



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Cláudio Roberto da Silva Magalhães

Saúde da população LGBTQIA+ na atenção primária à saúde em Valença/RJ:
barreiras e potencialidades para o cuidado integral

Rio de Janeiro

2022

Cláudio Roberto da Silva Magalhães

Saúde da população LGBTQIA+ na atenção primária à saúde em Valença/RJ:
barreiras e potencialidades para o cuidado integral

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: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Miranda de Castro.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Health of the LGBTQIA+ population in primary health care in Valença/RJ: barriers and potential for comprehensive care.

M188s Magalhães, Cláudio Roberto da Silva.
Saúde da população LGBTQIA+ na atenção primária à saúde de Valença/RJ: barreiras e potencialidades para o cuidado integral / Cláudio Roberto da Silva Magalhães. -- 2022.
195 f. : il. color.

Orientadora: Adriana Miranda de Castro.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 165-184.

1. População LGBT. 2. Saúde LGBT. 3. Cuidado integral. 4. Atenção primária à saúde. 5. Políticas de saúde. I. Título.

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: Glauce de Oliveira Pereira - CRB-7-5642
Biblioteca de Saúde Pública

Cláudio Roberto da Silva Magalhães

Saúde da população LGBTQIA+ na atenção primária à saúde de Valença:
barreiras e potencialidade para o cuidado integral

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: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 23 de setembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira
Universidade Federal do Amazonas

Prof.^a Dra. Regina Ferro do Lago
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dra. Adriana Miranda de Castro (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Vice Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde

Rio de Janeiro

2022

Dedico esse trabalho a todas as cores que nele se fizeram presentes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram na minha jornada até aqui. Família, colegas, pacientes, professores e, principalmente, aqueles que se disponibilizaram a ceder suas vozes para que este trabalho acontecesse.

Agradeço a oportunidade de participar, junto com tantos colegas, neste curso de mestrado. Juntos nos fortalecemos na acolhida em momentos difíceis nestes tantos meses vividos até aqui.

Agradeço à coordenação do curso de Mestrado Profissional em Direitos Humanos, Justiça e Saúde; e a todos os professores, pelo aprendizado.

Agradeço à minha orientadora pelo compromisso e dedicação, pelo ensinamento e paciência. Agradeço-a por me fazer crer que chegaríamos juntos ao final dessa caminhada.

Who

Who do you think you are?

Who do you think you are?

I'm telling the truth now

We're all born naked

And the rest is drag.

(PIANE, 2014, n.p.)

RESUMO

Introdução: Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, *queer*, intersexo e assexuais, bem como outras categorias identitárias (LGBTQIA+) compõem um dos principais grupos que sofrem com a discriminação e o preconceito em nossa sociedade, com importantes repercussões na saúde desses sujeitos. Mesmo diante de conquistas nas últimas décadas, a saúde integral dessa população ainda carece de avanços no sentido da efetiva garantia desse direito, considerados os princípios que regem nosso sistema de saúde, em especial a integralidade. **Objetivo:** Analisar a atenção à saúde oferecida à população LGBTQIA+ pela APS no município de Valença/RJ pela perspectiva dos(as) usuários(as), considerando os marcadores sociais da diferença e a determinação social da saúde. **Abordagem metodológica:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa dos dados utilizando-se como instrumentos de coleta de dados um questionário autoaplicável através de plataformas digitais e um roteiro de entrevista semi-estruturada para acessar narrativas dos participantes desse estudo, cujo objetivo principal consistiu em acessar as vivências desses sujeitos enquanto usuários dos serviços de saúde, principalmente da rede de atenção primária à saúde do município de Valença. **Resultados:** A saúde dessa população permanece carente de ações direcionadas às suas necessidades específicas, bem como tais sujeitos enfrentam barreiras diversas nos espaços de produção do cuidado para resolução de problemas e condições comuns à população geral, demonstrando as iniquidades que recaem sobre esse grupo minoritário. **Discussão:** Através da análise dos resultados obtidos em duas fases da pesquisa, buscou-se dialogar com extenso referencial teórico analisando aspectos da saúde desde o seu conceito, na perspectiva desses sujeitos, até os marcadores da diferença que determinam piores condições de saúde à essa população. **Conclusão:** A atenção primária à saúde é equipamento fundamental na rede pública para a garantia do direito à saúde dessa população considerando os princípios norteadores do nosso sistema de saúde e os atributos da rede de cuidados primários.

Palavras-chave: população LGBT*; saúde LGBT*; cuidado integral; atenção primária à saúde; políticas de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Lesbians, gays, bisexuals, transsexuals, queer, intersex and asexuals, as well as other identity categories (LGBTQIA+) are one of the main groups that suffer from discrimination and prejudice in our society with important impacts on the health of these subjects. Even in the face of achievements in recent decades, the comprehensive health of this population still lacks progress towards the effective guarantee of this right, considering the principles that govern our health system, especially integrality. **Objective:** To analyse the care offered to the LGBTQIA+ population by PHC in the city of Valença/RJ from the perspective of users. Considering the social markers of difference and social determination of health. **Methodological approach:** We are facing an exploratory and descriptive study with a qualitative approach to the data, using as instruments of data collection a questionnaire applicable through digital platforms and a semi structured interview script to access narratives of the participants of this study, whose objective the main task consisted on accessing the experiences of these subjects as users of health services, mainly in the municipality's primary care network. **Results:** The health of this population remains in need of actions aimed at their specific needs, as well as these subjects face different barriers in the spaces of care production for problems and conditions common to the general population, demonstrating the inequities that fall on this minority group. **Discussion:** Through the analysis of the results obtained in two phases of the research, we sought to dialogue with an extensive theoretical framework analysing aspects of health from the concept in the perspective of these subjects to the markers of difference that determine worse health conditions for this population. **Conclusion:** Primary health care is fundamental equipment in the public network to guarantee the right to health of this population, considering the guiding principles of our health system and the attributes of the primary care network.

Keywords: LGBT* population; LGBT* health; comprehensive care; primary health care; health policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Fluxograma de análise da segunda etapa	63
Quadro 1 -	Número de participantes por década de nascimento.....	69
Quadro 2 -	Nível de escolaridade dos participantes da pesquisa.....	71
Quadro 3 -	Identidade de gênero e orientação sexual dos participantes da pesquisa.....	72
Quadro 4 -	Melhor equipamento de saúde para resolução de problemas de acordo com os participantes da pesquisa.....	74
Quadro 5 –	Nível de satisfação com os serviços de saúde do município.....	75
Quadro 6 -	Nível de satisfação com as unidades básicas de saúde.....	76
Quadro 7 -	Comparação entre os problemas identificados na utilização dos equipamentos de saúde em geral e dos postos de saúde (APS).....	77
Quadro 8 –	Número de vezes que foi perguntado sobre gênero e orientação sexual na APS.....	78
Quadro 9 -	Constrangimento para responder sobre gênero e orientação sexual.....	80
Figura 2 –	Bandeira <i>Pride Flag Reboot</i>	85
Quadro 10 -	Significados de saúde na perspectiva dos respondentes do questionário.....	127
Quadro 11 -	Frequência de problemas ou condição de saúde identificadas no questionário.....	131
Quadro 12 -	Atributos e responsabilidades da APS.....	142

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF88	Constituição Federal de 1988
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMLGBT	Conselho Municipal de Políticas LGBT
COBEM	Congresso Brasileiro de Educação Médica
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino/Serviço
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ENCCEJA	Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
FAA	Fundação Dom André Arcoverde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HEV	Hospital Escola de Valença
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e travestis
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, <i>queer</i> , intersexo, assexuais etc
MN	Medicina Narrativa
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde

PMV	Prefeitura Municipal de Valença
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral LGBT
RJ	Rio de Janeiro
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	20
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO	21
3.1	UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE EM SAÚDE.....	21
3.2	SEXUALIDADE E GÊNERO COMO DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	25
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE LGBT.....	30
3.4	O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	33
4	ESPECIFICIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+	35
4.1	ESPECIFICIDADES EM SAÚDE DAS MULHERES LÉSBICAS.....	35
4.2	ESPECIFICIDADES EM SAÚDE DOS HOMENS GAYS.....	37
4.3	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE DE MULHERES E HOMENS BISEXUAIS E PANSEXUAIS.....	38
4.4	A (DES)INVISIBILIZAÇÃO DOS TRANSGÊNEROS NOS ESPAÇOS FORMAIS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	40
4.5	O CASO DAS PESSOAS INTERSEXO.....	43
4.6	ASSEXUALIDADE EM QUESTÃO.....	45
4.7	A SAÚDE NA PERSPECTIVA <i>QUEER</i> : (RE)(DES)CONSTRUÇÃO DE CONCEITOS E PRÁTICAS.....	46
5	CENÁRIO E PERCURSOS DO ESTUDO	50
5.1	O CONTEXTO DE SAÚDE PÚBLICA EM VALENÇA	50
5.2	DESCREVENDO O ESTUDO.....	52
5.2.1	Caracterizando a primeira etapa	54
5.2.2	Caracterizando a segunda etapa	56
5.2.3	Caracterizando os participantes do estudo	59
5.2.4	Critérios de inclusão e exclusão	61
5.3	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	61
5.3.1	Diálogos com a medicina narrativa	64
6	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67

6.1	O QUESTIONÁRIO PROPOSTO E O QUESTIONÁRIO DECOMPOSTO	67
6.2	PLURALIDADE DE NARRATIVAS E VIVÊNCIAS LGBTQIA+ NO CONTEXTO VALENCIANO.....	82
6.2.1	Ouvindo e recontando histórias.....	84
6.2.2	Quem somos nós: colorindo um arco-íris e levantando bandeiras.....	84
6.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE SUJEITOS E IDENTIDADES.....	88
6.3.1	Primeira construção: a identidade lésbica.....	91
6.3.2	A homossexualidade masculina representada pelo homem gay.....	95
6.3.3	Identidades plurissexuais: bi e pansexualidade como identidades monodissidentes.....	100
6.3.4	Do feminino ao masculino; do masculino ao feminino: (trans)identidades	103
6.3.5	Um tom de cinza no arco-íris: a identidade assexual.....	108
6.3.6	Haveria uma identidade <i>queer</i> brasileira? Resignificações possíveis com a pedagogia <i>queer</i>.....	110
6.3.7	Ser LGBTQIA+ (e viver) nesse vale, Valença.....	116
6.4	ENREDOS E NARRATIVAS EM UMA “HISTÓRIA ÚNICA”: O QUE É TER SAÚDE PARA VOCÊ?.....	127
6.4.1	Políticas públicas em debate: onde está a APS?.....	136
6.4.2	Rumo à integralidade do cuidado: APS em destaque.....	141
6.4.3	Rumo à integralidade do cuidado: considerando barreiras e potencialidades.....	153
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
	REFERÊNCIAS.....	165
	APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO.....	185
	APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	189
	APÊNDICE 3 – TCLE.....	190
	APÊNDICE 4 – TCLE	193

1 INTRODUÇÃO

A discussão acerca da saúde da população LGBTQIA+¹ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, *queer*, intersexo e assexuais) é bastante recente na história da saúde pública em nosso país e, apesar do longo caminho percorrido pelos movimentos sociais em defesa da equidade em direitos, inclusive no direito à saúde, já descrito na Constituição Federal de 1988 (CF88) 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” (BRASIL, 1988), ainda não se alcançou a equidade no atendimento a essa população no Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo um desencontro aos princípios defendidos pela reforma sanitária brasileira (RSB) (BEZERRA, 2019).

Com o intuito de promover a garantia do direito à saúde de acordo com os princípios doutrinários do SUS, nas últimas décadas algumas importantes iniciativas foram implementadas no âmbito das políticas públicas. Tal processo, marcado por ações coordenadas entre os movimentos sociais por direitos e as três esferas de governo, resultou na promulgação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) em 2011, um marco na luta por acesso e qualidade da atenção à saúde desse grupo populacional (BRASIL, 2013a).

Entretanto, apesar desse avanço, o acesso à saúde e a qualidade do serviço prestado à população LGBTQIA+ são ainda considerados excludentes, contribuindo para situações de vulnerabilização desses sujeitos (ALBUQUERQUE, 2019). São mais de 10 anos da publicação da PNSILGBT e muitos desafios persistem; discriminação, constrangimento, preconceito, estigma e falta de treinamento dos profissionais dos serviços de saúde para atender a essa população são apenas alguns dos obstáculos enfrentados e que marcam o seu distanciamento das unidades de saúde ou acarretam a prestação de serviços de má qualidade (BUENO, 2020; HAFEEZ, 2017).

Como espaço para produção de cuidado, a atenção primária à saúde (APS) está na linha de frente da organização da atenção à saúde no SUS e constituiria o local ideal para

¹ Neste trabalho utilizaremos a sigla LGBTQIA+ para nos referirmos às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, *queer*, intersexo, assexuais e outras identidades de gênero e orientação sexual como forma de abraçar diferentes perfis identitários incluídos recentemente na luta por proteção e garantia de direitos, bem como por ser esta a sigla utilizada no edital de divulgação desse curso de mestrado profissional (FUNDACRED, 2022).

atenção à saúde dos sujeitos LGBTQIA+, resguardado o nível de complexidade exigido para resolução dos problemas apresentados. Na prática, encontram-se nesse nível de atenção equipes despreparadas e unidades que não fornecem um ambiente acolhedor, que respeite e perceba a população LGBTQIA+ como grupo vulnerabilizado e com necessidades específicas em saúde quando comparado à população geral (ALBUQUERQUE, 2019).

Em relação aos profissionais de saúde, diretamente implicados na garantia de qualidade da atenção ofertada a usuários e usuárias, via de regra, não se encontram capacitados em relação à temática LGBT² e terminam por focar assuntos para os quais foram treinados na formação profissional e se sentem mais confortáveis. Considerando que os currículos não dedicam espaço e tempo à diversidade sexual e de gênero, mantendo assim a presunção da heterossexualidade de todos os pacientes, ou seja, prevalece a heteronormatividade³ institucional, é possível observar efeitos deletérios quando se trata da produção de cuidado integral de pessoas LGBTQIA+ (BUENO, 2020; LORIA, 2019). Sensibilizar e qualificar os profissionais desse nível de atenção à saúde sobre as especificidades do cuidado desse grupo populacional é fundamental para garantir o acesso à saúde, um direito constitucional (LORIA, 2019).

Portanto, delimitamos nosso objeto de estudo a partir de recente trabalho que analisa a percepção da comunidade LGBT com relação ao serviço de saúde de Valença e constata, além de o acesso ao sistema de saúde se dar por porta não preferencial, ou seja, diferente da atenção primária à saúde, a perpetuação da discriminação em relação a gênero e sexualidade nos atendimentos manifestada por parte dos usuários entrevistados e o desejo de atendimento diferenciado no campo das especificidades em saúde dessa população (SILVA, 2020).

Aqui se insere a importante necessidade de que qualquer profissional da estratégia Saúde da Família (ESF) compreenda como os determinantes sociais impactam na saúde dos indivíduos e, em especial, na saúde da população LGBTQIA+ (SANT'ANNA, 2010).

² Mantivemos a sigla LGBT em algumas partes do nosso texto no intuito de preservar o sentido dado a esse grupamento populacional por alguns autores e quando nos referirmos a apenas essas categorias identitárias – lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, inclusive denotando a invisibilidade daquelas outras categorias que foram adicionadas após a publicação dos trabalhos e a implementação da própria Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

³ O termo heteronormatividade foi criado em 1991 por Michael Warner em uma das primeiras obras da teoria *queer* e é utilizado para descrever situações nas quais orientações sexuais diferentes da heterossexual são marginalizadas, ignoradas ou perseguidas por práticas sociais, crenças ou políticas. Isto inclui a ideia de que os seres humanos recaem em duas categorias distintas e complementares, ou seja, o macho e a fêmea; que relações sexuais e maritais são normais somente entre pessoas de sexos diferentes; e que cada sexo tem certos papéis naturais na vida. Ou seja, a crença na heterossexualidade como característica do ser humano “normal”, tanto por indivíduos, quanto instituições. Desse modo, qualquer pessoa que saia desse padrão é considerada fora da norma, o que justificaria sua marginalização (WARNER, 1991; JESUS, 2012).

Agravadas pela discriminação à qual são submetidos ao longo de toda a vida seja no âmbito familiar, escolar, de trabalho ou na comunidade, diversas são as possibilidades de violência às quais estes usuários estão sujeitos. Devemos estar atentos a todas elas; além de investigá-las, atuar de maneira sinérgica com os cuidados de saúde de rotina contribui para a proteção da saúde desses usuários (BVS, 2017; SOLAZZO; BROWN; GORMAN, 2018).

Uma importante conduta é tornar mais acolhedoras as unidades de saúde modificando algumas características de ambiência, tais como: afixar informativos e cartazes que sinalizem o respeito à diversidade sexual e de gênero, respeitar o uso do nome social em todos os instrumentos e documentos gerados em atendimentos com o intuito de diminuir a discriminação da população transexual nos serviços de saúde, e desmistificar o desejo pela redesignação sexual (cirurgia para readequação da genitália de acordo com a identidade de gênero) como único desfecho almejado pela população transgênero. Já se dispõe de ferramentas para alcançar esse desafio, um dos exemplos é o Manual de Acolhimento de Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde de autoria de Luíza Magalhães (MAGALHÃES, 2019).

Além disso, o trabalho na APS deve considerar sempre a diversidade e o entendimento de que as pessoas não seguem um padrão. Atentar-se a uma anamnese minuciosa e ampliada, considerando os contextos de vida de cada pessoa e uma prática afirmativa em relação às questões relacionadas a gênero e sexualidade por parte da equipe multidisciplinar deve ser o modelo de trabalho em saúde, além de incentivar a participação e respeitar a autonomia dos indivíduos em todo o processo do cuidado em saúde (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2019).

De maneira geral, contribuir com a melhoria da atenção à saúde da população LGBTQIA+ vai de encontro aos princípios doutrinários do SUS e das lutas que deram origem a ele, pois

as reformas em busca da cobertura universal devem assegurar que os sistemas de atenção à saúde contribuam para a equidade em saúde, para a justiça social e para o fim da exclusão social, movendo-se principalmente na direção do acesso universal e da proteção social em saúde. As reformas na prestação de saúde devem reorganizar os serviços de saúde, especialmente a APS, a partir das necessidades e das preferências das pessoas, de modo a torná-los socialmente mais relevantes, mais responsivos a um mundo cambiante e capazes de produzir melhores resultados sanitários (MENDES, 2012, p. 96).

Dessa maneira, buscando garantir maior resolutividade com respeito às especificidades de cada paciente e, assim, extrapolando-se positivamente as linhas de cuidado já tradicionais da APS como o cuidado à hipertensão, diabetes, saúde da mulher

(cisgênero⁴ e heterossexual) e da criança, constituindo esse o nível de atenção mais propício para a implementação de linhas de cuidado à saúde da população LGBTQIA+. Assim, a APS emerge como importante ator para minimizar as desigualdades e a exclusão de grupos sociais vulnerabilizados, atendendo a singularidade de suas necessidades em saúde e construindo efetivamente a equidade, um dos princípios nos quais está estruturado o SUS (LORIA, 2019; SES RS, 2021).

Entretanto, almejar a melhoria da qualidade em saúde integral da população LGBTQIA+ passa também pela capacidade dos profissionais em acolher todas as demandas em saúde desses usuários. Aqui esbarramos na defasagem dos currículos de graduação ao não abordarem temáticas relativas a gênero e sexualidade em todas as suas possibilidades. O tema mereceu destaque no 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM) realizado em 2017 com a publicação da Carta de Porto Alegre, oriunda dos debates do encontro e que aponta para a necessidade de inclusão da temática de gênero e sexualidade nos currículos da graduação médica, visando preencher essa lacuna na formação profissional e assim atender às demandas dos serviços de saúde do SUS com médicos capacitados para atenção integral aos usuários (ABEM, 2017). Além de romper com essa defasagem de conhecimento e competência para o diálogo em saúde com as especificidades dos sujeitos LGBTQIA+ e para lidarem com a diversidade de gênero na prática profissional, ações de educação continuada e demais intervenções educativas evidenciaram aumento significativo em atitudes positivas e no nível de conhecimentos de estudantes, mostrando que a inclusão de conteúdos sobre a atenção à saúde da população LGBTQIA+ nos currículos contribuem para a promoção de competência cultural e sensibilidade ao tema (LORIA, 2019; WALKER; ARBOUR; WAYROLD, 2016).

Em sentido contrário, a falta de treinamento tende a perpetuar o preconceito e a discriminação, resultando em cuidados de pior qualidade e menos resolutivo, com aumento na carga de doenças e de seus fatores de risco (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2019). É fundamental investir na educação profissional e na interlocução dos saberes e práticas para que haja oferta ampla, abrangente, científica e humana a esse grupo populacional.

Faz-se importante que os sujeitos do cuidado sejam ouvidos sobre aquilo que experienciam nos serviços de saúde do município para então, conhecidas as suas potencialidades bem como as barreiras que dificultam o cuidado integral em saúde, caminhar

⁴ Cisgênero é o termo usado para designar pessoas que se identificam com o gênero (masculino ou feminino) que lhes foi atribuído ao nascer. Já transgênero é o termo que se refere as pessoas que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento (JESUS, 2012)

no sentido da afirmação desse direito. Nesse sentido, ao compreender suas vivências como sujeitos LGBTQIA+, que habitam um município do interior do estado do Rio de Janeiro, marcadamente conservador, na busca por cuidado integral à saúde esperamos apontar elementos que permitam aprimorar tanto os currículos dos cursos de graduação médica quanto a práxis dos locais formais de produção do cuidado.

A justificativa deste trabalho ancora-se na necessidade de apropriação das questões envolvidas na produção de cuidado integral à saúde da população LGBTQIA+, especialmente aquele ofertado pela APS, precisa estar presente nos currículos de graduação dos cursos da saúde, nas agendas de educação permanente dos serviços de saúde e nas ações programáticas dos órgãos e gestores da saúde pública; óbvio, deve constar também na programação de eventos científicos da área, de modo a considerar todas as especificidades do contexto de vida e saúde das pessoas LGBTQIA+.

Entretanto, mais do que a inclusão de conteúdos técnico-políticos específicos à prática de cada profissão do setor saúde, é fundamental que ouçamos as vozes dos sujeitos LGBTQIA+ que buscam o SUS para o atendimento de suas necessidades de saúde. Sendo um valor e um princípio do SUS e, um fundamento das práticas da APS, a integralidade exige centralidade dos sujeitos e acolhimento e escuta de suas singularidades. Logo, é necessário investir no protagonismo dos sujeitos LGBTQIA+ quanto às suas experiências e sentidos em relação ao cuidado acessado ou interditado, reafirmando o compromisso com a efetivação da PNSILGBT no SUS.

Nesse sentido, a ideia de nossa pesquisa foi colocar em debate e visibilizar a luta por cuidado em saúde desse grupo populacional na cidade de Valença, onde até bem pouco tempo inexistia qualquer ação programática direcionada, conforme proposto pela PNSILGBT. Tal preocupação emergiu quando se iniciou o atendimento às pessoas transexuais na unidade de saúde em que me insiro como médico de família e comunidade.

Havia na cidade um conjunto de pessoas transgêneras que demandava o início de alguns dos procedimentos de modificações corporais conforme previsão em protocolos e manuais destinados ao atendimento a essa categoria identitária, além daquilo que prevê o processo transexualizador⁵ e que estava sem acolhimento na rede pública municipal por não se dispor aqui na cidade de serviço especializado para esse cuidado. Assim, foram dados os

⁵ Por processo transexualizador entende-se o atendimento integral de saúde a pessoas transgêneras, incluindo acolhimento, uso do nome social, hormonioterapia e cirurgia de redesignação sexual visando adequação do corpo biológico à identidade de gênero que foi implementado no SUS inicialmente em 2008 com enfoque no atendimento às mulheres trans, posteriormente, em 2013, foi revisado e ampliado de maneira que passou a incluir as travestis e os homens trans como sujeitos dessa política pública de saúde. (BRASIL, 2013b).

passos iniciais desse acolhimento, dentro das limitações estruturais na APS do município, utilizando-se protocolos de hormonização disponíveis na literatura, tais como o utilizado pelo município de São Paulo e publicado em 2020 (SÃO PAULO, 2020). Não que o processo transexualizador constitua a única ação de saúde que deva ser direcionada a essa população, mas também, pelas características singulares desse processo e pelas dificuldades de acesso dos transexuais aos serviços de saúde no município. Com essa proposta inicial de inclusão e debate do processo transexualizador na APS local – principalmente a hormonização almejada por algumas pessoas trans, novos horizontes em relação à saúde das outras categorias identitárias que compõem a população LGBTQIA+ seriam trazidos à luz. Movimento necessário no sentido da garantia do direito à saúde à essa população historicamente marginalizada e violentada em nosso país.

Dessa maneira, mesmo sem a devida formalização no âmbito municipal, iniciou-se o atendimento para assegurar a oferta do seguimento durante e a hormonização na unidade básica de saúde (UBS) e atender à demanda de usuários e usuárias que desejavam adequar características físicas à sua identidade pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Centro Universitário de Valença, com apoio de especialistas focais na rede de atenção secundária, uma vez que são fundamentais o acompanhamento clínico, endocrinológico e de saúde mental para maior segurança e evitar danos à saúde desses sujeitos.

É necessário refletir sobre as especificidades do cuidado integral em saúde da população LGBTQIA+ com intuito de garantir o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS. Isso implica conhecer a diversidade das identidades sexuais e de gênero e suas necessidades específicas, direcionando a formação e a prática profissional no sentido de atender às mesmas.

Ainda que a PNSILGBT esteja há 11 anos entre nós, deparamo-nos com enormes dificuldades para sua efetivação no cotidiano do SUS, tanto no que se refere à produção e incorporação de estudos que considerem gênero e sexualidade como DSS, quanto em práticas que extrapolem as diretrizes e protocolos da biomedicina nas tradicionais linhas de cuidado já implementadas para a população geral e baseados na heterossexualidade. A população LGBTQIA+ possui especificidades em relação à população em geral e grande diversidade de experiências e necessidades em saúde quando considerados cada um dos lugares de fala reunidos na sigla. Assim, é importante que suas vozes sejam ouvidas, suas singularidades respeitadas e sua cidadania visibilizada e reafirmada no SUS quanto à garantia do direito à saúde de qualidade.

A medicina e as outras profissões da saúde dispostas ao cuidado integral têm um vasto campo de estudos, possibilidades e lutas para integrar todos os seres humanos, considerando sua diversidade e rompendo-se com a heteronormatividade institucional, que, infelizmente, ainda é regra em muitos serviços de saúde. Os sujeitos LGBTQIA+, como usuários e usuárias da APS, nos buscam para acessar seu direito à saúde; é nossa responsabilidade realizar ações afirmativas com vistas à minimização das desigualdades sofridas por eles, investindo em instituições formadoras e serviços públicos que promovam permanente debate técnico, científico, cultural, ético e político em favor da defesa da vida dos grupos vulnerabilizados por seu gênero e/ou sexualidade.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atenção à saúde oferecida à população LGBTQIA+ pela APS no município de Valença/RJ pela perspectiva dos(as) usuários(as).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender os processos de reconhecimento e afirmação identitária de sujeitos LGBTQIA+ na cidade de Valença.

Conhecer a percepção da população LGBTQIA+ quanto aos cuidados à saúde prestados pela APS no município de Valença/RJ.

Conhecer obstáculos e potencialidades encontradas pela população LGBTQIA+ para a garantia do direito ao cuidado integral na APS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO

3.1 UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE EM SAÚDE

Movimentos em prol de reformas no setor social, visando minimizar as desigualdades socioeconômicas e reduzir a pobreza da população, bem como reestruturar ou fortalecer os sistemas de saúde intensificaram-se a partir dos anos 1970 e uma das suas importantes conquistas, como resposta aos anseios e necessidades sociais presentes na sociedade brasileira, foi a implantação do SUS, instituído pela Lei Federal Nº 8.080/90 (BEZERRA, 2019; BRASIL, 1990a). O sistema de saúde brasileiro nasce tendo como princípios a universalidade do acesso e a integralidade da atenção intencionando humanizar e democratizar a saúde na perspectiva de um cuidado inclusivo e disponível a todos sem qualquer distinção (BRASIL, 1988; LIONÇO, 2008). Assim, como política universal e integral, o SUS teve seu caminho alicerçado no movimento da RSB, sinalizando a necessidade de inclusão de populações até então marginalizadas (BEZERRA, 2019).

Esse processo de redemocratização da saúde, a partir do caráter contra hegemônico da RSB, propiciou a abertura do debate sobre cidadania e direitos sociais, que produziu importantes contribuições para a construção de um modelo de assistência pautado pela equidade em saúde (BEZERRA, 2019). Tal conceito não comparece explicitamente como princípio, seja na Constituição Federal seja na legislação relativa ao SUS, mas é afirmado atualmente como elemento central na problematização dos entraves que inviabilizam e/ou retardam o alcance da universalidade e da integralidade, bem como para superar as desigualdades quanto à produção de cuidado que se apresentam no cotidiano do sistema (COSTA; LIONÇO, 2006).

Os valores e princípios que fundamentam o SUS - universalidade, integralidade e equidade, são extremamente importantes na sua constituição e exigem que os profissionais que integram a rede de atenção à saúde, em todos os seus níveis, se comprometam com eles, trabalhando por seu fortalecimento e consolidação nas práticas em saúde, assegurando que exista uma correspondência entre a produção do cuidado e os princípios que o guiam (TEIXEIRA, 2011).

Entretanto, a saúde, como direito de todos e dever do Estado, ainda é um ideal e distante da proposta nascida em 1988 com o advento da CF88 e da lei orgânica que criou o SUS, sendo a realidade brasileira marcada por iniquidades que devem ser combatidas com

ações que invistam na reversão dos quadros de exclusão e de violação de direitos humanos fundamentais e na promoção da equidade para distintos grupos sociais (LIONÇO, 2008).

Em decorrência disso, surgem no campo da saúde coletiva algumas políticas de promoção da equidade, que tem por objetivo diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão expostos intervindo nos determinantes sociais da saúde (DSS). Ancoradas no princípio da justiça social, as políticas públicas de equidade em saúde passaram a constituir uma das bandeiras dos movimentos sociais, em particular, o movimento LGBT (BEZERRA, 2019).

Além de se considerar a equidade como importante princípio na efetivação do direito à saúde, a PNSILGBT destaca o princípio da integralidade, que, ao considerar as pessoas como um todo, prevê a necessidade de ações de saúde que atendam a todas as demandas dessa população (BRASIL, 2013a). Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 1990b).

Nesse sentido, entendemos por integralidade, na prática dos serviços de saúde, reconhecer que cada sujeito é um todo indivisível e integrante de um contexto social ou comunitário, que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não devem ser compartimentalizadas e que, as unidades prestadoras de serviço, resguardados seus graus de complexidade, também constituem um todo indivisível, portanto configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (TODXS, 2022). Enfim, “o homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 1990b).

Enquanto princípio do SUS, a integralidade enquanto princípio do SUS se faz presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja, o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa. Pela perspectiva dos usuários, a ação integral em saúde aparece frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento, constituindo um valor para a orientação geral nos serviços de saúde, já que o Estado tem o dever de oferecer um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). Para tanto, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção à

assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade.

Historicamente, este conceito também está ligado a um movimento de medicina integral, que denuncia a especialização crescente dos profissionais de saúde e com o qual dialogamos nesse trabalho (PINHEIRO, 2009), pois partimos da perspectiva da atenção primária à saúde, que opera pela lógica de entendimento do ser humano em sua totalidade e tendo como importante característica de sua práxis o acolhimento de situações em saúde geral e problemas indiferenciados, sem, contudo, deixar de atuar com alto nível de resolutividade das demandas que ali se apresentam (STARFIELD, 2002).

Além disso, a PNSILGBT enquanto principal política de saúde para as pessoas LGBTQIA+, insere-se na dinâmica do SUS por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, considerando que a integralidade das ações depende da atuação de equipes interdisciplinares, prestando serviços de forma contínua às pessoas no seu contexto e atuando na qualidade de vida, na promoção da saúde, na prevenção, vigilância em saúde, na atenção básica e atenção especializada, incluindo, as ações de urgências e emergências (BRASIL, 2013b).

Assim,

a integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (Pinheiro, 2009, n.p).

Entretanto, a proposição dessas políticas de saúde está longe de constituir unanimidade e gera polêmica por ser, a princípio, antagônica à universalidade dos direitos sociais preconizada constitucionalmente, dentre os quais o direito à saúde. Mas, se por um lado a universalidade do direito à saúde como direito de cidadania prevê o princípio da igualdade na proposição de políticas que alcancem a totalidade dos cidadãos, a focalização de ações e políticas específicas é um recurso necessário, muitas vezes, para a própria efetivação da universalidade, mediante promoção da equidade entre grupos em situação desigual (LIONÇO, 2008), constituindo-se, assim, um princípio de justiça social.

Tomando como parâmetro a perspectiva ampliada da saúde, na qual o processo de saúde-doença vincula-se ao campo da epidemiologia social, que considera não apenas as doenças às quais o sujeito está predisposto, mas também fatores de risco extrínsecos e vinculados às suas condições de vida, a atenção à saúde da população LGBT não deve ser considerada exclusivamente a partir do ponto de vista biomédico, no qual se consideram

desequilíbrios orgânicos como fatores causais do adoecimento. Devem ser consideradas, sobretudo, as condições e representações sociais associadas à população LGBTQIA+, compreendendo que os agravos à saúde desses segmentos populacionais estão, em grande parte, determinados socialmente (LIONÇO, 2008).

Assim, entendemos que as necessidades em saúde, bem como os desafios que se colocam para a qualificação da atenção a essa população, dizem respeito às consequências das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, compreendidas e classificadas como desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou 'saúde' vinculado à heteronormatividade moralmente hegemônica (LIONÇO, 2008).

Sob a ótica da garantia da atenção integral, equitativa e universal à saúde, reconhece-se a questão da orientação sexual como complexa e que gera demandas específicas no contexto de vulnerabilidade (BRASIL, 2013a). Assim, o direito à saúde integral para esse grupo populacional requer que se avance na perspectiva da democratização dos direitos humanos, mediante o reconhecimento das diversas possibilidades de constituição humanas e do exercício da sexualidade, superando a histórica violação de seus direitos rumo à promoção da equidade no sistema de saúde (LIONÇO, 2008).

Não há como alcançar equidade em saúde sem estratégias de acolhimento e atenção que respeitem e se articulem às particularidades dos sujeitos que buscam os serviços de saúde. O que implica compreendê-los em sua diversidade sexual e de gênero e entender que tais diversidades constituem importantes determinantes sociais em saúde na articulação⁶ com outros marcadores sociais da diferença, tais como classe social, idade, cor e etnia (BRASIL, 2013a).

Portanto, são várias as formas de diferença e desigualdade presentes na sociedade contemporânea pois, ao longo de suas trajetórias de vida, os sujeitos se identificam e se diferenciam dos outros das mais diversas maneiras - ao mesmo tempo em que podem ser classificados de diversos modos e sofrer processos de discriminação. Entendemos os marcadores sociais da diferença como sistemas de classificação que organizam a experiência ao identificar certos indivíduos com determinadas categorias sociais, cada uma delas associada a uma determinada posição social que possui uma história e atribui certas características em comum aos indivíduos nela agrupados (ZAMBONI, [s.d.]). Quando

⁶ Akotirene (2019) recomenda a interseccionalidade como categoria metodológica que permite ver de que modo os marcadores estão interligados e funcionam como uma rede de sentido que intensificam as várias experiências de dominação e opressão na sociedade, entretanto, sem haver uma hierarquia de opressão entre os diversos marcadores sociais da diferença.

falamos em classe social, por exemplo, nos diferenciamos em sujeitos ricos e pobres, classe média e proletariado, profissionais liberais e moradores de rua; em relação à geração, somos jovens e idosos, adultos e adolescentes, coroas e crianças; o mesmo vale para gênero, somos homens e mulheres, machões e donzelas, travestis e transexuais; e também para a sexualidade, e assim seremos heterossexuais e homossexuais, gays e lésbicas. Todas essas diferenças influenciarão a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população.

Há, portanto, de se avançar na problematização da naturalização das relações sexuais e das manifestações das sexualidades e subjetividades para que a construção do SUS efetivamente viabilize para a população LGBTQIA+ seus direitos de cidadania concernentes ao campo da saúde integral (LIONÇO, 2008).

3.2 SEXUALIDADE E GÊNERO COMO DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Entender que a ciência médica é essencialmente uma ciência social, pressupõe compreender que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que “o próprio termo ‘saúde pública’ expressa seu caráter político e sua prática implica necessariamente a intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população” (ROSEN, 1980 apud PELLEGRINI; BUSS, 2007). Nessa direção e conforme a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), chamamos de determinantes sociais da saúde (DSS) os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS, 2007).

Considerada a saúde como efeito de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988), tem se observado uma série de avanços no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma sociedade e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA-FILHO et al, 2003). Tais avanços envolvem, particularmente, o estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Isto posto, o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é um mecanismo

simples de causa-efeito (BUSS, 2007).

