaram os discursos médicos nessa época, embasados no que era considerado normal pelas religiões cristãs, mais

especificamente pelo catolicismo, eram arraigados pelo aspecto moral. Os termos surgiram em 1886 a partir da edição do livro “psychopathia Sexualis”, as perversões eram classificadas identidades desviantes, como sadistas, masoquistas, fetichistas, exibicionistas, zoófilos, autonomossexualistas, mixocopófilos, ginecomastos, presbiófilos, dentre outras que eram consideradas como comportamento anormal, disfuncional ou estranho, como uma doença mental e perigoso para o status quo e para as estruturas de poder do mundo ocidental. (CIASCA E POUGET, 2011)

Durante este período as pessoas LGBTQIA+ foram submetidas a internações forçadas em instituições manicomiais de tratamento para portadores de transtorno mental, a fim de obterem a cura, tal como os loucos, onde foram tratados com eletrochoques, intensa medicalização, banhos frios, isolamento etc., explícitas violações de direitos aos ditos degenerados (DUARTE, 2014).

Passando a ser classificada como doença, os atos e desejos homossexuais deixavam de ser um comportamento e ganhavam o status de uma condição inerente ao sujeito, alheios a sua vontade, passando a ser chamado como homossexualismo<sup>15</sup>, todos os atos não cisheteronormativos. Com a retirada da culpa, desde que aceitassem o tratamento. Há pessoas que defendem que a patologização foi uma luta do próprio movimento da época, a fim de descriminalizar, visto que ser tratado como uma doença passível de tratamento, era melhor do que como criminoso e passível de punição e morte. “O Brasil foi uma das primeiras nações a descriminalizar os atos homossexuais, em 1830” (CIASCA E POUGET, 2011).

Atualmente cerca de 80 países no mundo ainda criminalizam e condenam os atos sexuais praticados entre pessoas do mesmo sexo, 68 desses países têm leis explícitas contra a prática sexual com penas de prisão e até mesmo de morte (RODRIGUE e GOMES, 2006). Segundo o Dossiê de mortes e violências contra pessoas LGBTQIA+, 13 países têm pena de morte sendo estes de cultura Islâmica (Sudão, Irã, Arábia Saudita, Iêmen, Mauritânia, Afeganistão, Paquistão, Catar, Emirados Árabes Unidos, Iraque, partes da Síria, partes da Nigéria e partes da Somália).

Ao longo do século XX esse tipo de estudo foi desaparecendo e nos anos 1970 e 1980 foram iniciadas reflexões que tinham como autores pessoas que assumiam uma postura positiva em relação ao homoerotismo (Hora Góis, 2003). E foi-se assim, abandonando a

---

<sup>15</sup> O sufixo ismo é de origem grega e carrega dois sentidos principais: a ideia de uma doutrina, seita ou conjunto de ideias, ou a ideia de doença. O sufixo traz um sentido de expressão, manifestação humana. Assim, o termo homossexualismo carrega um estigma que enxerga pessoas homossexuais como doentes ou desviantes, enquanto a palavra homossexualidade remete a ideia de ela é apenas mais uma expressão da sexualidade ou da identidade humana. (CIASCA e POUGET, 2011, p. 21).

busca das “origens” ou das “causas” da homossexualidade e das suas supostas consequências malélicas e partiu-se para a reflexão da construção social dos significados associados a ela e das dificuldades enfrentadas pelas pessoas LGBTQIA+ na sociedade, analisando também a superação da opressão enfrentada por esta população.

Como afirma o autor Peter Fry (apud COSTA, 2008), foi nos países europeus de tradição protestante que nasceu, a partir dos meados do século XIX, o Movimento Homossexual<sup>16</sup>, onde vários grupos foram constituídos para lutar pela descriminalização da homossexualidade. Em 1897 Magnus Hirschfeld criou a primeira organização mundial de direitos LGBTQIA+, era um grande estudioso da transgeneridade e considerava a diversidade sexual e de gênero como parte da natureza. (CIASCA E POUGET, 2011)

Os autores Ciasca e Pouget (2011) relatam que os termos gênero, identidade de gênero, papel de gênero e orientação sexual começaram a ser cunhados em 1950, por John Money. A pílula anticoncepcional e a segunda onda do movimento feminista permitiram uma nova revolução sexual, com maior ênfase ao prazer em detrimento da reprodução.

No Brasil o movimento LGBTQIA+ teve início em maio de 1978 com a criação do Grupo Somos de Afirmação Homossexual. Posteriormente, em 1980, foi fundado na Bahia o Grupo Gay da Bahia (GGB) - a mais antiga associação de defesa dos direitos humanos dos homossexuais ainda ativa no Brasil, que atua até a presente data, e atualmente não só por homossexuais, mas por todas as pessoas LGBTQIA+.

A geração da década de 1980 proporcionou um irromper de direitos, com a emergência de movimentos sociais reivindicando a aceitação de práticas e relações divorciadas do modelo cisheteronormativo. Levou-se à arena política e, conseqüentemente, ao debate jurídico, a questão dos direitos sexuais, especialmente dos direitos LGBTQIA+. O surgimento destas demandas e o reconhecimento de alguns direitos, ainda que de modo lento e não uniforme, inaugurou uma nova modalidade na relação entre os ordenamentos jurídicos e a sexualidade.

Mas a revolução do movimento feminista e dos grupos criados em prol dos direitos da população LGBTQIA+ não duraram muito, a década de 1980 é marcada como o período em que o preconceito contra o segmento se agrava, devido a epidemia da Aids que colocou o discurso em xeque, e novamente o grupo se torna alvo de intervenções marcadas pela ideologia LGBTifóbica, volta a ser uma questão de política pública, necessitando da intervenção do Estado.

A epidemia também trouxe à tona estigmas relacionados a população LGBTQIA+.

---

<sup>16</sup> Termo utilizado na época para se referir ao atual Movimento LGBTQIA+.

principalmente aos gays, travestis e transexuais que voltaram a ser culpabilizados pelo seu comportamento e discursos a respeito da ‘cura gay’ ganharam força.

A AIDS passa a funcionar como uma marca nova e central na ação do dispositivo da sexualidade reformatando as culturas sexuais mundiais, figurando como uma questão que dizia (diz) respeito às vidas marginais e como um castigo ou presunção do adoecer como signo de morte. Deparamo-nos com uma virada política no movimento de liberação homossexual, cuja palavra de ordem ‘sair do armário’ passa a ecoar como sinal de exposição ao risco da violência e de um isolamento social ainda mais perverso, produzindo uma nova mobilização e exigindo cada vez mais a afirmação de uma identidade social, como estratégia política (POCAHY, 2007 p. 24).

A doença que passa a ser conhecida então, como a “Peste Gay”, causa uma maior discriminação e marginalização destes sujeitos, e a partir de então atribui-se um estigma profundamente depreciativo aos sujeitos LGBTQIA+. A sociedade, exercendo suas relações de poder e dominação, acaba por construir assim, uma deterioração da identidade destes indivíduos.

O surto de HIV/Aids, segundo Ferraz (2010), traz uma série de estudos sobre os significados subjetivos, culturais e sociais da vivência da sexualidade começaram a ser realizados. Os conhecimentos produzidos traziam à tona a diversidade sexual existente na sociedade, fornecendo elementos que viriam a contribuir para a construção de políticas inovadoras, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (PNSI-LGBT) (BRASIL, 2011).

Ao longo dos anos, desde 1988 e da implantação do SUS, houve muitos acertos em suas ações, mas também muitos obstáculos demarcados por cenas e discursos preconceituosos que, de acordo com níveis de intensidade distintos, discriminam, estigmatizam, violentam e excluem pessoas pelas mais variadas categorias, seja classe social, raça, etnia, identidade de gêneros, orientação sexual, relação intergeracional ou estética corporal (PERES, 2010, p. 309).

Em 1973 a homossexualidade deixou de constar como transtorno mental no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, e somente em 17 de maio de 1990 que a homossexualidade é totalmente desconsiderada no rol de doenças, quando retirada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Já a transexualidade só deixou de ser classificada como doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em junho de 2018. A mudança na nova classificação internacional de doenças (CID 11), que passa a vigorar em janeiro de 2022, ocorre 28 anos depois a decisão de retirar o termo homossexualidade da lista de doenças. Na CID 11 houve a retirada dos transtornos de identidade de gênero do capítulo de doenças mentais. Com a mudança, o termo passa a ser chamado de incongruência de gênero, e está inserido no capítulo sobre saúde sexual.

A Lei internacional dos Direitos Humanos preconiza que os países têm a obrigação legal de abordar a discriminação nos serviços de saúde e nos locais de trabalho. Segundo a Agenda para Zero Discriminação nos Serviços de Saúde (UNAIDS, 2018) a discriminação se constitui numa barreira de acesso aos serviços comunitários e de saúde e pode ocorrer de variadas maneiras como, por exemplo, negar atendimento, negar privacidade, quebrar a confidencialidade, negar informação ou propagar a desinformação. A “patologização” de determinada orientação sexual ou de identidade de gênero também serve para aumentar a discriminação e o estigma, além de impedir o alcance de uma cobertura universal na área da saúde, podendo dificultar o acesso aos serviços.

No entanto, é a partir da década de 2000 que se ampliam o debate sobre o campo da diversidade sexual e de gênero, reforçando a visibilidade das temáticas e ações públicas expressas pelo protagonismo político LGBTQIA+ na luta e garantia de direitos de cidadania, como o Programa Brasil Sem Homofobia e a Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da população LGBT.

Podemos dizer então que a diversidade sexual é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades, e a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las, com vistas à promoção da equidade de gênero, do reconhecimento da diversidade sexual. Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde reconhece que as identidades sexual e de gênero são atributos que expõem a população LGBTQIA+ à discriminação e à violação de direitos humanos, inclusive ao acesso não integral à saúde (BRASI, 2008). Contudo, ainda precisamos nos apropriar da diversidade sexual enquanto determinante social da saúde, conforme afirma Duarte (2014).

As políticas de saúde têm tentado contribuir para a superação de obstáculos do cuidado com a saúde que são determinados pelas desigualdades e podemos de fato perceber avanços importantes no contexto brasileiro.

Todavia, ainda observa-se, no Brasil e no mundo, um discurso de forte conteúdo higiênista e moralista não somente pelo viés do conservadorismo movimentado pelas religiões cristãs, mas também da ordem política e médica que “tende a patologizar e medicalizar as diferenças que denunciam a não naturalidade, no humano, dos processos constitutivos e das práticas sociais e relacionais vinculadas à sexualidade” (LIONÇO, 2008, p. 18) exigindo uma heterossexualidade compulsória hegemônica. Nessa perspectiva, precisam ser tratados e “curados”, como se houvesse algo a ser consertado, seja sua sexualidade, seja sua subjetividade.

O adoecimento e o sofrimento de LGBTQIA+ podem ser agravados quando

correlacionados ao seu modo de vida e as dificuldades enfrentadas diante das diversas formas de violência e das discriminações vivenciadas em decorrência da livre orientação sexual.

[...] indivíduos LGBTQIA+ sofrem discriminação em muitos aspectos diferentes da vida cotidiana. Sofrem tanto com a discriminação oficial, na forma de leis estaduais e políticas que criminalizam a homossexualidade (impedindo-os de trabalhar em determinados tipos de emprego ou lhes negando acesso a benefícios), como com a discriminação não oficial, na forma de estigma social, exclusão e preconceito inclusive no trabalho, em casa, na escola e em instituições de gênero. A orientação sexual e identidade de gênero – como a raça, o sexo, a cor ou a religião – são condições não permissíveis saúde. Contudo, o regime internacional de direitos humanos proíbe a discriminação com base na orientação sexual e identidade de para distinção (ONU, 2013, p. 4).