Mapear essa rede complexa de relações é importante na medida em que permite conhecer as situações de maior vulnerabilização dos grupos populacionais e identificar onde e como devem ser realizadas as intervenções capazes de reduzir as iniquidades em saúde. Outro desafio importante para a abordagem da produção da saúde é a distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e aqueles de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade (BUSS, 2007), tal como a população LGBTQIA+ e os sujeitos que compõem essa comunidade em toda a sua diversidade.

A compreensão da trama dos determinantes sociais da saúde, que se expressa no modo de viver de cada sujeito e na garantia ou não de seus direitos, é fundamental para analisarmos os processos de invisibilização e vulnerabilização dos diferentes aspectos de vida da população LGBTQIA+ no Brasil (BRASIL, 2013a). São sujeitos que experimentam variadas barreiras no acesso às oportunidades de vida social tais como emprego e trabalho, educação e, em especial, saúde. Esses elementos, quando aliados aos marcadores de raça/cor e classe, confluem em questões ainda mais problemáticas e complexas com piores desfechos em saúde (FERREIRA, 2019).

No campo interdisciplinar da saúde, o conceito de vulnerabilidade emerge em diálogo e a partir das análises acerca do processo de determinação social, compreendendo que a exposição aos riscos e ao adoecer são maiores conforme sujeitos e coletivos vivem em situações marcadas por determinantes sociais desfavoráveis à vida. Ou seja, trata-se sempre de uma questão social. O conceito de vulnerabilidade adquire o status de um processo dinâmico e crítico que deve se atualizar nas relações sociais permanentemente e precisa ser pautado nas lutas políticas pela saúde pública (FERREIRA, 2019).

Compreendidos como DSS, gênero e sexualidade devem ser analisados em múltiplos níveis e contextos que, evidentemente, vão além do corpo e da fisiologia. São construtos dinâmicos, determinados por vários dispositivos e seus arranjos ao longo da história e em cada cenário social específico. Assim, o sexo biológico, os gêneros, as identidades, os desejos e práticas sexuais são vivenciados, significados e hierarquizados de muitas formas na sociedade, impactando os modos como cada sujeito constrói a si mesmo e é construído na comunidade em que se insere (CARVALHAES et al, 2011). Tal processo será mais ou menos produtor de sofrimento, de adoecimento ou de saúde na medida em que reproduza estigmas, preconceitos e vulnerabilização.

Nesse sentido, tomado como grupo populacional, as identidades LGBTQIA+

resultam de um processo dinâmico, composto por características formadas e reformuladas nos diversos âmbitos do existir, seja físico, social ou político (SOUSA, 2014). Essas características são culturais e, cada uma das categorias identitárias do grupamento LGBTQIA+ apresenta diferenças e semelhanças. Cada cultura vivenciada produz consequências distintas no sujeito e também nas relações que ele constitui, gerando sínteses singulares e particulares e, também, respostas específicas à sociedade de maneira geral (ORÍ; XIMENES; ALVES, 2005).

Antes de prosseguirmos, convém esclarecer como nos apropriamos de tais conceitos nesse projeto. Gênero se refere a formas de se identificar e ser identificado como homem ou como mulher (JESUS, 2012), refletindo, portanto, uma gama de características pertencentes e diferenciadas entre a masculinidade e a feminilidade. Dependendo do contexto, essas características podem incluir o sexo biológico, compreendido como o estado de ser do sexo masculino e do sexo feminino; também poderá incluir as opressões sociais baseadas no sexo, incluindo papéis sexuais e outros papéis sociais que são atribuídos cultural e historicamente aos sujeitos em decorrência de serem identificados enquanto homens ou mulheres, linearmente com seus corpos biológicos tipicamente masculino ou feminino (SCAVONE, 2008).

Foi apenas na segunda metade do século XX que começou se a pensar sexo e gênero como conceitos distintos quando o sexólogo John Money introduziu a distinção terminológica entre sexo biológico e gênero como um papel social em 1955. No entanto, essa significação dada por ele ao termo gênero não se popularizou até a década de 1970, quando as teorias feministas abraçaram o conceito da distinção entre o sexo biológico e a construção social de gênero (SCAVONE, 2008). Hoje, a distinção é rigorosamente seguida em alguns contextos, principalmente nas ciências sociais e em documentos norteadores de políticas públicas, inclusive adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Portanto, nos estudos de gênero, o termo gênero é usado para se referir às construções sociais e culturais de masculinidades e feminilidades. Neste contexto, gênero explicitamente exclui referências para as diferenças biológicas e foca nas diferenças culturais. Isto emergiu de diferentes áreas do conhecimento, especialmente das ciências humanas (SCAVONE, 2008). Uma das principais autoras que debate uma nova perspectiva de gênero na contemporaneidade é a filósofa Judith Butler. De maneira crítica, ela analisa a dicotomia entre sexo e gênero, na qual os corpos sexuais podem ser base para uma variedade de gêneros e que o gênero não se limita apenas às duas possibilidades usuais. Esse desdobramento do conceito de gênero foi dado nos anos 1990, através da teoria *queer*, que

questiona a normatividade heterossexual e ressalta o aspecto socialmente contingente e transformável dos corpos e da sexualidade (BUTLER, 1990).

Considerando então a evolução do conceito, entendemos que o gênero converge em ação e performance e

pode também ser designado como o verdadeiro aparato de produção através do qual os sexos são estabelecidos. Assim, o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza; o gênero é também o significado discursivo/cultural pelo qual a 'natureza sexuada' ou o 'sexo natural' é produzido e estabelecido como uma forma 'pré-discursiva' anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra sobre a qual a cultura age (BUTLER, 1990, p. 7).

Butler (1990) afirma o gênero evidenciando o sexo, mas não como um demarcador identitário, portanto, faz referência a como nós nos reconhecemos dentro dos padrões de gênero estabelecidos socialmente. Nesse sentido, as formas de dominação sexual características da cultura ocidental dificultam as percepções sobre isso, fazendo com que se acredite que as identidades sexuais e de gênero sejam apenas uma autoexpressão, quando na verdade, apresentam outras influências (TONELI, 2012).

Nessa perspectiva, a expressão de feminilidade e masculinidade está, hegemônica e respectivamente, associada como exclusiva de mulheres e homens, de maneira que tudo que pareça em desacordo com os parâmetros sociais produzidos é visto como desviante às normatizações de gênero (TONELI, 2012). A definição de determinados modos de existência são desviantes ou "anormais" tem como efeito a discriminação e o preconceito de sujeitos LGBTQIA+ com muitas consequências em suas vidas. No âmbito da saúde, os sistemas de saúde podem agir de forma iatrogênica, (re)produzindo discursos e práticas normalizados e pouco abertos à diversidade de gênero e sexualidade, operando uma série de violências institucionais e simbólicas que impactam o cuidado dirigido à população LGBTQIA+ (LEITE; OLIVEIRA, 2014).

Considerando-se que a "normalidade" é atribuída aos cisgêneros e aos heterossexuais, tomados como universais, quando os sujeitos apresentam costumes e/ou performances classificadas como desviantes, eles serão estereotipados de maneira negativa, provocando segregação, invisibilidade e diversos tipos de violência. Essa hierarquização das diferenças, como expressão das relações de poder que percorrem a sociedade, constitui importante mecanismos de rejeição da alteridade e de exclusão de sujeitos e coletivos da garantia de direitos sociais e de cidadania, instituindo e sustentando as iniquidades (TONELI, 2012).

No campo da saúde parece-nos imprescindível pensar sujeitos, coletivos e modos de viver como efeitos plurais e, não necessariamente estáveis, de processos não lineares de produção social e histórica. Nesse sentido, sem negar a existência de um suporte biológico para a experimentação das possibilidades de gênero e sexualidade, é preciso colocar em análise a cultura em que se produzem “normais e anormais” relativos a essas categorias e como cada sujeito as vivenciará e ressignificará em sua vida, em seus modos de agir e em suas relações (MEYER, 2004).

Nessa direção, para a produção da atenção e do cuidado em saúde é insuficiente considerar os enquadres hegemônicos de gênero e sexualidade, sendo necessário compreender os costumes, modos e decisões de vida dos sujeitos que buscam os serviços de saúde. Bem como analisar a influência da cultura na formação pessoal e profissional de cada trabalhador da saúde a fim de verificar que valores e preconceitos podem interferir em suas ações (SOUSA, 2014).

Comparadas à população heterossexual, as pessoas LGBTQIA+ estão mais sujeitas a problemas físicos, psíquicos e emocionais, a exemplo de transtornos de humor e ansiedade, abuso de álcool e drogas e desordens de autoimagem. Dessa forma, é possível inferir que essa população possui demandas específicas de atenção à saúde e, portanto, os profissionais devem estar aptos e qualificados a recebê-los. Considerando os processos de vulnerabilização mais amplos que estas pessoas sofrem, é adequado pensar que devam ser priorizadas na organização e gestão dos serviços de saúde, sem que isso configure incongruência ao princípio da universalidade do acesso que embasa o SUS (ALBUQUERQUE, 2013).

Para tanto é urgente reconhecer que as formas de discriminação existentes, como no caso da LGBTQIA+fobia⁷ que compreende, dentre outras, a lesbofobia, gayfobia e transfobia, constituem determinantes sociais produtores de sofrimento e de doença. Cardoso e Ferro (2012) afirmam que toda forma de homofobia – que aqui expandimos para LGBTQIA+fobia, e de preconceito leva a um processo de adoecimento que precisa ser entendido de forma integrada, sistemática, indo desde o afastamento da família até a

⁷ Adotamos a expressão LGBTQIA+fobia com a intenção de sublinhar que a intolerância e aversão em relação à homossexualidade masculina não é da mesma ordem do desrespeito que atinge lésbicas, nem do repúdio que sistematicamente atinge travestis e transexuais, tampouco equipara-se à discriminação e invisibilidade sofrida por outras categorias identitárias, tendo cada uma dessas formas de violência estigmas comuns, mas com algumas importantes singularidades. Portanto, ao adotar essa expressão evita-se o uso repetitivo das expressões tais como lesbofobia, transfobia, travestifobia, tansgênerofobia, gayfobia, bifobia dentre as outras fobias possíveis. Estendemos então o conceito de homofobia, inicialmente disseminado por George Weinberg em 1965 para a versão atual que inclui as outras categorias identitárias além da homossexualidade masculina.

marginalização por falta de acesso à educação e pelo desemprego.

No entanto, o sofrimento não se dá de forma igual, o que pode ser enganoso quando a sigla LGBTQIA+ agrupa todas essas subjetividades sob o mesmo guarda-chuva, camuflando o fato de que lésbicas, gays e bissexuais enfrentem mais questões tangentes à identidade sexual, mas que uma maior complexidade e diversidade de obstáculos sejam direcionados à população transgênera, uma vez que estão diante da dicotomia relativa à identidade de gênero (MILLER, 2002 apud CARDOSO; FERRO, 2012).

É preciso compreender também que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada das outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham ao lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, racismo e misoginia. Diante da complexidade da situação de saúde do grupo LGBTQIA+ e, especialmente, diante das evidências que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social e cultural da saúde, o Ministério da Saúde construiu a PNSILGBT para o SUS (BRASIL, 2013a).

De certa forma, os desafios na reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS serão relativamente fáceis de serem superados. Mais difícil, entretanto, será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças (BRASIL, 2013a).

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE LGBT

O SUS e a PNSILGBT configuraram-se como importantes conquistas sociais, que asseguram o direito constitucional à saúde para o conjunto da população brasileira e, especificamente, para a população LGBTQIA+. Tais conquistas são fruto de pressão de movimentos sociais e de participação social no âmbito de instâncias estatais e de governança, visando assegurar que essa população seja efetivamente reconhecida como sujeitos de direitos (BRASIL, 2013a).

Posterior à implementação dessa política, os movimentos sociais incorporaram outros grupos identitários constituindo-se assim o acrônimo LGBTQIA+ e suas variações. Portanto, no que tange às políticas de saúde, não se adensou ainda o debate sobre as especificidades de cada um desses segmentos populacionais nem a política de saúde promulgada inclui as pessoas QIA+ (CALAZANS, 2021). Compreender que o SUS é uma política de Estado

significa efetivar o conceito e o exercício da cidadania como espaço democrático que reconhece permanentemente as iniquidades e incorpora mecanismos de inclusão de novos sujeitos sociais.

No Brasil, o movimento por direitos dessa população inicia-se em plena ditadura militar com algumas manifestações culturais questionadoras das rígidas convenções que separavam masculino e feminino e, mesmo não configurando um movimento social sistemático e organizado de todas as possibilidades identitárias, ecoou e contribuiu para a produção de novas sensibilidades e subjetividades em relação à diversidade sexual e de gênero (FRY, 1985).

Assim, o movimento homossexual brasileiro organizado inicia-se com o abrandamento da censura no final do regime militar quando as questões homossexuais passaram a ser tratadas de forma não pejorativa por algumas iniciativas como “O Lampião da Esquina”, que inseriu esse grupo no contexto político da época e pavimentou o caminho para o surgimento de um dos mais conhecidos grupos homossexuais brasileiros, o Somos - Grupo de Afirmação Homossexual, fundado em São Paulo no ano de 1978; levando, posteriormente, à eclosão de vários outros grupos homossexuais pelo país, consolidando definitivamente a luta por direitos através do movimento homossexual organizado no país (FRY, 1985).

Nos anos seguintes, sucederam-se alguns encontros nacionais de indivíduos e grupos organizados de homossexuais, nos quais se debatiam diversas pautas políticas dentre as quais a luta pela despatologização⁸ de identidades sexuais, tornando sem efeito no território nacional o diagnóstico da homossexualidade como desvio e transtorno sexual na nona edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), vigente até 1990. Essa, sem dúvida, foi uma das pautas mais bem-sucedidas da militância e teve/tem repercussões decisivas para a organização da saúde no país (CALAZANS, 2021).

A partir dos anos 1980, com a eclosão da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ocorreram as primeiras experiências de reconhecimento de alguns seg-

⁸ Por despatologização entendemos a descaracterização de algo que até então encontra-se classificado como doença ou transtorno. No contexto deste trabalho, a despatologização alcança orientações e identidades sexuais diferentes da heterossexualidade tais como a homossexualidade; identidades e/ou manifestações de gênero que escapam à noção binária homem/mulher tais como a transexualidade e a travestilidade, num processo contínuo de desconstrução (ou reconstrução) de conceitos e desclassificação e exclusão de identidades e orientações sexuais dos manuais diagnósticos. Em nível nacional, a campanha se estende à reformulação do processo transexualizador no SUS, tendo em vista a adoção de uma concepção de saúde que reconheça a pluralidade de identidades de gênero como uma manifestação natural dos seres humanos e que atenda as demandas das pessoas trans sem a necessidade de condicionar esse atendimento a um diagnóstico psiquiátrico e/ou psicológico (JESUS, 2012).

mentos da população LGBTQIA+ no âmbito das políticas de saúde e das esferas governamentais diante de um problema que impactava especialmente homossexuais masculinos e travestis (CALAZANS, 2018), intensificando o envolvimento de grupos e organizações do movimento LGBT com instâncias estatais para ações de prevenção da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e organização e gestão de serviços voltados às IST e a AIDS, num longo processo de cidadanização de sujeitos sociais marcados pela diversidade sexual e de gênero, com apoio de organizações não governamentais que atuavam em prol da causa (CARRARA, 2016).

Do envolvimento dos movimentos sociais para prevenção do HIV/AIDS e a garantia de atenção à saúde daqueles que adoeciam, emergiram e se fortaleceram outras agendas para as políticas públicas, que levaram à institucionalização do Programa Brasil Sem Homofobia, em 2004. O Brasil sem Homofobia tinha como objetivo combater a violência e a discriminação homofóbicas, equiparar direitos e assegurar o respeito às especificidades de cada um dos segmentos populacionais focalizados. Neste programa buscou-se assegurar o direito ao atendimento e ao tratamento igualitário na saúde de modo que três das 53 ações previstas eram voltadas à garantia do direito à saúde (BRASIL, 2004).

Em 2006, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (CDUS) deu destaque ao atendimento livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero e ao reconhecimento do nome social, buscando responder à reivindicação por equidade e tratamento igualitário no âmbito do SUS desses grupos populacionais (BRASIL, 2007).

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007, foram apresentadas propostas para a população LGBT, tais como a garantia de acesso ao SUS, o fomento de uma política nacional de saúde integral para LGBT e o incentivo à pesquisa e à produção de conhecimentos sobre esses grupos identitários. Em 2008, a versão preliminar da política nacional de saúde integral para LGBT foi submetida à consulta pública por ocasião da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2008a). Ainda em 2008 foram publicadas portarias que instituíram o Processo Transexualizador no SUS e definiram suas diretrizes e regulamentações nacionais - revistas, redefinidas e ampliadas em 2013, a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2013b)

Em 2011, foi oficialmente publicada a PNSILGBT sendo que, antes disso, houve um esforço de legitimar sua implementação junto às instâncias de gestão do SUS com aprovação do seu plano operativo, que foi organizado em quatro eixos estratégicos – acesso, ações de promoção e vigilância em saúde, educação permanente e educação popular em saúde, monitoramento e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 2013a).

Essa política reconhece que os processos de discriminação e estigmatização por orientação sexual e identidades de gênero são determinantes de condições de vida, saúde e doença e geram sofrimento a esses sujeitos. Seu objetivo geral é a promoção da saúde integral dessa população por meio da eliminação da discriminação e do preconceito institucional a fim de reduzir as iniquidades e desigualdades em saúde, de forma que o SUS seja efetivamente universal, integral e equitativo (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2013a).

3.4 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com o avanço das políticas públicas direcionadas às pessoas LGBTQIA+ algumas particularidades, complexidades e garantias que perpassam a questão dos direitos desses sujeitos, dentre estes o reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero como determinante social, o direito ao uso do nome social e o acesso ao processo transexualizador no serviço público de saúde constituíram estratégias para ampliar o acesso desses sujeitos aos serviços de saúde (BEZERRA, 2019).

Entretanto, a despeito do que preconiza a PNSILGBT, observa-se pouco interesse e incentivo das diversas esferas de gestão e também dos profissionais de saúde em relação ao tema (ALBUQUERQUE, 2013). Nesse contexto, a APS como primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde e linha de frente do cuidado à população, inclusive por ter como pilares o acolhimento integral e a continuidade do cuidado, projeta-se como ambiente propício para algumas das ações afirmativas de direitos da população LGBTQIA+ (ALBUQUERQUE; BOTELHO; RODRIGUES, 2019).

Todavia, na prática, ainda nos deparamos com profissionais e equipes sem preparo adequado e que não fornecem um ambiente acolhedor que respeite e perceba a população LGBTQIA+ como grupo vulnerável; em sentido contrário, muitas vezes contribui para maior vulnerabilização ao impor barreiras ao acesso desses sujeitos aos cuidados em saúde (ALBUQUERQUE; BOTELHO; RODRIGUES, 2019).

É preciso fundamentar a necessidade de se atender as demandas das diferentes orientações, desconstruir o pressuposto social da heteronormatividade e a exclusão desses sujeitos de uma assistência de qualidade e, em respeito ao que é proposto, combater invisibilidades e atuar no sentido de diminuir as vulnerabilidades, pois embora todos sejam indivíduos iguais – perante a lei e em direitos fundamentais, o acesso não acontece da mesma forma para todas as pessoas (VALADÃO, 2011).

Segundo Sousa *et al* (2014), é preciso que os profissionais de saúde aprofundem o seu conhecimento acerca da participação das estruturas de poder e influência do contexto sociocultural no desenvolvimento do cuidado, com o intuito de criar mais espaços para pessoas LGBTQIA+ de forma que tenham maior visibilidade e tornem-se primeiramente sujeitos atuantes nesse processo e também parte dele, de modo a produzirem uma realidade diferente nos cuidados à saúde, em especial na APS.

Retomando a PNSILGBT, o cuidado deve envolver escuta qualificada, consultas, solicitação de exames que porventura sejam necessários e a assistência integral à saúde, a partir da ampliação do acesso desses sujeitos aos serviços do SUS, com o intuito não somente de fortalecer as ações executadas pelos profissionais de saúde, mas principalmente reduzir os problemas relacionados a saúde física e mental, contribuir na redução do índice de suicídio, prevenção ao alcoolismo e uso de substâncias ilícitas (BRASIL, 2013a). É fundamental a participação de uma equipe multiprofissional nesse processo, bem como envolver e sensibilizar os profissionais a respeito dos direitos, que têm sido pouco considerados e até mesmo negligenciados a esses indivíduos, os quais são continuamente invisibilizados nas tradicionais linhas de cuidado e em muitas ações programáticas de saúde pública (VALENÇA, 2018).

Considerado o grande desafio do SUS de fomentar estratégias de cuidado integral à saúde das populações LGBTQIA+, um dos principais cenários em que esse marco legal pode e precisa ser efetivamente institucionalizado, ampliando o acesso, é na APS, mais especificamente na ESF.

Mas de que família estamos falando quando nossas lentes se aproximam da realidade das populações LGBT? Em um terreno de normatividades e assimetrias de gênero, em que o modelo de família nuclear e tradicional é o centro do cuidado em saúde, como são acolhidas as populações LGBT nas unidades de saúde? (FERREIRA, 2019, p.499)

Diante de tais questões que a literatura tem nos mostrado, percebemos ser necessário que os profissionais que atuam na APS agreguem em seu cotidiano de trabalho ações inclusivas e de respeito às populações LGBT (FERREIRA, 2019), cabendo mencionar que esta constitui-se na principal ferramenta de acesso ao sistema de saúde, demandando ampla conscientização por parte de todos os profissionais, das diferentes modalidades de constituição de redes familiares distintas do padrão heterossexual.

4 ESPECIFICIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+

4.1 ESPECIFICIDADES EM SAÚDE DAS MULHERES LÉSBICAS

O documento *Brasil sem Homofobia* utiliza o termo lésbicas para designar a homossexualidade feminina, ou seja, aquelas mulheres que mantêm relacionamentos afetivos e sexuais com outras mulheres (BRASIL, 2004). Entretanto, para compreender as vivências das mulheres lésbicas e bissexuais nos contextos da saúde é necessário transitar por objetividades e subjetividades relacionadas às particularidades do corpo, do papel social e de suas nuances (CABRAL, 2017), escapando de uma perspectiva reducionista e centrada, na grande maioria das vezes, nos encontros e práticas sexuais. E apesar da grande relevância do assunto ainda nos deparamos com enorme lacuna de estudos sobre a saúde da mulher lésbica no território brasileiro, tornando o assunto muito pouco conhecido, estudado e debatido por profissionais de saúde (BARBOSA, 2006).

Segundo o Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas alguns aspectos que tornam o universo da saúde de mulheres lésbicas pouco estudado seriam: a invisibilidade do homoerotismo feminino, a invisibilidade da sexualidade feminina e o preconceito com a homossexualidade (FACHINI; BARBOSA, 2006), o que perpetua um modelo em que as ações dos serviços de saúde da mulher se dirigem à mulher adulta, mãe e heterossexual, excluindo e operando de forma iatrogênica quando confrontado com outras formas de se experimentar mulher (CABRAL, 2017).

Ser capaz de abordar a sexualidade e as práticas sexuais entre mulheres lésbicas aparece como competência essencial do médico de família e comunidade e é fundamental para acolher essas mulheres e fornecer informações precisas sobre infecções sexualmente transmissíveis. Somado a isso, a atenção primária à saúde, campo responsável pelo cuidado integral e por garantir equidade na forma de oferecer cuidado em saúde, se coloca como cenário privilegiado para abordar essa população que experimenta muitas dificuldades e barreiras de acesso ao sistema de saúde pelo preconceito e discriminação que sofrem sistematicamente de forma institucional (SBMFC, 2019).

Por muito tempo cultivou-se a crença que as práticas sexuais entre mulheres não consistiam em atos sexuais e não envolveriam o risco de transmissão de IST, já que não teriam a presença do pênis. Posteriormente, e bem recente na história da saúde pública brasileira, após a publicação do dossiê saúde das mulheres lésbicas, em 2007, abriu-se os

olhos para a feminização da AIDS, passando-se a considerar a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelos vírus (CABRAL, 2017; FACHINI; BARBOSA, 2006). A transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST) pode ocorrer no contato de pele com pele, no contato de mucosas, nos fluidos vaginais, no sangue menstrual e por meio do compartilhamento de acessórios (KNIGHT; JARRETT, 2017) de maneira que a falta de acesso ao cuidado, a métodos de proteção e a informação são fatores decisivos para o aumento da vulnerabilidade de mulheres lésbicas à essas infecções às IST.

Para além dessas infecções, doenças como o câncer de mama e de colo uterino são agravadas devido à baixa utilização dos serviços de saúde por essas mulheres, em decorrência de ações discriminatórias por parte dos profissionais de saúde quando elas revelam sua orientação sexual (BARBOSA; KOYAMA, 2006). Entre os fatores associados que conduzem o adoecimento também são citados o uso abusivo de drogas ilícitas, tabaco e álcool, além do grande sofrimento psíquico, muitas vezes desencadeado pela violência física na família, no trabalho e em lugares públicos observado mais frequentemente nessas mulheres que nas heterossexuais (CARDOSO; FERRO, 2012).

As principais queixas das mulheres lésbicas giram em torno da inadequação das ações a elas e da falta de planejamento e medidas específicas voltadas para as relações sexuais entre lésbicas. O que demanda conhecimento acerca dessas especificidades e diferenças desse exercício da sexualidade e legítimo interesse em adequar os serviços, conhecimentos e recursos às demandas da população lésbica, sempre em uma postura de acolhimento, empatia e respeito. Porque não é possível apresentar soluções a problemas que não são conhecidos, e a ignorância aqui tem um peso grande na saúde e na vida de milhares de mulheres lésbicas que não se veem representadas e reconhecidas dentro desse planejamento e idealização (VIEIRA; BORRET, 2021).

Tal cenário vincula-se a atitudes preconceituosas e à falta de manejo dos profissionais na abordagem da sexualidade lésbica e bissexual na construção de ações de atenção à saúde das mulheres, o que mascara a realidade e as afasta dos serviços de saúde, que persistem focados nas tradicionais linhas de cuidado à saúde reprodutiva e materno-infantil orientadas pela presumida heterossexualidade, contribuindo para a invisibilidade e vulnerabilização social desse grupo populacional (CABRAL, 2017).

O desenvolvimento de políticas ainda assim não se mostrou suficiente como garantia no campo da atenção integral à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais. A invisibilização e o preconceito quanto à sexualidade dessas mulheres estagnaram os cuidados a esse grupo social, corroborando para a falta de reconhecimento por parte dos profissionais de seu direito

à saúde e das singularidades envolvidas no seu acolhimento e escuta (FACHINI; BARBOSA, 2006).

4.2 ESPECIFICIDADES EM SAÚDE DOS HOMENS GAYS

O termo gay tem seu uso no contexto brasileiro para designar a homossexualidade, ou seja, homens que mantêm relações afetivas e sexuais com outros homens, sejam pessoas cis ou trans, podendo ser tomado como sinônimo de homossexual (BRASIL, 2004). No entanto, a ideia de uma identidade gay homogênea não se evidencia na vida cotidiana e, em específico na cultura brasileira, são usados os termos bicha e viado, os quais têm sido ressignificados – fugindo de sentidos pejorativos, e utilizados em produções científicas e culturais como forma de afirmação identitária e política positiva. Tal processo de ressignificação tem muitas vezes acontecido em diálogo com outros movimentos sociais de afirmação positiva de lugares de fala, associando-se a termos como negro, periférico e/ou afeminado (JUNIOR et al, 2021),

Do ponto de vista da saúde LGBTQIA+ esses estereótipos se articulam aos modos como os marcadores sociais de diferença se associam na experiência dos sujeitos e têm como efeito processos de saúde-doença diversos. A visão negativa que a sociedade apresenta sobre a homossexualidade atravessa os processos de subjetivação desses sujeitos e pode gerar sentimentos de inferioridade em relação aos heterossexuais e de incapacidade de alcançar seus objetivos na vida (CARDOSO; FERRO, 2012). Assim, os sujeitos mergulham em questionamentos sobre seu valor como pessoas, acarretando baixa autoestima e possivelmente desencadeando

episódios depressivos, sentimento de culpa, medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, abuso de álcool e outras drogas, distúrbios alimentares e comportamentos ou ideação suicida. (NUNAN, 2004 p.7)

Outra marca importante no cuidado à saúde do homem gay consiste na vinculação das demandas desses sujeitos a questões relativas às IST, incluindo o HIV e AIDS, como principais possibilidades de adoecimento, ofuscando outras necessidades de cuidado em saúde (CARDOSO; FERRO, 2012; JUNIOR et al, 2021). Mesmo após décadas de lutas contra o estigma e o preconceito, tais incompreensões quanto à atenção integral à saúde do homem gay, que inclui necessariamente demandas de saúde que existem em todas as parcelas da população, para além daquelas relativas às práticas sexuais seguras, persistem.

Nesse sentido, a desvinculação da relação direta entre homossexualidade masculina e HIV/AIDS e a despatologização da homossexualidade - com a retirada do termo homossexualismo dos manuais diagnósticos e da classificação internacional de doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS), refletiram positivamente sobre o autoconceito dos sujeitos que integram esse grupo populacional (LIONÇO, 2008).

Assim, a atenção à saúde do homossexual masculino vem ganhando visibilidade nos últimos anos, primeiramente com o programa *Brasil sem Homofobia* e, posteriormente, com a PNSILGBT que traz como um dos seus objetivos a atenção integral aos LGBTs como estratégia voltada para a promoção da equidade para esse grupo social (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013a).

4.3 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE DE MULHERES E HOMENS BISEXUAIS E PANSEXUAIS

A bissexualidade pode ser entendida a partir de múltiplas dimensões: autodeterminação da identidade bissexual, atração por pessoas com gêneros diferentes e a possibilidade interna de se relacionar afetiva e sexualmente com mais de um gênero. Já a pansexualidade pode ser entendida como a atração sexual e/ou romântica por pessoas, independentemente do genital e corpo, identidade de gênero ou expressão de gênero (MEREISH; KATZ-WISE; WOULFE, 2017).

Homens e mulheres bi e pansexuais enfrentam consequências comportamentais, psicossociais e clínicas da marginalização e do isolamento, tanto da sociedade quanto de indivíduos homossexuais e da própria comunidade LGBTQIA+. Sob essa ótica, o preconceito anti-bi/pansexual parece ter duas dimensões que se sobrepõem: o não reconhecimento das plurissexualidades como orientações sexuais legítimas ao considerá-las algo instável ou temporário e a hostilidade direta a esses sujeitos (GAGLIOTTI; HERCOWITZ, 2021).

Poucos são os artigos que estudam as diferenças e semelhanças entre pessoas bi e pansexuais, mas ambas as orientações têm em comum serem pluri ou polisssexuais, ou seja, direcionadas a dois ou mais gêneros e, portanto, não monossexuais. A maior parte dos estudos enfoca as experiências de pessoas cisgênero gays e lésbicas, citando as pessoas plurissexuais em articulação a um desses grupos. Quanto aos aspectos específicos do cuidado a

sujeitos bissexuais e às especificidades no planejamento do seu atendimento e acompanhamento há poucos materiais que os abordem (GAGLIOTTI; HERCOWITZ, 2021).

Em relação saúde sexual, mental, violência e problemas clínicos, as pessoas que se afirmam como bi e pansexuais apresentam piores índices em relação à população heterossexual e também em relação à população homossexual (FEINSTEIN; DYAR, 2017). Por exemplo, ao serem menos informadas pelos serviços de saúde sobre cuidados com a saúde sexual, tornam-se mais vulneráveis a comportamentos de risco acarretando maior índice de gravidez indesejada, abortamento, trabalhos de natureza sexual, maior número de parcerias sexuais e violência (GAGLIOTTI; HERCOWITZ, 2021).

Observa-se outras disparidades em relação a questões psicossociais e de saúde mental com maiores índices de depressão, ansiedade, uso de substâncias psicoativas e maior índice de suicídio quando comparados aos heterossexuais e também aos homossexuais. Há, ainda, desproporcionalidade quando analisadas condições clínicas passíveis de prevenção por atenção em saúde oportuna e de qualidade (FEINSTEIN; DYAR, 2017). Por exemplo,

em relação aos bissexuais, há fatores ainda pouco explorados no que diz respeito à percepção de risco e às práticas de prevenção da infecção pelo HIV. É possível que fatores relacionados à percepção de riscos diferentes em suas relações com homens e mulheres, bem como à orientação sexual autorreferida possam influenciar o uso efetivo de preservativos. Uma melhor compreensão desses fatores poderia facilitar a formulação de estratégias específicas de prevenção para essa categoria (GRECO et al, 2007, p. 110).

Possíveis explicações para isso são o vínculo precário dos profissionais de saúde com a comunidade LGBTQIA+, a relutância desses sujeitos em mencionar sobre a orientação sexual ao provedor de saúde e no fato de o cuidado e a prevenção focarem outros grupos populacionais, levando a uma limitada procura de pessoas bi e pansexuais por esses serviços. Algumas dessas questões são potencializadas pelo não entendimento de suas orientações sexuais mesmo dentro da comunidade LGBTQIA+ e pelo grande desconhecimento dos profissionais de saúde a respeito de suas identidades (GAGLIOTTI; HERCOWITZ, 2021).

É importante que profissionais de saúde compreendam o que são as identidades bi e pansexuais, assim como as experiências específicas desses grupos em torno de suas vivências, incluindo a prática sexual da pessoa e não apenas a identidade bissexual. Contudo, sem reproduzir estereótipos, de forma a ajuda-los na afirmação de sua plurissexualidade, sem presumir as orientações sexuais dos sujeitos na prática clínica (GAGLIOTTI; HERCOWITZ, 2021).

4.4 A (DES)INVISIBILIZAÇÃO DOS TRANSGÊNEROS NOS ESPAÇOS FORMAIS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO

Em uma postagem na rede social Instagram, Giulianna Nonato nos alerta sobre a enorme lista de pessoas cisgênero que constroem a própria carreira sobre pessoas trans e travestis. Profissionais do audiovisual, de diversas áreas da medicina, da psicologia, das artes em geral, todos querem retratar, representar, visibilizar, dar voz e espaço para pessoas trans e travestis. A autora, que adota como perfil @travagiu, questiona, por exemplo, a dependência da generosidade de pesquisadores cisgêneros, visto que muito já se produziu sobre o assunto e, ainda assim, as pessoas trans continuam à margem da academia, física e epistemologicamente; questiona ainda o mercado da saúde com mais cirurgiões plásticos, endocrinologistas, ginecologistas e psiquiatras, todos disputando uma fatia no emergente cuidado em saúde às pessoas trans. Enquanto isso, persiste a necessidade de profissionais efetivamente dispostos a construir acesso gratuito à saúde integral, garantindo os princípios do SUS, em especial universalidade e integralidade (NONATO, 2021).

Persiste também a necessidade de a transgeneridade continuar sendo patologizada – aposição de diagnóstico codificado dessa condição - para garantir algum acesso a intervenções necessárias para afirmação de gênero desses sujeitos, perpetuando um modelo privatista, fragmentário e especializado de atenção à saúde. Esse grupo populacional, considerando aqui as pessoas transexuais e travestis, décadas após a despatologização da homossexualidade, alcançou a despatologização de suas identidades com a revisão da décima edição da CID da OMS corrida em 2019 e prevista para implementação em 2022 (WHO, 2019), mas ainda não utilizada no contexto brasileiro até a data de fechamento desse trabalho.

Em linhas gerais, critica-se o fato de o “transexualismo” ainda ser considerado uma patologia, definida como um transtorno de identidade devido à não conformidade entre a relação binária de sexo e gênero e podendo ser compreendida como correlata à uma psicose, já que o transexual apresenta suposta recusa da diferença sexual (CARDOSO; FERRO, 2012).

A despeito da identidade de gênero ser autoatribuída, para a realização de intervenções corporais almeçadas por algumas pessoas transgêneros - dentre elas a terapia com hormônios que induzirá modificações corporais para o gênero com o qual se identifica, faz-se necessário laudo psiquiátrico e acompanhamento em saúde mental, que atestam que

o sujeito se encontra apto a decidir sobre tais intervenções. As críticas a estes ritos iniciam-se pelo processo diagnóstico, o qual se baseia no sistema binário de sexo e gênero, tomado como um sistema regulador da sexualidade, e avançam, conforme Lionço (2008), para a necessária problematização da exigência de um diagnóstico de transtorno de gênero para acesso às intervenções.

As diversas demandas em saúde, com ênfase naquelas relacionadas à afirmação⁹ identitária, por exemplo, surgem junto à certeza de pertencimento a outro gênero e sua importância é evidenciada pelo intenso sofrimento psíquico que muitos enfrentam e que inclusive aparece sob a forma de transtornos de humor, sintomas ansiosos e angústia, transtornos alimentares e até tentativas de suicídio. Tais situações advêm não apenas do não pertencimento ao sexo biológico de nascimento, mas também pelas condições de vulnerabilidade social, como a dificuldade de se integrar formalmente à sociedade (CARDOSO; FERRO, 2012).

Além de todas as dificuldades apresentadas, a população transgênera enfrenta outros constrangimentos, tais como os provocados pela dificuldade em realizar mudanças na identidade civil, com importantes prejuízos na educação e nas relações de trabalho, o que agrava as situações de vulnerabilidade social (CARDOSO; FERRO, 2012). Semelhante a essa situação, a despeito de normativa federal que garante o uso do nome social à população trans no SUS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016), ainda não se observa o respeito ao nome social de modo uniforme nos serviços de saúde, gerando uma abordagem pouco respeitosa por parte de alguns profissionais e constrangimento por parte dos pacientes. Tais processos de desrespeito e constrangimento, de maneira geral, se associam aos piores desfechos quanto à saúde e à vida dos sujeitos transgêneros.