Apesar do Brasil ser considerado legamente um Estado Laico desde 1988 com a promulgação da Constituição Federal, e os valores religiosos terem sido formalmente desagregados dos atos governamentais, ainda hoje existem estudos<sup>17</sup> na área da saúde que defendem a importância da religiosidade como estratégia de melhoria da qualidade de vida, bem como para a promoção da saúde mental e restabelecimento emocional.

Estudos como estes elencados por Porto e Reis (2013) só contribuem para a manutenção da ordem cisheteronormativa, para a exclusão e estigmatização da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde, visto que segundo o Censo Demográfico Brasileiro (IBGE, 2010) 81% da população brasileira é de religião cristã, fazendo com que estes sujeitos ainda sejam alvo de atitudes discriminatórias dentro dos serviços governamentais.

É preciso lembrar que foi após a entrada da Igreja/Religião no Estado que as pessoas que não se enquadravam dentro das cisheteronormas foram criminalizadas, e destacar também que a religião não se sustenta em metodologias científicas, a religião é cultura, um “saber popular”, através dos quais as pessoas LGBTQIA+ foram, e ainda são, julgadas, passam por situações de demérito, são consideradas uma desonra para suas famílias e uma afronta a sociedade.

Por tanto, a religião não pode ser considerada uma modalidade de cuidado, de apoio social, pois em muitos casos ela é a promotora do adoecimento, da exclusão e do sofrimento dos sujeitos LGBTQIA+.

São discursos como estes, apoiados pelo atual governo que promovem retrocessos e dificultam a implementação de políticas públicas para a população LGBTQIA+, através de

---

<sup>17</sup> Os autores Porto e Reis (2013), realizara um estudo no qual selecionaram 19 publicações sobre a defesa da religiosidade e saúde mental.

cortes nas verbas em políticas, programas e projetos governamentais voltados para essas pessoas.

Tanto que, mesmo após 11 anos de aprovação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT ainda nos deparamos com determinados discursos e práticas que estabelecem um hiato entre o que está no papel e o que realmente se efetiva no cotidiano do cuidado à saúde de LGBTQIA+. Duarte (2014) salienta, “a necessidade de operar esse debate e a implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT em todos os níveis de atenção e cuidado no campo da saúde.”

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Interssexuais, Assexuados e outras formas de expressão sexual e de gênero, que não sejam as socialmente aceitas e padronizadas pela cisheteronormatividade foram e são alvo de discriminação que se expressa na posição de rejeição assumida, na maioria das vezes, pela família, nos ambientes de trabalho e de participação política; nos espaços de lazer; de amizade e em praticamente todas as dimensões das relações humanas.

Entende-se então, que não existe violência maior do que a não liberdade de expressão, ou seja, a própria alienação do sujeito. Pois estes sujeitos são obrigados a assumir nos espaços públicos e nos espaços privados “uma identidade discreta”, levando uma “vida dupla”, o que promove um grande ‘conflito identitário’, capaz de fazer com que os indivíduos não consigam descrever a si mesmos.

[...] Receber correspondências, passar pela portaria de um condomínio, ir a uma festa comunitária, compartilhar o espaço do elevador, comprar pão na padaria da esquina, ir ao supermercado o pagar o aluguel, podem se converter de atividades triviais em atividades altamente embaraçosas e complexas, especialmente quando o indivíduo era conhecido como pertencente a um gênero e passa a afirmar, especialmente, no mesmo espaço de moradia, seu pertencimento a outro gênero. (SANTOS e ALEMEIDA, 2014, p. 305)

Este sofrimento causado pelo conflito identitário e/ ou por não poderem assumir quem realmente são, tornam as pessoas LGBTQIA+ mais propensas a cometerem suicídio de acordo com a Revista MetrÓpole de 2017, citada por DUARTE et al. (2018). Compreende-se então que o desenvolvimento de políticas públicas para população LGBTQIA+, precisa estar relacionada a condições dignas de saúde. Mas também ao respeito e agir dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito a subjetividade dos sujeitos.

Como relatado anteriormente, apesar da homossexualidade ter sido retirada do manual de perturbações mentais da Associação Americana de Psiquiatria em 1973 e deixou de ser considerada uma doença em 1991, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), este grupo de

peças ainda é uma minoria relevante de estudos, visto que ainda são vítimas de estigma, preconceito e violência. Esta experiência de conviver com uma identidade estigmatizada pode gerar um ‘conflito identitário’, capaz de fazer com que alguns indivíduos não consigam descrever a si mesmos. Ou ainda um complexo de sociabilidade arraigado de preconceito, baixa autoestima e resistências, envolvimento de questões morais, culturais, religiosas, econômicas e afetivas.

A sociedade em geral ainda trata as pessoas LGBTQIA+ com desigualdade, preconceito, violência, por não se enquadrarem nos comportamentos cisheteronormativos. Barbosa e Fachini (apud ALBUQUERQUE, 2013) apontam que os agravos à saúde das pessoas LGBTQIA+ estão, em grande parte, determinados socialmente, e revelam uma maior propensão ao envolvimento com álcool e drogas ilícitas, obesidade, práticas sexuais sem proteção, demanda aumentada das doenças psíquicas, tais como a automutilação e o suicídio, comportamentos violentos, HIV/Aids, entre outros.

Essa estigmatização, essa desigualdade social na qual se encontram as pessoas LGBTQIA+ as colocam em situações que implicam algum grau de injustiça, de desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio (Barata, 2009), o que os torna demanda prioritária para a Política Nacional de Saúde Mental.

Segundo Barata (2009), as desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa, e estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir os graus de iniquidade existente em cada sociedade.

Um problema de saúde que vem se intensificando nos últimos anos, no qual a determinação das relações de gênero, sexualidade e orientação sexual ocupam uma posição central, é a violência. A população LGBTQIA+ é vítima de violência simplesmente por resistirem pela liberdade de seus corpos, sexualidades e por suas vidas. Mas não é uma violência qualquer, é uma violência que mata, fere e brutaliza esses corpos, expondo-os ao ridículo e a extremos processos de exclusão por serem quem e como são.

Podemos perceber reflexos agravados dessas situações de violência contra a população LGBTQIA+ nos últimos anos, no qual vivenciamos um retrocesso com a crescente do fundamentalismo religioso no Brasil, que tem atingido em cheio as pessoas LGBTQIA+, desde as ações governamentais, que vem negando o direito de se ter políticas públicas específicas, até as ações da sociedade em geral através das agressões e crimes de ódio. Percebe-se assim, uma LGBTIfobia estrutural que agrava a situação de vulnerabilidade na qual essas pessoas se encontram, proporcionando condições para agressão e negativa de direitos, e o retrocesso significativo de décadas de lutas travadas pelos diferentes movimentos

sociais, organizações e instituições. (Observatório de morte e violências de LGBTI+ no Brasil: 2020).

Recentemente foi publicado o dossiê do Observatório de Mortes e Violências LGBTI+ no Brasil, referente ao ano de 2021. A pesquisa constatou que no último ano houve um aumento de 33,33% no total de mortes das pessoas LGBTQIA+, e apesar do número representar que a cada 27 horas uma pessoa LGBTQIA+ é assassinada no Brasil, e isso por si só demonstrar a importância de políticas públicas para a garantia de direitos dessa população, o dossiê afirma que estes dados ainda são subnotificados no nosso país, devido a falta de dados governamentais.

Apenas por serem LGBTI+s, 316 pessoas morreram em 2021, por homicídio (82,91%), latrocínio (7,28%) e suicídio (8,23%). Além disso, a taxa de empregabilidade é menor para LGBTI+s em relação a cis-heterossexuais e a probabilidade de estigmatização, humilhação e discriminação é maior em serviços de saúde. (Observatório de morte e violências de LGBTI+ no Brasil: 2021)

A meta de qualquer política equânime não deve ser simplesmente igualar o estado de saúde para os diferentes grupos sociais, mas sim buscar igualdade de oportunidades de saúde. E os profissionais de saúde precisam estar adequadamente habilitados para garantir a qualidade técnica e humana do atendimento, e os serviços precisam estar organizados para responder às necessidades de saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a implementação de Políticas, Programas e Projetos pela gestão municipal que visem garantir a qualidade da assistência e o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde mental do município de Resende/RJ.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Identificar políticas públicas, programas, diretrizes e ações implementadas pela área de saúde mental para atendimento da população LGBTQIA+;
- b) Identificar parâmetros e mecanismos de garantia de direitos e de atenção à saúde mental à população LGBTQIA+ em documentos de pactuação da gestão municipal;
- c) Conhecer e analisar as políticas de saúde e da atenção psicossocial à população LGBTQIA+ a partir da ótica dos gestores municipais.

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que envolve a produção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995).

Minayo (2007, p. 24) enfatiza que a pesquisa qualitativa “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” e, a partir desse conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente, busca compreender e interpretar a realidade. No entanto, a autora afirma que a pesquisa qualitativa não se caracteriza apenas por um conjunto de técnicas, mas sim por uma correlação entre teoria, metodologia, definição do problema e pela forma de produção dos dados, que não são possíveis em outras técnicas de pesquisa.

É considerado um estudo exploratório que visa analisar a implementação de políticas públicas voltadas para a saúde mental da população LGBTQIA+ a partir da análise de documentos institucionais e da visão dos gestores municipais. Os autores Lima e D’Ascenzi (2013), recorrendo à teoria do cientista político norte-americano Kurt Cline, defendem que a análise de implementação de políticas é diretamente influenciada pela definição da natureza do “problema de implementação”.

A primeira estabelece que a natureza do problema é administrativo-organizacional e sua resolução depende da especificação de objetivos e do controle dos subordinados. Na segunda definição, o problema da implementação decorre de conflito de interesses. A preocupação é com a obtenção de cooperação dos participantes do processo. A solução para os problemas da implementação é construir instituições ou mecanismos que criem um contexto de cooperação para os participantes (p.102).

Nesta pesquisa, as variáveis cognitivas foram priorizadas, entendendo-se que elas atuam como ligações entre um plano, programa, projeto ou política e sua apropriação, o que envolve a estrutura normativa do plano/política pública, as condições locais de implementação e as ideias e valores dos atores executores. Esses três elementos (estrutura normativa, condições locais e ideias e valores dos atores) atuam de forma interdependente, influenciando a trajetória do plano/política e seus resultados (Lima e D’Ascenzi, 2013).

Assim afirmam os autores:

Acreditamos que a trajetória e conformação do processo de implementação são influenciadas pelas características e o conteúdo do plano, pelas estruturas e dinâmicas dos espaços organizacionais e pelas ideias, **valores e as concepções de mundo dos atores implementadores (grifo nosso que servirá de análise mais a frente)**. Isso pressupõe o seguinte: esses atores exercem sua discricionariedade, com base em sistemas de ideias específicos; as normas organizacionais formais e informais constroem e incentivam determinados comportamentos; por último, o plano é um ponto de partida que será interpretado e adaptado às circunstâncias locais. Nesse quadro, as variáveis cognitivas recebem destaque, pois atuam como mediadoras entre as intenções contidas no plano e sua apropriação nos espaços locais. (Lima e D'Ascenzi, 2013, p. 109)

A ideia central dessa abordagem sustenta-se na aproximação de elementos como ideias e concepções de mundo dos atores, suas normatividades, estratégias e intencionalidades. Nessa perspectiva, todos esses elementos atuam de forma a conectar as intenções presentes num plano ou numa política e sua implementação, ou seja, na apropriação e desenvolvimento em contextos locais de ação.