No sentido de melhor acolher e efetivar os cuidados necessários para esses sujeitos, é preciso compreender a diferenciação entre as duas populações. Transgênero é todo aquele sujeito que não se identifica, em gênero, com seu sexo biológico, não apresentando, portanto, a esperada convergência entre o sexo de nascimento e o gênero atribuído com base nessa genitália. Já a travesti é aquele indivíduo do sexo masculino que adota formas de expressão e apresentação social femininas e, diferentemente dos transexuais, sustentam alguma duplicidade sexual, pois ao mesmo tempo que investem na construção de um corpo para ser

⁹ O Conselho Federal de Medicina (CFM) utiliza expressões como afirmação de gênero ou da identidade de gênero para se referir às intervenções de modificação corporal em pessoas trans, entretanto o movimento trans recusa tal denominação por sua identidade de gênero não necessitar de afirmação, apenas o corpo passaria por modificações (CFM, 2020).

reconhecido pelo outro como feminino não apresentam sentimento de repúdio quanto à sua característica sexual primária (LIONÇO, 2008). Por fim, transexual é aquele indivíduo que, sendo transgênero, se submete a transição sexual por meio das diversas possibilidades de modificações corporais ocasionadas por intervenções médicas, tais como a hormonização ou os procedimentos cirúrgicos.

As pessoas transexuais e travestis podem, muitas vezes, recorrer ao serviço de saúde em busca das transformações corporais para uma maior adequação da sua imagem corporal e assim obterem o reconhecimento social dentro dos padrões atribuídos ao gênero com o qual se identificam. Muitas utilizam-se de dispositivos que modificam de maneira transitória algumas formas e características corporais, dentre eles é comum a ocultação das mamas pelos homens trans com uso do *binders* - compressão elástica das mamas para diminuição temporária de volume; a ocultação dos testículos e do pênis pelas mulheres trans e *drag queens*¹⁰ performáticas ou, conforme o dicionário popular, “aquendar a neca”; alguns homens trans podem adotar o uso de próteses externas como o *packer* para aumentar o volume na região pubiana e de próteses prolongadoras do clitóris usadas para aumento de volume e penetração. Importante frisar que nenhuma dessas intervenções se mostra livre de riscos para os usuários e podem acarretar diversos problemas, principalmente se utilizados sem a devida orientação para diminuir possíveis complicações de seu uso (SÃO PAULO, 2020).

Importante também desmitificar a ideia que todas as pessoas transgêneras desejariam alguma intervenção, inclusive aquelas permanentes proporcionadas pela intervenção cirúrgica de redesignação sexual ou utilização de hormônios para o desenvolvimento de caracteres sexuais do outro gênero. Independente das necessidades e demandas em saúde e da motivação, é importante que profissionais de saúde legitimem as necessidades em saúde apresentadas e ofereçam acompanhamento de modo a atender ao princípio da equidade e contribuir para promoção do respeito à diversidade e garantia do atendimento integral no SUS a essa população, que é vítima constante de discriminação inclusive nos lugares formais de produção do cuidado (LIONÇO, 2008; CIASCA; 2021).

De outro modo, essa violação de direitos expressa na discriminação e nos obstáculos

¹⁰ Uma *drag queen* é uma pessoa geralmente do sexo masculino que usa roupas e maquiagem para imitar e frequentemente exagerar os significantes do gênero feminino e demais papéis de gêneros para fins de entretenimento e de produção artística (JESUS, 2012). Nos tempos atuais, *drag queens* costumam ser associadas a homens gays e à cultura LGBTQIA+, mas elas podem pertencer a qualquer gênero e identidade sexual. Pablo Vittar e Glória Groove, por exemplo, são duas *drag queens* que vem ganhando projeção na cultura popular brasileira nos últimos anos.

ao acesso, em certa medida, orientará suas escolhas quanto às transformações corporais por meio alternativos e informais com uso inadequado de hormônios e por procedimentos com as *bombadeiras* – pessoas que oferecem o serviço de modificações corporais através da aplicação de silicone industrial, com graves riscos à saúde (CARDOSO; FERRO, 2012). O que, por si só, justifica a importância de haver um atendimento que se dedique às demandas específicas - negligenciadas e/ou conhecidas - dessa população. Mas não necessariamente implica que a sua atenção à saúde deva se fazer em ambulatórios especializados, alguns deles criados junto a serviços direcionados às IST/HIV/AIDS ou decorrentes de sua transformação, perpetuando a correlação doenças venéreas/anormalidade, deflagrando o fracasso da rede na universalização do acesso e reconhecendo a dificuldade em acolher essa população em serviços de saúde abertos a toda sociedade, numa articulação em que segmentação se associa a cuidado pleno sem produzir transformações quanto aos preconceitos e estigmas (CARDOSO; FERRO, 2012; CIASCA, 2021).

4.5 O CASO DAS PESSOAS INTERSEXO

Amiel Modesto (2018), sociólogo e ativista intersexo em entrevista ao Nexo Jornal, coloca-nos diante de uma realidade comum na cena médica quando afirma que “as pessoas intersexo tem seus problemas resolvidos na sala de cirurgia, com uma estrutura de segredos e silêncio... Há um pacto para que esses corpos não estejam diante da sociedade”. Os corpos que não devem ser vistos, a que Amiel faz referência se originam de uma variante própria ao espectro biológico, gerada em uma das etapas do processo de desenvolvimento do sexo entre a vida fetal e a puberdade, articulando de forma complexa e regulada por fatores genéticos, epigenéticos e ambientais de modo a permitir a existência de grande diversidade de corpos humanos. Diversidade que vai além das variações que integram os padrões típicos no que se refere a cromossomos, órgãos e genitais internos e externos, podendo haver coexistência de tecidos testiculares e ovarianos. Tais corpos, chamados de intersexo, podem representar até 1,7% da população dos nascidos vivos (AINSWORTH 2015; STELET et al, 2021)

O termo intersexualidade e estados intersexo foi utilizado no início do século XX por Richard Goldschmidt. Ao longo dos anos, as normalizações cirúrgicas e hormonais consolidaram-se como abordagem médica padronizada para pessoas intersexo, considerando-se a reparação da genitália atípica como o passo mais significativo para a vida desses sujeitos. Atualmente, há um movimento contrário à patologização desses corpos e à

compulsoriedade das intervenções “corretivas” ao nascer e/ou na primeira infância (STELET et al, 2021).

Sabemos que para além das categorias biológicas e médico-diagnósticas, os nomes e sentidos dados a fenômenos orgânicos implicam numa rede de saberes e poderes. Assim, tais fenômenos se constituem como efeitos socioculturais, reiterando que há uma dimensão de pactuação coletiva quanto ao que se reconhece como normal ou anormal. Hoje, a biologia reconhece como parte da natureza diversa do ser vivo as anatomias sexuais variantes, pela e na utilização do termo diferenças do desenvolvimento do sexo (DDS), referência nosológica mais utilizada no meio médico na luta pela despatologização dos corpos intersexo (STELET et al, 2021). O que se percebe, pois, é que o trinômio corpo, pessoa intersexo e intersexualidade parte de perspectivas conceituais distintas e está em constante disputa nas dimensões médica, psicossocial e ética.

Nesse sentido, novos cuidados em saúde têm sido pensados a partir de um deslocamento despatologizante da condição intersexo, tais como o de assegurar os direitos reprodutivos, a autodeterminação do sexo e as demandas específicas (cirurgias e hormonioterapia) relativas à intersexualidade. É necessário estimular reflexões sobre a normalização de narrativas acerca da diversidade sexual, ampliar a capacidade de aceitação das diferenças, assim como abordar temas relacionados ao estigma, a vergonha, o isolamento e os traumas envolvidos no desenvolvimento de pessoas intersexo (SILVA, 2018; STELET et al, 2021).

Os cuidados iniciais pressupõem uma avaliação do recém-nascido com genitália atípica com objetivo de evitar complicações clínicas, identificando a necessidade de intervenções precoces para manutenção da integridade e das funções fisiológicas do recém-nascido, sendo algumas alterações consideradas urgências neonatais. Ademais, trata-se de evitar a determinação precoce do gênero da criança e estabelecer uma comunicação qualificada e multiprofissional com familiares (CIASCA, 2021). Após o período neonatal deve-se atuar da mesma forma, entretanto, sem o senso de urgência em decorrência da baixa probabilidade de complicações das atipias do desenvolvimento genital. Quando a criança for mais velha e entender a situação, deve-se atentar para os impactos psicossociais de possuir um corpo intersexo num mundo que hegemonicamente opera por binarismos (SILVA, 2018).

O movimento intersexo e pesquisadores de diversas áreas têm buscado atuar a fim de proibir a cirurgia genital irreversível, compulsória e com motivação social e estética sem o consentimento informado do indivíduo (STELET et al, 2021). Tais grupos têm inclusive usado como argumento o desenvolvimento e a utilização de novas tecnologias, que

tensionam a compreensão do senso comum de que a determinação de sexo envolve apenas a identificação do genital e dos cromossomos. Novos achados da biologia molecular propõe uma substituição da visão binária do sexo biológico pela da existência de um *quantum*, em que a interação entre um grupo de genes configuraria uma aproximação entre o masculino e o feminino típicos, portanto, dentro de um espectro (ROSARIO, 2009).

Com o decorrer do crescimento da criança aprofunda-se a discussão sobre sexo genital, gênero e orientação sexual, enfatizando as suas variabilidades em diálogo franco e de maneira afirmativa em relação a questões identitárias, empoderando esses sujeitos em sua autodeterminação nos campos do gênero e sexualidade.

Esse processo de reconhecimento identitário para o sujeito intersexo é complexo, uma trajetória de autoconhecimento que envolve conhecer suas potencialidades e limitações corporais, amadurecimento psicológico e sociopolítico pois, “reconhecer-se em um corpo variante é um ponto de partida para autorreflexão, e esse processo identitário só ocorre com o reconhecimento de que seu corpo não binário é um corpo político e sujeito de direitos. O corpo intersexo é parte da humanidade” (STELET et al, 2021 p. 263).

4.6 ASSEXUALIDADE EM QUESTÃO

A assexualidade é considerada pouquíssima ou nenhuma atração sexual por qualquer gênero, ou atração sexual apenas em situações específicas. Os assexuais podem ter atração romântica por outras pessoas, manter relacionamentos afetivos e ter práticas sexuais por outras razões que não a atração erótica e sexual. Noutra direção, se encontram os alossexuais que se caracterizam pela atração sexual de forma constante por outras pessoas (AVEN, sem data). É importante diferenciarmos atração de desejo sexual, pois o sujeito assexual pode ter desejo e excitação e alcançar o prazer sexual por qualquer forma, o que caracteriza a assexualidade é a falta de atração sexual pelo outro e não a ausência de desejo sexual em si (NETO; JÚNIOR; HERCOWITZ, 2021).

Historicamente a ausência de atração sexual foi considerada uma anormalidade entre os seres humanos e passível de correção terapêutica. Nessa concepção de saúde-doença que padroniza a vida e restringe as possibilidades da diversidade humana é esperado que um ser humano saudável tenha obrigatoriamente atração sexual por outras pessoas e que exerça práticas sexuais (NETO; JÚNIOR; HERCOWITZ, 2021).

No sentido de evitar a patologização da assexualidade e diferenciá-la de problemas

de ausência e diminuição de desejo sexual, a CID-11¹¹ passou a exigir a presença de sofrimento significativo como um dos critérios definidores do transtorno do desejo sexual hipoaetivo e assim reconhecer a assexualidade como identidade sexual, declarando oficialmente que a ausência de atração sexual não corresponde necessariamente a uma doença (WHO, 2019).

Entretanto, as pessoas assexuais podem enfrentar algum sofrimento em decorrência da imposição social para consumir relacionamentos ou práticas sexuais. Mesmo que a assexualidade se manifeste como parte da identidade da pessoa, os efeitos sociais gerados no ambiente em que vivem os sujeitos assexuais, muitas vezes vinculados à sua desvalorização, discriminação e desumanização, terão consequências no processo saúde-doença que experimentam (NETO; JUNIOR; HERCOWITZ, 2021).

Muitos assexuais, cerca de 43%, apesar da ausência de atração, manterão práticas sexuais para agradar sua parceria. Podendo, inclusive, construir relacionamentos íntimos de inúmeras formas, geralmente sem foco na atividade sexual, mas subsidiado pela atração romântica - criação do século XIX e definida como a necessidade de buscar parcerias com que se compartilhe intimidade, afetos e planos de vida (AUREA, 2019; NETO; JUNIOR; HERCOWITZ, 2021).

A principal consideração em relação ao cuidado em saúde é o conhecimento da assexualidade em seu espectro de possibilidades como uma orientação e identidade sexual possível, que deve ser acolhida dentro dos princípios da integralidade em saúde, auxiliando esses sujeitos no processo de compreensão e descoberta de seus modos de existir.

4.7 A SAÚDE NA PERSPECTIVA *QUEER*: (RE)(DES)CONSTRUÇÃO DE CONCEITOS E PRÁTICAS

Até aqui, trouxemos elementos quanto à saúde e ao cuidado da população LGBT(Q)IA+ que emergiram dos diálogos, tensões e cenários entre as perspectivas hegemônicas quanto à identidade de gênero e à orientação sexual no discurso médico, na formulação de políticas públicas e na sociedade. Assim percorremos nesse breve referencial

¹¹ Atualmente utiliza-se no Brasil a CID-10 e acredita-se que a implementação da CID-11 no nosso país será um grande desafio cujo aspecto desfavorável inicial é o idioma, com isso o processo de tradução, adaptação, revisão e implementação na nova língua portuguesa é um dificultador importante, que demandará tempo. Ademais, vários programas e projetos estão estruturados na CID-10, inclusive o e-SUS APS, utilizado como prontuário eletrônico nas unidades da APS (ALMEIDA et al, 2020).

teórico assuntos tais como a invisibilização das sexualidades lésbicas, a redução da homossexualidade e da travestilidade à epidemia da AIDS, a patologização das experiências transexuais, bem como a imposição cirúrgica aos intersexos – e todos processos culturais (e até clínicos) que constroem as identidades desses indivíduos.

Nesse sentido, talvez tenhamos pensado e apresentado a saúde em suas operações de normalização e enquadre das subjetividades e dos modos de existir, sublinhando suas ambivalências e contradições entre a produção de cuidado e seus efeitos de constrangimento e violência na vida dos sujeitos. Entretanto, é fundamental afirmar que esse é um campo de disputas, conflitos e negociações, que constituem os processos de compreender e produzir cuidado, saúde e vida tanto de trabalhadores quanto de usuários dos serviços do SUS a fim de que tragamos para a cena a perspectiva da teoria *queer* (LEITE; OLIVEIRA, 2014).

A teoria *queer* sustenta-se em produções teóricas e de ativismo destinadas a contestar e desconstruir normas socioculturais e afirma que, a orientação sexual e a identidade sexual e de gênero dos indivíduos são atos performáticos construídos socialmente, não existindo assim papéis sexuais inatos ou biologicamente determinados (LOURO, 2001). Numa visão ampliada, a teoria *queer* analisaria os processos sociais a partir de um estranhamento do olhar, do questionamento sobre as normativas sociais que, em suma, orientam a segregação pela diferença (LEITE; OLIVEIRA, 2014).

Nesse sentido, acionar uma perspectiva *queer* no campo da saúde, implica um questionamento radical de sua base higienista, historicamente construída e constantemente reforçada por uma política de normalização dos sujeitos que

Em linhas gerais seria uma espécie de regulamentação que se ocupa dos processos biológicos relacionados ao homem enquanto espécie, não apenas descrevendo-o ou quantificando-o – por exemplo, em termos de nascimento e de mortes, de fecundidade, de morbidade, de longevidade, de migração, de criminalidade, etc.-, mas também jogando com tais descrições e quantidades, combinando-as, comparando-as e, sempre que possível, prevendo seu futuro por meio do passado, advindo daí a produção de múltiplos saberes (LEITE; OLIVEIRA, 2014 p.4).

Um olhar *queer* pode, pois, abrir espaço para a incorporação de uma perspectiva ambivalente da saúde, permitindo a este campo do saber repensar suas formas de atuar, que até então estiveram a serviço da edificação de identidades socialmente prescritas e comprometidas com um disciplinamento social reforçado continuamente pelo discurso biomédico (MOTTA; RIBEIRO, 2013).

Assim, considerando-se somente as perspectivas ocidentais quanto aos modos de ver e significar a saúde, nas quais o materialismo médico estabelece relação de dominação dos saberes biológicos sobre o corpo e a sexualidade, reduzimos seu território de significações e

reforçamos uma prática que, em suma, constitui uma forma de violência na medida em que nega as singularidades de sentidos. Percebe-se então que qualquer significado de saúde é complexo e contingente e que toda assunção de uma significação hegemônica implica necessariamente uma série de relações de poder produtoras de hierarquizações sociais (MOTTA; RIBEIRO, 2013; LEITE; OLIVEIRA, 2014).

Nessa direção, a perspectiva *queer* nos ajuda tanto a definir a particularidade política da saúde, como também a analisar suas complexidades e ambivalências, permitindo-nos compreender as subjetividades e saberes produzidos pelas histórias e práticas em saúde e fazendo-nos repensar a própria ideia de sujeito “normal” (MISKOLCI, 2009) pelo questionamento de quaisquer atos, identidades, desejos, percepções e possibilidades normativos e não-normativos – inclusive aqueles não diretamente relativos a gênero e sexualidade (LEITE; OLIVEIRA, 2014).

Trata-se, pois, de potencializar uma ideia de saúde em movimento, permitindo-se revisitar os processos de subjetivação em saúde, sempre entendidos como provisórios, circunstanciais e cindidos pois há razões para defender que “o olhar *queer* possa ser estendido ao longo das dimensões que não podem ser subsumidas, inteiramente, ao gênero e à sexualidade” (SEDGWICK, 1994 apud LEITE; OLIVEIRA, 2014 p.8).

Atente-se que talvez a saúde nunca deixe de ser um espaço normativo. Se a saúde é de fato normalizante e normalizadora, o olhar *queer* aponta para a precariedade intrínseca à normalização da saúde, significando uma aposta em um processo de produção das diferenças em saúde como potências, constituindo

um exercício em que as instabilidades, as rupturas, as ambiguidades, as ambivalências e as discontinuidades das experiências sexuais, de gênero, raciais, econômicas, geográficas, históricas, culturais, políticas, corporais tornam-se visíveis nos espaços da saúde, como pequenas piscadelas, que suspendem os discursos que tratam essas mesmas experiências como categorias doentias, espécies patológicas e entidades clínicas nosográficas, inclusive aqueles que pretendem criticar essas mesmas categorias (LEITE; OLIVEIRA, 2014 p.9).

Os serviços em saúde, como consultas médicas, assistência hospitalar, assistência clínica, prescrição de fármacos e procedimentos cirúrgicos, apresentam, de tal modo, uma dupla face. Por um lado, apresentam capacidade potencial de atender as necessidades sociais, produzidas no próprio processo de fazer saúde desses serviços que se propõem a responder a determinadas lacunas e demandas sociais. Por outro, eles também operam um controle social dos corpos, um gerenciamento dos sujeitos e de sua vida e uma política de normalização na produção de identidades fixas e bem delimitadas, evidenciando, mais uma vez, o caráter biopolítico da saúde (BENTO, 2017)

Os cuidados em saúde que se propõem a resolver determinadas demandas, vistas como necessidades sociais vitais, têm a potencialidade e a capacidade de criar sujeitos, forjar identidades, delimitar condutas, construir necessidades e modificar corpos, comprometendo-os com ideais normalizadores (BENTO, 2017). Assim, a discursividade sobre as demandas em saúde pode moldar formas de ser comprometidas ao ideal normalizante e homogeneizador da experiência (LEITE; OLIVEIRA, 2014).

Sem esgotar o território de significação em saúde, Almeida-Filho (2011) aposta na ideia da saúde como síntese, em que se articulam múltiplas chaves de análise e na qual sempre se apresentam limitações e embargos frente à impossibilidade de um significado totalizante e definitivo. Na sua perspectiva, mais do que assumir ou definir um significado último e adequado de saúde, é fundamental realizar uma leitura à contrapelo para entender as disputas discursivas em torno do ato de significar a saúde.

Assim, um olhar *queer* em saúde teria de fazer mais do que incluir temas ou conteúdos supostamente *queer*; ou mais do que se preocupar em construir uma conduta clínica específica para os sujeitos sexualmente dissidentes, prescrevendo ações corretivas e higienistas. Aqui, pensar a saúde implicaria uma necessidade urgente de amplificação de nossas visões sobre esse campo e sobre como os seus sentidos projetam esperanças em nosso estatuto político (MOTTA; RIBEIRO, 2013).

De local histórico de normalização, no qual modelos de comportamento são prescritos, padrões de identidade estabelecidos e retóricas morais impostas, poderíamos, então, agenciar a saúde como veículo social de desconstrução de uma ordem histórica de desigualdades. Dessa maneira, algumas questões que eram intensivamente permeadas por um saber-poder disciplinador, poderiam sugerir a busca de outras perspectivas, incitando a formulação de outras perguntas e provocando reposicionamentos de políticas, serviços e trabalhadores da saúde (MOTTA; RIBEIRO, 2013; LEITE; OLIVEIRA, 2014).

Poder-se-ia questionar se tais incursões são de fato necessárias no exercício dos profissionais de saúde. No entanto, mesmo que como profissionais de saúde estejamos envolvidos em modos de agir em saúde marcados por certa operação de políticas de normalização e de enquadres identitários, nada nos impede de ressignificar nossas práticas de modo que garantam reconhecimento e direitos à população LGBTQIA+. Mesmo porque os espaços de produção de saúde em que trabalhamos são também atravessados por processos ambíguos e relacionais, que põe em funcionamento dinâmicas que delimitam condutas, expectativas e significância para os próprios sujeitos denominados profissionais de saúde (LEITE; OLIVEIRA, 2014).

5 CENÁRIO E PERCURSOS DO ESTUDO

5.1 O CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA EM VALENÇA

Valença é um município do sul fluminense, encontra-se localizada na microrregião denominada Médio Paraíba e, assim como várias outras regiões do Brasil, traz em sua história marcas da colonização sobre os povos indígenas aqui genericamente denominados Coroados e da escravidão que prosperou em nosso país até 1988 (VALENÇA, 2013).

Em relação aos povos indígenas, dos Coroados restou apenas o nome de um clube esportivo na cidade, pois as pessoas nativas da região foram dizimadas já no início do século XIX; a população de etnia africana mantém raízes socioculturais no Quilombo de São José da Serra, comunidade centenária onde moram cerca de 200 afrodescendentes de uma mesma família ancestral que trabalhou nas fazendas de café da região (VALENÇA, 2015). Essa família permanece unida há 150 anos na mesma terra e mantém ricas tradições como o jongo, a umbanda, o calango, a medicina natural, rezas e benzeduras, a agricultura familiar entre outras. A comunidade até hoje é composta inclusive por diversos idosos com mais de 90 anos e até alguns anos atrás não possuía luz elétrica. A floresta, as casas de barro com telhados de palha, o candeeiro e o fogão de lenha ainda fazem parte do cotidiano (JONGO, [s.d.]).

O município, herdeiro de uma vocação rural e agrícola, passou por um grande desenvolvimento e opulência à época da cultura do café, e experimentou pujante desenvolvimento industrial até algumas décadas atrás quando eram expressivos na cidade a indústria têxtil e o transporte ferroviário. (VALENÇA, 2013).

Atualmente a cidade mantém o setor de serviços como principal atividade econômica e tem, na Fundação Dom André Arcoverde (FAA), mantenedora do Centro Universitário de Valença, um dos principais empregadores da cidade. Dentre os cursos superiores por ela mantidos, destaca-se o curso de medicina com entrada anual de aproximadamente 200 novos alunos que ocuparão toda a estrutura de serviços de saúde gerida diretamente pela fundação, no caso do Hospital Escola de Valença (HEV), e pelo Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino/Saúde (COAPES) que, assinado em 2018 com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) articula a integração ensino-serviço-comunidade para o conjunto dos cursos da área da saúde que utilizam a rede escola do SUS como cenário de práticas (VALENÇA, 2018; ANO, 2018).

Incluídas no COAPES, atualmente a cidade conta com 19 EqSF (Equipes de Saúde da Família) alcançando uma cobertura da ESF para cerca de 75% da população, contando também com 6 equipes de saúde bucal (ESB) e 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Mais de 90% da população é acolhida pela rede de Atenção Básica¹² (AB), sendo que ainda há no município 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CNES, sem data; VALENÇA, 2018).

As EqSF compõem-se atualmente conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), entretanto apenas 6 contam com médicos de família e comunidade, especialistas para o trabalho na APS que visa acolher as principais demandas em saúde da população adscrita à unidade de referência; nessas 19 EqSF, apenas uma conta enfermeira especialista em Saúde da Família. Há ainda importante rotatividade de profissionais nas diversas unidades que compõem a rede o que ocasiona barreiras para a continuidade de projetos e consolidação desse modelo de atenção e cuidados à população (LIMA, 2012).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Valença é atualmente estimada em 71.202 pessoas para o ano de 2021, sendo o último censo realizado em 2010 no qual consta 71.843 pessoas habitando a sede do município e seus 6 distritos (IBGE, [s.d.]). De acordo com a pesquisa intitulada Mosaico Brasil, comandada pela médica psiquiatra Carmita Abdo, cerca de 9% dos homens se definem como gays; outros 3% se definem como bissexuais e os 88% restantes se definem como heterossexuais; já dentre as mulheres, 6% disseram ser lésbicas, 4% disseram ser bissexuais e 90%, heterossexuais (ABDO, 2008). De acordo com esse percentual encontrado nessa pesquisa, espera-se algo próximo a sete mil pessoas na cidade que se enquadra nas categorias pesquisadas e se beneficiariam de acolhimento qualificado em decorrência de suas identidades e práticas sexuais dentro das especificidades em saúde das pessoas LGBTQIA+.

Mesmo alcançando essa dimensão, no plano municipal de saúde vigente para os anos de 2018-2021 não consta qualquer ação prevista ou menção às especificidades em saúde da população LGBTQIA+ no município, bem como também não há quaisquer ações direcionadas a saúde da população quilombola (VALENÇA, 2018). Trata-se então de aproximadamente 7.000 pessoas que têm seu direito à saúde, considerando os princípios doutrinários do SUS, de alguma forma negligenciado ou precarizado já que, no principal documento que

¹² Neste texto os termos atenção básica, atenção primária, atenção primária à saúde e cuidados primários serão utilizados como sinônimos sem que isso se torne um problema conceitual, conforme Mello, Fontanella e Demarzo, 2009.

orienta as ações de saúde no âmbito municipal esses grupos populacionais encontram-se invisibilizados.

5.2 DESCREVENDO O ESTUDO

O presente estudo possui um duplo propósito conforme explicitado em seus objetivos, pois ao mesmo tempo que tenta chegar a uma compreensão abrangente do grupo em estudo – comunidade LGBTQIA+ em Valença/RJ, também almeja descrever aspectos particulares que confluem para a maior vulnerabilização desses sujeitos enquanto grupo social minoritário, especificamente o entendimento do cuidado integral em saúde na APS municipal.

Assim, acordo com Yin (2005) estaremos diante de um estudo com característica exploratória à medida que se volta para o conhecimento em profundidade de questões que, apesar da relevância no contexto atual, permanecem pouco conhecidas, visto a escassa literatura para se analisar aspectos relacionados à saúde desses sujeitos numa perspectiva abrangente e não normatizadora. Já ao voltarmos para a descrição da situação encontrada estaremos diante da característica descritiva desse estudo. Portanto, um estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa dos dados pois objetiva realizar estudos “instantâneos” acerca da situação de saúde de determinada comunidade, em um único espaço de tempo (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Pesquisas exploratórias e descritivas como esta permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema e descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). Este tipo de estudo reveste-se de grande importância por contemplar os objetivos propostos no sentido de esclarecer o problema e definir resultados através da investigação realizada. Para tanto, procurar-se-á focalizar minimamente as principais marcas identitárias do caso, as características das identidades, as inter-relações entre as marcas identitárias bem como seus modelos estruturantes e as relações com o contexto (DESLANDES; GOMES, 2004).

Assim, tem-se uma pesquisa com abordagem de natureza mista, pois permite estabelecer relações entre as diversas variáveis a serem aferidas em um questionário e nos sentidos apreendidos das narrativas obtidas através das entrevistas semiestruturadas a serem realizadas com roteiro próprio para a coleta de dados, o que aumenta a confiabilidade das inferências e sublima as chances de distorções; e também possibilita a compreensão da

situação mostrada pelos sujeitos da pesquisa a partir da triangulação metodológica.

Considerando essa abordagem metodológica, articularemos nossos referenciais bibliográficos utilizados no arcabouço teórico deste trabalho com as respostas oriundas de um questionário autoaplicável, construído para a primeira etapa da pesquisa, e as vivências de alguns sujeitos da comunidade LGBTQIA+ que emergirão dos diálogos com este pesquisador, utilizando-se para tal um roteiro semi-estruturado. Nesse sentido, melhor descrever e explorar as experiências da população LGBTQIA+ nos contextos de saúde e que vive em Valença/RJ.

Portanto, segundo Flick (2009) a triangulação consiste em combinar técnicas a fim de fortalecer a individualidade das mesmas diante dos resultados encontrados por meio de cada um com o proposto de enriquecer os achados de determinado tema. A técnica é importante por possibilitar a investigação através de aspectos diferenciados, potencializando as investigações e garantindo maior confiabilidade aos estudos o que, neste contexto, estabelece maior aproximação com a realidade.

A estratégia metodológica iniciou-se com uma extensa revisão bibliográfica nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs sobre a assunto deste trabalho e sobre os princípios e diretrizes do SUS através dos descritores “saúde LGBT*”, “cuidado integral” e “atenção primária à saúde”. Após a seleção dos artigos, cartilhas e capítulos de livro seguiu-se a análise desse material, incluindo aqueles disponibilizados pela FAA, SMS e pelo Conselho Municipal de Políticas LGBT (CMLGBT), este último criando por lei municipal em 2017. Também utilizamos recente e abrangente publicação intitulada Saúde LGBTQIA+: práticas do cuidado transdisciplinar, da qual vários capítulos fizeram parte de nosso referencial teórico.

A realização da pesquisa com utilização dos instrumentos para coleta de dados teve início após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da ENSP/FIOCRUZ sob parecer consubstanciado número 5.335.681 de seis de abril de 2022 e foi organizada em duas etapas, consistindo a primeira na caracterização da população LGBTQIA+ que atualmente reside no município por entendermos que é relevante investirmos no levantamento e descrição iniciais da mesma no município. Já a segunda etapa se desenvolverá com a realização de entrevistas semiestruturadas para acessarmos as narrativas de alguns sujeitos da comunidade LGBTQIA+ sobre seus itinerários na busca por cuidados em saúde no município.

Para o desenvolvimento deste trabalho será utilizado o referencial de triangulação de métodos organizado por Minayo, Assis e Souza (2005) e o de Bockorni e Gomes (2021), considerando a diversidade de sujeitos e contextos envolvidos no estudo, sendo assim,

possível ampliar e aprofundar as informações referentes ao objeto da pesquisa com maior aproximação da realidade.

5.2.1 Caracterizando a primeira etapa

Para realização da primeira etapa foi utilizado um questionário autoaplicável elaborado no software Google Forms pelos pesquisadores deste estudo e disponibilizado em plataformas digitais com o objetivo levantar informações quanto ao perfil socioeducativo, necessidades em saúde, busca e acesso por serviços de saúde, bem como a percepção em relação à atenção ou cuidado quando tiver ocorrido. Além desses eixos abordados no questionário, optou-se também por incluir o conhecimento sobre políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+ e sobre os dispositivos existentes, tais como o CMLGBT, para afirmação e difusão dos seus direitos já institucionalizados e por acreditarmos ser pertinente conhecer se as pessoas estão atuantes na defesa e afirmação de suas identidades e outras necessidades, inclusive na saúde.

Ademais, nossa intenção era trabalhar de maneira articulada com movimentos sociais LGBTQIA+ municipais para o chamamento e sensibilização de participantes resultando em maior abrangência na divulgação da pesquisa e com isso mais acessos e respostas ao questionário. Ressaltamos que a presidência do CMLGBT recebeu esse pesquisador, mas sequer respondeu ao questionário, como tampouco fez a divulgação da pesquisa conforme solicitado. Imagínávamos, com a participação do CMLGBT, alcançarmos maior número de participantes, com isso motivar também a reflexão desses sujeitos acerca do objeto do trabalho; não nos interessava apenas obter respostas, mas também sermos agentes indutores de reflexão junto a essa população. Contudo, a participação era voluntária, cabe-nos apenas fazer esse registro por acreditarmos que a transformação social depende de participação ativa de alguns sujeitos e de provocações e tensionamentos perante a estrutura na qual estamos inseridos.

A estratégia para proceder-se à coleta de dados com esse instrumento consistiu na disponibilização do link de acesso para alguns sujeitos que atuaram como intermediários iniciais ou sementes, utilizando-se a técnica de *snowball* para a sua difusão na qual as pessoas indicadas são então solicitadas a indicarem mais pessoas e, “dessa forma, a amostra, que antes era difícil de ser calculada probabilisticamente ou até mesmo de difícil acesso, expande-se, na maioria das vezes, satisfatoriamente” (BOCKORNI; GOMES, 2021).

Esta técnica é útil em pesquisas com grupos de difícil acesso que, segundo Dewes (2013), podem ser definidos como membros de uma população que não são distinguíveis na população geral ou cujo comportamento envolve um tema de cunho sensível, que faz com que eles não desejem se revelar, devido a possíveis reações sociais decorrentes, ou simplesmente por que não desejam se expor, tal como a população LGBTQIA+.

Tal ferramenta possui vantagens e desvantagens que devem ser levadas em consideração no desenho metodológico do estudo. As vantagens desse tipo de pesquisa incluem seu baixo custo, visto que não necessita de tantos recursos como outros tipos de amostragem de grupos de difícil acesso e, também se considera como fatores positivos dessa modalidade, envolver uma relação de confiança que auxilia a amostragem e facilitar que os informantes aceitem participar da pesquisa, visto que já seriam indicados por alguém conhecido (DEWES, 2013).

Uma das características dessa estratégia consiste no fato de não ser a mais apropriada para pesquisas relacionadas à probabilidade ou em que haja a necessidade de se conhecer com precisão o total do universo a ser estudado. Portanto, é melhor utilizada em pesquisas em que não há a necessidade de se conhecer a quantidade da população e quando esta pesquisa pode estar relacionada a questões problemáticas ou privadas, em que os indivíduos da população têm altas chances de se conhecerem, ou de terem ligações entre si (BOCKORNI; GOMES, 2021), a exemplo do nosso objeto de estudo. Portanto, o que se mostra inicialmente uma limitação, torna-a adequada à nossa pesquisa.

Como limitação, existe a possibilidade de se chegar a uma amostragem exaustiva ao utilizar-se a *snowball*, especialmente quando a pesquisa for relacionada a uma população de pequeno porte, em que todos têm contato uns com os outros. Entretanto, como nossa população é estimadamente maior, dificilmente chegaríamos à exaustão da amostragem, mas também não alcançaríamos uma amostra suficientemente representativa e aleatória, visto que pessoas mais populares ou conhecidas por todos dentro de um grupo tendem a ser mais indicadas. De outro lado, ao trabalharmos com a técnica em populações maiores, há mais chances de os participantes da pesquisa conhecerem mais pessoas, se comparado com uma população mais reduzida (BOCKORNI; GOMES, 2021),

Dessa forma, compreende-se que a amostragem em bola de neve é mais indicada para pesquisas com grupos menores ou, em caso de grupos maiores, em que haja a possibilidade de encontrar diversas sementes, que elas sejam capazes de indicar membros em seu círculo social de diversos níveis de “popularidade” ou até mesmo sementes com contatos mais diversificados dentro do grupo. Essas estratégias podem levar a uma amostra mais representativa do grupo social a ser pesquisado (BOCKORNI; GOMES, 2021 p109).

Ainda, segundo Vinuto (2014) outra desvantagem associada ao círculo social reside no fato de que a maior parte das pessoas acessadas serem as mais visíveis na população. No entanto, isso pode ser evitado ao se obter sementes de redes sociais diversas. O acesso de pessoas de maior visibilidade pode não ser considerado uma desvantagem, dependendo do tipo de população a ser acessada e o tipo de pesquisa a ser realizada. Por isso a participação do presidente do CMLGBT era uma estratégia que imaginávamos agregar em nossa pesquisa.

Estabelecidos todos esses aspectos relacionados à essa estratégia de coleta de dados na pesquisa e considerando-se que utilizamos também outra ferramenta,

No que tange à coleta de dados, a triangulação permite que o pesquisador possa lançar mão de três técnicas ou mais com vistas a ampliar o universo informacional em torno de seu objeto de pesquisa, utilizando-se, para isso, por exemplo, do grupo focal, entrevista, aplicação de questionário, dentre outros (MARCONDES; BRISOLA, 2014).