Portanto, para o tratamento dos dados obtidos nas entrevistas utilizamos o método da Análise de Conteúdo, que se trata de uma metodologia de análise dos dados que ganhou popularidade através da abordagem proposta por Bardin em 1977, que define o método como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

No presente trabalho adotamos a vertente temática proposta por Minayo (2008). A autora baseada na proposta de Bardin, desenvolve o método de Análise de Conteúdo, na modalidade de Análise Temática através da qual ela propõem uma outra forma de fazer análise de conteúdo que não privilegia tanto os aspectos quantitativos, e sim os aspectos qualitativos; uma abordagem que valoriza mais os temas que aparecem no discurso, organizando-os de modo à permitir sua análise.

Minayo (2008) afirma que “uma boa análise começa desde quando iniciamos a definição do objeto”, e que qualquer análise se baseia em: compreender, interpretar e dialetizar.

A vertente temática proposta por Minayo (2008) foi escolhida não somente por sua simplicidade na aplicação dos procedimentos analíticos, mas principalmente por ser considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde de natureza exploratória.

Desta forma a análise se desdobrou em três etapas, predefinidas por Minayo (2008):

- 1- Seleção dos documentos públicos a serem analisados, tomando como indicadores iniciais os estabelecidos na PNSI-LGBT e as entrevistas realizadas;

- 2- Exploração do material: nessa fase nos debruçaremos sobre a leitura dos documentos e principalmente sobre os registros realizados das falas das entrevistas com os gestores;
- 3- Interpretação dos resultados, interrelacionando as entrevistas, a análise dos documentos com o referencial teórico, desenhando a comprovação ou não da hipótese.

Como afirma Victoria et.al (2000), os dados podem ser obtidos a partir de registros detalhados da observação e das entrevistas. Sendo assim, assumem as características de uma interpretação dos eventos pesquisados, portanto os dados obtidos foram analisados tomando como base o referencial teórico aqui apresentado.

Através do método escolhido (MINAYO, 2008), pretendemos investigar: a- se o município de Resende implementou os preceitos da Política Nacional de Saúde Integral – LGBT nos serviços de saúde mental;. b- se o município de Resende conseguiu efetivar direitos e melhorar o acesso à atenção em saúde mental por parte da população LGBTQIA+; c- se o município conseguiu ofertar cuidado em saúde mental e desenvolver ações contra a homofobia, estigmas, discriminação e preconceitos, além de prevenção e combate à violência física e verbal; d- se existiu investimentos em educação continuada e permanente para os trabalhadores da Saúde Mental sobre a temática dos direitos da população em questão por parte da gestão/superintendência da Saúde Mental.

Adotamos este método por entendermos que abordamos um tema ainda pouco explorado, especialmente nesse território, e toda pesquisa é uma forma de aproximação da realidade:

[...] toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos (Minayo, 2012, p.06)

A opção pelo método também teve relação com o significado e importância de duplo papel enquanto trabalhadora do SUS e pesquisadora, visto que interessa tanto o emissor e o contexto da mensagem, quanto quem a recebe e os efeitos que ela produz, ou seja a compreensão e interpretação, também assinalam um momento na práxis do pesquisador. Nesse sentido, a atividade de pesquisa aproxima, questiona e contribui para a transformação da realidade social. Como afirma Minayo (2012, p.05) a pesquisa “nunca será uma obra acabada e suas conclusões devem se abrir para novas indagações”.

## 4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com aplicação de formulário de dados sociodemográficos e perguntas abertas orientadas por roteiro para informantes-chave – gestores responsáveis pela implementação da política de saúde mental no município de Resende, município este localizado no interior do estado do Rio de Janeiro, cujas características e historicidade serão descritas de forma breve um pouco mais adiante, com intenção de analisar qual foco estes gestores têm dado para as demandas da população LGBTQIA+ nessa área e se as ações desenvolvidas estão em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral - LGBT. Foi proposta também uma análise documental a partir de levantamento de possíveis documentos de pactuação municipal.

Foram realizadas duas etapas, a entrevista e a análise documental, devido a importância dessas técnicas para explicar a realidade, pois como afirma Minayo (2012) é importante “a triângulação interna à própria abordagem, que consiste em olhar o objeto sob seus diversos ângulos, comparar de duas ou mais fontes de informação” com intuito de construirmos um relato que nos permita tornar os fatos obtidos em dados e informações, construindo a história do atendimento em saúde mental da população LGBTQIA+ em Resende.

Foram levantados documentos como Plano Plurianual, Plano de Ação elaborados no período de 2018/ 2021 e 2014/2017. Após leitura e análise dos documentos levantados, não foi possível identificar a introdução de temas ligados à saúde da população LGBTQIA+ na agenda política no município de Resende nos últimos oito anos, ou seja, não foram direcionados recursos financeiros para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para essa população nesse período.

A técnica de entrevista foi uma conversa guiada, conforme indica Minayo (2012), com a finalidade de compreendermos a realidade do município de Resende em relação à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), com ênfase na atenção em Saúde Mental, considerando a história do município, seu contexto e viés conservador. A PNSI-LGBT foi criada através da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 com o intuito de garantir o acesso a um sistema de saúde universal, integral e equitativo.

As questões norteadoras das entrevistas foram baseadas nos artigos da Política Nacional de Saúde Integral – LGBT, tendo como tópico central analisar a implementação desta nos serviços de saúde mental do município. O formulário com as questões que nortearam as entrevistas está disponível como ‘roteiro de entrevista’ no APÊNDICE C.

Todos os preceitos éticos foram observados no desenvolvimento do estudo e o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública tendo sido aprovado sob o nº 5.269.609.

A fim de subsidiar a entrada no campo de pesquisa, buscamos identificar e analisar as políticas públicas, programas e diretrizes para atendimento da população LGBTQIA+ implementadas pela prefeitura municipal de Resende, através da secretaria municipal de saúde e do departamento de saúde mental, sob a ótica da equipe gestora da saúde mental. Do total de 10 profissionais que havíamos planejado inicialmente entrevistar, foram realizadas 07 entrevistas. Não foi possível realizarmos entrevista com o Secretário Municipal de Saúde, Superintendente de Saúde Mental e com a Coordenação da Residência Terapêutica, todos por falta de agenda.

Os profissionais entrevistados desempenham os seguintes cargos e funções: 02 Enfermeiras na área de Superintendência da Saúde Mental e 05 Coordenadores, assim sendo: Ambulatório de Saúde Mental, CAPS, CAPSad, CAPSi, Leito de Saúde Mental, Residência Terapêutica e Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+.

Visto que através do meio eletrônico não foram identificados documentos públicos escritos referentes a implementação da PNSI – LGBT ou mesmo referente ao atendimento da população LGBTQIA+ pelos serviços de saúde mental, durante a entrevista com a gestão foi questionado sobre a existência de tais documentos, e novamente afirmaram que não haviam documentos legais de implementação do Serviço de Ambulatório de Saúde Integral para a população LGBTQIA+ e nem mesmo provisão no orçamento do município de recursos financeiros para a implementação desse serviço ou de uma política pública municipal para essa população.

#### 4.3 LÓCUS DE PESQUISA E TRABALHO DE CAMPO

Resende é o município mais antigo da região Sul Fluminense, originalmente habitada pelos índios Puris, em 1744 o coronel Simão da Cunha Gago conseguiu autorização da Coroa Portuguesa para desbravar a região em busca de ouro e diamante. Em 1801 o povoado se torna “Vila de Resende”, mesmo nome do Coronel de Resende, vice Rei do Brasil (Resende, 2015).

Durante o século XIX, Resende tornou-se referência na produção do café, com a expansão dessa cultura cafeeira. A Vila de Resende foi emancipada à condição de cidade em 13 de julho de 1848 pela Lei Provincial n.º 438. No entanto, em 1870 a cidade sofre um êxodo

das famílias produtoras de café, por dois motivos, pela proibição do tráfico de escravos em 1850 e pela baixa produção das terras devido o excesso de utilização, com isso as produções tornaram-se despendiosas. Desta forma, o município passou por uma desvalorização imobiliária e atraiu emigrantes vindos de Minas Gerais, que se instalavam com seu gado nos cafezais abandonados. No início do século XX iniciou-se o ciclo da pecuária na região, levando Resende a produzir um terço da produção leiteira e se tornou o segundo produtor de queijo e manteiga do estado do Rio de Janeiro.

A década de 1940 e 1950 foram marcantes para o município de Resende, não somente pela expansão da industrialização, mas pela instalação da Academia Militar das Agulhas Negras (AMAN) no município e pela inauguração da Rodovia Presidente Dutra. Resende está localizada em ponto estratégico no trecho que liga a capital do Rio de Janeiro e o estado de São Paulo. Além da Rodovia, desde a época da extração de minérios já contava com a rede ferroviária, a antiga Estrada de Ferro Central do Brasil<sup>18</sup>.

E se por um tempo Resende foi dividida entre aristocracia x burguesia, senhores x escravos, após a instalação da AMAN, foi evidentemente dividida entre militares x civis, onde os militares tinham os melhores salários, as melhores casas, mais acesso a cidade e às políticas públicas.

Atualmente o município tem uma população estimada em 133.244 habitantes, segundo dados estimados pelo IBGE de julho de 2021, e uma área total de 1.114 km<sup>2</sup>, sendo 67 km<sup>2</sup> pertencentes ao Exército Brasileiro. Em 2011 apresentou o terceiro maior Produto Interno Bruto - PIB e o segundo melhor Índice de Desenvolvimento Humano - IDH entre os municípios da região sul fluminense. Atualmente a economia desse município se baseia nas atividades industriais, com destaque para os setores metal-mecânico e químico-farmacêutico.

É preciso enfatizar o viés conservador que caracteriza o município culturalmente. Seu modo de colonização e desenvolvimento o qual descrevemos brevemente, e a implementação da Escola de Ensino Superior do Exército fizeram com que a cidade fosse desenvolvida conservando princípios culturais da aristocracia brasileira, princípios cisheteronormativos.

A instalação da AMAN na cidade e o crescimento populacional do município corroborou ainda mais com essa cultura, visto que a cidade por um tempo não conseguiu prover o quantitativo suficiente de profissionais para atender a demanda da população, a Academia cedia profissionais para atuarem como professores nas escolas públicas, médicos e

---

<sup>18</sup> Atual Rede Ferroviária Federal, que hoje se encontra sob consignação de uma empresa privada.

enfermeiros para a área da saúde, e também atendia municípes através do Hospital Escola.

Atualmente não é comum essa cessão de profissionais do exército brasileiro para atuarem nos serviços públicos do município, visto que desde 2014 houve um maior investimento em concursos públicos e na convocação de profissioanis concursados. Segundo dados do portal da transparência do município, cerca de 78% dos profissionais são efetivos.

Esse viés conservador tem grande influência não somente na elaboração e implementação das políticas públicas, mas também no modo de pensar e agir da sociedade resendense.

E essa cultura conservadora pode ser observada através dos dados eleitorais, da eleição federal de 2014, onde 60% dos votos contabilizados no município foram para o partido de direita<sup>19</sup>, e em 2018 74,3% dos votos foram para o partido do atual presidente Jair Bolsonaro de extrema direita.

O município conta com os seguintes serviços de saúde, 02 unidades de pronto atendimento (UPA) 24 horas, 35 unidades de serviços de atenção básica, sendo 32 Unidades Básicas de Saúde da Família, 01 Academia da saúde, 01 Consultório na Rua e 01 Centro de Assistência ao Adolescente.

Há 12 Serviços da Atenção Especializada, dentre eles destaca-se a Unidade de Saúde Resende que desenvolve os programas de DST/AIDS, Tuberculose e Hanseníase, o CMI – Centro Municipal de Imunização, o dispensario de medicamentos, o Ambulatório Especializado da Mulher e ATAN, o Centro Municipal de Fonoaudiologia, o Centro Integrado de Atendimento ao diabetes e o CMRH – Cdentro Municipal de Reabilitação e Hidroterapia.