Já em relação ao período de coleta de dados com essa ferramenta, optou-se por fixar um período de 30 dias o que nos pareceu suficiente em virtude da velocidade com a qual as informações podem, por meio de mídias e redes sociais, alcançar um grande número de pessoas. Mas durante a primeira etapa estendemos esse prazo e o questionário permaneceu aberto à participação por 90 dias no total em decorrência do baixo percentual de respostas que obtivemos no prazo previsto inicialmente. Algumas das limitações na aplicação de um questionário digital eram previstas ao considerarmos uma possível dificuldade de acesso de parte da população LGBTQIA+ à conexão de internet e/ou a equipamentos, bem como por inabilidade no uso de plataformas digitais, considerando que, segundo a PNAD 2018, cerca de 20% da população brasileira não possuía acesso à internet no momento da pesquisa (BRASIL, 2021).

No entanto, frente às dificuldades geradas pela pandemia entendemos que esse era um caminho melhor para atingir o maior número de pessoas sem exposição à covid-19. Bem como pela dinamicidade e alcance das mídias e redes sociais e pela possibilidade de escolher o momento mais oportuno para responder ao questionário por parte dos sujeitos de pesquisa.

5.2.2 Caracterizando a segunda etapa

Na segunda etapa da pesquisa foram realizadas as entrevistas. Dentre os respondentes do questionário foram selecionados nove sujeitos para a realização das entrevistas

semiestruturadas, garantindo-se que houvesse representação de todos os grupos identitários tratados neste trabalho e identificados na primeira etapa da pesquisa. Assim, foram inicialmente selecionados e convidados para as entrevistas inicialmente dois perfis de cada categoria identitária conforme autodeclaração dos respondentes do questionário.

Essa técnica foi escolhida por se mostrar essencial para a coleta de dados possibilitando ir além do que foi previsto com os questionários e por garantir uma maior liberdade de expressão para os sujeitos através dessa ferramenta. Além disso, permite diálogos relevantes para a reflexão das possibilidades e limites do estudo e também de olhares mais aprofundados acerca do assunto trabalhado. Ao entrevistador coube estar atento e dirigir a discussão até que ficassem claras as questões abordadas ou ajudar a recompor o contexto da entrevista e assim delimitar o volume das informações, obtendo um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (BONI; QUARESMA, 2005).

Como principal vantagem destaca-se a técnica como adequada para produzir uma melhor amostra da população de interesse já que tem um índice de respostas bem mais abrangente pois é mais fácil que as pessoas aceitem falar sobre determinados assuntos do que responder questionários por escrito inclusive permitindo a correção de enganos dos informantes que muitas vezes não poderão ser solucionados num questionário (SELLTIZ et al, 1987). Outra vantagem consiste na sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Também nos cabe mencionar que a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas e pressupõe alguma abertura e proximidade entre entrevistador e entrevistado, permitindo focar em assuntos mais complexos e delicados e, quanto menos estruturada for essa ferramenta, maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva e efetiva entre as duas partes. Desse modo, colabora na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes, comportamentos e fenômenos de vida (BONI; QUARESMA, 2005).

Quanto às desvantagens da entrevista semiestruturada, tem-se, dentre outras, algumas limitações do próprio entrevistador, tendo que a qualidade das entrevistas depende muito do planejamento feito pelo pesquisador sendo que “a arte do entrevistador consiste em criar uma situação onde as respostas do informante sejam fidedignas e válidas” (SELLTIZ, 1987, p.644). Já por parte do entrevistado há insegurança em relação ao seu anonimato e, por causa disso, muitas vezes o entrevistado pode reter informações importantes. Essas questões são, ainda assim, melhor apreendidas por esse modelo de entrevista. A situação em que é

realizada a entrevista contribui muito para o seu sucesso, o entrevistador deve transmitir, acima de tudo, confiança ao informante (BONI; QUARESMA, 2005).

Nestas entrevistas semiestruturadas interessava-nos acessar as percepções e experiências vividas pela população LGBTQIA+ na busca por cuidado em saúde no município de Valença/RJ, em especial na APS, e se deu num período de 20 dias durante o mês de junho, enquanto ainda mantínhamos o questionário aceitando respostas. As entrevistas ocorreram, em sua maioria, através de plataforma Zoom que permite, por meio de gravação de voz e vídeo, acessar, além das narrativas que os participantes trouxeram, as suas vivências nos serviços de saúde da APS. Portanto, acessar características que marcam a subjetividade de cada um, tais como uso da linguagem, expressões faciais e maneira de narrar suas histórias, mas também consideradas as limitações desse método, especialmente a distância física entre o pesquisador e o sujeito entrevistado. Outras duas entrevistas ocorreram presencialmente e utilizou-se um gravador de voz para o registro do diálogo, já que assim preferiram estes sujeitos e por já estarmos num período no qual aboliu-se o uso de várias precauções em relação à transmissão do coronavírus em decorrência do abrandamento da pandemia.

As questões norteadoras constituíram blocos temáticos em um enredo contínuo, que iniciamos ao abordar com a autodeclaração sobre gênero e orientação sexual e sua vivência no contexto valenciano para então prosseguirmos no entendimento sobre saúde, perpassando pela noção das especificidades de saúde da população LGBTQIA+ e, caso já tivessem utilizado quaisquer espaços de produção de cuidado, as experiências subjetivas de cada um desses participantes. Com isso, esperava-se que as entrevistas permitissem maiores possibilidades aos participantes para discorrer acerca das questões propostas no roteiro, bem como pontuar também outras questões importantes através de suas narrativas que porventura não tivessem sido consideradas, tanto nessa quanto na ferramenta anterior (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

Nesse processo de conversa, o acolhimento aos entrevistados teve como matriz fundamental as ferramentas da medicina narrativa, que caracteriza a maneira de ouvir e compreender as histórias que a nós são contadas, e também como elas serão posteriormente transcritas, transcriadas e analisadas. No processo de tratamento das narrativas dos sujeitos de pesquisa, trabalhou-se na articulação entre a análise compreensiva da medicina narrativa, conforme apresentada por Charon (2006), e o método de interpretação de sentidos. Este método ancora-se em princípios hermenêutico-dialéticos, segundo os quais o pesquisador se vale da dialética “pergunta-resposta” e interage com os resultados encontrados de modo a

“fundir horizontes” relativamente às questões de estudo e às obtidas na investigação realizada para construir um novo discurso ao interpretar o discurso que examina (MINAYO, 2002), compreendendo o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e interrelações entre os sujeitos, instituições e o contexto sociocultural em que se inserem (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

De acordo com Minayo (2012), vivência é o produto da reflexão pessoal sobre a experiência – o que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza, é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história tendo como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre. Essas experiências e vivências orientam o sujeito nas várias ações e situações de sua vida e constituem o que se denomina senso comum; este se expressa na linguagem, nas atitudes e nas condutas que conformam o chão dos estudos qualitativos. Daí a importância e o potencial das narrativas na compreensão desses significados que as pessoas atribuem ao ambiente e a si mesmas, ao valorizar a subjetividade dos participantes a partir das vivências que eles narram ao pesquisador.

5.2.3 Caracterizando os participantes do estudo

Partindo de uma referência marcada pelo determinismo biológico no qual mulher equivale à vagina e homem equivale ao pênis, cisgênero seria a pessoa cujo gênero e genitália designados ao nascer se equivaleriam. Jesus (2012) propõe alguns avanços na compreensão dessa concepção para além dos marcadores biológicos no campo dos gêneros na espécie humana. Para ela, cisgênero é um termo guarda-chuva, ainda que estaria designando as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído a partir de seu nascimento, mas que não as definiriam como identidades essencializadas. Transgênero, então, segundo a autora, seria justamente quem foge dessa linearidade imposta pelo determinismo biológico entre identidade de gênero e genitália e a expressão utilizada para englobar uma ampla série de subversões das normas de gêneros interligadas a uma descontinuidade entre o sexo atribuído a uma pessoa no momento de seu nascimento e a sua identidade e expressão de gênero. Em suma, toda e qualquer pessoa que transcende as normas consagradas de gênero: as pessoas travestis, transexuais e transgêneros, entre outras. Por isso, tanto um quanto outro indicam as experiências de identificações de gênero como quaisquer outras.

Assim pretendia-se alcançar mulheres cisgênero homossexuais – lésbicas; homens cisgênero homossexuais – gays; homens e mulheres cisgênero bissexuais; pessoas transgêneras – homens e mulheres transgêneros e travestis; pessoas *queer* e pessoas intersexo, independentemente de suas orientações sexuais; pessoas assexuais e pansexuais, bem como todas as outras identidades possíveis por entendermos que, em relação à diversidade sexual e de gênero, essa categorização e enquadramento é insuficiente e reducionista. Apesar dessa nossa pretensão inicial não identificamos no questionário para proceder ao convite para a entrevista nenhum respondente intersexo, também não identificamos nenhum indivíduo autodeclarado *queer*. Mas identificamos e convidamos para a entrevista sujeitos autodeclarados no espectro da não-binariedade de gênero.

Durante a realização da primeira etapa, apesar da ideia inicial em se alcançar vários dos sujeitos representados pela sigla atualmente mais utilizada pelos movimentos sociais e adotada neste trabalho pela sua abrangência, não foram identificados todos os perfis pretendidos na proposta inicial. Essa já era uma possibilidade prevista, acreditávamos que pudesse não haver, no contexto valenciano, participantes de todas as identidades contidas na sigla LGBTQIA+, algumas delas por sua baixa ocorrência na população ou até mesmo por aspectos relacionados a questões conceituais, mesmo que isso tenha sido posto brevemente na parte do questionário em que se trabalhou a identificação dos participantes.

Também se optou por tempo de permanência de abertura do questionário para aceitação de respostas ao invés de outros marcos tais como um número fixado de participantes ou saturação teórica dos dados que orienta o encerramento da fase de coleta quando as informações começam a se repetir e não apresentar novos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Já em relação às entrevistas, após análise preliminar dos dados obtidos na primeira etapa, o objetivo inicial era selecionar aleatoriamente participantes que representassem as identidades contidas na sigla LGBTQIA+ na amostragem obtida com os questionários. Entretanto, reconsideramos a metodologia inicial e utilizamos como critérios para a seleção de participantes para as entrevistas o fato de serem - ou já terem sido em algum outro momento, usuários do sistema público de saúde no município, bem como marcadores sociais da diferença dentre eles a cor da pele ou etnia, a idade e o nível de escolaridade. Desse modo, garantindo maior heterogeneidade da amostra analisada e atendendo ao objeto do trabalho.

5.2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Durante os procedimentos de análise dos materiais obtidos na fase de coleta de dados foram considerados aqueles provenientes de pessoas residentes no município de Valença/RJ, possuírem idade superior a 18 anos, disponibilizarem-se a responder o questionário após leitura e concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), portanto conscientes e em condições de participar da coleta de dados. Durante os procedimentos de análise também foram desconsiderados aqueles dados provenientes de indivíduos que se identificaram inicialmente como cisgênero e heterossexual. Especificamente em relação às entrevistas, aqueles que se disponibilizaram a participar foram contatados por e-mail e/ou Whatsapp desde que tivessem disponibilidade para a realização desta através da plataforma Zoom, que exigia minimamente equipamento com suporte para a tecnologia necessária além de habilidade para manuseá-los, bem como tempo disponível para a entrevista e novos encontros caso houvesse necessidade de outras contribuições que por ventura se fizessem necessárias no decorrer do trabalho.

Ainda em relação a esta segunda etapa, estava previsto não contatar para participação aqueles que representassem lideranças dos movimentos LGBTQIA+ no município, mas não foi identificado nenhum sujeito com esse perfil e também aqueles que não fizeram, em qualquer momento anterior a esta pesquisa, utilização dos serviços de saúde do município, em especial da APS. Ademais, a qualquer momento o participante poderia retirar o consentimento de uso de seus dados sendo, portanto, excluído deste trabalho; ressaltamos que isso não ocorreu.

5.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa enquanto viabilizadora do processo de conhecimento tem na interpretação dos dados etapa importante para sua qualidade. Neste trabalho utilizaremos, dentre os muitos referenciais analíticos disponíveis para análise de pesquisas qualitativas, a análise por triangulação de métodos conforme Minayo (2005). Nessa etapa da pesquisa a triangulação prevê dois momentos distintos que se articulam dialeticamente estando o primeiro relacionado à preparação dos dados empíricos coletados e o segundo correspondendo à análise propriamente dita implicando na necessidade de se refletir sobre a percepção que os sujeitos cons-

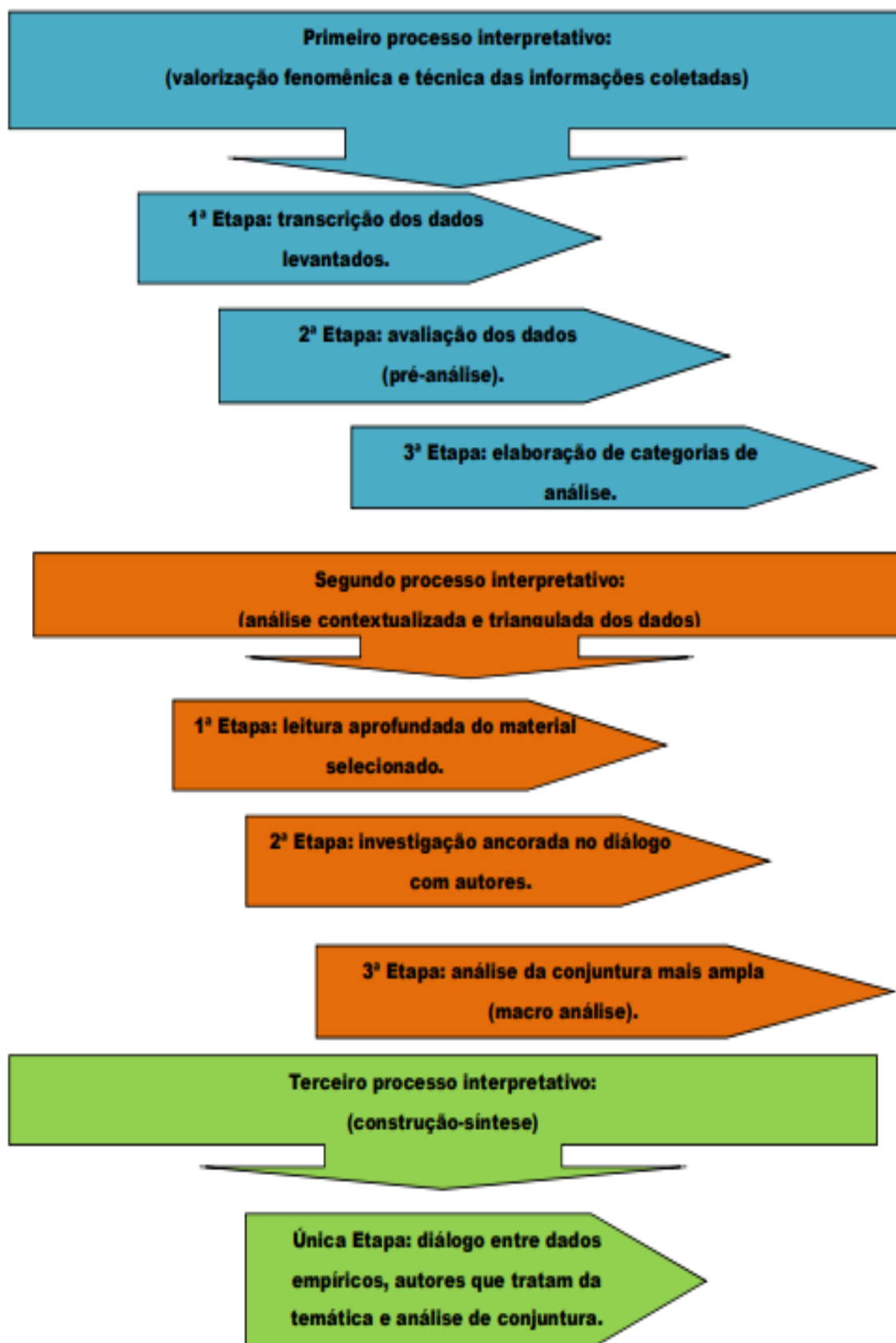
troem sobre determinada realidade e sobre os processos que atravessam as relações estabelecidas no interior dessa estrutura e sobre as estruturas que permeiam a realidade então contextualizada (MARCONDES; BRISOLA, 2014). Para isso recorreremos a autores que debruçam sobre tais processos e sobre a temática desenvolvida neste estudo.

Em relação à primeira etapa da pesquisa, a partir dos dados obtidos com os questionários, foi construído uma planilha na qual as respostas foram organizadas de acordo com a proposta de seleção dos participantes para a segunda etapa. Assim, os perfis foram agrupados inicialmente considerando-se a identidade de gênero e orientação sexual, a utilização dos serviços públicos de saúde, em especial as unidades de atenção primária do município, bem como marcadores como cor da pele ou etnia, escolaridade e idade. Trabalhou-se na intersecção desses itens para selecionar os sujeitos que seriam convidados para as entrevistas semi-estruturadas.

Ainda em relação a esse instrumento, optamos pela sua decomposição em cada um de seus itens para análise das respostas, correlacionando-as com pesquisas e literatura correlatas disponíveis. Dessa maneira, propusemo-nos à análise de alguns itens com base na frequência das respostas, categorizando-as para posterior análise exploratória conforme descrito; estratégia útil neste levantamento ao qual nos propusemos “porquanto possuem questões bem diretivas, obtendo do universo dos sujeitos respostas facilmente categorizáveis” (SEVERINO, 2010).

Quanto à etapa seguinte, a qual compõe-se das entrevistas semiestruturadas que objetiva acessar vivências dos sujeitos LGBTQIA+ nos contextos de saúde em Valença/RJ, o processo de análise terá como esquema a proposta sintetizada por Marcondes e Brisola (2014) conforme a figura 1 a seguir.

Figura 1: Fluxograma de análise



Fonte: MARCONDES; BRISOLA, 2014.

5.3.1 Diálogos com a medicina baseada em narrativa

A prática médica, e a prática de todas as outras profissões da saúde, tem se caracterizado nas últimas décadas pelo que se denominou “saúde baseada em evidências”, ou seja, o uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência atual disponível para a tomada de decisões no tratamento de um sujeito. Esse modelo, entretanto, dificilmente poderá integrar a dimensão intersubjetiva do cuidado terapêutico, carecendo assim de repostas para as necessidades individuais das pessoas, familiares e profissionais de saúde (MAGALHÃES, 2021).

Em decorrência dessa limitação em responder às necessidades dos sujeitos em sua singularidade, surge a medicina centrada na pessoa como uma das mais importantes ferramentas da medicina de família e comunidade. No mesmo sentido, de tornar mais humana a relação médico-paciente, surge a medicina baseada em narrativa, que tem em Rita Charon, médica e narratóloga americana, um dos seus principais expoentes e referenciais. A autora define Medicina Narrativa (MN) como aquela que é "praticada com a competência narrativa para absorver, interpretar e responder ao sofrimento, ser sensibilizado pela história da doença e (acrescentaríamos) pela vulnerabilidade de quem cuidamos, daqueles com quem trabalhamos e de nós próprios".

Dessa forma, a competência narrativa é integrada aos cuidados de saúde, sempre em paralelo com a competência científica e técnica, permitindo que estes cuidados sejam realizados com empatia, reflexividade, profissionalismo e confiança; em suma, respeitando-se a individualidade do sujeito que está diante do profissional, o qual desempenha ali o papel de cuidador (MAGALHÃES, 2021).

Uma medicina que permite aos profissionais de saúde irem além da abordagem dos mecanismos biológicos, que estão no centro das preocupações da medicina baseada em evidências, e se dispõem a atender aos aspectos linguísticos, emocionais e sociais da experiência da doença – da experiência de vida, em contexto ampliado. Uma medicina que lhes confere a abertura necessária para acolherem as narrativas não apenas dos problemas e adoecimentos, mas dos sujeitos, reconhecendo a dimensão experiencial e as vivências e acomodando modos de pensar e de comunicar que incorporem o reconhecimento do outro e o atendimento interpessoal, emocional e ético na prática em saúde (FERNANDES, 2021).

Em suas obras, a autora destaca três pilares nos quais se estrutura esse campo de saber da medicina: a atenção, a representação e a vinculação, tendo como foco o cuidador, o

doente e a situação deste último como “principal beneficiário da prática” (FERNANDES, 2021).

A atenção diz respeito a uma atitude que tem de ser simultaneamente passiva e ativa. Para darmos atenção tem de haver, por um lado, um esvaziamento de nós, em que ficamos receptivos aos outros e disponíveis para acolher o que nos chega de fora. Mas, por outro lado, não conseguimos evitar os nossos próprios movimentos imaginativos, que são desencadeados pelo que dos outros vamos recebendo para assim nos tornamos também testemunhas curiosas e interessadas do que nos é dito e de como nos é dito, ficando inteiramente ao dispor do nosso interlocutor para com ele colaborar em uma co-construção de sentido. Para tanto é fundamental captar além das palavras, interessam-nos também as reticências, inflexões e silêncios, que se articulam a um olhar que simultaneamente apreenda um outro tipo de informação, a não verbal, que se apresenta nos gestos e trejeitos (FERNANDES, 2021).

O segundo pilar, a representação, requer que se seja capaz de registrar e assimilar o que se ouve e testemunha. A representação, quer verbal ou visual, não deve consistir em uma transposição direta e transparente de um plano de realidade (a realidade tal como é por nós experimentada) para a ordem do discurso ou da visualidade, pois não se trata de uma reprodução direta, mas antes, de um fenômeno de refração, de enviesamento e de recriação; não se limitando a copiar o objeto, mas completar a percepção do mesmo (FERNANDES, 2021).

Podemos, então, dizer que em conjugação as práticas da atenção e da representação criam as condições em que assenta a vinculação – o terceiro pilar da MN. Esta última pressupõe escuta atenta, representação, contato e confiança – viabilizadores da ação terapêutica (FERNANDES, 2021).

O destaque dado à linguagem, às metáforas e ao discurso permite alargar os horizontes da medicina narrativa para além do desenvolvimento de capacidades narrativas nos profissionais de saúde. Num sentido mais amplo, essa perspectiva integra métodos de investigação qualitativa que tomam como objeto as narrativas de pacientes, profissionais de saúde e cuidadores. Desse modo, a MN tem rasgado horizontes na formação de profissionais de saúde, na investigação e na prática clínica (MAGALHÃES, 2021).

As categorias narrativas inerentes aos textos literários abrem-se à reflexão, à criatividade e à imaginação na procura de respostas às inquietações vividas nos cuidados de saúde (e por que não numa pesquisa realizada por alguém que, na sua prática clínica, pois a necessidade de ouvir histórias?). Para Stelet (2020) essa ferramenta permiti contar a própria

história mesclada com as histórias contadas pelos pacientes e

Nesse sentido, as narrativas (...) devem ser antecedidas por uma experiência existencial, seja vivida pelo próprio sujeito que conta a história, seja pela experiência de ouvir histórias dos outros. O narrador não faz apenas uso das suas experiências, mas também das experiências alheias pelo ouvir. Isso pressupõe por se uma abertura ao diálogo (STELET, 2020).

Na obra “O corpo que se conta”, Charon (2011) traz a noção de corpo-recipiente que, localizado em algum lugar temporalmente e espacialmente, determina, por meio de suas zonas de fronteira as raízes de significância como experiência do fenômeno de sermos nós mesmos. Nessas zonas de fronteira nos localizamos e identificamos com maior habilidade o que estamos fazendo, quem somos e, às vezes, até mesmo o que tudo isso pode significar. O médico e o paciente terão visões diferentes sobre a doença/corpo. Assim, enquanto aquele o observa como algo a ser consertado ou administrado, este o entende como algo a ser significado.

Para acessar essas situações narrativas complexas – as histórias que os corpos nos contam, os médicos necessitam de certa fluência como receptores dos relatos de outras pessoas, com isso “entender precisamente como a experiência que o corpo tem de si pode desempenhar um papel não apenas na emergência da subjetividade, mas, mais do que isso, no processo de construção de sentidos nos quais as culturas estão envolvidas” (Noland, 2009, p.12). Portanto, um contato intersubjetivo entre médico-paciente, entre pesquisador-sujeito.

Essa perspectiva possibilita acumularmos não apenas conhecimento do eu e do outro e também um conhecimento direto das relações com os outros, pois

aquilo que circula em qualquer meio que banha todo e qualquer ser humano, todos os dias, são as narrativas que contamos, que guardamos, que ouvimos, que sonhamos, que imaginamos, com que crescemos, que lemos, que escrevemos, a que assistimos, que tememos (CHARON, 2011, p.59).

Esses agentes individuais que se reconhecem não apenas são modificados, mas também se tornam agentes definitivos na transformação de todo o seu entorno, atuando com potência na desconstrução de estereótipos de

uma sociedade onde é normal ouvirmos histórias únicas sobre um indivíduo ou sobre um grupo de pessoas que, à força de serem repetidas, acabam por parecer definitivas. Vivemos num mundo onde a história única tem servido para descredibilizar “minorias” em detrimento de um só povo. As histórias são importantes, mas devemos ouvir muito mais histórias de modo a encontrar um equilíbrio de narrativas, experiências e realidades diversas (SOUSA, 2021, n.p).

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta pesquisa teve início em julho de 2021 quando iniciamos as disciplinas de metodologia no curso de mestrado profissional em direitos humanos, justiça e saúde com extensa revisão de literatura para a elaboração do projeto desta dissertação com qualificação em novembro desse mesmo ano. O projeto com alterações sugeridas pela banca de qualificação foi submetido ao conselho de ética em pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/FIOCRUZ em dezembro e sua liberação através de parecer consubstanciado deu-se em março de 2022.

Em abril desse ano corrente iniciou-se a primeira etapa da coleta de dados com a utilização de um questionário construído por este pesquisador sob a orientação da Prof^a Dra^a Adriana Miranda de Castro, que perdurou por 90 dias subsequentes. Já com a seleção de participantes para a segunda etapa prevista no projeto, realizamos as entrevistas no início do mês de julho de 2022. Durante todo o período de realização deste trabalho mantivemo-nos imersos em leituras acerca do assunto, com maior vigor nos períodos iniciais e na fase de análise dos resultados.

6.1 O QUESTIONÁRIO PROPOSTO E O QUESTIONÁRIO DE COMPOSTO

Seguindo estratégia proposta na metodologia para o desenvolvimento da pesquisa foi construído um questionário com 34 perguntas divididas em seis seções, que buscavam traçar o perfil do participante, resgatar o seu entendimento sobre saúde e trazer informações sobre a utilização dos serviços de saúde públicos do município de Valença. Bem como levantar algumas características importantes sobre os atendimentos nos postos de saúde do município e a relação entre saúde, movimentos sociais e políticas públicas direcionadas à população LGBTQIA+.

Nesta etapa, o questionário (apêndice 1) foi enviado a alguns sujeitos considerados sementes pela metodologia *snow ball* por meio de canais eletrônicos de comunicação, sendo utilizados principalmente Whatsapp, Instagram e Messenger, na forma de um link que, ao ser acessado, direcionava o colaborador ao instrumento construído na plataforma Google forms pronto para armazenar as respostas.

O envio das primeiras mensagens para alguns sujeitos conhecidos e selecionados por

esse pesquisador deu-se no dia 28 de abril de 2022, quando teve início a primeira fase da coleta de dados, após teste inicial para verificar a viabilidade do instrumento sob os seguintes aspectos: funcionalidade e tempo médio de respostas.

Após o início da divulgação do link para o questionário, houve acompanhamento sistemático das respostas coletadas por algumas semanas, percebendo-se a estagnação do número de respondentes e um quantitativo relativamente pequeno de questionários respondidos. Ao contrário daquilo que se imaginou inicialmente, quando se optou por essa estratégia para disseminação do link de acesso ao questionário.

Apesar disso, a estratégia foi mantida e novas mensagens contendo o link de acesso ao questionário foram encaminhadas a outros sujeitos LGBTQIA+, fazendo com que o instrumento permanecesse aberto por um período de tempo superior aos 30 dias previstos no projeto de pesquisa. Ao todo o questionário esteve disponível para coletar respostas por 90 dias. Dessa maneira chegamos ao quantitativo de 58 respostas e com a certeza que a estratégia adotada, mesmo considerando suas desvantagens, atingiu o objetivo inicial de sistematizar informações preliminares e elencar sujeitos candidatos à entrevista, que se daria em sequência pois, conforme contribuição de um dos entrevistados:

Uma amiga minha que é travesti respondeu com certeza, porque foi a mãe do meu amigo que mandou pro meu amigo que [o questionário] tinha chegado até ela, meu amigo mora em Niterói, quando chegou até ela a gente ficou assim “cara, que massa, a pesquisa rodou pela gente, pela galera e chegou na sua mãe sem ser por você”. Achei o máximo (Preto).

Dos 58 questionários preenchidos, um foi excluído porque o participante não concordou com o TCLE. Outros três foram excluídos porque os respondentes se identificaram como cisgêneros e heterossexuais. Também foi excluído um formulário que estava em duplicidade. Dessa maneira, se trabalhou com 53 questionários para sistematização das respostas, análise e seleção dos sujeitos conforme os perfis identitários autorreferidos para as entrevistas na segunda etapa da pesquisa..

Na análise das respostas obtidas iremos decompor o questionário, enfocando cada uma das respostas e cotejando-as às informações que emergiram durante as entrevistas, de modo que a justaposição dos resultados permita melhor construção dos sentidos neles contidos. Entendemos que dessa maneira os resultados da pesquisa se potencializam, pois o conteúdo dos questionários se integra aos sentidos expressos nas narrativas dos entrevistados e à literatura estudada, compondo melhor o percurso descritivo exploratório que nos propusemos a realizar.

A primeira seção do questionário trazia o convite à participação na pesquisa e

direcionava o participante à leitura do TCLE (Apêndice 3), que poderia ser baixado por meio do link clicável no cabeçalho e, após a leitura e concordância expressa com a sua participação, o questionário abria-se nas próximas sessões.

A segunda sessão objetivava caracterizar os sujeitos, traçando brevemente o perfil de cada um deles, tarefa fundamental para a seleção daqueles que seriam convidados a participar das entrevistas semiestruturadas. Assim, constavam dados tais como aqueles relacionados à utilização de nome social, para o qual oito pessoas, no universo de 53 respostas, relataram valer-se dessa garantia que, nos contextos de saúde pública, está prevista desde a Carta dos Usuários do SUS publicada no ano de 2009. Nesse mesmo questionário, conforme um dos respondentes, *“a falta de respeito com meu nome social e o preconceito nos olhos dos funcionários”* foram problemas que ocorreram na utilização dos serviços de saúde do município, demonstrando que, na prática, esse direito não é respeitado apesar de existir *“a lei do nome social”*, assim dito por outro sujeito que respondeu nosso questionário em referência à portaria MS nº 1820 de 13 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009).

Em relação às idades dos participantes, elaboramos o quadro 2 abaixo na qual se distribuiu a frequência de respostas por décadas de nascimento:

Quadro 1: Número de participantes por década de nascimento

Década de nascimento	Número total de participantes
1960	2 participantes
1970	3 participantes
1980	8 participantes
1990	26 participantes
2000	15 participantes

Fonte: elaboração própria

Observamos uma predominância de pessoas mais jovens dentre os respondentes, com idades oscilando entre 20 a 30 anos. Estes dados são similares àqueles obtidos na Pesquisa Nacional por Amostra da População LGBTI+ - identidade e perfil sociodemográfico, realizada pela organização Todxs em 2020, em que quase 60% dos participantes havia nascido na década de 1990, 16,7% na década de 2000 e apenas 2,34% antes de 1970, logo,

mais de 76% da população respondente eram pessoas jovens (TODXS, 2020). Em nossa pesquisa, 77% dos participantes eram jovens nascidos nas décadas de 1990 e 2000.

Essa composição etária pode ser justificada, em parte, por essa fase da pesquisa ter sido realizada apenas através de meios digitais sendo, portanto, necessário o acesso e familiaridade no uso da internet para participação. É importante, também, considerar a questão geracional e os processos históricos, sociais e culturais vivenciados pelas pessoas respondentes da pesquisa a fim de compreender que transformações na afirmação das identidades LGBTQIA+ ocorreram nas últimas décadas e podem ter impactado o engajamento ou não em responder ao questionário, afastando os sujeitos mais velhos (TODXS, 2020).

A ausência de pessoas LGBTQIA+ mais velhas pode indicar vivências geracionais singulares quanto ao contexto social e histórico, que promovam maior silenciamento sobre sexo, gênero e identidade (JESUS, 2019; TODXS, 2020), o que afeta especialmente os nascidos entre a segunda guerra mundial e as décadas de 1960 a 1970, que experimentavam maior estigmatização e invisibilização na sociedade (JESUS, 2019).

Além disso, é possível que a ausência de sujeitos mais velhos envolva a denominada “volta ao armário” na velhice, em que idosos LGBTQIA+ voltam a silenciar questões acerca de sua sexualidade na medida em que necessitam se aproximar de determinadas redes sociais para responder às necessidades de cuidado nessa fase da vida (JESUS, 2019). A ausência de idosos LGBTQIA+ nas pesquisas e sua reduzida priorização como preocupação no SUS é motivo de preocupação.

Este silenciamento, revela uma despreocupação da academia quanto aos espaços ocupados, além de denotar um problema de saúde pública, visto que o não saber sobre as especificidades representa a ignorância em relação a necessidades e desejos intrínsecos a tal população (OLIVEIRA, 2020, p.240).

No que se refere à escolaridade, a maioria dos participantes respondeu possuir ou estar cursando nível superior de educação, sendo 30 respostas do total de respondentes e apenas um dos sujeitos que respondeu ao questionário não possuía qualquer grau de educação formal.

Quadro 2: Nível de escolaridade dos participantes da pesquisa

Qual a sua escolaridade?	Número de respostas	Percentual
Lê e escreve	1	1,9%
Ensino fundamental (da 5ª à 8ª séries)	2	3,8%
Ensino médio ou antigo segundo grau	18	34%
Ensino superior ou faculdade	30	56,0%
Outros (pós-graduação)	2 respostas (<i>lato e stricto sensu</i>)	3,8%

Fonte: elaboração própria

Aqui, novamente, resgatamos dados da pesquisa realizada por TODXS (2020), na qual os dados obtidos sobre escolaridade se assemelham aos nossos. Naquela, mais de 18% concluíram o ensino médio e mais de 63% possuem nível universitário ou estavam cursando uma faculdade no momento da pesquisa. Não diferenciamos no nosso trabalho as pessoas que ainda estão cursando o ensino superior e que, portanto, nesse momento, ainda possuem como nível de escolaridade registrada o ensino médio, que alcança 34% dos nossos participantes.

Ainda no que se refere ao perfil dos participantes da pesquisa, buscamos também identificar a cor da pele ou raça/etnia autorreferida. Uma pessoa assinalou como resposta amarela e outra indígena; seis pessoas, negra ou preta; 10 pessoas, parda ou morena e, a maioria, num total de 35 pessoas, assinalaram como resposta possuir a pele branca. As informações de autodeclaração da cor da pele ou raça/etnia também são similares àquelas do estudo de TODXS (2020), em que quase 51% dos participantes se autodeclararam brancos, mais de 31%, pardos; cerca de 15%, pretos e aproximadamente 1%, amarelos ou indígenas (TODXS, 2020).

Em que pese o número de participantes de nossa pesquisa – 53 respondentes, é interessante observar que a composição e/ou perfil populacional encontrado por uma pesquisa como a de TODXS (2020), com mais de 15 mil pessoas, é correlata àquela com que nos deparamos. Nesse sentido, entendemos que o contexto valenciano constitui um microcosmo do contexto brasileiro e, por isso, representativo para nosso estudo no sentido de analisar, desde o perfil dos participantes até as intersecções diversas que operam sobre as vivências LGBTQIA+.

Por fim, em relação ao perfil dos participantes, era necessário identificar as diferentes categorias identitárias às quais pertenciam esses sujeitos para então, a partir daí, selecionar os perfis para a realização das entrevistas semiestruturadas, momento de acessar as narrativas de vida desses sujeitos, ponto principal deste trabalho.

Dentre os 53 respondentes, identificamos, a partir de sua autodeclaração, 21 homens cisgênero e de orientação homossexual; igualmente identificou-se 21 mulheres cisgênero e destas, seis homossexuais, 12 bissexuais e três pansexuais; ainda em relação à identidade de gênero, identificou-se cinco sujeitos que se autodeclararam não-binários, dos quais quatro se identificam como pansexuais e um utilizou a palavra “androfilia¹³” para definir a sua orientação sexual; identificou-se também quatro homens transgênero, dois que se declararam heterossexuais e dois pansexuais; uma mulher transgênero e pansexual e uma travesti com orientação heterossexual.

Construímos o quadro 4 com as intersecções entre a identidade de gênero – coluna à esquerda, e a orientação sexual desses sujeitos – linha superior. Assinalamos com “X” a intersecção que não há nenhum sujeito posicionado.