Resende possui 02 Centros de especialidades Odontológicas, 06 Serviços de Saúde Mental, 01 Centro de Diagnóstico por Imagem – CDI, Faz parte também da Secretaria de Saúde, ouvidoria da saúde, a central de ambulâncias e a fábrica de óculos, hemonucleo, centro de controle de zoonoses, serviço de vigilancia sanitária, ambiental e epidemiologia, o hospital veterinário e o programa Melhor em Casa.

Conta com 03 Serviços de Atendimento de Urgências e Emergências e um Hospital Municipal especializado em atendimento de emergência com nove leitos de CTI e um Hemonúcleo, cuja capacidade diária de atendimento é de quarenta pessoas. A média de atendimento hospitalar anual é de 68.500 pessoas. Resende possui um total de 301 leitos hospitalares, sendo 195 públicos e 106 particulares. No entanto deste total, apenas 10 leitos são destinados a pessoas em tratamento para transtornos mentais, sendo 05 masculinos, 04

---

<sup>19</sup>De acordo com o *The Concise Oxford Dictionary of Politics*, nas democracias liberais, a direita política se opõe ao socialismo e à social-democracia. Os partidos de direita incluem conservadores, democratas-cristãos, liberais e nacionalistas, e os da extrema-direita incluem nacional-socialistas e fascistas.

femininos e 01 leito infantojuvenil.

No que se refere a rede de serviços de atendimento especializado em Saúde Mental há no município: 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad), 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 10 leitos para pacientes em crise e 01 Residência Terapêutica.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foi inaugurado o Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+, serviço municipal atualmente administrado pela superintendência de saúde mental, mas que atua com o tratamento hormonal e de transgenitalização para pessoas Transexuais. Visto que o serviço se encontra sob a responsabilidade e coordenação da saúde mental, incluímos o gestor do mesmo no rol de entrevistados.

Este serviço recém inaugurado conta com um corpo técnico de 05 profissionais, 02 assistente sociais, 02 psicólogos e 01 médico endocrinologista. Todos os profissionais são lotados em outros serviços, e dividem sua carga horária no Ambulatório. Além disso, o espaço físico também é dividido com outro serviço. Por se tratar de um serviço em fase de implementação, e ainda não receber cofinanciamento dos entes federativos, não possuem profissionais administrativos, telefone para contato e os agendamentos precisam ser realizados através de e-mail.

## **5. ASPECTOS ÉTICOS, SUJEITOS DE PESQUISA, TÉCNICAS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS**

Conforme afirma Victoria et.al (2000), quando falamos de ética, estamos falando da ação humana, uma ação voluntária e livre, desta forma este estudo buscou assegurar e respeitar, durante todo o percurso de desenvolvimento, os aspectos éticos, conforme as resoluções do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP).

Destaca-se que a pesquisa apesar de tratar da temática de um público vulnerável não se pretendeu entrevistar essa população, e sim os profissionais que atuam na gestão da política de saúde mental do município de Resende. Sendo assim, procuramos cumprir os preceitos da Resolução nº 510/2016, que dispõe sobre análise ética de pesquisas na área de ciências humanas e sociais, considerando a obtenção de dados primários, por meio do contato direto com os participantes.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a fim de garantir que a pesquisa estivesse de acordo com todas as exigências éticas cabíveis, e apenas após aprovação final foram realizados os primeiros contatos com possíveis participantes. Além disso, todos participantes da pesquisa registraram o aceite do TCLE (APÊNDICE A). O aceite das condições do estudo descritas no TCLE foi firmado no próprio documento por meio de rubricas e assinatura e entregue a pesquisadora como resposta de aceite do termo. No TCLE constam os objetivos do projeto, os métodos de pesquisa, os procedimentos, benefícios e possíveis riscos durante a sua realização.

O contato inicial com os profissionais ocorreu por meio de contato telefônico, através do qual apresentamos a proposta de pesquisa e agendamos as entrevistas que aconteceram em data, horário e local escolhido pelos entrevistados. Os encontros foram gravados, conforme indicado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) e a entrevista só iniciou após o aceite e assinatura do termo pelos participantes.

Quando pensamos em ética, evocamos imediatamente a questão do sigilo, e apesar de entendermos que este conceito é bem mais profundo que isso, buscou-se garantir privacidade e anonimato dos participantes, bem como a liberdade de recusarem-se a participar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização alguma.

Para isso, os nomes das participantes não foram revelados, nos referiremos apenas aos serviços, não destacamos o ano da pesquisa, para dificultar ao máximo a identificação do entrevistados e estes foram codificados por nomes das Organizações Não Governamentais que

foram influencia nos movimentos sociais LGBTQIA+ no Brasil: ABGLT<sup>20</sup>, GGB<sup>21</sup>, Triângulo Rosa<sup>22</sup>, Arco Íris<sup>23</sup>, Acontece<sup>24</sup>, ANTRA<sup>25</sup> e VRSH<sup>26</sup>.

O roteiro de entrevista (APÊNDICE C) foi elaborado em duas partes, na primeira, constavam os dados de identificação e caracterização sociodemográfica dos participantes. A segunda tratavam-se de questões pré-estabelecidas a partir dos artigos da Política Nacional de Saúde-LGBT, como foco na sua implementação, objetivo deste estudo.

O roteiro foi aplicado previamente a duas coordenações, a fim de verificar junto aos entrevistados se as perguntas estavam claras, objetivas. O instrumento apresentou-se coerente e adequado à pesquisa, não sendo necessárias modificações importantes.

Foi necessário apenas um encontro individual com cada participante. Todos foram devidamente informados que não receberiam nenhum tipo de pagamento ou gratificação pela participação no estudo, podendo ser beneficiados a partir da reflexão crítica sobre a implementação de políticas públicas para população LGBTQIA+ no município de Resende, o que para a gestão pode servir como um instrumento diagnóstico dos serviços de saúde mental.

A duração dos encontros foi bastante variada, alguns tomaram em torno de 20, 30

---

<sup>20</sup> Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos cujo nome e fins foram aprovados em 31 de Janeiro de 1995 na plenária final do VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais, realizado no Instituto Cajamar (SP) entre os dias 4 e 7 de setembro de 93.

<sup>21</sup> Grupo Gay da Bahia, criado em 1980 na Bahia, autor de diversas publicações sobre a temática, e o primeiro a produzir o relatório de Mortes e violentas de LGBT no Brasil, que atualmente se tornou o Observatório de Mortes e Violências LGBT. <https://grupogaydabahia.com>

<sup>22</sup> Triângulo Rosa, criado em 2006 no município de Belford Roxo, <http://triangulorosaoficial.blogspot.com>

<sup>23</sup> Fundado em 21 de maio de 1993, nestes 27 anos de atuação mantém sede com funcionamento regular na cidade do Rio de Janeiro, não tendo ao longo de sua história nenhum período de descontinuidade de suas atividades, e neste tempo vem pautando sua agenda voltada para lésbicas, gays, bissexuais, travestis, mulheres transexuais, homens trans e pessoas intersexo, com o enfoque na cidadania, promoção dos direitos humanos e de uma cultura de paz, combate violência, justiça social, prevenção e atenção em IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais entre outras questões que busquem a melhoria da qualidade de vida dessa população. <http://www.arco-iris.org.br>

<sup>24</sup> A Acontece – Arte e Política LGBTI+ foi fundada por um grupo de militantes LGBTI+ e dos Direitos Humanos, no município de Florianópolis no dia 22 de junho de 2013, estruturando-se como uma entidade sem fins lucrativos e econômicos, de utilidade pública. <https://acontecelgbti.org>

<sup>25</sup> Teve início em 1992 com a fundação da Associação de Travestis e Liberados – ASTRAL, no Rio de Janeiro, após alguns anos, e diversos encontros Nacionais, que foram fundamentais para o fortalecimento do movimento Trans, foi organizada pela ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Todas as políticas e iniciativas para população Trans do foram originadas nesses debates, todas as deliberações e recomendações de outras proposições tiradas noutros movimentos são pautas das atuações nesses encontros. <https://antrabrasil.org>

<sup>26</sup> Ainda nova no cenário Nacional, a ONG Volta Redonda Sem Homofobia, tem sido de grande importância para o movimento no Sul do Estado do Rio de Janeiro, localizada na cidade de Volta Redonda, ainda não possui sede, visa promover a qualidade de vida, os direitos humanos e a cidadania ao público de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Desenvolveu uma pesquisa sobre o Mapeamento da Violência contra população LGBTI+ nos municípios do Sul Fluminense. <https://linktr.ee/ongvrsh>

minutos, mas não ultrapassaram 50 minutos. Os mais longos foram contributivos com os processos de reflexão sobre as políticas públicas, programas e projetos voltados para a população LGBTQIA+, bem como sobre os processos e fluxos de trabalho. Não é possível explicitar com exatidão o motivo da variação do tempo de duração dos encontros, mas temos como hipótese o próprio envolvimento dos participantes com a temática, seus conhecimentos teóricos sobre o assunto e até mesmo a identificação pessoal.

Antes de adentrarmos nas entrevistas propriamente ditas, se faz necessário explicitarmos o motivo da escolha dos entrevistados.

Adotamos a concepção de que gestão é composta pela associação entre o domínio de conhecimentos técnicos e a capacidade de inovação, alinhada aos princípios democráticos da gestão pública (Brasil, MDS, 2008). Entendemos que é função e responsabilidade da equipe gestora, sejam estes Secretários, Superintendentes, Diretores e/ou Coordenadores, pensar as dimensões das políticas públicas, elaborar diagnósticos das demandas da população com base nos dados elaborados pelos serviços, planejar, executar, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas por estes serviços. E estes movimentos devem estar interligados, inter-relacionados em uma estratégia dinâmica.

Sendo assim, para além destes profissionais serem os responsáveis pela implementação de políticas públicas, são também responsáveis por favorecer a produção de dados para a elaboração destas, e mais ainda, devem proporcionar a capacitação dos profissionais que nessa política atuam. Devem permitir que as equipes dos serviços de saúde mental estejam aptas a atenderem as demandas das pessoas LGBTQIA+, não somente no que se refere às demandas de cuidado em saúde mental, mas permitindo que obtenham conhecimento de toda a rede de serviços e direitos existentes, possibilitando a garantia de direitos dessas pessoas e o encaminhamentos para demais serviços da rede intersetorial quando necessário.

Entendemos que o coordenador de um serviço, para além de gerente, ele deve ser um facilitador dos processos de trabalho, deve viabilizar as condições técnico-operacionais necessárias à prestação dos serviços. Esse profissional deve ter a capacidade de articular, coordenar, executar as ações, proporcionando de forma democrática com a equipe a definição do fluxo, dos processos de trabalho, e da implantação, execução, monitoramento, registro e avaliação das ações, dos usuários e dos serviços, além de outras funções primordiais para o desenvolvimento do serviço, conforme estabelecido na NOB-RH/SUS (BRASIL, MDS, 2005).

Portanto, entende-se que a escolha dos entrevistados se deu por serem estes, peças centrais para a avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral-LGBT nos

serviços de saúde mental do município de Resende. Pressupõe-se que, por meio desses profissionais e da existência (ou não) de documentação municipal, seria possível não somente analisar a implementação, mas também se os profissionais destes serviços estão aptos a atenderem as demandas da população LGBTQIA+ e se os serviços produzem dados para a elaboração e implementação de políticas públicas para a população LGBTQIA+ de Resende.

### 5.1 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram entrevistados sete profissionais: seis encontram-se em cargo de gestão dos serviços de saúde mental, e um no cargo de gestão do Ambulatório de Saúde Integral – LGBTQIA+. O total de entrevistados constituíram dois grupos no nível de gestão: um enfermeiro, no nível de direção, gestão da superintendência de saúde mental e seis profissionais no nível de gestão/ coordenação dos serviços: quatro psicólogos, um assistente social, um enfermeiro. Para organizar de maneira mais didática, e manter a privacidade da identidade dos participantes, estes receberam nomes fictícios, conforme descrito anteriormente. Além disso, foi elaborada a Tabela 3 com as características sociodemográficas dos entrevistados, de forma a caracterizar esses informantes, personificando-os para os leitores.