Quadro 3: Identidade de gênero e orientação sexual dos participantes da pesquisa

Identidade de gênero / orientação sexual	Homossexual	Bissexual	Pansexual	Assexual	Heterossexual
Mulher cisgênero	6	12	3	X	X
Homem cisgênero	21*	X	X	1* ¹⁴	X
Não-binário	1**	X	4	X	X
Mulher transgênero	X	X	1	X	X
Homem transgênero	X	X	2	X	2
Travesti	X	X	X	X	1

Fonte: elaboração própria

¹³ De acordo com artsandculture.google.com, androfilia é um termo usado na ciência comportamental para descrever orientação sexual ou romântica, como uma alternativa para a conceituação homossexual e heterossexual de gênero binário. Androfilia descreve a atração sexual ou romântica por homens ou masculinidade. O sujeito que auto-declara como sua orientação sexual a androfilia foi posicionado na intersecção de não-binário e homossexual, assinalado por **.

¹⁴ O asterisco * indica que esse sujeito está incluído também na intersecção entre homem cisgênero e homossexual, conforme ele se autodeclara como sendo um homem gay tendo a demisssexualidade como uma ramificação de sua orientação sexual.

Em relação ao perfil identitário e à orientação sexual dos respondentes, destacamos nesta pesquisa um expressivo número das sexualidades que foram mais recentemente encampadas pela sigla, com destaque para a pansexualidade. Percebemos também que o perfil majoritário da pesquisa é de pessoas cisgêneras, totalizando 42 respondentes; em segundo, com quatro respondentes cada tem-se pessoas não-binárias e homens trans; e apenas uma mulher trans e uma travesti. Com isso temos, em relação à identidade de gênero, um perfil identitário que também se aproxima da pesquisa realizada por TODXS, na qual aproximadamente 88% das pessoas eram cisgêneras, com proporcionalidade semelhante entre homens e mulheres, seguido pela identidade não-binária, homem trans, mulher trans e/ou travesti (TODXS, 2020).

Ainda em relação ao quadro 4, no que se refere à orientação sexual também temos dados bastante semelhantes, destacamos entretanto o fato de, entre os nossos respondentes, nenhum homem cisgênero identificou-se como bissexual, e proporcionalmente essa orientação prevalece entre as mulheres também na referida pesquisa com a qual cotejamos a nossa. E isso também é destacado por Amarelo, uma das participantes entrevistadas ao nos dizer que *“tenho mais amigas bi do que lésbicas porque é realmente mais difícil encontrar; assim, são menos pessoas”*.

Na seção seguinte do questionário, perguntamos aos respondentes especificamente sobre a saúde. De início, solicitamos que os participantes descrevessem livremente a sua concepção de saúde ao lhes perguntar “o que é ter saúde para você?” Considerando que se tratava de uma pergunta aberta, que a concepção de saúde é um eixo importante para a análise de nossos resultados e que foi também explorado nas entrevistas, optamos por não detalhar a sua análise nesse momento do texto. Iremos analisar os sentidos e narrativas quanto ao conceito de saúde posteriormente, em um capítulo específico e em diálogo com a perspectiva da saúde integral da população LGBTQIA+.

Na sequência, queríamos saber quais os problemas de saúde que os participantes apresentavam a fim de identificar que condições de saúde afetavam seu cotidiano e poderiam levá-los a necessitar de cuidado. A maioria das respostas traz como principais problemas de saúde aqueles relacionados à saúde mental, o que apareceu de forma intensa nas narrativas dos entrevistados e iremos analisar mais detidamente na apresentação dos resultados qualitativos, inclusive por ser no âmbito da saúde mental a experiência de atenção em saúde que é melhor avaliada pelos vários sujeitos com os quais conversamos.

Também solicitamos aos participantes, caso utilizassem medicações para o cuidado em saúde de suas condições ou problemas, que nos relatassem o que utilizavam naquele

momento. Os antidepressivos, também utilizados no tratamento de outros transtornos de humor e de ansiedade, foram citados 11 vezes; estabilizadores de humor e anticonvulsivantes, dentre eles alguns utilizados no tratamento de comportamentos compulsivos, citados por sete vezes; hipnóticos, três vezes; anti-hipertensivos, antirretrovirais e hormônios, duas vezes; e dentre aqueles citados apenas uma vez consta hipoglicemiante, estimulante do sistema nervoso central utilizado para tratamento de déficit de atenção e hiperatividade, antialérgicos e multivitamínicos. Percebemos, pois, que prevalece o uso de diversas medicações utilizadas para o manejo do adoecimento mental, de encontro à maior prevalência desses problemas na população LGBTQIA+ em comparação com a população geral (CIASCA, 2021).

Como abordaremos mais detalhadamente esse assunto na análise das entrevistas, passaremos então à próxima seção do questionário. Nesta parte, nossa intenção era obter mais informações acerca da utilização dos serviços de saúde públicos existentes em Valença. Assim, dentre aqueles que responderam fazer uso desses equipamentos, a maioria dos participantes disse frequentar os postos de saúde em proporção de pouco mais de 49%; logo em seguida aparece o pronto-socorro do HEV com percentual de utilização em torno de 27%; e, numa proporção de um pouco mais de 7%, os ambulatórios de especialidades da faculdade de medicina. Apareceu nas respostas outro equipamento que merece destaque no cenário de nosso estudo que é a Casa de Saúde Coletiva – componente da rede especializado em infectologia, que centraliza o cuidado de pessoas portadoras de HIV e tuberculose, dentre algumas outras condições; dois participantes fazem ou fizeram uso desse serviço no município.

Em proporção semelhante às descritas acima, ao perguntarmos sobre o melhor lugar para resolver questões ligadas à saúde, considerando todos os serviços indicados mencionadas acima, obtivemos como resposta o expresso no quadro 5 abaixo:

Quadro 4: Melhor equipamento de saúde para resolução de problemas de acordo com os participantes da pesquisa

Melhor lugar para resolver os problemas de saúde	Número de respostas
Posto de Saúde ou UBS	27
Pronto-socorro do HEV	15
Ambulatório de especialidades	5

Não utilizo nenhum serviço de saúde do município	5
Sem resposta	1

Fonte: elaboração própria

Esse dado parece nos direcionar para a capacidade de resolução de problemas da APS que

constitui-se no primeiro ponto de atenção à saúde e tem, como um de seus objetivos, o alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade (GONDIM et al, 2009, p.95).

Podemos, aqui, inferir que, respeitando a complexidade tecnológica inerente a esse nível de atenção, a APS tem papel fundamental nas diversas ações para prevenção, promoção e restabelecimento da saúde de seus usuários sendo reconhecida como principal local para resolução da maioria dos problemas de saúde.

Ainda nesta secção, nos interessou saber, pela perspectiva dos usuários, se haviam enfrentado problemas ao acessar os citados serviços de saúde na cidade de Valença e quais os principais problemas que ocorreram. Como dados extraídos do questionário, um participante referiu que todas as vezes que utilizou – ou tentou utilizar algum desses serviços, enfrentou problemas; cinco participantes responderam já haver enfrentado, por muitas vezes, problemas ao utilizar esses serviços, mesma quantidade de respostas daqueles que disseram não utilizar nenhum dos equipamentos dos quais o município dispõe para o cuidado em saúde de sua população. De outro lado, 25 vezes foi assinalada a resposta em que constava “não, nunca tive problemas” e 16 vezes a resposta assinalada foi a que dizia ter tido problemas poucas vezes.

Perguntou-se também sobre o nível de satisfação com os serviços de saúde do município e obtivemos os seguintes resultados de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 5: Nível de satisfação com os serviços de saúde do município

Nível de satisfação com os serviços de saúde do município	Número de respostas
Muito satisfeito	5
Satisfeito	33
Pouco satisfeito	7

Insatisfeito	4
Não utilizo nenhum serviço de saúde no município	4

Fonte: elaboração própria

Essa mesma pergunta foi apresentada na seção seguinte, enfocando especificamente o grau de satisfação dos usuários que frequentavam os postos de saúde da rede municipal de APS. Quanto à APS, os participantes informaram que seu nível de satisfação conforme apresentado na quadro7. Daqui percebe-se que, dentre aquelas pessoas que fazem uso dos equipamentos de saúde públicos de Valença, o nível de satisfação é ligeiramente superior quando os usuários buscam pela APS.

Quadro 6: Nível de satisfação com as unidades básicas de saúde

Nível de satisfação com a APS	Número de respostas
Muito satisfeito	10
Satisfeito	30
Pouco satisfeito	9
Insatisfeito	1
Não responderam ou não utilizam a APS	3

Fonte: elaboração própria

Apesar do nível de satisfação com a APS ser ligeiramente melhor em comparação com os demais serviços, conforme nossos respondentes, isso não impede que vários problemas ocorram nesse nível de atenção à saúde. Assim, da mesma forma que perguntamos sobre problemas ocorridos nos outros serviços de saúde, também buscamos informação sobre a frequência de problemas quando os usuários acessam (ou tentam acessar) o cuidado em saúde nas unidades básicas. Então, quando perguntados se “Você já teve algum problema para utilizar os serviços oferecidos nos Postos de Saúde do município?”, quatro participantes disseram que sim, muitas vezes tiveram problemas; já 11 participantes responderam que, apesar de terem tido problemas, isso ocorreu poucas vezes; a grande maioria dos usuários, totalizando 28 respostas, disseram nunca haver tido problemas ao utilizar os postos de saúde do município.

Sobre os tipos de problemas enfrentados, tanto na utilização de todos os equipamentos de saúde a que se referia a secção anterior do questionário quanto especificamente na utilização da rede de atenção primária, não há muita distinção entre eles. Optamos por agrupá-los em três blocos: o primeiro contendo aqueles problemas relacionados a falhas de estrutura, ambiência e recursos humanos; o segundo, aqueles que abrangem elementos estruturais, de qualidade e satisfação e, o terceiro, com foco nas iniquidades em saúde. Dessa maneira o quadro abaixo organiza tais problemas relatados dos mais simples aos mais complexos, de acordo com nossa avaliação, já que alguns caminham no sentido de violar direitos de uma população específica – a população LGBTQIA+. O que nos leva a indicar que há necessidade de debatermos acerca das violências que ocorrem nos locais destinados à prestação de cuidados, refletindo sobre a operação de reprodução nos serviços de saúde de uma lógica de violações de direitos que existe e persiste na sociedade em geral

Quadro 7 – Comparação entre os problemas identificados na utilização dos equipamentos de saúde em geral e os postos de saúde (APS)

Problemas citados em relação à utilização de todos os equipamentos de saúde	Problemas citados em relação à utilização do posto de saúde
Falta de médico Profissionais despreparados Atendimento ruim Negligência no atendimento	Falta de médico Falta de equipamento Demora e falta de interesse em resolver meus problemas
Demora no atendimento (aparece 4 vezes nas respostas) Demora para marcação de alguns especialistas e horários incompatíveis Dificuldade para conseguir marcar exames Não tem médicos, falta exames e demora para conseguir vaga	Falta de vaga e demora no atendimento A marcação de médico demora bastante, dizem ser problemas com vagas para especialistas Imensa dificuldade para marcar exames Dificuldade de acesso a consultas e exames Questões como falta de informação e organização além de poucas vezes ver um bom atendimento
Falta de organização, tempo de espera, forma de tratamento e desrespeito Falta de respeito com o nome social	Não aceitação do meu nome social na hora da chamada para o atendimento Demora com exames, falta de compromisso,

Erro no meu pronome e dificuldade de entender sobre o fato de eu ser uma mulher trans, falta profissionais capacitados	pouca informação e consciência sobre a comunidade LGBTQIAI+
--	---

Fonte: elaboração própria

Assim, de acordo com nossa organização, no primeiro bloco deste quadro, as respostas apontavam tanto a ausência ou indisponibilidade de recursos humanos - *“falta médico”*, quanto na existência de *“profissionais despreparados”*, o que nos indica deficiências na qualificação dos profissionais para oferta de atendimento adequado na perspectiva dos participantes do estudo, remetendo à importância da qualificação tanto na graduação médica e de outras profissionalidde, quanto nos processos de educação permanente.

No segundo bloco, aparecem aspectos quanto à demora por um atendimento, aos gargalos para realização de procedimentos, exames e consultas especializadas, além de aspectos relacionados à informação e organização dos serviços de saúde, o que evidentemente produz interferência quando pensamos na integralidade do cuidado em saúde.

O terceiro bloco fala daquilo que opera reforçando as iniquidades em saúde. Aqui, percebemos a violação de direitos previstos em normativas e políticas públicas de saúde, bem como no princípio da equidade, de modo que se produz maior vulnerabilização dos sujeitos LGBTQIA+ por seu afastamento do sistema público e dos cuidados às suas necessidades em saúde à medida em que os serviços de saúde se tornam, se constituem, como espaços de violência.

Nesta secção relacionada aos atendimentos nos postos de saúde, quisemos saber dos respondentes se foram perguntados pelos profissionais que os atenderam sobre aspectos relativos a gênero e orientação sexual, a questão era ampla e se referia desde o cadastramento realizado pelo agente de saúde até consultas com o profissional médico. As respostas obtidas estão sistematizadas na tabela abaixo.

Quadro 8: Número de vezes que foi perguntado sobre gênero e orientação sexual na APS

Questionamento sobre gênero e orientação sexual	Número de respostas em relação ao questionamento gênero	Número de respostas em relação ao questionamento sobre orientação sexual
---	---	--

Sem resposta	1	1
Sim, todas as vezes	1	Zero
Muitas vezes	1	1
Algumas vezes	6	11
Não, nenhuma vez	44	40

Fonte: elaboração própria

Percebe-se que há um silenciamento dos profissionais em relação a esses aspectos da vidas dos usuários dos serviços de saúde, tornando-os ainda mais invisíveis ao sistema. Entende-se que algumas informações sobre sexualidade podem ser necessárias ao cuidado e, provavelmente, sejam realizadas perguntas acerca da sexualidade dentro dos consultórios médicos, o que aparece nos resultados ligeiramente superiores em comparação às questões de gênero. A ausência do questionamento sobre identidade de gênero invisibiliza aquelas identidades dissidentes da linearidade esperada em decorrência do sexo biológico identificado ao nascimento e dos registros civis originais, refletindo, dentre outras violações, no desrespeito à utilização do nome social e pronomes de tratamento inviabilizando toda a cascata de cuidado a esses sujeitos. Em relação à orientação sexual, sua deslegitimação através da presunção da heterossexualidade interfere diretamente no cuidado em relação às práticas e comportamentos sexuais, além de configurar-se barreira ao acesso nos serviços e opressões por parte do sistema quando esta é expressada nos contextos de saúde (SESRS, sem data, CIASCA, 2021).

Em coerência com nossa pesquisa, operamos num sentido distinto daquele que é hegemônico nos serviços de saúde e perguntamos se os respondentes estavam à vontade para responder sobre seu gênero e sexualidade. Entendemos que essa pergunta é afirmação do respeito aos sujeitos e, ao mesmo tempo, incide na desconstrução da concepção heteronormativa de nossa sociedade. Destacamos que a grande maioria respondeu que não tem problemas em falar sobre esses aspectos de sua vida com os profissionais que atuam nos equipamentos de saúde, demonstrando que isso não é, inicialmente, um problema para esses sujeitos. Embora, possa em outros momentos significar discriminação e opressões dentro do sistema de saúde.

Quadro 9: Constrangimento para responder a questionamentos sobre gênero e orientação sexual

	Número de respostas (em relação ao gênero)	Número de respostas (em relação à orientação sexual)
Não me sinto constrangido	42	39
Um pouco constrangido	1	5
Indiferente	7	7
Bastante constrangido	Zero	Zero
Totalmente constrangido	2	1
Sem resposta	1	1

Fonte: elaboração própria

Na última seção do questionário buscamos levantar aspectos sociais e políticos correlacionados à saúde integral LGBTQIA+ em diálogo com a de a PNSILGBT e outras normas que objetivam a diminuição de desigualdades em saúde. Também buscamos saber sobre a participação desses sujeitos no movimento social organizado ou sua atuação na militância LGBTQIA+ e sobre o seu conhecimento acerca dos seus direitos, inclusive sobre as garantias em relação a saúde e utilização serviços de saúde.

Ao questionar sobre o conhecimento acerca da PNSILGBT, nossa intenção era identificar se esses sujeitos têm, de fato, empoderamento acerca de direitos conquistados nas últimas décadas. Neste trabalho interessava-nos mais especificamente o direito à saúde integral, cuja negação reflete também outras violações já que, pelo conceito ampliado de saúde, esta não é a simples ausência de doença. Portanto, saúde integral inclui várias dimensões da vida de todos nós, inclusive sendo determinada por vários desses aspectos quando falamos da determinação social da saúde e quando, pela perspectiva da integralidade e da equidade, garantir saúde, ou restaurá-la, compreende o combate às iniquidades.

Chama a atenção que apenas oito participantes conhecem a PNSILGBT, 25 refiram “ter ouvido falar” sobre ela e 19 desconheçam completamente, nunca nem ouviram falar. Mesmo considerando a limitação dessa pergunta no questionário e do próprio instrumento, é importante e grave o fato de que a PNSILGBT seja “desconhecida” na medida em que

conhecer não necessariamente implica já ter lido e/ou se apossado de seu conteúdo e que “já ter ouvido falar” pressupõe saber que existe, mas não significa ter ideia do que ela abrange.

Embora desconheçam o conteúdo da PNSILGBT, 51 participantes responderam acreditar serem necessárias políticas públicas ou ações direcionadas às necessidades em saúde dessa população e, apenas dois consideraram isso indiferente. Nesse mesmo sentido, de um conjunto de 53 respostas, 46 consideram ser necessário um serviço de saúde direcionado à população LGBTQIA+; quatro crêem que isso é indiferente e os outros três não vêem essa necessidade.

Com relação a outros dispositivos ou normativas que visam a assegurar direitos a essa população, apenas 14 participantes referiram ter conhecimento e dentre estes, alguns citaram a garantia do uso de nome social, incluindo a extensão desse direito a pessoas não-binárias; a lei Maria da Penha, que passou a incluir em seu escopo de proteção pessoas LGBTQIA+ (especificamente, a mulher trans), conforme recente julgado pelo Superior Tribunal de Justiça, além da proteção garantida aos jovens com identidade de gênero e orientação sexual divergente da normativa pelo estatuto da juventude de 2013. Também foram mencionadas questões mais amplas como a proteção contra a violência, o direito à identidade de gênero e o direito à saúde e à igualdade de condições de acesso e permanência na escola, no sentido de diminuir as desigualdades que atravessam a população LGBTQIA+ nas diversas dimensões de sua existência. Por fim, não como normas ou dispositivo legal, mas como equipamento da rede de proteção social, foram citadas “*as casas de acolhida para travestis, transexuais e outros membros da comunidade LGBTQIA+*” por um dos respondentes.

Na última parte do instrumento, perguntamos se nossos participantes faziam parte do movimento LGBTQIA+ organizado e apenas nove responderam que se mantinham engajados na luta por direitos dessa maneira. Tal resposta é bastante importante, considerando que sujeitos que não estão diretamente envolvidos em organizações e/ou movimentos que trabalham com o enfrentamento das opressões a que a população LGBTQIA+ está submetida tendem a estar mais sujeitos às violações no cotidiano do seu viver. Sublinhamos esse aspecto na medida em que o mesmo possui repercussões quanto às narrativas que se apresentarão nas entrevistas, posto que nossos colaboradores, em sua maioria, não serão sujeitos engajados no movimento político de luta pelos direitos LGBTQIA+.

A questão final do questionário era um campo livre, em que os participantes eram convidados a contribuir com elementos que julgassem relevantes e que não havíamos

abordado. Consideramos que é bastante interessante trazer as contribuições livres dos respondentes, aleatoriamente identificados como “Q” organizado numericamente de um a oito – Q1 a Q8, pois tais contribuições se conectam com aspectos que emergirão nas entrevistas e abordaremos a seguir:

Acho importante ter um atendimento especializado e voltado para a população LGBTQIA+. (Q1)

Não me sinto à vontade de falar sobre meu gênero ou sexualidade por medo de julgamentos. (Q2)

Acredito que deva haver mais conhecimento por parte dos médicos sobre a saúde de pessoas transgêneras para assim, atendê-los de forma mais satisfatória. (Q3)

É de extrema importância que os postos de saúde ofereçam tratamento para pessoas transgêneros, com consultas a médicos endócrinos, e se possível, uma distribuição regularizada e controlada de hormônios para transgêneros e travestis. (Q4)

A única vez que fui bem atendida e me senti acolhida em um posto de saúde foi quando estive na presença do [este pesquisador]. E se não fosse por ele não teria sido bem tratada dessa forma. (Q5)

Seria de muita ajuda se houvesse oferta de acompanhamento de qualidade para hormonização pela rede básica de saúde do município. Para mim e para todos meus amigos T [pessoas transgêneras]. Para que não tenhamos que recorrer ao risco da automedicação ou a altos gastos com consultas particulares. (Q6)

Em minha opinião falta uma capacitação dos profissionais da saúde, pois muitos deles não têm conhecimento acerca da comunidade LGBTQIA+ (Q7)

Adorei sua pesquisa, muito importante! Gratidão! Tenho um filho homem transgênero não-binário que trabalha com consultoria em diversidade e ficamos muito felizes com sua iniciativa! Qualquer coisa, conte conosco! (Q8)

6.2 PLURALIDADES DE NARRATIVAS E VIVÊNCIAS LGBTQIA+ NO CONTEXTO VALENCIANO

Aqui iniciaremos neste percurso de análise o momento de dar vozes aos sujeitos que participaram dessa etapa e, de acordo com seus sentidos, dialogar com nossos referenciais teóricos. Como mencionamos anteriormente também alguns dados obtidos com o questionário na medida em que eles produziram sentidos que dialogaram com o conteúdo das entrevistas e que implicaram num adensamento das narrativas dos sujeitos entrevistados, construindo resultados que são representativos das vivências de todos os sujeitos identificados na/pela sigla LGBTQIA+ com todas as suas identidades – plurais.

Considerando a análise do questionário com seus 53 respondentes, selecionamos inicialmente aqueles 37 perfis que se disponibilizaram para a próxima etapa desta pesquisa, na qual realizamos as entrevistas semi-estruturadas. Entretanto, alguns respondentes não havia disponibilizado formas de contato diferente do e-mail necessário para validação do questionário, um total de seis respondentes.

Para a construção do momento das entrevistas, buscou-se inicialmente fazer contato com os respondentes que disseram utilizar o sistema público de saúde, em especial os serviços de atenção primária de Valença/RJ. No entanto, alguns dos perfis inicialmente selecionados não responderam ao chamado ou adiaram por algumas vezes a entrevista de modo que não nos limitamos a esse critério. Assim, além da utilização dos serviços de saúde da rede pública no município, trabalhou-se também com os marcadores sociais da diferença, entendendo que a diversidade de perfis enriqueceria a pesquisa. Assim, selecionou-se perfis que permitissem “cobrir” as várias categorias identitárias integrantes da sigla LGBTQIA+ na relação/articulação com, por exemplo, cor da pele e raça/etnia, nível de educação formal e idade do participante.

Além desses perfis selecionados, num total de nove sujeitos LGBTQIA+, emergiu durante a realização dessa etapa a possibilidade de conversarmos com outro participante que não havia sido prevista na metodologia do trabalho. Optou-se por incluir então esse novo entrevistado por acreditarmos que suas contribuições seriam relevantes para o objeto de pesquisa pois, enquanto mãe de um homem trans, percorreu junto a ele todo seu itinerário terapêutico e de afirmação identitária.

Considerado isso, foram realizadas 10 entrevistas ancoradas num roteiro semi-estruturado, que possibilitou a emergência das narrativas e a construção de um processo de coconstrução de sentidos, no qual as histórias contadas abriam espaço para outras histórias num encadeamento em que o enredo não era modificado e se abriam diversos caminhos para assuntos não previstos e em conexão com a pesquisa e o interesse do pesquisador para compor o relato.

Quando não haveria mais contribuições a serem exploradas as conversas eram finalizadas com a possibilidade de serem retomadas caso algum assunto ficasse pouco compreendido após gravação e análises iniciais. Entretanto não houve necessidade de retomar nenhuma das conversas com os entrevistados, pois em todas elas havia contribuição singular para o desenvolvimento da análise pretendida.

6.2.1 Ouvindo e recontando essas histórias

Ao ouvir histórias nos apossamos, através de um discurso narrativo, das vivências de sujeitos que se colocam perto de nós dispostos a compartilhar fatos que marcaram seu trânsito pelos diversos contextos de vida, especificamente aqui nosso interesse são histórias e narrativas que nos ligam à saúde dessas pessoas, tanto na sua determinação social, quanto em questões práticas dos serviços que se prestam à arte de cuidar.

Esse ato não é isento e imparcial, nele se apresenta todo um conjunto de ideias de quem se põe a ouvir e interpretar as diversas narrativas e lhes atribuir sentidos num território sociocultural específico. Valença é esse território.

Valença – um microcosmo com tantas questões que serão aqui consideradas, é o cenário a partir e no qual se fala. Nesse cenário existe um médico que se põe no papel de pesquisador com algumas ferramentas não tão tradicionais dentro dos protocolos de pesquisa social, pois leva para este momento uma ferramenta da prática clínica que utiliza para potencializar as histórias que ouve de seus pacientes – a medicina narrativa.

A arte de ouvir histórias dando a elas a importância que nelas está contida e, junto com os contadores dessas histórias, significá-las e ressignificá-las, é o que se leva para o campo de pesquisa e que emerge como potência para alguém que não possui formação em pesquisa social. mas se atreve e se põe na intenção de fazê-la com o objetivo de (re)contá-las com um olhar de quem, antes de pesquisar, tornou-se cuidador de vários desses sujeitos que a ele recorreram.

6.2.2 Quem somos nós: colorindo um arco-íris e levantando bandeiras

Queremos, aqui, apresentar os participantes que se disponibilizaram a colaborar na construção desse trabalho viabilizando a reflexão sobre ser LGBTQIA+ no município de Valença/RJ e a busca por cuidados em saúde. Para garantir seu anonimato, conforme previsto na legislação, e, ao mesmo tempo, demarcar a importância dos símbolos da luta pelos seus direitos, optamos por utilizar as cores e símbolos da luta LGBTQIA+ para identificar os entrevistados e também alguns sujeitos por eles citados.

Utilizaremos as cores da bandeira do orgulho LGBTQIA+, denominada *Pride Flag Reboot*. De acordo com Souza (2020), esta bandeira foi proposta por Robert Quasar em 2018,

por agrupar as várias identidades encampadas por essa sigla e por incluir aspectos que implicam em maior vulnerabilização de muitos desses sujeitos. Nessa proposta, Quasar enfatiza a representação negra e trans no novo desenho da bandeira de forma a ampliar a tradicional representação em seis cores ligadas ao movimento gay (SOUZA, 2020).

Figura 2: Bandeira *Pride Flag Reboot*



Fonte: Diversitybbox, 2020

Na cor branca situamos a Senhora Branco, ela é mãe de um jovem homem trans e, ao saber dessa pesquisa, se disponibilizou a participar. Portanto, mesmo não estando inicialmente previsto que pessoas não LGBTQIA+ fossem entrevistadas, optamos por essa exceção devido ao seu histórico de luta e defesa dos direitos de pessoas transgêneras a partir da vivência com seu filho. Entendemos que sua história poderia agregar elementos importantes quanto à afirmação das identidades trans e a busca por cuidado em saúde ao nosso trabalho, cotejando suas falas com as de outros participantes. Situar a Senhora Branco nesta cor guarda também correlação com o fato de possuírem, ela e seu filho, a pele branca e como forma de reforçar o espaço social que ocupam nos contextos de vulnerabilização dos sujeitos em decorrência da cor de pele; também constitui essa uma das famílias mais tradicionais e conhecidas da cidade.

Como representante da cor rosa, temos uma jovem mulher trans – ora se coloca como mulher trans e ora se autodeclara travesti - então a denominamos Rosa, ela nasceu e vive em

Valença, é uma pessoa bastante ativa nas redes sociais e militante da causa trans, não exerce sua militância em movimento organizado, mas sempre se envolve em atividades que busquem levar a mensagem de mais tolerância e respeito a todas essas pessoas no contexto valenciano.

Azul é o jovem filho de Senhora Branco, um dos primeiros homens trans da cidade e por isso todos os olhos e vigilância se recaíram sobre ele em diversos momentos de sua vida, principalmente quando expôs sua transgeneridade ao escrutínio público numa rede social. Então, a cor azul mais claro da bandeira acolhe Azul, primeiro homem trans de Valença. Para os momentos em que Azul for mencionado por outros a partir de seu sexo biológico – na sua infância ou antes da transição, utilizaremos Little Azul com o pronome feminino para reforçar ao leitor o desrespeito à identidade de gênero do entrevistado.

Ao lado da cor azul, situamos a Marrom, uma outra jovem mulher trans que possui a pele parda-morena e com isso a situamos também nesse lugar de marginalização a que essas pessoas estão subordinadas. Marginal à cor marrom está situado Preto, marginal por estar ao lado e marginal pela segregação que os sujeitos de pele parda e preta sofreram, e ainda sofrem, ao longo de séculos e nas diversas culturas, inclusive aqui em Valença. Ele é um jovem homem cis gay, com a pele preta, tranças nos cabelos e pequenos adornos nas orelhas. Assim, o posicionamento desses sujeitos nessas duas cores adicionadas à bandeira LGBTQIA+ aqui utilizada para representar essas populações com raça/etnia não branca guarda correlação com suas cores de pele e pela representatividade e importância desse marcador na vida desses sujeitos.

Agora, transitando pelas outras seis cores da bandeira, situamos outros entrevistados e iniciamos, de baixo para cima na bandeira, esclarecendo que Violeta é uma jovem mulher cis bissexual, cuja intersecção das cores azul – atração pelo gênero masculino, e magenta – atração pelo gênero feminino, resulta na cor lavanda profundo, próximo ao que denominamos violeta na bandeira do orgulho LGBTQIA+.

Já Índigo surge como o homem cis gay de pele branca, de classe social mais elevada (pois assim, inclusive ele próprio, se declara em trechos da entrevista) e de quem sempre foi esperado o papel social de homem cis heterossexual, cuja família tentou, por vezes e com algumas intervenções, deslegitimar sua identidade homossexual; Índigo é o homem no seu lugar normativo na estrutura social, por isso posicionado como a cor de mesmo nome e que representa o masculino na dicotomia estereotipada dos gêneros.

Adicionamos outras tonalidades de azul ao longo do percurso de análise para nos referirmos a outros sujeitos homossexuais masculinos. A exemplo do Azul Royal, jovem gay

que emigra da zona sul carioca para uma comunidade na zona norte da cidade num contexto de privação socioeconômica imposto pela violência familiar.

Logo acima na bandeira temos a cor verde e aqui situamos Verde, já que essa é uma das cores estampadas numa das bandeiras das não-binaridades de gênero e, na entrevista, tal participante deixa expresso que o pronome neutro, ou o masculino, ou o feminino lhe são adequados, pois está em processo de se conhecer dentro da não-binariedade de gênero.

Amarelo foi situada logo ao lado sendo ela uma jovem mulher lésbica, pele branca, loira e essa, uma cor que diretamente nos remete a ela em decorrência dessas características físicas marcantes nos diversos contextos socioculturais, inclusive no nosso cenário de pesquisa. Entretanto, resguardados alguns privilégios que a branquitude¹⁵ pode trazer a alguns desses indivíduos, por si só, essa característica não elimina outros marcadores da diferença, especificamente a lesbiandade dessa entrevistada que a sujeita a uma diversidade de violências e opressões.

Antes de falar sobre a cor laranja, trago ao contexto as Vermelhos¹⁶, mulheres trans, identidades femininas citadas por alguns participantes e a elas dedicamos o espaço de emergir dentro desse trabalho. Vermelho, que na bandeira é traduzido como ‘vida’, vida que às vezes se esvai, até mesmo em praça pública, deixando marcas do sangue vermelho vivo; vidas que também ganham força e emergem como sempre foram, mesmo que tudo pareça impedir que elas assim aconteçam.

Além das cores da bandeira que trouxemos, eis que surge, “deslocando sobre o arco-íris em tonalidades de Cinza e preto: assexualidades em trânsito” (DANDREA; ROMANOLLI, 2018) nosso representante da identidade assexual, uma sexualidade possível independente do gênero ou de uma outra forma de atração afetivo-sexual, tal como a homossexualidade, pois pode aquela ser circunstancial e trazemos a cor cinza como representativa da identidade assexual.

Sobre a cor laranja vem Orange, um forasteiro vem se colocar num cenário desconhecido como um dos representantes da saúde, já que a cor é traduzida na bandeira do

¹⁵ Branquitude é um conceito que ganha sentido dentro da luta antirracista ou, a exemplo desse trabalho, quando consideramos a raça/etnia como importantes marcadores nesta análise, já que torna-se impossível falar sobre sexualidade e gênero sem considerar outros marcadores da diferença. É um campo de estudos que se refere ao lugar de vantagem estrutural das pessoas brancas em sociedades estruturadas pelo racismo. Ou seja, a pessoa é colocada pela sociedade em um papel de superioridade e assume privilégios simbólicos e materiais que provocam consequências cotidianas para toda a população, em especial a população negra (COSTA, 2021).

¹⁶ Utilizaremos algumas das variações de tonalidade da cor vermelho – Vermelho Neon, Vermelho Carmim, trazidas na letra da canção intitulada “Vermelho” e que foi sucesso recente da artista Glória Groove, lançada em 2022 no álbum denominado Lady Leste (GROOVE, 2022), canção composta com alguns versos originários da canção “Mina de vermelho” de MC Daleste, cantor de funk paulista assassinado em 2013.

orgulho LGBT como aquela que traduz a cura, a saúde; não que esta personagem seja a solução para todos os problemas de saúde, nem que quaisquer sujeitos LGBTQIA+ necessitem de uma “cura”, mas por estar inserido nos serviços de saúde e buscando algumas respostas para tantas questões ao longo dessa pesquisa. Portanto, essa personagem se faz presente em momentos pontuais deste trabalho para realçar a participação deste pesquisador em momentos no qual ele atuava como médico e cuidador de algumas pessoas LGBTQIA+ na APS de Valença.

Assim, colorimos nossa bandeira. Com tantos sujeitos, com suas sexualidades dissidentes, com as opressões que sofrem, com algumas de suas características físicas, ou psicológicas, ou sociais, ou para questionar as cores que são representativas da estrutura binária de gênero. Ou seja, um movimento intencional deste pesquisador reafirmando que “meninos vestem azul ou meninas vestem rosa” para ressaltar aos leitores que, nem mesmo nós que questionamos a estrutura – numa perspectiva *queer* inclusive, estamos isentos de reproduzir opressões e preconceitos.

Além das cores surgem alguns outros símbolos, expressões e personagens, tais como: Labrys, o machado de dupla lâmina na bandeira lésbica e que representa a namorada de Amarelo; a Dra Testis, médica que acompanhou o processo de hormonização de Azul, lhe prescrevendo testosterona e lhe “autorizando” a realização de uma cirurgia; o Dr. Alfa, o macho alfa - machista e misógino; o Acessor, como controlador dos acessos e o Atual, aquele que atualmente preside o CMLGBT de Valença.

“Apresentades” as personagens, traremos inicialmente as análises dos processos de construção das identidades sexuais e de gênero, cujo desenvolvimento se ancora em inúmeros mecanismos e possui diversas intersecções. Dessa maneira, nosso percurso analítico parte das narrativas, tomando como foco os processos de subjetivação e constituição das categorias identitárias que integram a sigla LGBTQIA+. Tal percurso exigiu que construíssemos outros diálogos com a literatura, pensando numa aproximação que colaborasse com a afirmação de si que cada entrevistado trouxe para a cena da pesquisa. Assim, recorreremos novamente às plataformas Scielo, MedLine e Lilacs utilizando os descritores identidade sexual, identidade de gênero, saúde LGBT*.

6.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE SUJEITOS E IDENTIDADES

Entendemos que “identidade se faz na relação entre eu e a sociedade, eu e as outras pessoas, eu e minhas escolhas, e tudo que escolheram por mim” (NONATO, 2022), portanto

a identidade nos diferencia como indivíduos em determinadas posições culturais, políticas e econômicas existentes em cada sociedade e, entre as várias identidades, assumimos também identidades sexuais ou de gênero (NETO, 2015), as quais aparecem representando os sujeitos então categorizados em cada uma das possibilidades identitárias da sigla LGBTQIA+, partindo-se do pressuposto que “as pessoas que tem um estigma particular tendem a ter experiências semelhantes de aprendizagem relativa à sua condição e a sofrer mudanças semelhantes na concepção do eu” (GOFFMAN, 1981, p.30), que desencadearia uma sequência semelhante de ajustamentos pessoais que afetam sua perspectiva de mundo.

Em relação à identidade de gênero, o Manual de Comunicação LGBT (sem data), define como a “percepção que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independente de sexo biológico. Trata-se da convicção íntima de uma pessoa de ser do gênero masculino (homem) ou do gênero feminino (mulher). Assim nos declaram os sujeitos com os quais conversamos:

(...) eu sou uma pessoa muito feminina, mas a minha namorada que não é uma pessoa tão feminina... (Amarelo)

(...) me identificar como uma pessoa LGBTQIA+, né!? Um homem gay cis (Índigo).

(...) eu olho pro G que é letra que eu pertenço dentro da sigla... (Preto)

Eu sou uma mulher cis (...) mulher cis bissexual (Violeta).

Agora ninguém pode me chamar de viadinho, eu sou travesti! (Rosa).

Eu sou uma mulher transtravesti (Marrom).

(...) sentia que não fazia parte da realidade e então fui descobrindo que havia pessoas trans, pessoas que transicionavam o gênero e comecei a me identificar (Azul).

Homossexual, sou um homem gay demisssexual, existe uma ramificação da minha sexualidade (Cinza).

E quando alguém me pergunta sobre minha sexualidade eu digo que sou bissexual, mas olhando a definição de pansexual, bate mais com pansexual (...) e quanto a gênero, (...) eu não me identifico totalmente enquanto homem, mas também não me identifico como mulher, sabe? Eu tô nesse processo de estudar mais sobre a não-binariedade pra ver se de repente essa seria a resposta (Verde).

Nessas falas identificamos, além da percepção de si em relação aos gêneros, os direcionamentos sexuais desses sujeitos, encampados na sigla que busca representá-los também por essas suas características, portanto incluindo lesbiandades, homossexualidades e plurissexualidades, bem como outras possibilidades de identificação em relação ao gênero e à sexualidade.

Diante disso, um dos primeiros pontos a ser considerado quando tratamos do assunto, é distinguir algumas identidades dentre todas as suas possibilidades para que assim saibamos que gay não é sinônimo de travesti, que não é sinônimo de lésbica, que não é sinônimo de transexual. Nesse sentido é preciso falar um pouco dessas identidades, para que se possa, a partir delas, pensar em maneiras de desconstruí-las e incorporar novas formas de percepção de si em relação aos gêneros e da manifestação da sexualidade (NETO, 2015).

A compreensão das identidades em jogo exige que contextualizemos o momento histórico-cultural em que vivemos, no qual prevalece a norma heterossexual - ideia de linearidade entre sexo, gênero, corpo e desejo, apresentando continuidade e complementariedade entre si. O gênero deveria estar em concordância cisnormativa com o sexo – as pessoas apenas poderiam ser legítimas a partir dessa suposta concordância, afinal o sexo biológico conservaria a essência da masculinidade e da feminilidade –, e o desejo deveria estar sempre heterossexualmente orientado, para a devida manutenção da função social da reprodução e da família como preservação de um modelo de moral social (BUTLER, 2006 apud TENÓRIO; PRADO, 2016).

Outra questão a ser enfatizada é a associação entre gênero, construção da identidade de gênero e a construção da identidade sexual pois são conceitualmente diferenciadas. Os sujeitos constroem suas identidades de gênero identificando-se como masculinos e femininos, de modo que ser homem ou ser mulher é significado culturalmente. Já as identidades sexuais seriam as formas como os sujeitos expressam e vivem seus desejos (XAVIER FILHA, 2015), considerando a orientação sexual e características que aproximariam esses sujeitos para então compor determinada categoria identitária por reconhecerem-se entre aqueles que lhes são semelhantes.

Portanto, falar de sexualidade implica falar da produção dos saberes que a constituem, dos sistemas de poder que regulam suas práticas e das formas pelas quais os indivíduos podem e devem se reconhecer como sujeitos sexuados. Não havendo, portanto, nada de absoluto nos discursos que criarão objetos e subjetividades, das quais os saberes, sendo estes legislativos, científicos ou morais, irão se apoderar para moldá-los aos aspectos desejados de acordo com uma suposta norma social (NATAL-NETO, 2016).

Movemo-nos assim, através de bases teóricas acerca das identidades LGBTQIA+ no sentido de mobilizar a articulação necessária entre teoria e práticas sociais de enfrentamento à LGBTQIA+fobia e a outras formas de preconceito (FRANCO, 2020), objetivando trazer a consistência teórica necessária à análise das falas provenientes das entrevistas feitas.

Momento necessário para dialogarmos com a estratégia de afirmação de direitos com

a implementação de políticas identitárias resultantes da luta constituída pelos movimentos civis organizados em diálogo com o Estado, em especial a PNSILGBT. Considerando nosso objeto de trabalho – saúde integral LGBTQIA+, é importante articularmos esse diálogo entre o que se tem como política instituída e o que alcança na prática, objetivando aprimorar o cuidado em saúde a que todos, todas e “todes” têm como direito assegurado na CF88, na estrutura normativa e organizacional do SUS, no arcabouço programático da PNSILGBT, bem como noutras políticas identitárias ou ações para afirmação de direitos.

6.3.1 Primeira construção: a identidade lésbica

“Esse momento aqui é para falar das mulheres lésbicas que estão vulneráveis, que são invisibilizadas. Esse é o lugar da visibilidade (...)” assim Marielle Franco¹⁷ discursava em agosto de 2017, mês da visibilidade lésbica, reforçando a necessidade de maior debate e atenção a essas mulheres. Nesse sentido e como ato simbólico, trazemos nesse primeiro momento algumas considerações acerca dessa categoria identitária reconhecendo sua posição à frente da sigla que representa o grupamento LGBTQIA+ pela necessidade de maior visibilidade dessas mulheres, tanto dentro do movimento social pelo reconhecimento de direitos, quanto nas relações cotidianas que se estabelecem nos contextos de vida.

Partindo da concepção de gênero que permeia as relações sociais, há que se perceber a enorme violência contra sujeitos que ousam romper com os papéis de gênero e com a heterossexualidade compulsória que, em suma, constituem processos de normalização e barreiras à liberdade de exprimir e viver uma sexualidade que difere do padrão (BARBOSA et al, 2014).

Essa ruptura com os padrões faz com que

(...) a gente fica numa situação muito complexa, não é a minha situação porque eu sou uma pessoa muito feminina, mas a minha namorada, que não é uma pessoa tão feminina, às vezes ela fica com medo de [ir aos lugares] vestida como ela gosta, como ela se sente bem, com medo de ser tratada de forma diferente ou não ser bem tratada (Amarelo).

Dessa forma, (Amarelo) expõe as consequências às quais as mulheres lésbicas estão sujeitas ao romperem com a cisão ideológica entre os espaços públicos e privados, pois ao tornarem explicitamente visível a sua sexualidade podem vir a se tornarem vítimas das mais

¹⁷ Marielle Franco em transmissão ao vivo publicada na página do Facebook em agosto de 2017 (apud BARBOSA; GUERIN, 2020, p. 422).

diversas violências (BARBOSA et al, 2014). Dentre elas, a mesma colaboradora rememora:

Eu me lembro de várias ocasiões em que fui abordada por caras que disseram pra mim que me mudariam, que eu não tinha cara de lésbica. Que eu tinha cara de bi e não de lésbica. Ou por que eu não experimentei ou ninguém me pegou de jeito, coisas nesse sentido. Esse é o tipo de problema que tenho vivência enquanto lésbica (Amarelo).

Isso nos remete diretamente à condição da mulher na sociedade, historicamente considerada inferior, com sua sexualidade brutalmente controlada por diversos mecanismos institucionais e estruturais que operam um sistema ideológico, caracterizado pela articulação de opressões de classe, de raça, de gênero (BARBOSA et al, 2014). Pois,

(...) eles [os homens] acham que [a mulher] tem uma certa fragilidade, acham que a gente não tem autoridade sobre nossos corpos. A gente não pode escolher, a gente não pode poder, a gente tá aqui para servir eles; assim que eles pensam e eles foram criados dessa forma. Não é uma questão só estrutural e só de idade, as pessoas continuam replicando absurdos. A diferença é que, a gente quando é LGBT fica numa bolha e acha que tá tudo mudando, mas as coisas tão bem ruins ainda (Violeta).

Na fala de Violeta percebemos essa hierarquização das relações baseada no modelo binário de gênero e sua perpetuação que embasa o modo de ser e viver na cultura em que nos inserimos. Além disso, exemplifica o *modus operandi* das opressões estruturais e imanentes à organização social, no qual a confluência e/ou sobreposição dos marcadores sociais da diferença vulnerabilizam ainda mais alguns sujeitos. Nesse sentido, é na perspectiva da interseccionalidade¹⁸ que analisaremos as identidades lésbicas, na medida que ser mulher, por si só, já traz grande carga de inferiorização; orientar-se e expor uma sexualidade que difere da heteronorma aumenta drasticamente essa opressão, que será redimensionada caso ela seja de uma raça ou etnia não-branca (BARBOSA et al, 2014).

A narrativa de Violeta reforça a operação interseccional desses mecanismos de opressão quando nos diz que “*minha mãe gosta de lésbicas não-fem e frequentava lugares que era de preconceito com classe social... tudo que a sociedade recrimina que você possa imaginar tinha no lugar que a gente frequentava, tinha travesti de pele preta retinta... ali*

¹⁸ O termo interseccionalidade passou a ser utilizado a partir de 1989 quando foi definido pela professora afro-americana Kimberlé Creenshaw como “formas de capturar as consequências da interação entre duas ou mais formas de subordinação: sexismo, racismo, patriarcalismo” no sentido de compreender melhor as desigualdades e discriminações sofridas pelas mulheres negras. Portanto, definimos interseccionalidade de maneira simples, mas não menos densa nem reducionista, como a interação entre dois ou mais fatores sociais que definem uma pessoa considerando questões como gênero, etnia, raça, localização geográfica ou mesmo a idade, pois essas características não afetam esses sujeitos separadamente (BELLAGAMBA, 2022). Utilizaremos então o termo interseccionalidade em sentido ampliado em relação ao proposto inicialmente, em consonância com a sua significação contemporânea.

ela tava entre amigos”.

Neste fragmento, chama-nos atenção também expressões que caracterizam algumas identidades lésbicas que, de alguma maneira, reproduzem o modelo binário dos gêneros para a constituição da identidade. Bem como o modelo de relacionamento heterossexual pois, diante da preferência por uma mulher masculinizada remetemo-nos ao arquétipo masculino presente no binarismo e sua reprodução nas relações homossexuais femininas, nas quais pode existir uma figura mais masculinizada e outra mais feminina, denotando a incorporação desse aspecto de dominação dentro da relação homossexual (BARBOSA; GUERIN, 2020).

Ademais, além de ficar exposto um lugar ou espaços que configuram refúgio para aqueles que rompem com os limites do binarismo de gênero e da heterossexualidade, adentramo-nos também nos atravessamentos perpetrados pelo racismo, machismo, preconceitos de classe social e pela lesbofobia. Tais sujeitos aí descritos nos revelam os lugares a eles reservados e as opressões às quais estão submetidos, caracterizando a interseccionalidade à qual nos referimos anteriormente, isto é, violências que estão entrelaçadas e se forjam umas nas outras e que marginalizam estas pessoas por fugirem do padrão. Padrão esse também experimentado por Violeta quando contrapõe lugares sociais diversos nos quais esteve presente e pôde constatar essa diferença, pois

(...) eu morava com meu pai num bairro chiquezinho; era muito engraçado o contraste que dava de andar com as pessoas que eu andava quando tava com meu pai e entender a realidade como ela era quando eu tava com minha mãe. A gente tinha acesso a pessoas que tinham que batalhar pra ser um pouquinho respeitada em lugares públicos por que todo mundo olha, principalmente uma coisa mais andrógina e as sapatões não-fem (Violeta).

Esse julgamento e vigilância públicos impõem dificuldades para a afirmação e construção da identidade lésbica, sendo que um dos instrumentos mais fortes utilizados pela sociedade é a invisibilização desses sujeitos, estampada em ‘o corpo educado’ de Guacira L. Louro. O título da obra organizada por Louro em 1997 denota todo o sentido que intentamos informar por mostrar-nos um corpo impregnado de características, gestos e indicações que foi adestrado para o convívio social e que será sempre testado (LOURO, 1997), já que “*a gente tem que se preocupar com tudo, o que você vai falar, como você vai falar, como você vai se vestir, se você vai se abrir, se você não vai se abrir, se você vai deixar de falar alguma coisa*” (Amarelo). Esta, intrinsecamente relacionada ao machismo, ao racismo e a uma sociedade estruturalmente heteronormativa, constituindo uma forma ideológica de acabar com qualquer vestígio de existência e de construção da identidade lésbica, inclusive reduzindo-a a uma versão feminina da homossexualidade. Mas não, “*não somos mulheres gays*” (ALMEIDA; HEILBORN, 2008, p.225).

Além de todas as outras, essa é mais uma das formas de invisibilizar as identidades lésbicas e também uma tentativa de diminuir o empoderamento político destas mulheres, fazendo-as reivindicar continuamente sua identidade nos diversos aspectos da vida em sociedade, inclusive em espaços públicos e políticos, como forma de resistência. Espaços que, se pensados mediante a lógica que relega as mulheres aos âmbitos privados de organização social, as priva dos âmbitos públicos e políticos de produção da sociabilidade (BARBOSA et al, 2014). É o que nos mostra esse relato da Amarelo:

(...) teve uma situação que eu não esperava que acontecesse porque Juiz de Fora¹⁹ é Juiz de Fora, né!? Eu tava com a Labrys no shopping, num lugarzinho, mas a gente não tava fazendo nada demais. Mas a gente obviamente era um casal, qualquer um que passava veria que a gente era um casal, e um segurança começou a me seguir dentro do shopping; aquilo me deixou muito apreensiva, me deixou com muito medo, senti tanto medo que a gente foi embora, a gente não conseguiu ficar ali.

Nesse espaço, Amarelo e Labrys vivenciaram momentos de discriminação e evidente violência estampada na perseguição dentro de um *shopping*, um espaço destinado à convivência de todos que buscam ali algum serviço escancarando que o preconceito se faz presente nos mais diversos espaços, inclusive em locais com maior circulação de pessoas.

Se nos espaços públicos e compartilhados há essa dificuldade, no contexto de afirmação identitária há sempre a possibilidade de consequências negativas, portanto, essa afirmação de si pode trazer maiores problemas a esses sujeitos, em especial num cenário marcado pelo conservadorismo, negação do direito à diversidade e violência. Assim, Amarelo nos descreve um episódio por ela vivenciado:

(...) minha mãe me pressionou bastante um dia e eu falei e foi aí que o negócio começou a desandar. Eu tava com 18 anos, eu fui fazer cursinho, fui pra Juiz de Fora e a minha mãe me proibiu de falar com a Labrys, só que ela pegou o extrato do meu celular e ela viu que eu continuava falando com ela, continuava mandando mensagem. Ela foi em Juiz de Fora tirar satisfação e naquele dia eu apanhei tanto, mas eu apanhei tanto... eu lembro que o primeiro tapa da minha mãe foi no rosto e eu quase apaguei; ela não parou, ela veio em cima, eu comecei a gritar; meu pai chegou, me segurou, tampou minha boca e minha mãe continuou me batendo; eu fiquei toda roxa; nossa, ela acabou comigo; deixou a minha boca cortada e eu lembro que doeu tanto e ela bateu tanto em mim... eu fiz xixi na calça de dor.

Contextualizando essa experiência, as mulheres lésbicas são as que sofrem maior violência no ambiente familiar. Basta que nos atentemos a este relato de Amarelo que, além de emocionar, nos coloca diante dessa importante constatação também trazida nas estatísticas sobre violência, já que parte dos crimes contra mulheres lésbicas são praticados

¹⁹ Juiz de Fora é uma cidade que atualmente possui mais de 570 mil pessoas vivendo num local com boa infraestrutura urbana, completa rede de serviços e comércio, uma das melhores cidades do interior de Minas Gerais para se viver, sétima colocada na classificação pelo índice de desenvolvimento humano (IBGE, [s.d.]).

por pessoas próximas a elas, ou que já estiveram próximas em algum momento de suas vidas - por exemplo seus ex-companheiros, ou ocorrem a mando de parentes (BARBOSA et al, 2014).

Toda essa matriz de violência contribui ainda mais para a invisibilidade das mulheres lésbicas, um poderoso arcabouço ideológico que faz com que as próprias vítimas, muitas vezes, não tenham conhecimento de seus direitos e então obrigadas a expressarem seu afeto e sexualidade apenas em espaços privados nos quais, muitas vezes, também sofrerão opressões por parte de suas famílias.

(...) por isso que essas brincadeirinhas que as pessoas falam pra mim na rua acabam não me afetando tanto, por que o maior problema que eu tive foi em casa. E assim, demorou bastante pra minha família começar a agir bem. Esse ano foi a primeira vez que a Labrys dormiu lá no sitio junto com a gente, depois de 7 anos de relacionamento. Foi passos curtos, demorou bastante tempo. Mas minha família não aceita, eles deixam bem claro; acham que eu vou pro inferno, acham que eles vão pro inferno, mas eles me respeitam pelo menos. É mais do que eu imaginava que eu teria deles, então eu tô bem satisfeita (Amarelo).

Então, continua Amarelo,

(...) hoje em dia eu tenho muito mais força pra responder à altura e não permitir que façam esse tipo de invasão, sabe!? Na época eu não consegui, eu tava tão pasma com tudo que eu não consegui encontrar o que responder e hoje em dia se eu estivesse numa mesma situação ou numa outra situação que fosse invadida na minha sexualidade de qualquer forma eu sei que eu seria capaz de responder.

Assim, constatamos que a construção da identidade lésbica perpassa questões estruturais e subjetivas diversas, num processo que inclui a desnaturalização da opressão feminina e homossexual, e também a formação de uma consciência identitária, para, a partir de então, obterem o empoderamento necessário para o enfrentamento e o combate às opressões que sobre elas incidem (BARBOSA; GUERIN, 2020).

6.3.2 A homossexualidade masculina representada pelo homem gay

Retomando aqui a normatividade binária dos gêneros, na cultura ocidental a identidade masculina permanece fortemente associada ao fato de possuir, tomar, penetrar, dominar e se afirmar, se necessário pela força; enquanto a identidade feminina permanece associada à passividade, docilidade e submissão. De forma que a homossexualidade é então atrelada à identidade feminina e, por isso, um símbolo negativo da identidade masculina, sendo necessário, para o sujeito afirmar sua masculinidade, deixar claro que não é

homossexual (MOURA; NASCIMENTO, 2020). Ainda segundo os autores, trata-se de um processo de produção social e histórica de uma identidade dissidente da heteronormatividade, nesta se perpetuam valores que sustentam os privilégios sociais de determinados grupos e mantêm os sistemas de opressão baseados na sexualidade e no gênero subalternizado. Este processo de produção das hierarquias sociais é simultaneamente produtor de subjetividades, que farão com que certas ideologias persistam ativas na sociedade, naturalizando construções sociais, conforme exposto por Índigo:

(...) Valença tinha uma coisa um pouco reativa de se provar não gay. Ser valenciano era saber aguentar essas piadinhas e saber responder. Meus pais e meus tios tem uma língua afiada, pronta pra dar um retorno quando alguém zoasse. Uma coisa do cara zoar o meu pai mas o meu pai “ah, é ele que fica por cima nessa viadagem”. Um tio meu admite que já teve experiências homossexuais mas ele nunca se entendeu como gay por que ele só comia (Índigo).

Partindo do relato de Índigo, podemos refletir que, em algumas épocas e/ou culturas, o homossexual não é necessariamente o homem que tem relações sexuais com outros homens, mas sim aquele que é visto como passivo ou penetrado. Enquanto praticada na sua forma ativa, a homossexualidade pode ser considerada pelo homem como um meio de afirmar sua própria masculinidade. Por essa perspectiva, a homossexualidade se ancoraria não na escolha do objeto sexual, mas na hierarquia entre as posições que cada um ocupa numa relação sexual, demarcando os territórios do homem e da mulher, e assim os territórios do homem gay e ativo e da bicha afeminada e passiva.

Esse entendimento, entretanto, foi gradativamente dando lugar a uma identidade em que os homossexuais se veem, e são vistos, num modelo mais simétrico de interação sexual em substituição ao modelo dicotômico anterior (FRY, 1982), no qual prevalecia a oposição ativo-passivo ou homem-bicha, pois, com

a urbanização, a expansão da classe média, uma contracultura endógena, mudanças nas relações de gênero, influências culturais gays internacionais, tudo isso contribuiu para a construção dessa nova identidade, que era semelhante à identidade gay que se desenvolveu nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940 (GREEN, 1999, p.29).

É essa identidade gay predominante nos contextos urbanos e de classe média, que passa então a ser tolerada já que, tais sujeitos, em alguma dimensão, anulam partes fundamentais de sua subjetividade em decorrência de um processo contínuo de assimilação dessas pessoas em uma instância de encarceramento identitário que, por consequência, os aprisiona e os sufoca socialmente (SILVA, 2016), num movimento constante para não serem percebidos. Isso nos leva ao que Índigo expressa quando diz que,

(...) no Rio eu tinha mais medo de me expor no trabalho enquanto homem gay;

enfim, enquanto qualquer transgressor. Eu tinha muita uma certa performance, eu botava uma camisa social, meu cabelo era mais cortado, eu tinha um buraco de brinco só e eu botava uma argola muito pequenininha, não usava nada florido (Índigo).

Nessa lógica de assimilação e aceitação reafirmada por décadas, o que se vê são pessoas que até são homossexuais, mas possuem uma vida homonormativa, sem perceber neste processo uma suposta perda da identidade, ou uma performance heterossexual e os benefícios associados a ela (SILVA, 2016). Ainda segundo este autor, homonormatividade consiste na equiparação das relações homoafetivas aos modelos heteronormativos, nas quais existe toda uma rotina de casal heterossexual, havendo comunhão de bens e demais acordos monogâmicos, com a “única” diferença sendo a não-heterossexualidade na relação. É nesse sentido que Índigo nos conta que isso “*produziu muito em mim a preocupação de ser o gay discreto, gay escondido, o gay que de alguma forma passa por uma certa masculinidade aceitável*”.

Em sentido mais profundo, o indivíduo é compelido a adotar uma identidade gay num processo através do qual o sujeito reconhece sua homossexualidade, desenvolve uma identidade baseada nela e revela essa orientação sexual a outras pessoas, tornando-se visível e desafiando abertamente o discurso sexual hegemônico (TREVISAN, 2000). Dessa maneira, Cinza narra esse momento de revelação à sua mãe quando lhe diz:

Mãe, sou gay! “Quer fazer um tratamento meu filho?” E aí fiz escândalo; adolescente rebelde, me descobrindo, não entendendo nada, muito doloroso; minha irmã tinha acabado de nascer, eu querendo fazer parte daquilo e sendo retirado daquela realidade por que minha mãe precisava elaborar que o filho dela tinha acabado de revelar que era homossexual e ela não tava aceitando. A fase durou relativamente pouco, até quando percebeu que o amor que sentia por mim era mais importante, mas fui expulso de casa... (Cinza)

Demonstrando que, ao revelarem sua orientação sexual a outras pessoas, os homossexuais estão se arriscando a perder valiosas conexões com pessoas próximas, sobretudo com familiares. Desse fato possivelmente advém o medo pela possibilidade de ser rejeitado pelas pessoas mais próximas e, no caso da família, além do medo da rejeição afetiva, existe também o temor de como ela reagirá a essa revelação.

Não é incomum haver hostilidade por parte dos pais após a revelação da homossexualidade, hostilidade essa que, em muitos casos, perdura durante anos, mas não exatamente o que sucedeu após Cinza revelar-se à sua mãe, pois menciona um período curto de relações conturbadas após esse momento. Também não é incomum que homossexuais sejam fisicamente agredidos – recordemo-nos da Amarelo que sofreu violência física de seus pais; ou expulsos de casa por seus parentes - conforme expresso no relato de Cinza, tudo isso

concorrendo para maior vulnerabilização desses sujeitos.

Entretanto, não há como analisar essas questões familiares sem equacionar a moralidade e a própria religião, importantes aspectos da formação identitária próprios da nossa cultura e, mais especificamente, daqueles que compõem a população LGBTQIA+ (COELHO, 2017), sendo imprescindível considerar todas essas questões para “discutir mudanças sociais em curso na sociedade brasileira relacionadas ao reconhecimento da diversidade sexual e o modo como diferentes grupos e instituições religiosas criam respostas plurais” (NATIVIDADE; OLIVEIRA, 2013, p. 20) já que, parte da rejeição social às pessoas LGBTQIA+ está alicerçada em valores cristãos, sobretudo nos segmentos católicos e evangélicos. É nesse sentido que Preto nos relata que

Ser gay e religião tá ligado, né!? Por que não são todas as religiões que têm portas abertas... Então, lá com meus 17 anos quando eu comecei a ter essa percepção de que eu não era bem vindo dentro da igreja que eu frequentava, que era uma igreja evangélica, começou a não fazer sentido estar lá dentro (Preto).

Por outro lado, os cultos afro-brasileiros seriam os mais flexíveis com a homossexualidade, como no caso do candomblé, que tem uma configuração fundamentalmente feminina de gênero do mundo sobrenatural (COELHO, 2017). Exatamente isso que Violeta nos diz:

(...) quando eu cheguei lá eu me apaixonei por tudo. Eu entendi que na igreja não tinha LGBT e na umbanda tinha LGBT, principalmente de cor negra, pele preta... Por que é ali que eles conseguem ter alguma religiosidade e mais na periferia tem centros de candomblé e umbanda e a gente sempre frequentava esses lugares e eu me apaixonei. E me encontrei. Eu me senti melhor perto dessas pessoas.

Além dessa confluência de questões religiosas, principalmente aquelas relacionadas à moralidade cristã, são acrescentados também aspectos relacionados à raça e etnia e à origem e classe social que se interseccionam numa rede de opressões e desempenham importante papel na constituição das subjetividades das pessoas LGBTQIA+ e no seu trânsito pelas esferas pública e privadas de convívio humano.

Assim, conforme debatido anteriormente, se nos espaços privados tem-se essas dificuldades em revelar-se homossexual, dizê-la em público significa contar justamente o que todas as outras pessoas escondem pois, em nosso contexto cultural, a vida sexual pertence à esfera privada e quaisquer formas de mostrar-se homossexual levaria as outras pessoas a visualizarem imediatamente o que até então pertence à intimidade (CARRARA; SIMÕES, 2007). É desse modo que nosso sistema sociocultural, e econômico, acaba introjetando uma série de elementos que invisibiliza esses sujeitos - ao que Silva (2016) denomina assimilação, exemplificado quando Índigo nos diz que “*eu tenho um primeiro*

namorado na faculdade, ele vinha me dar a mão e eu dizer que em público não; tem que ter cuidado com as aparências”.

Desse modo, afirmar-se homossexual ou gay diante de outras pessoas, pode levar a diversas situações que configurariam a prática de homofobia representada pela discriminação que estes sujeitos sofrem por manifestarem uma sexualidade diferente da norma pois *“enquanto gay a gente já vê mais barreiras, percebe caras... você fala “sou gay” e percebe a reação da pessoa. Aí já começa aquele uhn (...) e te leva pra um lugar de desconforto”* (Preto).

Esse estranhamento pela simples informação que aquela pessoa é um homem gay mostra-nos que, quando esse aspecto da sexualidade é tomado como uma essência ou uma característica objetiva de todos aqueles que adotam um comportamento homossexual, a identidade gay pode acabar se tornando prejudicial, limitando a expressão da individualidade do sujeito quando essa suposta diferença, comparando com a heteronorma, torna-se um constrangimento imposto pelos outros, na relação com os outros.

Outros esses que podem inclusive ser homossexuais e reproduzirem toda espécie de preconceitos pois, conforme continua Preto, *“eu olho pro G, que é letra que eu pertencço, eu acho que é gritante isso por que tem muito [preconceito] ainda. Dentro da bolha gay a gente tem esses nichos, né!? A gente fala de união dos gays mas acontece que dentro da bolha gay tem várias separações”.*

Com isso, mesmo considerando que, apesar de um estigma em comum inicialmente parecer sujeitar algumas pessoas a experiências semelhantes e isso ser determinante para a constituição identitária (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011) o lugar social ocupado pelos homossexuais influirá em larga escala a construção de sua identidade e assim, talvez seja mais correto falar em homossexualidades, isto é, em várias identidades homossexuais.

Nesse sentido, é interessante notar que Preto, embora seja um homem negro, relativiza o racismo em comparação à discriminação baseada em sua sexualidade, considerando que experimenta “desconforto” quase que exclusivamente por se afirmar gay. Como já explicitamos, é difícil imaginar que os mecanismos de opressão não operem de forma interseccional. No entanto, não temos elementos para aprofundar a análise quanto à percepção de Preto, que nos parece pode se associar a outros marcadores, como classe social, e/ou reconhecimento de si no lugar de homem preto.

6.3.3 Identidades plurissexuais: bi e pansexual como identidades monodissidentes

Bissexualidade e pansexualidade são aqui abordadas conjuntamente por guardarem entre si o fato de serem não monossexuais, ou seja, enquanto orientações sexuais são plurissexuais, portanto direcionadas a dois ou mais gêneros (GAGLIOTTI; HERCOWITZ, 2021). Entretanto, as relações de gênero e sexualidade implicam também pensar em diferentes marcadores sociais da diferença e como as experiências de vida se dão em determinados contextos, interferindo nos modos de ser e viver dos sujeitos que expressam essas orientações sexuais, portanto, propomo-nos a analisar os processos de formação dessas duas identidades monodissidentes.

Não é uma tarefa simples pois “a escassez de dados quantitativos e qualitativos sobre o perfil das pessoas que se identificam como bissexuais no Brasil torna-se um empecilho para averiguar quais questões seriam prementes aos bissexuais e qual o seu lugar dentro da dita comunidade LGBT(QIA+)²⁰ (LEÃO, 2018, p.25). Nesse sentido, expresso aqui a dificuldade em dialogar com pessoas autodeclaradas nesta categoria identitária para a realização de entrevistas a acessar esses perfis; após três tentativas em agendar entrevistas com pessoas autodeclaradas bissexuais, apenas numa quarta obtive êxito. Tal fato pode contribuir para essa escassez de dados e maior invisibilização dessa categoria. Ao mesmo tempo que a mantém simplesmente como uma variação da homossexualidade pois, conforme Lewis (2012, p.73) “quando não totalmente esquecida, é geralmente mencionada só como parte de uma lista (gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, transgêneros, intersexuais...), mas não examinada, questionada e problematizada profundamente”.

Em relação à pansexualidade, há ainda maior invisibilidade. Talvez por ela, enquanto identidade sexual, surgir mais tardiamente quando da reivindicação de pessoas que afirmavam não se sentirem contempladas pelo termo bissexual (SIQUEIRA, KLIDZIO, 2020). Isso aparece expresso na fala de Verde quando ele nos relata que “*quando alguém me pergunta sobre minha sexualidade eu digo que sou bissexual, mas olhando a definição de pansexual, bate mais com pansexual, não me interessa muito o gênero da pessoa para eu me interessar por ela, mas o que a pessoa é, o que ela representa, isso é o que me atrai*”.

É nesse mesmo sentido que Violeta se autodeclara quando solicitada a falar sobre sua identidade sexual e de gênero:

²⁰ Adicionamos (QIA+) à citação em consonância à sigla adotada em nosso trabalho mas ressaltamos que no original consta a sigla LGBT.

Eu sou uma mulher cis; então, eu tenho dúvida quanto a isso porque muita gente fala que o pansexual ele se relaciona com gênero fluido, com transexual... só que o transexual ele é um homem trans ou uma mulher trans e eu já namorei um homem trans. Pra mim eu continuo me considerando bissexual apesar de ter namorado um homem trans porque eu acho que o pansexual deve ser outra coisa. (...) e aí como eu não sei a definição certa de pansexual eu continuo me declarando como bissexual. Mulher cis bissexual (Violeta).

É interessante pensar que, se por um lado, há uma demanda legítima de ampliação das categorias identitárias, já que

(...) a nomeação de uma orientação sexual e a construção da identidade sexual se dá pela necessidade de diferenciação. Serve como mecanismo de reconhecimento de uma existência, pois, para que possamos falar sobre algo, precisamos nomeá-lo. Ao nomear e reivindicar uma identidade se possibilita que cada vez mais possa se falar sobre suas características específicas e combater aversões a elas, desnaturalizando a discriminação (SIQUEIRA; KLIDZIO,2020, p.197).

Por outro lado, a profusão de categorias parece gerar certa angústia na descoberta de si na medida que se investe na busca de uma identidade estanque e exclusiva. Assim, compreendemos a identidade sexual como fluída, englobando práticas e desejos que são difíceis de catalogar, mesmo considerando que é necessário pontuar diferenças para nomear as diversas opressões às quais os sujeitos estão subordinados no contexto social.

Tais identidades não são facilmente identificáveis nas performances dos sujeitos nem se fazem visíveis em seus corpos, produzindo maior invisibilidade e desconhecimento em relação a outras identidades LGBTQIA+. De outro lado, a pansexualidade ainda carrega consigo a ideia de liberalidade sexual conforme se vê em matéria jornalística com o título “Bella Thorne diz ser “pansexual”, assim como Serguei. Entenda!”, que traz informações equivocadas sobre essa orientação/identidade sexual, destacando termos como pansexualismo e descrevendo a orientação como sendo direcionada a quaisquer seres - incluindo uma árvore, ou até coisas (NDMAIS, 2019).

Aliada à essa desinformação difundida no imaginário popular, há ainda que analisar sua intersecção com outras opressões que operam na vida cotidiana, tanto os discursos midiáticos como os escolares, médicos e religiosos levam os sujeitos a um aprisionamento moral, fazendo-os, pela instauração da culpa, da noção de moralmente errado e de pecado, a se colocarem continuamente como sujeitos com um “erro”. Conforme Verde nos conta:

(...) numa das sessões com meu psiquiatra a gente tava entrando na conversa de como eu me assumiria com o meu pai; aí ele virou pra mim e falou “quer convencer seu pai de que não é errado, falando que isso é errado?” Isso foi suficiente pra me dar um soco no estômago. Eu só olhei pra ele, baixei a cabeça e falei “pra você ver como é muito enraizado.

Considerando que nossa pesquisa se faz em Valença, um cenário interiorano do

Estado do Rio de Janeiro, é fundamental dizer que os mecanismos de normativos hegemônicos são intensificados por valores majoritariamente conservadores, repercutindo ainda mais nos processos de subjetivação. O conservadorismo se reproduz em relação de imanência com o machismo e a LGBTQIA+fobia, personificados nos ideais de masculinidade e feminilidade e na defesa de um modelo de família específico. Isso fica patente no relato de Violeta quando nos explica que:

(...) o único problema mesmo foi ter coragem de contar pro meu pai por que como a minha mãe já era LGBT, isso era um trauma muito grande. Não era só a filha LGBT, era uma filha LGBT filha de uma mãe LGBT, aí eu só vim a contar mesmo na faculdade por que tava ficando muito nítido. Aí eu contei e foi muito difícil pra ele, mas foi muito bom contar. E por mais que ele saiba, ele não gosta de ouvir falar disso, ele não fala mal nem bem, ele só não fala sobre.

Dessa forma, operando ainda maior invisibilização dos sujeitos LGBTQIA+ em contraposição à valorização da família tradicional, na qual deve-se conservar valores e padrões de comportamentos heteronormativos e nas quais o silêncio, acerca de aspectos relativos à sexualidade e gênero, permanece numa posição que parece não configurar opressão ou violência na perspectiva de alguns entrevistados. Para eles, esconder-se “dentro do armário” durante grande parte da vida ainda é uma forma de violência naturalizada e relativizada em comparação com outros tipos de violência às quais estariam sujeitos por serem dissidentes da heterossexualidade.

[Quando] eu falo que eu tava namorando um menino o meu pai diz que não entende a minha decisão, mas não deixaria de me apoiar financeiramente. Meus pais não deixaram de me apoiar hora nenhuma quando eu morava em outras cidades, mas ele fala muito claramente que ele não quer ouvir falar sobre isso e não quer conhecer essa pessoa com quem eu tava me relacionando; e a minha mãe toma uma postura mais silenciosa de concordar com o discurso dele. E continua pesando um certo silêncio que perdura muito tempo. Quando eu fui fazer o intercâmbio minha mãe sugere para eu aproveitar que não ninguém me conhece e tentar sair com uma mulher por que na sua cidade já foi tudo muito delimitado pra você. Eles insistem num certo discurso do tente se ajustar e isso produziu muito em mim a preocupação de ser o gay discreto distante do esteriótipo da bicha da minha família. Embora eu precise ressaltar que nunca foram fisicamente violentos e financeiramente eles continuaram me apoiando desde que a gente fizesse silêncio sobre isso. Eu precisei amadurecer muito por que eles me colocaram nesse lugar de silêncio e eu aceitei por muito tempo (Índigo).

Portanto, diante da forma que opera a instituição familiar no reforço das normas sociais imprimindo nesses sujeitos o silêncio e a necessidade de se adequarem aos padrões da masculinidade e/ou da feminilidade inteligível para os gêneros masculino e feminino, respectivamente, e com linearidade, orientar-se sexualmente na direção do sexo/gênero oposto ao seu. No sentido de que, o sujeito biologicamente nascido homem expressa e reafirma sua masculinidade e sexualmente estabelece relações com mulheres; já para aqueles

sujeitos biologicamente nascidos mulheres, segue-se o oposto.

Consoante a isso, prossegue Violeta,

(...) esse negócio de eu não falar abertamente com meu pai, eu também não falo com mais ninguém da família. Eles já tinham muito preconceito com a minha mãe e ela já desabafou comigo da forma que eles tratavam ela da época que ela namorava mulher. Isso fez com que eu criasse um bloqueio. A minha família por parte de pai eu não sou assumida, nada; e meu pai também pede pra que eu nunca conte que eu sou LGBT. Então eu escondo deles.