**Tabela 1:** Características sociodemográficas dos entrevistados

Nº	Entrevistado	Idade	Identidade de gênero/Orientação Sexual	Formação Profissional	Vínculo Empregatício	Estado Civil	Religião	Tempo na gestão
1	<i>ABGLT</i>	48 anos	Mulher Cis Hétero	Enfermeira Pós graduada	Cargo Comissionado	Casada	Católica	06 anos
2	<i>GGB</i>	58 anos	Mulher Cis Bissexual	Psicóloga Mestre	Efetiva Estatutária	Divorciada	Sem Religião	08 anos
3	<i>TRIANGULO ROSA</i>	38 anos	Mulher Cis Hétero	Psicóloga Pós graduada	Efetiva Estatutária	Casada	Sem Religião	07 anos
4	<i>ARCO IRIS</i>	44 anos	Homem Cis Hétero	Enfermeiro Pós graduado	Efetivo Estatutário	Viúvo	Católico	02 anos
5	<i>ACONTECE</i>	47 anos	Mulher Cis Hétero	Psicóloga Pós Graduada	Efetiva Estatutária	Solteira	Católica	08 anos

6	<i>ANTRA</i>	37 anos	Homem Cis Homossexual	Assistente Social Pós Graduado	Efetivo Estatutário	Solteiro	Sem Religião	
7	<i>VRSH</i>	58 anos	Mulher Cis Bissexual	Psicóloga Mestre	Efetiva Estatutária	Divorciada	Sem Religião	08 anos

**Fonte:** Autoria própria

Os coordenadores participantes da pesquisa ingressaram, em sua maioria, por meio de concurso público e atuam há mais de dois anos em cargo de gestão (considerando as experiências anteriores), com a finalidade de adquirir qualificação e perfis diferenciados para atuar no seu campo profissional todos os profissionais entrevistados realizaram pós-graduação, e dois possuem o título de Mestre. Foi possível observar que predominam profissionais do sexo feminino com idade média 47 anos, mínima de 37 anos e máxima de 58 anos com estado civil diverso, apenas três dos sete entrevistados possuem uma religião, sendo esta católica.

Conforme observado na tabela 3, todos os entrevistados informaram ser homens ou mulheres cis gênero, em sua maioria com orientação heterossexual e somente *GGB*, *ANTRA* e *VRSH* possuem uma orientação sexual diferente. Tal fato não pode ser tratado de forma isolada. Dados divulgados pelo Censo Escolar do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) apontam o aumento de 171% de evasão escolar no Brasil no ano de 2021. Diversas pesquisas abordam os principais motivos que levam os alunos a interromperem seus estudos, destaca-se que as razões são diversas, tais como as desigualdades sociais, as violações de direitos, à negligência, à violência, à vulnerabilidade social, econômica e afetiva, bem como pela discriminação em razão da identidade de gênero e da orientação sexual (FALCÃO; PAULY, 2014).

Uma das pesquisas mais recentes realizada pelo Grupo Dignidade – Paraná, intitulada “Ação Na Educação” (2017) revelou que no último ano 73% dos/das estudantes LGBTQIA+ foram agredidos/as verbalmente (bullying); 36% foram agredidos/as fisicamente; e 60% se sentiam inseguros/as na escola por serem LGBTQIA+.

A pesquisa “Juventudes na Escola, Sentidos e Buscas: Por que frequentam?” (2013), indica que 19,3% dos alunos de escola pública não gostariam de ter um colega de classe travesti, homossexual, transexual ou transgênero. Em 2016, a Pesquisa Nacional sobre Estudantes LGBTQIA+ e o Ambiente Escolar, realizada no Brasil pela ABGLT, revelou que

73% dos jovens entre 13 e 21 anos identificados como LGBTQIA+ foram agredidos verbalmente na escola em 2015 por causa da sua orientação sexual.

Conforme Queiroz (2011. p. 02), a evasão escolar “[...] não é um problema restrito apenas a algumas escolas, mas é uma questão nacional que vem ocupando relevante papel nas discussões e pesquisas educacionais no cenário brasileiro”. Entretanto, ao mesmo tempo em que a literatura busca colaborar com essa discussão, os objetivos esperados para a educação brasileira estão muito distantes de serem concretizados.

Por tanto, o fato de não termos nenhuma coordenação com identidade de gênero transexual e a maioria dos profissionais terem uma orientação sexual heterossexual é um traço da falta de acesso à educação sofrido pela população LGBTQIA+, fazendo com que a grande maioria não se forme sequer no ensino fundamental e médio.

A análise dos dados se deu a partir das temáticas elencadas pelo roteiro de entrevista, o qual poderíamos dividi-lo em três blocos de perguntas: o primeiro que compreende as perguntas 1 e 2 referente ao perfil socioedemográfico dos entrevistados, o segundo que compreende das perguntas 3 à 9 e o terceiro bloco que compreende as perguntas de número 10 à 13 que juntamente as ideias centrais apresentadas nas entrevistas através da fala dos participantes, nos permitiu dividir essa análise em duas categorias temáticas: Categoria 1 - conhecimento dos gestores de saúde mental sobre a Política de Nacional de Saúde Integral a População LGBT; Categoria 2 - desenvolvimento de ações de educação permanente para os profissionais da saúde mental sobre a temática.

#### Conhecimento dos gestores de saúde mental sobre a Política de Nacional de Saúde Integral a População LGBT

No quarto capítulo dessa pesquisa, item 4.1, destacamos a seguinte citação “Acreditamos que a trajetória e conformação do processo de implementação são influenciadas(...) pelas ideais, valores e as concepções de mundo dos atores implementadores”. Portanto, vale lembrar que o município de Resende, assim como os demais municípios da Região Sul Fluminense, é caracterizado por ser um município de cultura conservadora, cultura esta que influencia no modo de pensar e agir da equipe gestora, portanto identificar não somente o perfil socioedemográfico desses entrevistados, como o conhecimento e a percepção destes sobre a PNSI-LGBT foi primordial para a investigação que se propõe.

Há 15 anos a orientação sexual e a identidade de gênero passaram a ser compreendidas como determinante social de saúde. Durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007

algumas recomendações foram feitas com o objetivo de reduzir as desigualdades que o público LGBTQIA+ vem sofrendo ao longo dos anos nos serviços de saúde.

Dentre as recomendações os autores Guimarães *et.al* (2020) destacam a sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBTQIA+, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS; a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde; a ampliação da participação dos movimentos sociais LGBTQIA+ nos conselhos de saúde; o incentivo à produção de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade; o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis; o aprimoramento do Processo Transsexualizador; a implementação do protocolo de atenção contra a violência considerando a identidade de gênero e a orientação sexual.

Eis que é lançada em 2011 a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, conforme apontado no item 2.4 deste trabalho. Esta política é considerada um divisor de águas, um marco histórico de reconhecimento das demandas da população em condição de vulnerabilidade, contribuindo para diminuir o caráter marginalizado da atenção às pessoas LGBT junto aos serviços de saúde observado por décadas.

Mas, no Brasil ainda é escasso o conhecimento das necessidades em saúde da população LGBTQIA+, conhecimento esse que se evidencia como primordial para fomentar o desenvolvimento das políticas de saúde direcionadas à categoria. (SANTOS, AYRES E DO SANTOS, 2017).

Corroborando com essa afirmação durante as entrevistas a maioria dos gestores informou não conhecer a fundo a PNSI – LGBT. Apenas GGB, ANTRA e VRSH afirmaram estudar a política com objetivo de implementá-la em seus serviços, e para os demais este estudo ficaria mais a cargo da coordenação do serviço do Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+, e este por sua vez teria a função de disseminá-la para os demais serviços.

“Conheço pouco a política, agora com o ambulatório é que ela está sendo mais falada. Não se falava anteriormente sobre isso.” (*Acontece*)

Não percebemos uma preocupação da equipe gestora para realizar a publicização da PNSI-LGBT, visto que até o momento da entrevista a PNSI-LGBT instituída através da Portaria 2.836/2011, não havia sido publicizada para os profissionais dos serviços de saúde mental, *Triangulo Rosa* informou que passaram por uma roda de conversa com a equipe do

Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+, com o objetivo de introduzir a temática e apresentar a equipe sobre o novo serviço, no entanto não houve uma continuidade da ação. Já *ANTRA* afirma que por iniciativa própria e solicitação da equipe sob sua coordenação, passaram por uma conversa com profissional externo com objetivo de formação e informação sobre o atendimento à população LGBTQIA+, mas não houve continuidade.

Esta falta de interesse corrobora para a manutenção do não cumprimento dos preceitos do SUS de universalidade e equidade, perpetuando a violação de direitos no âmbito institucional, desestimulando o respeito às diversidades. Ficando a cargo do bom senso dos profissionais, um acolhimento sem discriminação e preconceito, respeitando as individualidades de cada usuário.

Ao questionarmos as coordenações sobre a existência de um Plano Operativo<sup>27</sup>, e quais os investimentos o município tem realizado para a implementação da PNSI-LGBT, a maioria dos entrevistados resumiram a PNSI-LGBT ao Serviço do Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+.

“Existe sim, porque temos esse ambulatório e ele é totalmente custeado pelo município.” (*ABGLT*)

“Agora está tendo mais visibilidade, e um maior interesse de vários setores.” (*Acontece*)

Através da análise do Plano Plurianual do Município e do Plano Operativo, pode-se afirmar que não existe a informação de quantas pessoas LGBTQIA+ são atendidas pelo Sistema Único de Saúde de Resende, pois não existe menção de destinação de verba para execução de serviços, programas ou projetos específicos para essa população. E com as entrevistas pudemos observar que os serviços de saúde mental também não possuem esses dados quantitativos.

As coordenações *ABGLT*, *GGB* e *VRSH* informaram que esses dados só são contabilizados pelo serviço recém inaugurado do Ambulatório de Saúde Integral – LGBTQIA+, mas que não possuem os dados dos demais serviços da saúde mental. Triângulo Rosa, Arco Iris e *Acontece* informaram que não existe no prontuário a informação sobre identidade de gênero e orientação sexual dos pacientes. Já *ANTRA* afirma que possui a informação da Identidade de Gênero com as opções Masculino, Feminino e Outros, mas que esta última opção nunca foi identificada pelos profissionais da equipe, e que não há a

---

<sup>27</sup>Até a data de aplicação desta pesquisa não haviam Leis, Programas e ou Projetos municipais específicos para atendimento à População LGBTQIA+ no que compreende as demandas de discriminação em decorrência de LGBTIfobia.

informação da orientação sexual.

O não reconhecimento desses sujeitos é um fator inibidor da equidade de acesso aos serviços, impossibilitando o município de pensar políticas públicas, programas e projetos para a população LGBTQIA+. A ausência de tais dados, não permite que sejam traçadas estratégias para a erradicação das desigualdades em saúde, além de impossibilitar o planejamento intersetorial que poderia no caso agregar as demais redes públicas de serviço, visto que a Saúde, como política universal, “tem papel de grande importância na Proteção Social e, sobretudo, na vida dos indivíduos, uma vez que ela deve assegurar subsídios para a sobrevivência saudável desses” (PAIVA, 2020).