Mas, se por um lado essa família tradicional mantém-se organizada numa estrutura de relações concebida pelo viés de uma suposta necessidade de que as relações se deem entre um homem e uma mulher, em uma visão do sexo para reprodução, de outro, observa-se a imposição do olhar tipicamente masculino, heterossexual e machista. Como por exemplo o “cara hetero chegar e pedir pra gente se beijar pra provar que é namorada, ou pra ele ver, ou beijar ele as duas por que a gente é muito fetichizada, fetiche de homem hétero. Eu diria que assedio até que bastante. Nossa, já pediram muito” (Violeta), consoante a uma heterossexualidade que se assemelha a uma instituição política que retira o poder das mulheres na medida em que faz com que as experiências sexuais dissidentes, neste caso a bissexualidade, sejam “percebida[s] através de uma escala que parte do desviante ao odioso ou a ser simplesmente apresentada como invisível” (RICH, 2012, p. 21).

Portanto, umas das principais maneiras de se reforçar o poder masculino sobre as mulheres, determinando a manutenção das assimetrias entre os gêneros e a ideologia de posse e propriedade sobre seus corpos fetichizados. O que denuncia também todo um sistema de opressão que abarca desde a violência em seu sentido mais brutal até o controle da consciência e o seu apagamento enquanto identidade, exceto quando vista como exótica ou perversa para servir aos desejos masculinos.

6.3.4 Do feminino ao masculino; do masculino ao feminino: (trans)identidades

O Azul é um homem trans, ele tem passabilidade²¹, ele entra nos lugares onde for e ninguém percebe que ele é trans e ninguém faz transfobia com ele. E as pessoas que

²¹ Passabilidade deriva do inglês *passing* e significa a possibilidade de alguém ser lido socialmente como um sujeito pertencente a um outro grupo identitário, portanto, diferente do seu pertencimento originário. É a capacidade, neste caso específico, de uma pessoa transgênera se passar por uma pessoa cisgênera. O conceito estende-se a outros aspectos da vida em sociedade tais como orientação sexual, identidade racial, classe social, religião, idade etc. Dentre os objetivos de se passar por outra categoria identitária estão a própria sobrevivência em situações que envolvam perigo à vida desses sujeitos, até a obtenção de recompensas ou benefícios e aumento de aceitação social por grupos dominantes em determinados contextos socioculturais (GIANOULIS, 2010).

sabem que ele é trans, muitas vezes acham maneiro, que gatinho, que lindo... as meninas querem ficar com ele, era um rei nessa Valença. É uma fetichização também ao mesmo tempo. No meu caso é completamente diferente(Rosa).

Iniciamos pela potência da fala de Rosa, que sem disfarce remete à hierarquização de gêneros presente no modelo de organização da cultura ocidental. Tornar-se masculino seria de fato alcançar o lugar superior nessa relação de poder entre os gêneros? Ao contrário, tornar-se feminina envergonharia ou desumanizaria?

Diante dessas questões, abordaremos com algum detalhamento as experiências identitárias das pessoas transgêneras - no plural, por se tratar de multiplicidades. Considerá-las no singular reafirmaria todo o processo de discriminação a que estão sujeitas já que estaríamos homogeneizando práticas e vivências que são singulares e complexas. Dentre todas as identidades que compõem o grupamento LGBTQIA+, as experiências trans são as mais penalizadas, desde sua inteligibilidade até seu trânsito em espaços públicos, gerando preconceito e estigmatização (NATAL-NETO; MACEDO; BICALHO, 2016).

Nesse sentido, o problema não está na forma de expressão de vida das pessoas trans, mas no modo como as ciências e profissões da área da saúde e os modelos normativos expressos na cultura e na sociedade desconsideram a própria experiência trans como uma experiência legítima.

Meu intuito [com a hormonização] nem foi a questão de ter essa passabilidade, é muito uma questão psicológica de estar bem comigo mesma não de ser vista pelo outro e ser uma imagem agradável, por que independente de hormônio eu não vou deixar de ser uma pessoa trans, eu vou ser aquele corpo estranho ali, ocupando um espaço; então meu intuito mesmo foi uma questão de estar bem comigo mesma, não essa questão de ter uma passabilidade, de sair na rua e falarem “Nossa, mas você é trans? Nem parece, você é tão bonita...” aquele elogio entre muitas aspas (Marrom).

Interessante sublinhar que Marrom não se dá conta de que, ao almejar o corpo passável, ela está se adequando aos modelos normativos de feminino e masculino. Nesse sentido, Marrom se coloca, e também nos leva de encontro a esse processo que deslegitima as vivências trans, especialmente aquelas que não se adequam aos padrões estéticos esperados para que esses corpos transitem nos espaços comuns. Assim, considerando as experiências das (trans)identidades sob a perspectiva da estética de corpos e a lógica de sua patologização, nos colocamos diante de uma poderosa estratégia de manutenção de hierarquias de saber e poder - formas de regulação das normas sociais e de coerção e submissão às normas de gênero, presentes em nossa sociedade (TENÓRIO; PRADO, 2016).

Esta reflexão acerca de como certos conhecimentos nos campos das ciências da saúde se colocam distantes da realidade das experiências de vida de pessoas trans e, ao

mesmo tempo, as reduzem a determinados estereótipos, demonstra o quanto esses sujeitos tem suas identidades subordinadas a critérios diagnósticos estabelecidos em classificações e diretrizes impostas pelas ciências, inclusive gerando prejuízos de várias ordens a essas pessoas ao negar-lhes dignidade, autodeterminação e autonomia sobre seus corpos (NATALNETO; MACEDO; BICALHO, 2016). Isso fica expresso quando Azul nos relata que

(...) quando mudei pro Rio e precisava continuar o tratamento senão não ia mais tomar a T²²[ésteres de testosterona] e achei a Dr^a Testis, que foi diretora desse atendimento aos trans no Rio e me atendeu lá no particular, me ajudando, me encaminhando tudo certinho, me autorizou, fez o laudo para a cirurgia e também me indicou a psicóloga que era parceira dela.

Evidencia-se o poder das ciências da saúde sobre os sujeitos e seus corpos, nos deparamos então com aquilo que denominamos de patologização dessas identidades, por serem consideradas entidades nosológicas nos diversos manuais que codificam condições, doenças e problemas para a práxis em saúde. Com isso, esses sujeitos se veem sob a tutela do poder normatizador da medicina – principalmente ela que durante séculos normatizou e naturalizou o modelo de corpo saudável, mas também de outras ciências da saúde e outras áreas do conhecimento e da organização social, haja vista as normatizações às quais estão sujeitas essas pessoas no ordenamento jurídico brasileiro, por exemplo.

Parte disso por supor-se uma incapacidade da pessoa trans vivenciar e expressar suas masculinidades e/ou feminilidades em função de seu corpo biológico ao passo que, todos já vivenciamos formas de masculinidades mesmo tendo um corpo no padrão feminino, ou feminilidades mesmo tendo um corpo no padrão masculino. Pois,

(...) querendo ou não meu corpo atualmente é um corpo masculino e quando eu me olho no espelho e vejo esse corpo masculino, me causa desconforto olhar e ver que toda a estrutura é estrutura masculina e aqui dentro sempre me entendi enquanto mulher. Então o espelho vai olhar pra mim e dizer “olha, você é a menina que você sempre quis ser ou você está caminhando para se tornar a mulher que você sempre quis ser, não na questão psicológica, mas física mesmo, um mulherão, uma mulher baiana (Marrom).

Percebemos que a pessoa trans já se identifica como detentora de sentimentos de masculinidade ou feminilidade sem nenhuma transformação corporal mesmo sem reivindicar socialmente o reconhecimento no gênero com o qual se identifica. Quando Marrom põe-se à frente do espelho, dele vem a confirmação de uma identidade no sentido de reconhecer-se como uma mulher. Do mesmo espelho, em movimento semelhante à observação atenta dos outros olhos que operam constante vigília, vem a imagem do corpo (trans)formado – ou ainda em processo, atestando a mulher que ela é. Mas que ainda assim

²² Pessoas transmasculinas ou homens transgêneros referem-se às diferentes formulações de testosterona disponíveis no mercado farmacêutico carinhosamente como “T”.

precisa possuir esse corpo nos padrões necessários da feminilidade para ser passável, enquadrado nas normas e na normatização biomédica, e ter seu trânsito livre nos lugares sob a vigilância da sociedade. E mesmo que ela não se dê conta desse movimento, ela busca ser passável perante todos que nos observam.

Nesse sentido, nas entrevistas realizadas a respeito da vivência das transexualidades, nenhuma das mulheres ou homens trans relatou ter tido, anteriormente às intervenções corporais, dificuldades em relação a sentir-se mulher ou homem. Relatam sim, dificuldades em não aceitação de seus corpos em espaços diversos de convívio, ou medo de serem descobertas e por isso discriminados, ou a necessidade de se apresentarem com documentação que difere que sua estética atual.

(...) por exemplo quando eu comecei meus trâmites pra mudar meu nome na certidão de nascimento, eu fui na junta militar e aí a mulher olhou na minha cara e falou “Que cê tá fazendo aqui?”, aí mostrei minha identidade e ela “Iiih!” Aí já mudou completamente, já começou me tratar no masculino, já começou a reproduzir uma transfobia que antes não tinha ali. Hoje às vezes eu entro em ambientes e as pessoas não percebem e tá ótimo, ainda mais agora que já mudei os documentos (Rosa).

E continua,

(...) se eu fico com alguém é uma vergonha, na minha época de solteira eu só ficava com pessoas na rua até um certo ponto por que começaram acontecer coisas do tipo eu ficar com um garoto ali e alguém que me conhece vai lá e fala “ah, é travesti!”, e acontece muito isso. Chegou um momento que eu me privei completamente disso (Rosa).

Além disso, ainda a respeito de seus corpos, algumas vezes surge intenso sofrimento ocorrendo sentimentos de subalternidade, tristeza, angústia e até ideação suicida, fazendo com que duvidem de suas identidades.

*(...) a gente se olha no espelho e se eu raspar o cabelo e parar de usar maquiagem e botar roupa masculina eu volto a ser quem eu era antes. Sei que é um pensamento auto-sabotador, mas é um pensamento que a gente tem. **Eu sinto que, por mais que eu tenha ficado todos esses anos nessa luta e fazendo tudo que eu fiz eu ainda tenho esse sentimento que me invalida. Eu me invalido!** E a gente reproduz com a gente mesmo tudo que as pessoas pensam e [tudo] que as pessoas falam (Rosa).*

Nesse trecho da conversa com Rosa, deixamos em destaque momento de profunda emoção quando a participante se diz invalidada por si mesma, num reflexo da não validação de si, de seu corpo, de sua identidade por todos os outros. Nesse sentimento de incapacidade ou nesse movimento de se invalidar encontra-se aquilo que se denominou disforia de gênero nos manuais diagnósticos. Sofrimentos relacionados à expressão e vivência das (trans)identidades e que, nessa perspectiva de análise aparece relacionada ao contexto psicossocial, cultural e moral de normatividade na sociedade na qual estamos todos inseridos

num processo que é internalizado pelas pessoas trans e reiterado pela cultura e pela sociedade (NATAL-NETO; MACEDO, BICALHO, 2016).

As pessoas trans não possuem histórias de vida, práticas sexuais, relacionamentos com os próprios corpos sexuados, orientações sexuais ou comportamentos de gênero específicos que possam ser atribuídos normativamente a todas elas ou grupos rigidamente estabelecidos. Viver uma identidade trans é algo que também pode ser autopercebido e autodeclarado em qualquer momento da vida a partir das experiências mais diversas. Viver (trans)identidades também não implica em ter um sofrimento com o próprio corpo, muito menos em ter uma única forma de expressão e/ou grau de sofrimento, quando o caso da existência deste. Incluem-se nesse conceito tanto as pessoas trans que apresentam características mais padronizadas em algum modo inteligível da cultura, quanto aquelas que subvertem tais padrões conflitando as normativas do gênero e das sexualidades (CIASCA, 2021).

Inclusive é interessante observar que há diversas categorias identitárias que a própria população trans utiliza para se autodenominar sendo estas diferenciadas basicamente por fatores socioculturais e que muitas vezes são utilizadas pelas pessoas trans de forma política de acordo com o contexto, ora se colocando numa categoria, ora em outra. É nesse sentido que Rosa diz:

(...) me coloco como travesti por uma questão de resistência. Eu acho que não existe diferença nenhuma entre mulher trans e travesti, mas eu falo dessa forma pra ficar um pouco mais explícito: trans seria aquela que tem mais acessos, mais estudo; e a travesti não teve todos esses “privilégios” e é a mais julgada na sociedade. Acho muito importante tentar tirar esse lugar da travesti de ser promiscua e etc (Rosa).

Esse lugar de resistência ocupado pela travesti demarca um lugar social a ela reservado na nossa estrutura social e quais os espaços que podem ser ocupados por cada um desses sujeitos. Seria a categoria trans uma identidade elitizada? A esse questionamento Rosa traz como argumento o acesso a determinados privilégios – assim dito por ela, tais como a educação, que demarcaria espaços e lugares, por consequência definindo categorias identitárias. Nesse sentido, Rosa continua demarcando lugares e hierarquizando opressões quando nos diz *“que ele é um homem trans [em referência a Azul], todo mundo aceitava, achava ele bonitinho, fofinho, garotinho branquinho, riquinho... então tudo fica mais fácil. Eu não consigo me ver no lugar dele também, ele pode, né!? Eu sou profana!”*

Assim, na perspectiva de Rosa, fica evidente alguns marcadores sociais como definidores das identidades que estão reservadas a cada um desses sujeitos. Enquanto as ciências delimitam conceitualmente as travestis como aquelas que, diferentemente das

transexuais, não desejam realizar a cirurgia de redesignação sexual - mudança de órgão genital (MANUAL, [2015]), e dentre outras identidades possíveis sob a transgeneridade, as vivências apontam que essa diferença pode ser apenas ideológica e baseada no contexto socioeconômico e cultural no qual estamos inseridos.

Isto posto, a patologização das (trans)identidades seria nada mais que uma forma de atribuir inteligibilidade cultural e possibilitar essa existência dentro desse sistema cultural heterocisnormativo a partir de um quadro referencial que sustenta as dimensões do reconhecimento subjetivo e social (AMARAL, 2011). Do contrário, ocupam uma segunda classe de cidadania – a qual somente é reconhecida sob tutela psi (psicologia e/ou psiquiatria), médica e jurídica.

6.3.5 Um tom de cinza no arco-íris: a identidade assexual

A assexualidade como uma identidade possível é pouco conhecida e um fenômeno relativamente recente uma vez que atualmente ainda vive-se no que chama de sexo-normatividade, ou seja, a universalidade e centralidade das atividades sexuais nas relações amorosas, a sexualização dos corpos (ARCOVERDE; AMAZONAS, 2017). Com isso, o termo assexual ainda pouco difundido e interpretado de maneira equivocada. É legítimo, então, o estranhamento inicial que pode ocorrer àqueles sujeitos que começam a se perceber dessa maneira:

(...) aí eu falei “assexual? Sou taradão de várias formas”, mas aí conversando com uma amiga que entende muito ela falou “olha, demissexual é uma categoria do assexual. A atração precisa de vínculo, de carinho, de intimidade, de uma troca e existem as pessoas que preferem isso e fazem sexo casual numa boa”. Não é o meu caso (Cinza).

Sendo assim várias as formas de se experienciar a assexualidade – incluída aqui a experiência demissexual (D’ANDREA; ROMANELLI, 2018) definida pela The Assexual Visibility & Education Network (AVEN) como atração sexual por outras pessoas quando existe um forte vínculo emocional estabelecido num espectro denominado graysexual por que os sujeitos demissexuais habitualmente sentem-se assexuais quando esse vínculo emocional não existe e geralmente essa vinculação surge após longo período de tempo (AVEN). Há pessoas que se envolvem em atividades sexuais para satisfazer os outros, o que não implica em destituição da identidade assexual, visto que é o desinteresse no sexo (e não necessariamente sua prática) que a define, em princípio (ARCOVERDE; AMAZONAS,

2017). O que atesta Cinza ao nos dizer que

(...) sempre tentei e uma vez ou outra, entre 100, mas sempre tinha um elemento da pessoa ser mais carinhosa “Ah, vem aqui, deita aqui” aí eu ia ficando mais à vontade e até dava certo, mas 98 das vezes era muito agressivo e muito malsucedido. Aí eu cansei. Cara, se dessa forma dá muito errado, você tem que entender o que acontece com você. E aí eu comecei a entender que eu era demissexual (Cinza).

Com efeito, a assexualidade como prática não é nova, mas agora estamos diante da demanda desses sujeitos pelo reconhecimento social do direito à recusa de toda e qualquer prática sexual (ROZENTHAL, 2018), ou a prática sexual circunstancial - conforme a autorreferida demissexualidade do sujeito em questão, o que caracteriza o espectro da assexualidade englobando outras possibilidades de atração sexual direcionada e circunstancial. A produção social da identidade assexual que, ao mesmo tempo em que confere aos indivíduos correspondentes os seus pressupostos identitários (ROZENTHAL, 2018), os inclui no grupamento LGBTQIA+, pois “*sim, sou homossexual, gay cisgênero, sou um homem gay demissexual, existe uma ramificação da minha sexualidade*”(Cinza).

Contrapondo a histórica associação de distúrbio psicológico ou fisiológico desse desinteresse sexual que, segundo Oliveira (2014), ganha novo significado neste início de século XXI com o surgimento de comunidades virtuais que reúnem pessoas em torno da identidade assexual como um modo de vida legítimo, para além da pressão sexo-normativa que supõe que todos devem sentir atração sexual. Foi desta maneira, que, em um primeiro momento, aqueles que se sentiam diferentes e estavam isolados, puderam encontrar um grupo semelhante e, a partir dele, reconstruir seus processos de subjetivação (BROTTO et al, 2010).

Dessa mesma maneira, Cinza nos conta que:

Esse entendimento eu busquei sozinho, eu tive que me entender na vivência, nas situações mal sucedidas. Não foi fácil achar essas informações. Assexual, demissexual são pessoas que se entendem como pessoas que não conseguem ser normais e não como pessoas normais que tem outro direcionamento sexual. Eu amadureci isso há bem pouco tempo e comecei a falar sobre isso usando termos. Foi um processo sexualmente incômodo. Muito pouco se fala, muito pouco se sabe, acho que dificilmente um profissional iria me direcionar prum lado certo e falar “ah, fica tranquilo cara, sua frequência sexual, seu tesão é esse.

Torna-se necessário, então, pensá-los como seres únicos e sob a perspectiva de sua singularidade localizar sua reivindicação de reconhecimento social de seus modos de perceber o mundo e si mesmo (ROZENTHAL,2018) pois que

(...) é muito gostoso falar sobre isso por que a partir do momento que você se entende você sobe um degrau, quando você exterioriza você sobe mais alguns degraus e você para de forçar o seu corpo a fazer coisas que não é da natureza dele.

Eu tenho me entendido cada vez mais assim e o nosso meio gay masculino é muito tóxico em relação às pessoas se descobrirem como elas são por que é um meio que exige que você seja tarado que esteja pronto pra transar seja a hora que for (...) As pessoas atribuem isso a algum problema emocional, não é a minha ansiedade me sabotando. Eu não quero! (Cinza).

Considerado esse processo de subjetivação pode-se argumentar que a assexualidade, a despeito do prefixo negativo que a introduz, quando considerada como identidade sexual, não designa nenhuma ausência de desejo (ROZENTHAL, 2018). Ao contrário, demarca uma forma de ver e viver o corpo e a relação com os corpos (ARCOVERDE; AMAZONAS, 2017), na qual, do ponto de vista de vista psicanalítico, “o desejo inconsciente se associa às representações eu-óicas determinativas da assexualidade, isto é, às características conceituais atribuídas a ela pela sociedade, com a finalidade última de fortalecer a identidade assexual, isto é, de fornecer ao eu, sua identidade (as)sexual” (ROZENTHAL, 2018, p.115).

Além disso, a assexualidade apresenta-se ainda como categoria da sexualidade exercida politicamente, pois se vê codificada socialmente pela relação de oposição à heterossexualidade e, simultaneamente, às demais categorias de gênero e sexualidade que, hoje em dia, possuem certa visibilidade como as lésbicas, os gays e os transgêneros. Dessa forma, os assexuais também procuram organizar-se como uma nova categoria identitária representados no grupamento LGBTQIA+ e, como as demais, reivindicando o passaporte de cidadania social (ROZENTHAL, 2018).

As múltiplas estratégias, arquitetadas pelos diversos protagonistas emergentes da referida comunidade, visam à legitimação desse modo de ser e viver frente à heteronormatividade hegemônica, como também frente aos homossexuais, por exemplo, que lhes opõem sérios obstáculos (ROZENTHAL, 2018), pois “no mundo gay masculino as pessoas debocham disso, muito! “Ah, pelo amor de deus viado, nem tudo tem sentimento...” é muito cruel o deboche” (Cinza).

6.3.6 Seria possível uma identidade *queer* brasileira? Resignificações possíveis com a pedagogia *queer*

Parte da discussão que ocorreu até aqui nos mostra como os movimentos gays e lésbicos precedentes à teoria *queer* estavam preocupados em criar uma identidade que pudesse ser aceita e integrada ao conjunto da sociedade e que, portanto, excluía grande parte dos sujeitos que ali não se encaixavam (CHAVES; NÓBREGA, 2015), levando para um não-

lugar todas aquelas identidades que ousavam escapar desse modelo binário de gênero: “(...) *por que a gente cresce numa sociedade que joga pra gente que você não ser hetero, você não ser cis é totalmente errado. Então é uma desconstrução no dia a dia, né!?*” (Verde). Como consequência, todas as possibilidades de exercício das sexualidades e dos gêneros que escapam ao padrão heteronormativo passavam a ser consideradas ilegítimas, periféricas, anormais ou contra a natureza (TENÓRIO; PRADO, 2016).

Há, pois, a necessidade de atentar a todos esses corpos e identidades abjetos²³ diante da heteronorma. A proposta *queer* inaugura essa crítica à necessidade de definir uma identidade dentro do rol restrito das identidades aceitas e legitimadas (CHAVES; NÓBREGA, 2015), pois somos muito mais que essas categorias unívocas. Assim como também surge, diante desse estranhamento, certa inquietação em se definir, já que “(...) *sempre me senti um pouco incomodado de falar porque você é homem e tals. Teve uma época eu parei para refletir algum tempo atrás e eu falei “poxa, mas eu não me identifico totalmente enquanto homem, mas também não me identifico como mulher, sabe!?”* (Verde).

Esse estranhamento, tão próprio do termo *queer* e de seu sentido ao ser traduzido por esdrúxulo, com toda a carga de preconceito e deboche, é então ressignificado por uma vertente dos movimentos homossexuais para caracterizar a contestação à heteronormatividade compulsória. Nesse sentido a teoria *queer* nos leva a pensar em sujeitos que escapam às certezas estabelecidas e criam novas rotas do corpo e do desejo (CHAVES; NÓBREGA, 2015), contrapondo à categorização de “espécies sexuais alocando cada uma

²³ Utilizamos nesse texto o entendimento de corpos e identidades abjetos na perspectiva de Butler (1990) a partir de sua teoria sobre a matriz heteronormativa na qual as normas que regulam o gênero regulam também as possibilidades consideradas válidas, isto é, inteligíveis, de ser sujeito e ter uma identidade. Essa última, de acordo com a autora, se produz por normas de inteligibilidade que são socialmente instituídas a partir da exigência da coerência entre sexo/gênero/desejo e mantidas no âmbito da heteronormatividade. Os sujeitos que não conseguem se integrar nessa matriz de sentidos que dita o que é compreensível, significável e representável ficam relegados ao campo da ininteligibilidade. A abjeção colabora para construir e solidificar as identidades, por meio de mecanismos de dominação e exclusão, sendo o abjeto tudo aquilo que é da ordem do ininteligível como resultado de dinâmicas normativas.

O conceito de abjeção em Gender Trouble aparece relacionado às categorias de gênero, denunciando uma heteronormatividade fundacional, portanto, o abjeto seria tudo aquilo que desviaria das categorias inteligíveis: homossexuais, lésbicas, travestis e transsexuais, dentre outros, numa noção de abjetos como todos aqueles excluídos do discurso hegemônico. Assim, alguns sujeitos e identidades emergem nesse contexto a partir de uma incompreensão da pluralidade de corpos, gêneros e identidades possíveis, indicando que a fronteira ideológica binária dos gêneros está sendo cruzada. Ao expor a fragilidade dessas representações de gênero, seus corpos fascinam e intimidam, atraem e repulsam, tornam-se dissidentes e, conseqüentemente, abjetos (BUTLER, 1990).

O mecanismo central e coercitivo da abjeção é, pois, a heteronormatividade, que diz respeito ao ordenamento cultural que exige que todos, heterossexuais ou não, organizem suas vidas conforme o modelo heterossexual, familiar e reprodutivo, em suma, um modelo político que organiza as vidas dos sujeitos e se impõe por meio de violências físicas e simbólicas dirigidas principalmente a quem rompe normas de gênero (COLLING; NOGUEIRA, 2015; MISKOLCI, 2013).

em uma caixa ou identidade” (MISKOLCI, 2012, p.18), num movimento de ruptura com esta normalização identitária.

Para além de desestruturar o binarismo de gênero, os corpos *queer* evidenciam a possibilidade do atravessamento constante destas fronteiras através da construção e reconstrução de seus corpos, que podem se colocar especificamente na fronteira, na indecisão entre o masculino e o feminino, e na subversão de não pertencer a nenhum lugar pré-determinado (CHAVES; NÓBREGA, 2015). A percepção das fronteiras entre masculinidades e feminilidades expressa nos corpos e a compreensão de que todos deveríamos nos enquadrar em algum desses lugares/oposições se expressa quando Cinza nos narra questões próprias de suas vivências, como profissional nos contextos de educação, e tendo que dialogar com pessoas que ainda mantêm-se presas à heteronormatividade:

(...) tem gente colocada no lugar de inferior, de menos inteligente, de menos capacitado por que é um homem que pinta unha, tem unha grande e trança grande e é uma bichona que não necessariamente quer ser mulher, é queer! É aquilo ali e ninguém tem que ser questionado “Ah, por que que não define?”, “Querida, você precisa definir isso na sua cabeça, a pessoa já definiu o que ela quer ser e, se não definiu, ela vai definir no tempo dela (Cinza).

Entretanto, esse *queer* que encabeça a teoria como sendo um termo subvertido da linguagem, não encontra total aplicabilidade no contexto brasileiro por diversos fatores, dentre eles por não utilizarmos *queer* como xingamento (SILVA, 2016), mas sim, outras palavras e expressões tais como bicha, viado, mulherzinha, sapatão, traveco, dentre tantas. Assim, podemos pensar o *queer* de Butler (1990) e atar sua significância a essas expressões que denotam as estranhezas, as esquisitices, as marginalidades, as identidades deslegitimadas e subalternizadas em nosso contexto por tais xingamentos.

Precisamos, então, falar de uma parcela da população que decidiu viver conforme suas próprias vontades que não se prendem às habituais e, por isso, não possuem o direito de serem socialmente lembradas, o que leva à sua maior invisibilização, resultando num processo de aculturação de identidades de pessoas que a despeito de tanta opressão não aceitaram a lógica binária (SILVA, 2016) e continuaram a (re)existir.

Essas formas de identificação e expressão são, por vezes, também formas de resistências e combate a uma matriz na qual essas pessoas não estão contempladas – ou pior, lhes causam violências (REIS; PINHO, 2016). Violências e opressões de todas as esferas da sociedade, dentre elas a família, as escolas, os ambientes de trabalho, as ruas e todos os outros espaços públicos e privados, atuando como dispositivos e instituições que reproduzem e perpetuam a heteronormatividade, silenciando, docilizando e impedindo a vivência plena

dessas pessoas. Destacamos nesse momento o ambiente escolar como parte desse sistema que oprime identidades dissidentes ou que estranha aqueles corpos e sujeitos que transitam entre o masculino e o feminino, configurando resistência a esta definição binária com o objetivo de questionar e desafiar modelos dominantes na escola de hoje para que, não apenas alguns grupos favorecidos socialmente sejam visíveis, mas também outros corpos que ainda são oprimidos por diferentes esferas da sociedade (NETO, 2015).

Daqui emerge como potência a pedagogia *queer*, tanto para trabalhar questões de identidade e orientação sexual, no sentido de ressignificar termos utilizados para ressaltar estigmas, quanto educar pensando num futuro onde a diversidade tenha espaço fora daqueles lugares demarcados – ou não-lugares, uma vez que

(...) pessoas LGBT crescem em espaços que, ou as excluem, ou as intimidam, ou as oprimem, ou as negligenciam. E elas crescem com a sensação que precisam fazer mais para serem amadas, não basta ser bom na escola, tem que ser o melhor; não basta ser bonito, tem que o mais bonito; não basta ser inteligente, tem que ser o mais inteligente; e isso é algo que os corpos subalternizados enfrentam em maior ou menor grau (HUNTY, 2022).

Assim, em paralelo ao olhar *queer* para a saúde, esse olhar *queer* para a prática pedagógica, nas escolas e na vida, procuraria observar as variadas possibilidades de expressão da sexualidade sem que exista a necessidade de rótulos ou identidades fixas (NETO, 2015) rompendo com o tradicional processo de assimilação desses sujeitos em identidades socialmente sufocadas – mas, por isso, toleradas pela estrutura. O reconhecimento de diferentes formas de expressão ampliaria o olhar do indivíduo sem que ele ou ela tenha que necessariamente adotar uma dessas identidades fixas, mas que possa reconhecê-las ou até reconhecer-se nelas.

Isso posto, voltamo-nos para uma das instâncias sociais mais importantes nesse processo – a nossa escola. Pois,

(...) quando eu era mais novo, no ensino fundamental numa escola perto da minha casa eu era acima do peso, tava gordo e eu sempre gostei muito de estudar por que tudo pra mim foi refugio, de tudo, (...) e ai eu tinha trejeitos mais afeminados e sofria bullying por causa disso, tanto por causa do peso, tanto por causa de ser mais afeminado. E eu lembro que teve um apelido que me colocaram e hoje em dia eu paro e penso: “gente, não faz sentido nenhum, que era viado grávido (Verde).

Ofensas escolares como essa se repetirão em todas as outras esferas sociais da vida do sujeito evidenciando a existência de um lugar subalterno de pertencimento daquela pessoa. Atribuir a alguém um xingamento com expressões tais como a utilizada para referir-se a Verde, é entender que socialmente há outros sujeitos com os quais se quer compará-lo e esses, foram atadas a um espaço social diferente daquele tradicionalmente ocupado pelo homem e pela mulher, um outro espaço subalterno e desumanizado ao qual eles

pertenceriam; nesses espaços estão o viado, a bicha, o traveco, a sapatão. Fundamenta-se aqui o resgate *queer* em demonstrar as articulações estruturais que permitem o apagamento dessas identidades abjetas, desses seres para além da história oficial e da norma binária (SILVA, 2016). Pois essa escola, antes de se constituir num local que ensina de maneira ampla sobre cidadania, se prende a conteúdos curriculares arcaicos e legitima práticas como a LGBTQIA+fobia, por que:

Olha, a LGBTQfobia foi o que mais me chamou atenção na escola, e praticamente não acontece de um aluno pro outro, ela tá toda na direção e no corpo docente, muito grave, muito forte. Toda hora ouço uma piada que doi. “E não, vocês não tão na casa de vocês, precisam entender sobre diversidade e não é entender que existe gay, lesbica, transexual... é entender a realidade dessas pessoas, ter empatia com a realidade dessas pessoas e, enquanto profissionais, contribuir pro conforto dessa pessoa dentro da escola”. Muito pouco se fala em inclusão de LGBT, a escola precisa ter uma política de inclusão de LGBT e não existe isso. E além de não existir, existe fobia. E aí, a gente tá na educação? (Cinza)

Concernente a isso, Senhora Branco descreve as dificuldades enfrentadas durante o período que Little Azul frequentou escolas:

(...) tinha alguns professores com resistência na chamada dizendo que podia fazer o que quisesse, mas que na chamada não podia porque era o nome que tava no registro. Aí um amigo da defensoria: “Ó, não existe isso, tem lei. Tem direito ao nome social (Senhora Branco).

E conclui Cinza:

É muito grave isso na educação, a proposta é ensinar sobre a vida, eles ensinam português e matemática e exclui LGBT. Educação, escola, é uma instituição completamente falida, completamente obsoleta, não faz mais nenhum sentido aquilo lá (Cinza).

São narrativas como essas, de sucessivas opressões e invisibilizações, que tornam a escola um dos espaços mais hostis para as pessoas LGBTQIA+ num dos momentos mais importantes da vida em sociedade, reforçando as normas socioculturais às quais estamos submetidos e que prevalecem na formação identitária e nos processos de subjetivação. Assim prossegue Senhora Branco:

(...) estudou aqui na Aparecida (bairro de Valença) num colégio que é muito católico e muito conservador e eu recebia bilhetes toda semana “A Little Azul não veio com a roupa adequada, na próxima vez não vai poder entrar” por que não queria vestir shortsaiá. Você vai deixar de mandar a criança pra escola por que não quer vestir um shortsaiá? E o colégio não aceitava (Senhora Branco).

Essa crítica abre espaço de contestação e a escola emerge como potência para esse debate considerando a pedagogia *queer* que visa contribuir com uma prática educacional em consonância com a fluidez e mobilidade da sociedade, afirmando que as instituições de

ensino não devem se fixar em modelos únicos e precisos já que tais ideias acabam por afastar certos indivíduos (NETO, 2016). Principalmente quando estamos diante de pessoas sensibilizadas e atentas às demandas atuais para inclusão de todos esses sujeitos, conforme expresso nesse excerto da fala de Cinza:

Já ouvi falar assim “Cinza, não fala muito sobre sexualidade senão vão achar que você tá puxando sardinha pro seu lado” (...) eu falei “tá maluco, vou é fazer uma palestra sobre sexualidade, a gente vai falar sobre LGBTQIAPN+ e é isso”(...) E a minha chefe é a coordenadora do projeto, e respalda a gente e fala “Ó, enfrentem as questões sociais da escola, se tiver LGTBfobia, se vocês forem ameaçados, a gente vai respaldar vocês, vocês não serão demitidos. Então a gente tem respaldo e a gente faz mesmo.

Tais diálogos figurando no cotidiano escolar de maneira positiva rumo ao entendimento de que há pessoas que transitam entre os gêneros, se relacionam com pessoas do mesmo sexo, que não se relacionam sexualmente com outras pessoas, que se entendem como gays, lésbicas, travestis, transexuais... e que essas pessoas não são uma outra vertente diferente da norma, são, portanto, outras maneiras dentro de uma gama de possibilidades fluídas que a nossa expressão humana nos permite (NETO, 2016). Ratificando que um lugar antes hostil à diversidade, pode tornar-se um lugar de acolhimento, pois

(...) esse colégio, e as professoras que são as mesmas (...) umas delas me procurou pra poder conversar e falar sobre as coisas, e que bom que a gente tava acolhendo, e fez com que ela olhe para as crianças com mais tolerância, respeito, entendimento, e que pode ter outras coisas que não é o obvio da cabeça delas (Senhora Branco).

Em síntese, e como proposta de ressignificação e apontamento para o futuro, retomamos o diálogo com @travagiu quando ela aponta a inexistência de pessoas trans ocupando outros lugares sociais que não aqueles que lhes são reservados como corpos dissidentes e estranhos e que servem a alguns propósitos bem específicos – prostituição, por exemplo, mas não a todos os papéis sociais, finalizamos com o relato de Rosa:

(...) no âmbito escolar a gente já tem toda a legislação que nos protege, mas isto também não é posto em prática, ali que começa a maior parte das agressões. É muito importante que a escola esteja do nosso lado e educação é uma das partes que mais precisa ter e uma das coisas que mais falta. Entre as pessoas trans o índice de desistência é muito grande, eu não sei como eu consegui me formar no ensino médio que eram coisas que eram muito difíceis, por que lá é um reflexo da sociedade, tem pessoas de tudo quanto é tipo e de tudo quanto é forma, acho que uma abordagem correta a gente consegue mudar essa configuração pretendo cursar pedagogia a atuar na educação pra tentar mudar esse cenário por que é onde começa, é onde você vai sair pro mundo e tá tudo errado (Rosa).

6.3.7 Ser LGBTQIA+ (e viver) nesse vale, Valença

A Vermelho Carmim é uma mulher trans que eu atendo que não terminou o ensino médio, e ela tá se entendendo trans morando numa casa que fica dentro do terreno de uma fazenda e depende de morar de favor junto com a família. A mãe dela é caseira da fazenda e nessas dificuldades socioeconômicas, nesse lugar da pessoa que é pobre e tem um outro nível sociocultural (...) ao mesmo tempo, as forças do ser trazem isso, por que a Vermelho Carmim bota um vestido e se prepara mesmo morando nessa casa pobre na fazenda. Isso surge, isso não deixa de existir, isso encontra caminhos... (Índigo).