O cenário atual é de tornar o Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+ em um serviço, e instituí-lo oficialmente, o que possibilitará o repasse de verba e a implementação deste de forma mais plena. Portanto, percebe-se um esforço em realizar ações de visibilidade no sentido de fortalecer e instituir o Ambulatório. Entretanto, é bastante comum que a sociedade reduza as demandas em saúde da população LGBTQIA+ apenas no processo transexualizador, desconsiderando os atravessamentos e questões específicas de lésbicas, gays, bissexuais e pessoas trans que não perpassam pelo processo. O que não foi diferente com o grupo entrevistado, ao serem questionados se há investimento da prefeitura para a atenção em Saúde Mental da População LGBTQIA+, foi unânime a resposta entre os entrevistados.

“Especificamente, só o Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+.” (*Acontece*)

Como afirmam os autores Rendeiro e Dias (2011) os profissionais de saúde ainda possuem uma baixa informação relacionada ao contexto histórico, político e social que envolve o processo saúde/adoecimento da população LGBTQIA+, demonstrando e reconhecendo tal afirmação, foi necessário questionar os entrevistados sobre ações específicas da Política Nacional de Saúde Mental, visto que o ambulatório é voltado para o processo de hormonização e transexualização. Para além disso, questionou-se sobre o planejamento de ações para os demais atores desse movimento LGBTQIA+ e não somente para as pessoas Trans.

“Entendemos que as pessoas em sofrimento mental ou com transtornos deveriam ser atendidas pelos serviços existente na rede de saúde mental, mas ainda percebemos que as equipes dos CAPS não estão preparados para atender essa população.” (*VRSH*)

“Estamos realizando o rastreamento desse público, mas entendemos que esse público precisa estar dentro dos serviços já existentes, com o objetivo de não

segregar, estamos tentando reintegrar esses sujeitos dentro da rede.” (ABGLT)

Silva *et.al* (2020) apontam que as pessoas LGBTQIA+ além de vítimas da violência e homicídios, também passam por experiências discriminatórias na sociedade e nos serviços de saúde, e com isso podem sofrer baixa autoestima; sentimento de culpa; insegurança; isolamento social; dificuldade de estabelecer e manter relações amorosas, depressão e maior risco para suicídio.

Além disso, a cartilha do Ministério da Saúde “Atenção Integral à Saúde de Homens Gays e Bissexuais” revela que o suicídio faz parte de uma gama de agravos evitáveis, atrelados ao adoecimento mental, que podem ser suscitados pela LGBTfobia, refletindo carência de acesso aos programas de saúde mental específicos para gays, assim como a falta de interlocução com outras políticas de saúde.

A sexualidade é uma necessidade humana básica que deve ser abordada juntamente com outros aspectos relevantes da vida. Cabe aos profissionais da saúde contribuir para sanar dificuldades relacionadas ao tema da sexualidade, responsabilidade reafirmada na política nacional de saúde LGBT que em seu terceiro objetivo específico visa qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBTQIA+. Desta forma, questionamos os gestores quais ações têm sido realizadas para o alcance deste objetivo e pudemos perceber que, apesar das falas divergentes, não há um plano de ações para a qualificação da rede. Mas há uma aposta por parte da gestão que este objetivo seja cumprido pela equipe do serviço do Ambulatório de Saúde Integral – LGBTQIA+.

Com a implantação deste serviço houve um investimento em capacitação para equipe do Ambulatório e de outros profissionais coordenadores de serviços da saúde mental (visto que até o momento o Ambulatório é custeado com verba destinada para o desenvolvimento dos serviços de saúde mental) com o intuito de que esses se tornem agentes multiplicadores para os demais serviços do SUS. Apesar de não haver um Plano de Ação, os profissionais iniciaram o diálogo com a rede da atenção básica do município, através de matriciamento e rodas de conversa, mas até o momento não foi possível atingir os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental.

“É uma política nova e ainda precisamos passar por uma desconstrução dos profisisonais.”(ABGLT)

Apesar de afirmarem que a equipe do Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+ será a multiplicadora para os demais serviços, não se identifica uma ação intersetorial para o

cumprimento de tal objetivo, ficando ainda como uma ação isolada, pois para além da ausência de um Plano Operativo e da real implementação da PNSI-LGBT, realçamos a inexistência de comitês intersetoriais que tenham como objetivo pensar e elaborar políticas públicas e ações municipais para a população LGBTQIA+ na estrutura governamental de Resende, primeiro passo para a implementação de uma política pública no município.

Percebe-se portanto, que a equipe gestora realmente não procurou se apropriar da PNSI-LGBT visto que, até o momento não perceberam a necessidade de dados e indicadores de monitoramento e avaliação, que possibilitarão contemplar dados sobre morbimortalidade e acesso dessas populações à atenção integral à saúde, considerando as prioridades e metas dos planos estaduais e municipais de saúde.

Desenvolvimento de ações de educação permanente para os profissionais da saúde mental sobre a temática

De acordo com o autor Ilan Meyer (2015) em sua pesquisa realizada sobre o Impacto da Resiliência no Estresse e na Saúde das Minorias Sexuais e de Gênero, o impacto da resiliência no estresse sobre a saúde é determinado pela compensação do enfrentamento dos processos estressantes, o mesmo entende ainda que a resiliência é uma parte essencial das minorias.

Minority stress is based on the premise that (a) prejudice and stigma directed toward LGBT people bring about unique stressors and (b) these stressors cause adverse health outcomes including mental and physical disorders (Meyer & Frost, 2013).

Ou seja, os estressores únicos vividos pelas pessoas LGBTQIA+, como o preconceito, LGBTfobia, estigma, rejeição, discriminação, a ocultação da identidade, podem causar, ansiedade, depressão, uso abusivo de substâncias psicoativas, suicídio e inclusive doenças físicas psicosomáticas (MEYER, 2015).

As afirmações do autor, podem ser comprovadas através do estudo diagnóstico realizado pela organização (2021), que identificou o impacto da pandemia para a comunidade LGBTQIA., Dentre os principais, observaram uma significativa piora da saúde mental e o afastamento da rede de apoio dessas pessoas. O estudo aponta que 55,19% dos respondentes afirmam que sua saúde mental estava pior. Obviamente, o contexto pandêmico não afetou apenas a saúde mental da população LGBTQIA+, no entanto, este estudo demonstra que a escassez de cuidados voltados para essas pessoas, e a falta de preparo dos profissionais para atender suas particularidades, só reafirma o quanto é necessário formarmos profissionais que

estejam preparados para lidar com essas questões.

Sendo assim, questionamos os nossos entrevistados, quais ações de educação permanente para os profissionais da saúde mental, vêm sendo desenvolvidas, visto que o próprio Ministério da Saúde explicita ações como forma de promoção e educação em saúde, e revelam o investimento na educação permanente de profissionais sobre a política de saúde LGBTQIA+. (RENDEIRO e DIAS, 2015). E a resposta dos profissionais foi de que há alguns anos não há investimento por parte da gestão para o desenvolvimento de educação permanente para os profissionais da rede de saúde mental, ficando a cargo dos coordenadores dos serviços de forma isolada, conforme as necessidades e dificuldades apresentadas, fato que pode ser notado na fala de *Acontece*, quando perguntamos “Com qual periodicidade a gestão de saúde mental realiza ações de educação permanente para os profissionais dos serviços?”

“Eu acho que já teve mais, e que a educação permanente diminuiu, antes tínhamos uma frequência maior, possuíamos supervisão e há mais de 5 anos perdemos.”

E complementou que mesmo anteriormente quando havia maior investimento em ações de educação permanente, a temática sobre a população LGBTQIA+ não era tratada nestes processos, sendo incluída apenas em ações isoladas, como palestras ou seminários. Afirmou ainda que agora, após o Ambulatório, é que há uma maior visão para essa temática.

Entendemos que a educação permanente é primordial para a qualidade dos serviços prestados a população, se fazendo necessário que a gestão identifique métodos que visem à educação em saúde para gestores e profissionais de saúde; ações que possibilitem educação em saúde para o controle social; e inclusão da educação nas rotinas dos serviços de saúde voltada para o fim do preconceito contra LGBTQIA+, sempre se preocupando com o combate às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia e território e com as singularidades em saúde da população LGBTQIA+.

Percebemos a carência de organização de cursos para sensibilização e esclarecimentos sobre saúde LGBTQIA+ e a necessidade de maior diálogo e agregação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, para recomendar modificações nos currículos dos cursos da saúde, visando à formação de profissionais habilitados a trabalhar com o público LGBTQIA+. (RENDEIRO e DIAS, 2015)

Negreiros et al. (2019) expõem relatos de seu estudo recente com médicos da atenção primária, sinalizando deficiências da grade curricular dos cursos da saúde e a indispensabilidade de capacitações relacionadas com a temática. Albuquerque (2013) também revela essa dificuldade ao enfatizar que o tema permanece excluído das grandes discussões,

sobretudo na academia e na atenção primária. Ressalta que estratégias que objetivam a discussão de peculiaridades, como atenção à saúde desses grupos, devem ser estimuladas para qualificar o atendimento.

Portanto, desenvolver a educação permanente dos profissionais da saúde mental do município de Resende, bem como disseminar informação, sensibilização e capacitação na temática sobre a saúde da população LGBTQIA+ pode constituir como uma ação estratégica para a implementação da política e, ainda, especificamente, contribuir com o Plano operativo da Política LGBT – 2012-2015 (Brasil, 2011).

## 6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta como principal limitação, o tempo hábil para aplicação da pesquisa de campo, tornando possível entrevistar apenas à equipe gestora, e não permitindo o diálogo e a visão da gestão com os profissionais que atuam diretamente nos serviços sobre as perguntas específicas que demonstravam as deficiências destes, tais como a falta de informações nos prontuários, para coleta de dados, ou a falta de ações de formação continuada para os profissionais da saúde mental nos últimos anos. Entendemos que a fala e olhar dos profissionais da ponta teria muito a contribuir para este estudo, e possibilitaria cruzar as informações de ambos os lados, permitindo identificarmos quais as maiores dificuldades das equipes, quais suas maiores angústias em atenderem as pessoas LGBTQIA+ e até mesmo definirmos temáticas para implementação de educação permanente.

Encontramos dificuldade também com relação a agenda dos gestores para a aplicação da entrevistas, e houve inclusive alguns cancelamentos e reagendamentos, o que impossibilitou inclusive a aplicação do questionário a duas pessoas estratégicas.

A implementação do Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+ durante o desenvolvimento deste estudo, não causou uma limitação, mas um estranhamento por parte de alguns entrevistados, que os fizeram pensar inicialmente que tal estudo se deu devido a implementação de tal serviço. E mesmo após as explicações, estes se remetiam sempre as ações desenvolvidas por este novo serviço, ao invés de pensarem nos serviços os quais gerenciam na Política de Saúde Mental.

Percebemos também que mantivemos o foco desse trabalho em identificar o que a equipe gestora da saúde mental do município de Resende vem proporcionando para a implementação da PNSI-LGBT, com foco nas ações de qualificação e educação permanente das equipes, e não nos atentamos para o questionamento de algumas questões que poderiam se tornar relevantes, tais como:

O preenchimento da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, visto que sua versão atualizada em outubro de 2014 pela Secretaria de Vigilância em Saúde no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) passou a incluir campos pertinentes à este estudo, com objetivo de atender ao disposto na Política Nacional de Saúde Integral - LGBT: como o campo 31 – nome social; campo 34 – orientação sexual; campo 35 – identidade de gênero; campo 53 – essa violência foi motivada por; e o campo 62 – ciclo de vida do provável autor da agressão.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário marcado pela pandemia em que o Novo Coronavírus tornou-se o protagonista exigindo intervenções das políticas públicas, principalmente da Saúde, provocou mudanças em todas as instâncias políticas, econômicas e sociais, além de levar milhares de pessoas à morte. Aumentou-se também a invisibilidade das mulheres, negros, pessoas LGBTQIA+, pessoas em situação de rua, idosas, pessoas com deficiência, pessoas em privação de liberdade, dentre tantas outras minorias. (PAIVA, 2020)

Em um cenário de aumento do desemprego, da precarização das formas de trabalho, do desmonte de políticas públicas, muitas pessoas não tem sequer condições de manterem sua segurança alimentar.

Com agravante do cenário político em que se encontra o Brasil, governado por uma estrutura de extrema direita, é de se esperar que a saúde da população LGBTQIA+ não seria uma prioridade neste período, além da perda de direitos e outros retrocessos.

Contudo a pesquisa de campo surpreendeu-nos nos deparamos com um momento de investimento para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Resende, mesmo que tardiamente e com verba de outra política pública. Havia um cenário favorável, no qual a equipe gestora conseguiu abertura para a discussão sobre a temática e inseri-la na agenda pública do município.

Tratar do empoderamento da população LGBTQIA+ configura como necessário o mínimo de acesso às políticas públicas e direitos sociais, uma vez que as lutas se materializam em ações que visam garantir a promoção de cidadania deste público (PAIVA, 2020).

Pudemos identificar que esta gestão vem na contramão da ideologia política do atual governo federal, visto que procuram investir, mesmo que de forma limitada e lenta em serviços para a população LGBTQIA+ e estão tentando romper com a LGBTIfobia institucional, com a tentativa de qualificar os profissionais para a realização dos atendimentos e acompanhamentos em saúde, desde a atenção primária do município.

Percebe-se que ainda há muito à avançar. Existe a necessidade de organização deste serviço para que o mesmo possa receber financiamento público, a fim de custear e implementar suas ações, contratação de recursos humanos, planejamento das ações, dos processos e fluxos de trabalho. Existe deficiência de divulgação sobre o serviço do Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+, no investimento em educação permanente para os profissionais da saúde como um todo, da saúde mental (público alvo de nosso estudo), e da rede intersetorial, a

necessidade de repensar os prontuários para registro e coleta de dados das especificidades da população LGBTQIA+, permitindo a implementação de campanhas, projetos, serviços e políticas que visem responder às especificidades de demandas de cada sujeito.

O processo decisório que conduz à formulação e à implementação de uma Política ocorre em uma dinâmica complexa, em que interagem diversos atores e instituições, com interesses diferentes e muitas vezes antagônicos, em uma arena de articulações, disputas, barganhas e concessões, compondo um sistema de correlação de forças que determinam as escolhas (RENDEIRO, 2011).

Com este estudo pudemos obter algumas respostas com as quais iniciamos esse trabalho: identificamos que a gestão municipal iniciou há pouco tempo a abertura do diálogo sobre a temática dos direitos da população LGBTQIA+, recém inaugurou um serviço ambulatorial, que tem como objetivo tratar as demandas de hormonização e transgenitalização, mas que tem permitido a equipe ainda bastante defasada identificar demandas de qualificação e educação permanente para os demais atores da rede.

Contudo, mesmo reconhecido o problema como relevante para a sociedade, a entrada deste na agenda de governo e a consequente formulação de uma política pública não garantem que esta seja implementada devido a entraves e à viabilidade política, técnica e financeira, além da participação dos atores, governamentais ou não. Ainda há uma grande confusão por parte da equipe gestora sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral – LGBT, mas há vontade política para cumprimento de tal objetivo, permitindo a inserção na agenda pública do município.

Também identificamos que os Centros de Atenção Psicossocial não estão estruturados para receberem as demandas dessa população. Ainda há a necessidade de investimento na educação permanente para os profissionais de todos os níveis, desde a recepção, até a coordenação, que na maioria das perguntas não soube identificar a necessidade de ações para atendimento das especificidades desses sujeitos, e se limitam a acreditar que a inauguração de um serviço específico é a implementação de uma política. Ainda há a necessidade de coleta de dados e até mesmo de informações básicas como a garantia do nome social. E que não havia até a data da pesquisa uma diretriz para o desenvolvimento do trabalho com essa população, mas que se encontram no desenvolvimento de fluxos e protocolos de atendimentos pelo serviço do Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+ e que este está em fase de qualificação dos profissionais e coleta de dados.

No entanto, não finalizamos sem questionamentos. Na verdade penso que estes nunca findarão, e continuamos a nos perguntar: será que os profissionais que atuam na saúde mental

do município percebem a necessidade de tratar com prioridade as demandas das especificidades da população LGBTQIA+? Quando nos deparamos com a informação de que apenas três coordenadores tem uma orientação sexual fora do padrão cisheteronormativo, nos questionamos, será que existe alguma pessoa trans no serviço público de Resende? Será que a equipe apenas não possui os dados quantitativos de pessoas LGBTQIA+ nos serviços de saúde mental ou será que de fato esses sujeitos conseguem acessá-los? Já identificamos que o município não possui dados de violência contra a população LGBTQIA+, será que percebem a importância destes dados? Quantas pessoas LGBTQIA+ têm acesso à política de trabalho e renda? Os sujeitos LGBTQIA+ conseguem identificar os serviços da saúde mental como um espaço para suas demandas? Os serviços promovem campanhas para acolhimento desses indivíduos? Ou ainda, o que tem sido realizado para a participação das representações da população LGBTQIA+ no conselho municipais de saúde e em outros espaços de gestão participativa?

Falar de controle social é primordial para a emancipação desses sujeitos, proporcionar tal atitude da população LGBTQIA+ permitiria colocar em prática o empoderamento desses indivíduos, permitir que os próprios identifiquem as suas demandas específicas, possibilitar que os mesmos possam provocar temáticas para educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBTQIA+ e talvez que fossem colocado em prática pela própria população, demonstrando o desejo de ser incluída e tratada com respeito nos espaços de saúde.

Realmente os questionamentos não se findam, e por isso o movimento também não pode parar.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA NETO, L. M de. Um olhar sobre a violência contra homossexuais no Brasil. In: *Gênero*. NUTEG, v. 4, n. 1 (2. sem. 2003) Niterói: EdUFF, 2003.

ALMEIDA, G. ‘Homens trans’: novos matizes na tizes na aquarela das masculinid as masculinidades? *Estudos Feministas*, Florianópolis, 20(2): 256, maio-agosto/2012.

ALBUQUERQUE, G. A. et al . Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, Sept. 2013.

AMARANTE, P. D. C; TORRE, E.H.G.; A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n.58, maio/ago. 2001, p.26-34.

ASSIS, M. M. A. et al. (orgs). *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010.

AVRITZER, L., KERCHE, F., MARONA, M. (Org.) *Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política*. Belo Horizonte: Autentica, 2021.

BARATA, RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection. 120 p. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books .

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, M. V. da R., et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate* | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 8, P. 305-323, DEZ 2019.

BILL DE BLASIO, Mayor ; Carmelyn P. Malalis, *Commissioner Chair* | NYC.gov/Human Rights, 2019.

BITTENCOURT, D. et al. *Acesso da população lgbt moradora de favelas aos serviços públicos de saúde: entraves, silêncios e perspectivas*. v. 2, n. 2, p. 60-85, jul./dez. 2014.

BOMFIM, S. A. Homossexualidade, direito e religião: da pena de morte à união estável. A criminalização da homofobia e seus reflexos na liberdade religiosa. *Revista Brasileira de Direito Constitucional* – RBDC n. 18 – jul./dez. 2011

BOTELHO, L.LR CUNHA, MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade* · Belo Horizonte · Volume 5· número 11· p.121-136· maio/agosto 2011· issn 1980-5756· www.ges.face.ufmg.br

BRASIL, *LEI 10.216*, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001.

BRASIL, *LEI 8080*, Dispões sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. *Revisão sistemática e meta-análise*. 2006. Disponível em: [www.metodologia.org/meta1.PDF](http://www.metodologia.org/meta1.PDF). Acesso em: 12 jan. 2011.

BROUSSELLE, A. *et al. Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BURR, C. *Criação em separado: como a Biologia nos faz homo ou hétero*. Trad. Ary Quintella. Rio de Janeiro: Record, 1998.

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

\_\_\_\_\_. *Corpos que pensam: sobre os limites discursivos do sexo*. In: Louro, Guacira L. (Org.) *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

CRESS, 7ª Região – RJ. *Assistente Social: ética e direitos*. Coletânea de leis e resoluções 4ª ed – Rio de Janeiro, 2005.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: SAMICO, I. *et al.* (Orgs.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

Diagnóstico LGBT+ na pandemia 2021: #votelgbt, produção: BOX 1824, apoio: all out, berro motion e casa 1. [<https://votelgbt.org/pesquisas>]

DUARTE, M. J. de O. *Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena*. Brasília (DF), ano 14, nº 27, p. 77-98, jan./jun.2014.

\_\_\_\_\_. *Et al. Diversidade sexual e de gênero na saúde mental: Aproximações e experiências no campo da pesquisa*. Vol. 02, N. 01, Jan. - Mar., 2018.

FERREIRA, B. D. O., do NASCIMENTO, E. F., PEDROSA, J. I. D. S., & DO MONTE, L. M. I. (2017). Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis*, 27(4), 1023–1038 <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400009>

FERREIRA, B. DE O., BONAN, C. Cadê as populações LGBTTT na Estratégia Saúde da Família? narrativas de profissionais de saúde em Teresina, Piauí, *Brasil Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5):1669-1678, 2021.

FERRAZ D, KRAICZYK J. Gênero e políticas públicas de saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP* 2010; 9(1):70-82.

FIGUEIREDO, M. L. de R.; DEVELATI, D. M. e TAVARES, M. G. Entre Loucos e Manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciências humanas e sociais*, Maceió, V. 2, N. 2, p. 121 – 136. Nov. 2014.

FORTES, P. D.; REGO, S. Justiça, cuidado e reconhecimento: trama moral do vínculo terapêutico. *Revista Bioética*, vol. 28, nº 3, Brasília, 2020.

FONSECA, T. M. A. E PEREZ, A. M. (Org.) *Contribuições à atualização profissional de assistentes sociais: questões comentadas de concurso*. Vol. 2. Rio de Janeiro: Autografia, 2018.

GALLAGHER, C, LAQUEUR, T. W. *The making of the modern body*. Spring, 1986.

GGB, *Observatório de Mortes Violentas de LGBTQIA+ no Brasil - 2020: Relatório da Acontece Arte e Política LGBTQIA+ e Grupo Gay da Bahia*; /Alexandre Bogas Fraga Gastaldi; Luiz Mott; José Marcelo Domingos de Oliveira; Carla Simara Luciana da Silva Ayres; Wilians Ventura Ferreira Souza; Kayque Virgens Cordeiro da Silva; (Orgs). – 1. ed. – Florianópolis: Editora Acontece Arte e Política LGBTQIA+, 2021.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1991.

GUIMARÃES, N. P. et al. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Reciis. Rev. Eletron Comun Inf Inov Saúde*, 2020 abr.-jun.; 2014.

GREEN, J. N. *Homossexualidades e a história: recuperando e entendendo o passado*. Gênero, Niterói, v.12, n.2, p. 65-76, 1. sem. 2012.

HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Porto Alegre: DP&A, 2003.

HARAWAY, D. Gênero, sexualidade e saúde; In: *Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1997, p. 101 – 110.

IBGE, *Censo Demográfico Brasileiro*, 2010.

JESUS, J. G. DE. *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*. Brasília, 2012.

LARA, C.A. e JUNIOR Butturi, A. *Biopolítica Direitos Humanos e Resistências: uma análise comparativa das políticas públicas de saúde para a população LGBT de Florianópolis-SC*. *Trab. Ling. Aplic.*, Campinas, n(57.2): 645-674, mai./ago. 2018.

LIONCO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saude soc.* [online]. 2008, vol.17, n.2, pp.11-21. ISSN 1984-0470.

\_\_\_\_\_. Atenção integral à saúde e diversidade no processo transexualizador no SUS: avanços, impasses e desafios. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2009: 43-63.

MELLO, L., AVELAR, R. B. e MAROJA, D. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, Volume 27 Número 2 - Maio/Agosto 2012.

MINAYO, C. De S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3): 621-626, 2012.

MEYER, I. H. Resilience in the Study of Minority Stress and Health of Sexual and Gender Minorities. In: A Collection of Health Psychology & Medicine Articles from *APA Journals American Psychological Association*, 2015.

\_\_\_\_\_ & Frost, D. M. Minority stress and the health of sexual minorities. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 252–266). New York, NY: Oxford University Press, 2013.

MOTT, L. *Homofobia: A violação dos direitos humanos dos gays, lésbicas e travestis*. São Francisco, (USA), International Gay & Lesbian Human Rights Commission, 1997.

\_\_\_\_\_. *Violação dos Direitos Humanos e Assassinato de Homossexuais no Brasil*, 1999. Salvador, Editora Grupo Gay da Bahia, 2000.

\_\_\_\_\_. *Trabalhando o direito de ter Direito: Homossexual também é ser humano*. Comunicação apresentada no 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Belo Horizonte, 1997.

\_\_\_\_\_. *A Construção da Cidadania de Gays, Lésbicas e Transgêneros no Brasil*. Comunicação apresentada no Câmara Técnica de Direitos dos Homossexuais, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, Ministério da Justiça, Brasília, 2000.

MOVIMENTO D'ELLAS. *Direitos humanos e contribuições à cidadania homossexual*. Rio de Janeiro, 2005.

Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2021 / Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais); ABGLT (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos). – Florianópolis, SC: Acontece, ANTRA, ABGLT, 2022.

NATARELLI, T. R. P. *et al.* O impacto da homofobia na saúde do adolescente. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 664-670, Dec. 2015.

NEGREIROS, F. R. N. *et al.* Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da formação médica à atuação profissional. *Rev. bras. educ. med.* 43 (1), jan – mar 2019.

Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil - 2020: *Relatório da Acontece Arte e*

*Política LGBTI+ e Grupo Gay da Bahia*; /Alexandre Bogas Fraga Gastaldi; Luiz Mott; José Marcelo Domingos de Oliveira; Carla Simara Luciana da Silva Ayres; Wilians Ventura Ferreira Souza; Kayque Virgens Cordeiro da Silva; (Orgs). – 1. ed. – Florianópolis: Editora Acontece Arte e Política LGBTI+, 2021.

Organizacao Mundial da Saúde (OMS). (2002). *Gender disparities in mental health*. Washington: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization.

PISCITELLI, A. *Nas fronteiras do natural: gênero e parentesco*. Estudos feministas, vol. 6, n. 2, pp. 305-321. Instituto de Estudos de Gênero da Universidade Federal de Santa Catarina. 1998.

POCAHY, F. *Rompendo o silêncio: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea*. Porto Alegre: Nuances, 2007.

RENDEIRO, M. M. P. E DIAS, P. R. V. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: formação profissional e implementação de políticas. In: *II Relato de experiencias em tecnologias educacionais do sistema UNA-SUS 2015*. p.179-193. Recife: Ed. Universidade da UFPE, 2015.

RENDEIRO, M. M. P. *O ciclo da Política de Saúde Bucal: atores, ideias e instituições*. 2011. 171 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

Resende (RJ). *Prefeitura*. 2015. Disponível em: [http://www.resende.rj.gov.br/conheca\\_resende\\_detalhe.asp](http://www.resende.rj.gov.br/conheca_resende_detalhe.asp). Acesso em: jan. 2015.

SILVA, S. G. *O conflito identitário: sexo e gênero na constituição das identidades*. João Pessoa, P.B: CECUFP, 1999.

SILVA, A.C.A, ALCANTARA, A. M., OLIVEIRA, D. C., SIGNORELLI, M. C. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface* (Botucatu). 2020; 24: e190568. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>.

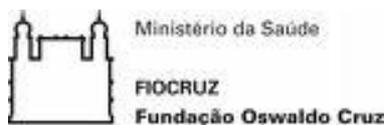
SPENCER, C. *Homossexualidade: uma história*. 2ª ed. – Rio de Janeiro, Editora Record, 1999.

STREY, M. N., SILVA, N. e JACQUES, M. da G. *Psicologia Social Contemporânea*. 5ªed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

VASCONCELLOS, V. C. *A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira*. 2008. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Mestrado em Saúde Pública, 2008.

VÍCTORA, C. et al. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

<https://unaid.org.br/zero-discriminacao-nos-servicos-de-saude>, 2018



## APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**A atuação dos centros de atenção psicossocial no cuidado em saúde mental da população LGBTQIA+ no município de Resende, RJ**”, em desenvolvimento como parte do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Projeto este de autoria da discente Larissa Fagundes Costa, que será a pesquisadora responsável, sob orientação da Professora Dra. Élide Hennington.

O estudo tem como objetivo central analisar a implementação de programas, projetos e ações que visem garantir qualidade da atenção e o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde mental do município de Resende/RJ, ou seja, identificar qual o Plano Operacional desenvolvido pelo município para implementação da Política Nacional de Saúde Integral para população LGBTQIA+ e aplicação de seus objetivos e diretrizes voltados para os serviços de saúde mental.

A pesquisa de campo terá uma duração de 07 meses, desde a entrevista com os gestores, avaliação dos documentos de pactuação do município, até a análise dos dados. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário, por meio de uma entrevista semi-estruturada agendada antecipadamente por meio telefônico, que terá a duração entre 1 e 2 horas e poderá vir a ser realizada em mais de um encontro, de acordo com a disponibilidade do entrevistado.

O convite a sua participação se deve à necessidade de conhecer a visão dos gestores a respeito das políticas de saúde e da atenção psicossocial à população LGBTQIA+, bem como conhecer quais ações vem sendo desenvolvidas pela gestão para implementação dessa política.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar o seu consentimento, caso sinta algum desconforto. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A participação no estudo contribuirá para a produção e contextualização dos dados, contribuindo para a compreensão da realidade. Os resultados obtidos poderão

ajudar no diagnóstico sobre a implementação de políticas públicas para a população LGBTQIA+ do município de Resende, bem como aumentar o conhecimento referente ao tema e auxiliar a realização de estudos e promoção de educação permanente sobre a temática no futuro. Os possíveis riscos referem-se ao desconforto em responder algumas perguntas relacionadas a sua atividade profissional, e para que não haja identificação indireta através da menção dos cargos, não será mencionado o período histórico estudado. Não está previsto nenhum tipo de compensação financeira pela participação no estudo e não há custos com os procedimentos envolvidos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Além disso, não identificaremos o período histórico estudado, para que não se torne possível a identificação do grupo gestor. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas referidas durante a entrevista também terão suas identidades preservadas, respeitando os princípios de privacidade e confidencialidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados encontrados serão divulgados por meio de apresentações acadêmicas e em periódicos científicos. A devolução dos resultados à instituição ocorrerá através da entrega de uma cópia da dissertação para a superintendência em saúde mental do município e de um resumo executivo com principais resultados e sugestões; realização de reunião com participantes da pesquisa para apresentação dos resultados.

Eventuais dúvidas que surgirem antes e durante o curso da pesquisa poderão ser esclarecidas diretamente com a pesquisadora responsável, Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad Resende), pelo telefone (24) 3360-5410 e ou e-mail [larissafagundescosta@gmail.com](mailto:larissafagundescosta@gmail.com). Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Esta equipe poderá ser contatada através do telefone (21) 2598-2863, E-Mail [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) ou ainda através do endereço físico Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210, sendo o horário de atendimento ao público das 9h às 16h.

RESENDE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

---

Larissa Fagundes Costa

A partir das informações acima, declaro estar ciente do teor desse TERMOS DE CONSEMENTIMENTO, declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação e ciente que deverei rubricar todas as páginas deste termo de consentimento livre e esclarecimento, que também serão rubricadas pelo pesquisador responsável pelo estudo, e concordo em participar.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)  
Nome do participante:

## APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (TAI)

Prezado(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_,  
superintendente em saúde mental da secretaria municipal de saúde de Resende, RJ.

Venho por meio deste solicitar a autorização desta instituição para realização da pesquisa intitulada “A atuação dos centros de atenção psicossocial no cuidado em saúde mental da população LGBTQIA+ no município de Resende, RJ”, sob minha responsabilidade.

A pesquisa, realizada no âmbito da gestão em saúde mental, e no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial, tem como objetivo “ Analisar a implementação de Políticas, Programas e Projetos que visem garantir a qualidade da assistência e o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde mental do município de Resende/RJ”.

O estudo prevê a realização da seguinte etapa metodológica no âmbito desta instituição: entrevista com os profissionais da gestão, incluindo as coordenações do Centros de Atenção Psicossocial, a fim de Identificar e analisar as políticas públicas, programas e diretrizes para atendimento da população LGBTQIA+ implementadas pela área de saúde mental da prefeitura de Resende; e conhecer a visão dos gestores a respeito das políticas de saúde e da atenção psicossocial à população LGBTQIA+; Conhecer e analisar os instrumentos técnico-operativos utilizados nos centros de atenção psicossocial e entrevista semi-estruturada com equipe gestora do nível central e do CAPS- Casa Aberta, a ser realizada em melhor dia e horário dos profissionais e em acordo com a gestão da Secretaria de Saúde..

Informo também que o projeto de pesquisa será avaliado pelo Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz e que a pesquisa só será iniciada após a sua aprovação por este comitê.

---

Larissa Fagundes Costa

Declaro estar de acordo com a realização da pesquisa no âmbito desta instituição, desde que a provada pelo comitê de ética.

Resende, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Responsável legal pela instituição  
(Assinatura/ Carimbo)

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Este roteiro com perguntas abertas e fechadas será utilizado para guiar as entrevistas com a equipe gestora da saúde mental.

1. Identificação dos profissionais – dados sociodemográficos e ocupacionais - idade, gênero, escolaridade, estado civil, religião, formação (graduação e pós-graduação)
2. Há quanto tempo atua na gestão (ocupação, cargo)
3. Existe a informação de quantas pessoas LGBTQIA+ são atendidas pelo SUS no município? E pelos serviços de saúde mental?
4. A equipe gestora conhece a Política Nacional de Saúde Integral para população LGBT, instituída através da Portaria 2.836/2011?
5. Essa política foi publicizada para os serviços de saúde mental?
6. Qual o plano operativo do município de Resende, e da Secretaria Municipal de Saúde para implementação da Política Nacional de Saúde Integral – LGBT?
7. Existe investimento da Prefeitura/Secretaria de Saúde para a atenção em Saúde Mental da população LGBTQIA+ (recursos financeiros, materiais, humanos)?
8. O artigo segundo da PNSI-LGBT, em seu terceiro objetivo específico, visa qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBTQIA+. Neste sentido o que a gestão de saúde mental tem realizado para desenvolvimento deste objetivo?
9. Existem plano, programa ou diretrizes voltadas para a atenção em saúde/saúde mental da população LGBTQIA+ do município?

10. Ainda em relação ao artigo segundo, objetivos específicos VIII e XX, quais as ações realizadas pelos serviços de saúde mental do município de Resende?
11. É instituído como diretriz da PNSI-LGBT, em seu artigo terceiro, a inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais. Com qual periodicidade a gestão de saúde mental realiza ações de educação permanente para os profissionais dos serviços? Há inclusão dessa temática nesses processos?
12. A Secretaria de Saúde já realizou algum diagnóstico sobre a saúde / saúde mental da população LGBTQIA+ do município?
13. Compreendendo que a discriminação em decorrência de LGBTFobia, deve ser considerada na determinação social de sofrimento e de doença, existem Leis, Programas e ou Projetos municipais específicos para atendimento à População LGBTQIA+?