É a partir desse relato de Índigo que iniciamos alguns diálogos sobre todos nós que somos LGBTQIA+ (e vivemos) em Valença. Lugar de vivências, trajetórias e histórias desses sujeitos dissidentes das normas do gênero e das sexualidades, que são atravessadas por especificidades de um contexto interiorano, ainda pouco explorado para estudos da população LGBTQIA+. Cidade com importantes equipamentos urbanos mas mantendo muitas características da uma ruralidade que remonta ao período colonial, na qual muitas pessoas ainda vivem em localidades mais isoladas como sítios e fazendas – numa delas vive a Vermelho Carmim, na casa de caseiro de uma dessas fazendas, desempenhando tarefas ligadas à economia rural e sem acesso a algumas tecnologias tais como celular e internet. Um contexto rural-urbano, que, segundo Sposito (2010, p. 121 apud FRANCO; SALVADOR, 2020 p.261), compreende “zonas de transição entre esses espaços pelo compartilhamento, no mesmo território ou em micro parcelas territoriais justapostas e sobrepostas, de usos do solo, de práticas socioespaciais e de interesses políticos e econômicos associados ao mundo rural e ao urbano”.

Estamos num vale, numa região denominada Vale do Café, no interior do Estado do Rio de Janeiro, que pode ser sintetizado na seguinte narrativa:

Vermelho Carmim chegou à consulta por indicação de Índigo, que à época preferiu compartilhar os primeiros atendimentos por não possuir experiência do cuidado às pessoas trans, e portava consigo uma carta, pois ela não gostava muito de se expressar verbalmente. Nessa carta ela se reconhece como uma mulher e ali dentro duas páginas de revistas com um corpo de uma mulher cis trajando biquíni no qual ela se inspirava e para ela era, tanto uma referência do corpo-gênero ideal, quanto a maneira de se dizer mulher; e de repente ela se levanta, e levanta a saia do vestido florido e de malha e mostra estar vestindo uma roupa íntima feminina, mostra seu corpo depilado, um sutiã cujo volume de mamas era obtido através de panos macios... Ela não tem celular, nunca acessou a internet, não conhece outras pessoas trans e não tem acesso a mais informações que são bastante fáceis para a grande maioria da população LGBTQIA+ (Orange, estrangeiro).

Bem-vindos ao nosso vale!²⁴

²⁴ Aos nossos leitores, o “vale” faz referência ao “vale dos homossexuais”, termo ressignificado e

Assim, além daquelas questões abordadas até aqui e que, de maneira ampla, atuam nos processos de subjetivação e construção identitária, nosso enfoque a partir de agora é naquilo que remete à singularidade de ser uma pessoa LGBTQIA+ num contexto interiorano, com características entre o urbano e o rural. Um lugar em que, enquanto conversávamos com um dos colaboradores na praça do centro da cidade que escolheu como cenário para a entrevista, vários transeuntes que por nós passavam o cumprimentavam. Cinza nasceu, cresceu e vive em Valença, tem família composta de pai, mãe, irmãos, tios, sobrinhos, avós... Uma típica família valenciana e que,

É católica, é tradicional, todo mundo sabe o sobrenome, a sua importância tem a ver com o sobrenome da sua família, coisa bem de cidade pequena mesmo. Todo mundo conhece todo mundo, efeito borboleta, esse formato de cidade pequena. Conservadora, bem conservadora (Cinza).

Entendemos que é importante analisar como os processos de construção identitária e subjetiva de pessoas LGBTQIA+ são atravessados pelas compreensões sociais e culturais próprias da cidade (FRANCO; SALVADOR, 2020), considerando as relações de poder e as desigualdades sociais e políticas nela presentes. Em Valença destaca-se a colonialidade, a subalternidade de certos grupos sociais, o racismo e o cristianismo como aspectos estruturantes da organização social e das relações aqui estabelecidas (ENNES; MARCON, 2014). Tal como nos conta Preto, a organização social, os valores conservadores e as características arquitetônicas como aquelas típicas de uma época do passado nos remete à colonialidade presente no contexto valenciano:

(...) por conta da cidade ser pequena e tudo que vi nesses anos que eu tô aqui. Infelizmente a cidade ainda parece parada no tempo em algumas questões como a questão de nome e sobrenome de família. “Ah, é filho de sei lá quem...” Eu tô aonde? Eu tô vivendo numa novela de época? Pra mim não faz sentido. E tem a escolha política do pessoal daqui... (Preto)

Em sua última frase Preto faz referência à maioria da população valenciana ser de orientação política conservadora com alinhamento àquilo que se denomina “bolsonarismo” em referência aos discursos e ações do atual grupo político que ocupa o governo federal, o qual se associado à retórica de defesa da família tradicional, do conservadorismo, de elementos neofascistas, do negacionismo científico, da rejeição aos direitos humanos e, por

carinhosamente utilizado pela comunidade LGBTQIA+, um lugar imaginário onde todos viveriam juntos, livres, felizes, sem opressões e violências. Este termo foi incorporado ao dicionário LGBTQIA+ após comentário preconceituoso de uma pastora neopentecostal e ressignificado pelo movimento homossexual. E o vale do café é a região na qual nos situamos geograficamente, um lugar que opera um conjunto de opressões típicas desses contexto rural-urbano, patriarcal, machista, heteronormativo, conservador e que descrevemos de maneira articulada com as falas dos entrevistados.

consequência, das conquistas da população LGBTQIA+ e da aversão à esquerda política (RIBEIRO, 2020), no qual “religiosidade e autoritarismo locupletam-se e reproduzem-se processando a linguagem da violência em suas dimensões física e simbólica” (RIBEIRO, 2020, p.465).

Também não soa estranho “estar numa produção de época”, pois diante de cenários com grandes propriedades rurais e fazendas antigas, heranças do colonialismo marcado por conflitos entre fazendeiros e indígenas – povos Coroados, no final do século XVIII e início do XIX (IDENTIDADES, [s.d.]), a região é frequentemente utilizada em telenovelas, filmes e outros produtos audiovisuais nos remetendo ao passado da cidade que floresceu e teve grande poder econômico no ciclo cafeeiro. Vislumbra-se também essa herança nas relações de poder e nos modos de vida locais.

Portanto,

(...) acho que se a gente for pensar em atendimento à população LGBTQIA de Valença, devemos pensar que essa é uma população que vive numa cidade com uma força do cristianismo, principalmente católica, força ainda de ser uma cidade meio rural, tem 70 mil habitantes mas com divisão de cinco distritos, com um território bem extenso; e como é que ficam pessoas LGBTQIA+ nessa ruralidade? (Índigo)

De lá até hoje, Valença mantém-se como o segundo município no estado em extensão territorial, mas ocupa o 34º lugar em número de habitantes (IBGE, [s.d.]) o que nos revela a extensão das propriedades rurais remanescentes do seu período econômico pujante e que até hoje deixa marcas, em especial na política municipal. Como consequência desse passado (tão presente), o poder econômico e político permanece em mãos daqueles que sempre o detiveram:

Valença é coronelismo, enxada e voto, já leu esse livro? Ele descreve bem o cenário político de Valença, é um livro que fala sobre voto de cabresto, da politicagem normalmente nos lugares pequenos que o líder político vai ser ou um fazendeiro ou um médico, sempre uma figura popular, abastada, branca, masculina. Ou vai ser um coronel ou vai ser um doutor. O nosso atual político é um coronel, o nosso anterior era um doutor e assim foi. Ele é fazendeiro, filho de um fazendeiro, que é filho de fazendeiro, que é filho de fazendeiro e dono de todas as terras de tudo quanto é lugar, e ele é o prefeito atual, e o anterior era o Dr Alfa, médico (Cinza).

De maneira geral, pode-se afirmar que o passado coronelista, bem como o momento atual, tem profundas raízes na organização econômica, social e política da cidade, na qual prevalecem ideologias machistas, racistas, patriarcais e LGBTfóbicas. Com isso, na cidade mantem-se a mesma dinâmica – ou estática, em relação à questão política e às organizações e instituições que estruturam o modo de ser e viver. Assim, quase não há espaço para as vivências dissidentes das normas de gênero e sexualidade, então atravessadas por essas

questões, conforme nos aponta novamente o excerto da fala de Cinza:

Uma vez ele fez uma reunião, tava tentando se candidatar novamente, e ele falou assim “Tavam diminuindo a importância da faculdade de medicina em Valença e aí eu pergunto pra vocês: se não tivesse faculdade de medicina com quem a mulher valenciana ia casar?”

Demonstrando, dessa maneira, como prevalecem as opressões que incidem sobre os gêneros que ocupam o lugar de subalternidade – aqui atando o espaço feminino ao polo inferior na hierarquia social e expressando o machismo na fala do Dr. Alfa, marcadamente mais acentuado nesses contextos. Também se faz necessário ressaltar questões raciais que disciplinam a vida de muitos desses sujeitos impondo a eles, além de constante vigilância, esse lugar subalterno no trânsito pelos espaços que aqui se constituem, por que

(...) ser homem negro e gay tem essas travas mesmo, por mais que eu não tenha vivido muita coisa de racismo, entrar na FAA onde tem uma enormidade de alunos brancos (...) tem esses pensamentos que há esse preconceito, que há essa separação (...) “cara, eu chegar lá na FAA e se o segurança perguntar se eu sou aluno de lá”, eu não sou aluno de lá (Preto).

Esse espaço a que Preto se refere, a fundação mantenedora da faculdade de medicina de Valença, que inclusive é a instituição na qual este pesquisador trabalha atualmente, é um desses lugares que representam as enormes desigualdades que oprimem o povo brasileiro e encontra representação no contexto valenciano. Como noutros espaços acadêmicos, aqui também o curso de medicina é majoritariamente frequentado por pessoas brancas provenientes de uma elite socioeconômica, que escancara toda a opressão que impera no país desde o início de sua história. Atualmente essa instituição é um dos principais motores econômicos da cidade e (...) *eu penso até você fazendo sua pesquisa aqui você vem um pouco pela oportunidade que a faculdade cria, né!? Por que você não tem vínculo familiar com Valença...*” (Índigo).

Nessa direção, é interessante, pois, sublinhar que este pesquisador ocupa o lugar de um estrangeiro. Ocupa um outro lugar por possuir outra tonalidade de pele e nível econômico superior ao da maioria da população desta cidade, proporcionado pela profissão exercida; mas também ocupa um lugar sem muitas das amarras que imperam nos contextos de vida das pessoas que sempre viveram e que aqui tem laços parentais, de encontro ao que Índigo nos revela quando se compara a outras pessoas LGBTQIA+ da cidade, reforçando essas diferenças que, em suma, tornam-se vulnerabilidades *“porque eu já não sei experimentar esse lugar da pessoa que é pobre e tem um outro nível sociocultural sendo LGBT”* (Índigo).

Frente ao contexto valenciano, pode-se afirmar que o movimento de se revelar - ou

sair do armário, em linguagem popular, e assumir sua identidade sexual ou de gênero não é uma atitude que se dá apenas no âmbito particular e familiar dos sujeitos (FRANCO; SALVADOR, 2020). Como a cidade é pequena, muitos se conhecem, de modo que tal decisão e reivindicação identitária torna-se uma experiência partilhada e, mais que isso, um evento público. Num fenômeno mais recente, a publicidade dessa reivindicação identitária vale-se de plataformas como as redes sociais, novos espaços públicos e compartilhados, nos quais o julgamento e vigilância se mantém, conforme nos conta Senhora Branco:

A Little Azul tinha anulado o facebook antigo e tinha feito um como Azul e o cabeçalho dessa primeira postagem era dizendo que a partir de então gostaria de ser tratado dessa forma (...) aí começou um movimento mais interessante e quando eu voltei pra Valença tinham muitas amigas querendo conversar, se solidarizar, mães de amigos dele queriam conversar pra entender, não discriminar e teve pessoas que sumiram da minha vida, pessoas até muito próximas “Ah, não vou aí não por que não sei como que eu vou lidar com a Little Azul.

Mesmo nesses novos espaços públicos permanecem aspectos próprios do contexto interiorano, pois Azul era o filho da Senhora Branco, e não qualquer outro sujeito que possui vivência dissidente da heteronormatividade e que, em tese, poderia desfrutar de maior liberdade num cenário onde poucos o conhecessem. Além disso, havia – ou melhor, ainda há, certo desconhecimento acerca da transgeneridade, pois conforme Rosa nos informa “comecei a minha transição jovem mas depois do Azul, ele foi o primeiro exemplo aqui em Valença, ele foi o mártir, ele tinha uns 13 ou 14 anos quando ele transicionou e todo mundo: Meu deus, a Little Azul?”.

Nesse sentido, Cinza complementa:

Eu acho que a questão da informação sobre a transexualidade é uma coisa muito mal feita em Valença, uma coisa que prejudica muito a população T, existem muitos transexuais, todos eles num caminho de serem muito bem resolvidos em relação a qualquer coisa que envolva transexualidade, nome social, toda a informação existe clandestinamente.

Portanto, reforçando a noção de que no interior o entendimento sobre tais questões ainda permanece, conforme disse Cinza, numa rede clandestina que acaba por invisibilizar esses sujeitos e dificultar a afirmação de direitos já garantidos em diversas normativas no país. Inexistem – ou existem de maneira precária, tanto referenciais com os quais eles possam se identificar, quanto um movimento organizado engajado na conquista e defesa dos direitos de todos aqueles que compõem o grupamento LGBTQIA+.

A importância do conselho é pra promover direitos, quais são os benefícios em relação a isso que tem surgido? A parada gay? Legal, é importante, mas não é o mais importante. Os direitos estão sendo garantidos? Eu trabalho com garantia de direitos, como que eu vou olhar pra alguém pegando o conselho LGBT e fazendo daquilo um terreno político e vou ter tesão de trabalhar? Não tenho (Cinza).

No excerto abaixo, extraído da fala de Rosa, percebe-se o mesmo questionamento:

O conselho nunca foi presente e ele é muito recente também e quando ia ocorrer sua criação veio lá um vereador barrando, não queria deixar que surgisse o conselho (...) e depois veio a presidência desse Atual, mas eles não tão pensando nas coisas como deveriam ser (...) acredito que o conselho não esteja nesse mesmo pé que a gente tá aqui, sabe!? Mais importante é saúde e educação e acho que o conselho tá mais preocupado com as aparências, eles tão preocupados com parada gay.

Diante do exposto por Cinza e Rosa percebe-se a ausência de articulações e movimentos sociais mais efetivos na luta por direitos das pessoas LGBTQIA+, como algo característico de algumas cidades do interior em comparação com a histórica luta do movimento organizado em cidades maiores. De acordo com Franco e Salvador (2020), outro elemento que corrobora com a invisibilidade política e o conservadorismo hegemônico é não haver até o momento nenhum representante LGBTQIA+ (de identidade assumida) em um cargo do executivo ou legislativo (TRE, 2020) na cidade de Valença. Além disso, na perspectiva dos entrevistados por nossa pesquisa, o CMLGBT, criado conforme legislação municipal em 2017, ainda carece de legitimidade e representatividade.

Para além de questões políticas e sociais que diferenciam contextos interioranos de cidades maiores, há também diferenças importantes nas atividades econômicas, algumas muito próprias de Valença, que afetam a empregabilidade de sujeitos LGBTQIA+, especialmente aqueles cujos corpos transgridam as fronteiras demarcadas do gênero binário. Há menos postos de trabalho, há menos diversidade nas ruas, os olhares estranham quaisquer atitudes, comportamentos ou expressões diferentes daquilo que lhe é habitual, tradicional e culturalmente estabelecido prevalecendo uma certa aversão ao diferente. Como

(...) no caso da Vermelho Carmim, ela não tá conseguindo emprego porque ela se assumiu mulher trans e tem andado na rua vestida como mulher e isso tá gerando uma rejeição de emprego pra ela. E aí ela tá numa situação bem vulnerável então assim antecipar essas possibilidades que talvez uma pessoa trans prefira não mudar o vestuário ou se disfarçar enquanto for necessário (Índigo).

Pois em muitas dessas cidades menores

(...) faltam limiares mínimos de oferta e de procura, economias de escala, diversificação e especialização de mercados, bem como um universo de valores e práticas centrados na procura de consumos culturais mundanos e em estratégias auto-identitárias, de apresentação de si e de valorização de estilos de vida próprios de um individualismo expressivo e relacional (LOPES, 2000, p.85).

Não que as dificuldades econômicas e de empregabilidade sejam marcantes apenas para as pessoas trans ou que residem em cidades menores, “*afinal estamos num governo atualmente que tá difícil pra emprego, tá difícil a questão da alimentação também*”

(Marrom), e tradicionalmente os ambientes de trabalho estão envoltos em barreiras culturais que impossibilitam a entrada e permanência de pessoas que divergem da norma, assim como quaisquer outros espaços e instituições formais na sociedade. Mas, conforme aponta Franco e Salvador (2020), parece que essa abjeção é mais forte nas cidades de interior pelo fato de que, não apenas empregadores, mas as próprias pessoas da comunidade se envolvem nessa exclusão.

Em que pese a chegada anual de quase 300 novas pessoas, que imigram de diversas localidades do país para os cursos de graduação mantidos pela FAA, em especial a graduação em medicina, Valença mantém valores e tradições próprias e características de uma ruralidade que tem bases na colonização escravocrata e economia cafeeira. Nesse contexto interiorano, as relações têm um caráter próximo ou quiçá, familiar, pois muitos se conhecem desde muito tempo, sabem muitos detalhes da vida uns dos outros e têm como referências as famílias às quais pertencem, os lugares que residem, as ocupações que desempenham, além dos seus modos de ser e viver. Assim, muitos relacionamentos entre sujeitos com identidades dissidentes adquirem um caráter clandestino, dada a vigilância e interdição mais constantes já que

(...) as famílias podiam aceitar, mas decidiram nem a família dele nem a minha aceitar nem um pouco. E virou tudo um inferno, a gente não tinha lugar pra ficar, precisava entrar escondido quando não tinha ninguém em casa e os vizinhos, quando descobriram, eu fui expulso de casa (Cinza).

A fala de Cinza reforça a afirmação de Ferrari e Barbosa (2014) de que em cidades menores e do interior o processo de vigilância e interdição dos corpos é mais intenso, de modo que assumir uma identidade sexual ou de gênero diferente da norma socialmente aceita torna-se um desafio ainda maior para esses sujeitos. Assim, ser, viver e revelar-se como gênero ou sexualidade dissidente pode nem sempre ocorrer em decorrência desses processos mais restritivos e, portanto, o que se é permanece silenciado em público e clandestino (FRANCO; SALVADOR, 2020), na medida em que há o desejo e a atração, então “(...) a gente se pega há 15 anos, desde que eu era adolescente com uns 19 pra 20 anos, eu já o conhecia, ele era marido da minha prima na época, a gente já tinha um vínculo de amizade” (Cinza).

Daqui extraímos possíveis interpretações, pois alguém casado com uma mulher mantendo relações sexuais com outros homens pode fazê-lo por sentir atração por ambos os gêneros, configurando então a orientação bissexual, ou pode fazê-lo por manter-se perante a vigilância da sociedade como heterossexual, mas seu desejo encontra foco na interação com outra pessoa do mesmo gênero. Assim, ambas as possibilidades estão atreladas ou à

invisibilidade e deslegitimação da orientação bissexual ou à clandestinidade da orientação homossexual ocultada pelo desempenho de um papel sexual e de gênero socialmente aceito.

A manutenção da invisibilidade/clandestinidade pode ser um fator que limitou o quantitativo de respostas ao questionário aplicado nessa pesquisa e da dificuldade no agendamento das entrevistas, na medida em que há receio em compartilhar a vivência de uma sexualidade dissidente. Nesse sentido, Franco e Salvador (2020) aponta que isso parece informar que, nas cidades grandes, as pessoas não têm medo de ser quem são, mas sim de seu afeto gerar violência, ao passo que em cidades pequenas, a própria identidade LGBTQIA+ é rejeitada e, portanto, assumir-se LGBTQIA+ nessas localidades é resistência, é ato político. Como diz Índigo,

(...) no Rio [Rio de Janeiro, capital do Estado] eu tinha mais medo de me expor enquanto homem gay enfim, enquanto qualquer transgressor; eu tinha muito uma certa performance (...) [enquanto] que, aqui em Valença não tem como não ser uma informação sabida por causa do meu uso dos brincos e eu já usei argolão dourado, os brincos comondo com um cabelo grande que chegava até o ombro... (Índigo)

No entanto, também há a possibilidade de, em lugares específicos, viver a sexualidade de forma mais livre, sendo que

a minha mãe gosta de lésbicas não fem e frequentava lugares que era de preconceito (...) eu tava acostumada com aquilo, a gente ia muito pra casa de algumas delas, eu ia pra barzinho, tocava violão, escutava música, tomava cerveja e quem tava de fora enxergava um monte de louco da cabeça, LGBT, sapatão e viado fumando, usando droga, frequentando lugar ruim de se frequentar (Violeta).

Assim, em contraste com o interior, em localidades maiores, conforme a cidade que Violeta passou parte de sua juventude, existem lugares onde pode-se vivenciar uma sexualidade dissidente, mesmo que sob vigilância e julgamentos, mas talvez com menor interdição conforme a que opera em cidades menores.

Outra característica destacada por alguns entrevistados está relacionada a questões geracionais, principalmente quando aparecem associadas à paternidade. Ao apontar que o “o único problema mesmo foi ter coragem de contar pro meu pai (...) e isso entrar na cabeça de um cara de 60 anos”, Violeta demonstra que os entendimentos acerca dessas questões de gênero e sexualidade se dão numa relação direta com os momentos históricos e com a cultura e tendem a se manter nas estruturas sociais. Ou seja, apesar de hoje haver maior visibilidade dessas questões, para muitas pessoas ainda vale o que elas aprenderam, numa perspectiva mais moralista e de valores arraigados no que se compreende como família patriarcal há alguns anos.

E prossegue:

(...)vou ter problema se eu começar a falar disso com ele por que o jeito que ele foi criado e a forma que ele é hoje em dia... só o fato de isso entrar na cabeça dele e ele não falar nada e ficar quieto já é um avanço muito grande. Eu sei que as pessoas são capazes de mudar, mas as pessoas mais velhas viveram outra realidade, é muito difícil, eles não tiveram acesso a informação do jeito que a gente tem hoje em dia; eles não tendo acesso, mas tá sendo um choque numa cabeça que foi formada de outra forma (Violeta).

Ainda na perspectiva de analisar os modos de compreensão e acolhimento desses sujeitos por parte das famílias percebe-se que a figura paterna é normalmente um ponto importante de tensão nos diálogos acerca de gênero e sexualidade. Na maioria das falas percebe-se que a figura materna assume posicionamento mais complacente, comparada às condutas paternas. É o que esse excerto da fala de **Verde** nos mostra, pois ele já havia dialogado com todos da sua família, “*menos com meu pai que eu nunca entrei nessa conversa porque ele tem a mente um pouco mais fechada pra isso, um pouco pra ser eufemista*”, ressaltando a associação da figura paterna à não aceitação dos sentimentos e desejos do filho LGBTQIA+, ao passo que a figura materna, a laços de maior proximidade e acolhimento. Não há, portanto, como nos distanciarmos da construção das masculinidades na nossa cultura e do machismo que permanece enraizado nas relações.

(...) liguei pro pai, a primeira reação dele foi dizer que a culpa era minha por que tratava o irmão diferente; veio outras dores e a gente acabou se desentendo super durante muito tempo, por que só encontrava esse tipo de resposta, numa coisa de me responsabilizar e eu não tive esse apoio real de lado nenhum, nem do meu irmão que é gay (Senhora Branco).

Assim, ao nos descrever o que aconteceu quando recebeu de Azul uma carta na qual ele lhe contava sobre sua identificação com o gênero oposto ao designado ao nascimento, Senhora Branco expressa, além do que ressaltamos anteriormente quanto à figura paterna, também a incompreensão que advém de outros indivíduos LGBTQIA+ denotando o preconceito e discriminação que há mesmo entre as identidades desse grupo.

Marrom também nos apresenta bem algumas dessas questões familiares, e nos conta que saiu de sua casa por dificuldades no período de afirmação e busca pela sua transição de gênero, havendo

(...) muita coisa da qual estava tentando fugir quando sai da Bahia veio junto, coisas que estou tentando lidar atualmente como, por exemplo, com meu pai que fiquei sem ter contato com ele durante muito tempo, sabe!? E atualmente estamos nos resolvendo, estamos chegando num consenso (Marrom).

As narrativas expressam as raízes da família ideal - fundada no patriarcado, com a perpetuação do modelo heteronormativo. Cultua-se o machismo e a homofobia, por meio da determinação do gênero pelo comportamento másculo no ideário social do ser homem e, do

comportamento subalterno, do ser mulher, sobretudo em determinadas crenças religiosas como o cristianismo – e suas vertentes neopentecostais mais contemporâneas. Com isso permanece o modelo heteronormativo sendo imposto por meio de atos violentos, que podem ser sutis - *“aquela questão dos olhares, né!? Que um olhar fala muito e você pode sim ser discriminada por alguém só pelo olhar, o preconceito velado, o olhar que oprime e renega”* (Marrom), ou marcados pela força física - *“naquele dia eu apanhei tanto, mas eu apanhei tanto, eu fiquei toda roxa, eu fiz xixi na calça de dor”* (Amarelo).

Referindo-se ao componente religioso, Amarelo nos diz: *“minha família não aceita, eles deixam bem claro. Acham que eu vou pro inferno, eles acham que eles vão pro inferno. Mas eles me respeitam pelo menos, é mais do que eu imaginava que eu teria deles então eu tô bem satisfeita”*. A força da religiosidade na manutenção da estrutura social hegemônica, tendo a família como uma de suas principais instituições, na qual se opera o binarismo de gênero em articulação aos dogmas religiosos, sustentando o conservadorismo, o retrocesso político e até mesmo a violência (STRÜCKER; CANABARRO, 2019), guarda relação direta com o contexto valenciano já que, conforme dito por Índigo, *“a população LGBTQIA+ de Valença é uma população que vive numa cidade com uma força do cristianismo, principalmente católica.”*

Para reforçar o papel da família e da religião na constituição subjetiva e identitária das pessoas LGBTQIA+, em especial nos contextos interioranos, é preciso atentar para o que nos fala Marrom:

A religião por muito tempo me castigou, minha família é assembleiana, a cultura do assembleiano é muito ríspida e foi um impacto muito grande quando eu decidi sair da igreja, quando eu decidi transicionar. Houve muito daquilo da minha mãe falar “onde foi que eu errei?”, e por muito tempo minha religião permaneceu ali me castigando. Mesmo depois de eu ter saído da religião não permiti que a religião saísse de mim. Todo meu caráter, de certa forma todo o conceito de pessoa em si, foi moldado dentro daquela religião por que foi o que minha família impôs pra mim; não teve essa questão de escolha, se eu nasci naquela religião, que é a religião dos meus pais, e segui aquilo ali até os meus 16 ou 17 anos. Só que atualmente eu sou da umbanda, foi a religião que me acolheu, me respeitou, respeitou a Marrom enquanto Marrom, é um pilar de sustentação muito forte na minha vida atualmente os meus orixás, os meus guias... É onde eu encontro amparo. Então sim, a religião atualmente passou a ser algo bom por que não foi durante muito tempo (Marrom).

Percebemos como Marrom organiza e hierarquiza os efeitos de opressões experimentadas em sua vivência como mulher trans numa cidade pequena e em uma família com fortes posicionamentos religiosos, levando à introjeção da culpa – ou pecado, por ser um corpo-espírito diferente dos preceitos tradicionais.

Nesse sentido, há que se considerar ainda outros costumes e tradições religiosas bastante fortes no município, pois atualmente conta também com várias igrejas evangélicas

– que vem apresentando grande expansão no cenário brasileiro nas últimas décadas e, paralelamente a isso, cresce também o discurso conservador (FERNANDES, 2021). Há na cidade alguns centros espíritas e de candomblé e umbanda, porém, essas duas últimas matrizes religiosas ainda não são publicamente reconhecidas ou valorizadas, mas despontam entre os participantes deste estudo como aquelas que melhor acolhem as pessoas em sua diversidade. Portanto um recorte bastante representativo do contexto sociocultural brasileiro que não reconhece sujeitos dissidentes da heteronormatividade, tampouco aqueles dissidentes da fé cristã.

Importante também considerarmos como o discurso conservador e intolerante por parte de muitas das igrejas, principalmente as cristãs, acaba por interferir nos cuidados à saúde de pessoas LGBTQIA+. Nesse sentido, Senhora Branco nos descreve alguns momentos do itinerário terapêutico de Azul, marcados por esses mesmos conceitos religiosos que interferem inclusive nas práticas de cuidado - já que somos todos sujeitos atravessados por essas questões, pois

(...) a gente não teve muito sucesso com uma outra psicóloga, ela era meio evangélica, queria muito reconstruir a família que ela achava que aquilo era uma reação ao fato de eu e o pai termos nos separado [e dizia] “Ah, mas você não pode incentivar”, mas eu não tô incentivando, eu só tô querendo que ele saiba que tem alguém que tá escutando o que ele tá falando, não pode ser só eu (Senhora Branco).

A análise das narrativas permite dizer que os laços afetivos familiares são o centro da rede social, sendo a família compreendida como a principal fonte de apoio e o primeiro núcleo social para a construção afetiva e formativa do indivíduo, mas também como espaço que pode reforçar opressões simbólicas ou agir com violência física quando se constitua em instituição heteronormativa (STRUCKER; CANABARRO, 2019). A construção de um processo de acolhimento e suporte socioafetivo e/ou de opressão nas famílias parece estar em muito marcado pela adesão maior ou menor a valores religiosos que constituem a sociedade. Nesse sentido, devemos reconhecer as fragilidades e as potencialidades rede social familiar no apoio aos sujeitos da pesquisa em relação às suas conquistas e afirmação de si como pessoas LGBTQIA+ na medida em que fica claro o embate entre valores “novos” e conservadores.

Dessa forma, nas cidades de interior a vigilância nunca cessa, ou conforme explica Foucault (1999), um panoptismo que impõe às pessoas LGBTQIA+ "um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação" (apud FRANCO; SALVADOR, 2020, p.274).

6.4 Enredos e narrativas em uma “história única”: O que é ter saúde para você?

Conforme propusemos anteriormente, iniciamos a análise sobre o que é saúde para os participantes da pesquisa, trazendo aquilo que foi expresso pelos respondentes do questionário para a pergunta: “o que é saúde para você?”. Na sequência, trabalharemos com a fala de alguns dos entrevistados, construindo um diálogo com os diversos autores que tratam da evolução do conceito de saúde e suas significações.

Deve-se ressaltar que o estudo das percepções sobre a saúde pode fornecer um material importante para descrever as condições de vida desses sujeitos e, ao dar-lhes vozes, refletir sobre contextos e momentos acerca dos DSS. Bem como, ao considerar as experiências de adoecimento e as vivências nos espaços de produção do cuidado, tem-se uma outra perspectiva de abordagem na qual se considera não apenas os diagnósticos nosológicos, mas as singularidades de cada um desses sujeitos nos seus itinerários terapêuticos e contextos de vida.

Quadro 10 – Significados de saúde na perspectiva dos respondentes do questionário.

O corpo	<p>Ausência de doença.</p> <p>Ter responsabilidade com o próprio corpo e obter meios pra que isso seja possível.</p> <p>Ter imunidade boa e ficar doente poucas vezes.</p> <p>Livre acesso a rede pública de saúde para exames de rotina, para que meu corpo permaneça em pleno funcionamento, livre de infecções, doenças ou quaisquer coisas que não o permita estar em pleno funcionamento.</p> <p>Poder ter acesso a profissionais e acessibilidade a medicamentos.</p> <p>Estar saudável.</p> <p>Estar bem e nada me limitar.</p>
O corpo e a mente	<p>Mentalmente em paz.</p> <p>Saúde pra mim é estar bem fisicamente e mentalmente.</p> <p>Ter o corpo saudável, não somente a parte física como a mental, dentro de um equilíbrio.</p> <p>Gozar de bem estar físico e mental, na medida do possível.</p> <p>Ter bem estar físico e mental.</p> <p>Bem estar físico e mental.</p> <p>Estar bem tanto física quanto mentalmente.</p> <p>Está bem fisicamente e psicologicamente.</p>

	<p>Bem-estar físico e mental.</p> <p>Estar bem orgânica, física e mentalmente.</p> <p>Cuidado com o corpo e a mente.</p> <p>Saúde é o bem-estar físico e psicológico.</p> <p>É ter um combo de estar saudável fisicamente e mentalmente.</p> <p>Se sentir bem para realizar o que deseja fazer. Mentalmente e fisicamente.</p> <p>Equilíbrio e plenitude.</p>
O corpo, a mente e os contextos sociais	<p>Bem-estar biopsicossocial.</p> <p>Não estar doente biopsicossocial.</p> <p>Bem-estar físico, emocional e social.</p> <p>Bem-estar físico, emocional e boa qualidade de vida.</p> <p>É o estado de bem estar físico e biopsicossocial.</p> <p>Um completo bem-estar físico, mental e social.</p> <p>Estar bem consigo mesmo e com o meio em que convivo.</p> <p>Paz de espírito, tranquilidade mental e aceitação de tudo e todos, inclusive de mim a cada momento.</p> <p>Qualidade de vida relacionado ao aspecto, físico, mental e social.</p> <p>Ter saúde é mais que a ausência de doença, é ter qualidade de vida.</p> <p>Vida digna e acesso a saúde pública de qualidade.</p> <p>Estar bem com o próprio corpo, ter acesso básicos como saúde educação lazer etc.</p> <p>Saúde é ter bom estado físico, mental, espiritual, acesso a moradia, conforto, trabalho, educação, com orientações sobre hábitos de vida, é ter lazer e apoio socioeconômico.</p> <p>Creio que ter saúde é sobre estar se sentindo bem, possuir qualidade de vida; estar com corpo e mente sã, sem nenhum fator limitador ou que me impeça de ter uma vida longa, produtiva e feliz.</p> <p>Possuir bem estar completo.</p>
Uma dimensão política	<p>É ter acesso com facilidade ao mínimo que eu enquanto cidadão mereço em casos de doenças.</p> <p>É ter acesso aos medicamentos necessários para minha transição e ser bem atendida e respeitada no ambiente de saúde.</p> <p>Acesso universal as políticas públicas de saúde e todas as esferas de governo.</p> <p>Ter saúde ao meu ver está ligado a qualidade de vida, o que dependerá das particularidades de cada indivíduo. Acredito que ter saúde esteja ligado também ao acesso a saúde e as políticas de saúde pública.</p>

Fonte: elaboração própria

Vê-se que os sentidos atribuídos à saúde implicam num conjunto vasto de interpretações e referenciais, desde uma perspectiva mais reducionista associada à ausência de doença até uma concepção ampliada, em consonância com o conceito utilizado pela OMS, que aponta para o bem-estar físico e mental e para a qualidade de vida.

No primeiro bloco, estão as respostas que se associam à concepção de saúde que prevaleceu até o início do século XX, centrada no corpo biológico, que deveria estar em estado de normalidade e, portanto, seria objeto de ações direcionadas ao restabelecimento de suas funções. Tal concepção se originou na ciência moderna e se caracteriza por explicar os fenômenos da vida a partir de uma concepção reducionista e materializada no funcionamento anátomo-fisiológico alterado do corpo humano durante a doença (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Assim, pensando em manter o bom funcionamento do corpo – análogo ao mecanismo de funcionamento de “máquinas”, de acordo com essa concepção biológica, alguns entrevistados destacaram, além dos conceitos mencionados para descrever o estado de corpo-são, algumas práticas adotadas para manutenção da saúde, tais como manter uma dieta adequada e atividade física regular.

(...) é olhar pras coisas e dar a elas a importância que elas têm. É um processo [processo transexualizador - hormonização] que precisa de um acompanhamento. O cuidado com a saúde da gente é uma consciência, eu sou da alimentação saudável. O cuidado com a saúde é uma coisa que a gente tem na família, eu não posso deixar ele não cuidar disso sabendo que tem uma interferência que se não for cuidada pode te acarretar outros problemas (Senhora Branco).

Nesse mesmo sentido, além de Senhora Branco que traz para o diálogo sua concepção acerca da necessidade de manter-se uma alimentação saudável com vistas a saúde do corpo, Preto nos diz que, “*por exemplo, nutricionista é algo que eu não tô conseguindo manter financeiramente agora e eu penso em buscar isso na saúde pública. Aí vem o questionamento: isso é algo que eu deva buscar na saúde pública? É uma necessidade ou é um capricho?*”, expressando a importância que deposita nessa forma de cuidado com o corpo quando considera o acesso ao consultório de nutricionista para organização de sua rotina alimentar – inclusive acreditando que essa sua necessidade não seria alcançada pela rede pública de saúde; esta, em sua visão, seria responsável pelo acolhimento de demandas urgentes e destinada a pessoas mais vulnerabilizadas socioeconomicamente.

Já Cinza nos relata sobre sua necessidade de praticar atividades físicas regulares frequentando academia e escola de natação além da prática de corridas ao ar livre rotineiramente, demonstrando e potencializando assim a busca pela saúde e bem-estar através de comportamentos e atitudes do próprio sujeito, sem, contudo, excluir a responsabilidade dos

serviços de saúde, pois “o que o dinheiro não pode pagar a rede suprisse com qualidade e tal, mas não é o que acontece”.

No segundo bloco, temos a expressão da noção de saúde relacionada ao bem-estar físico e mental, adotando uma perspectiva de continuidade entre o somático e o psíquico, em que corpo e mente se inter-relacionam, podendo o psíquico responder ao corporal e vice-versa; um sistema onde não se delineia uma nítida divisão entre ambos (CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006), ou seja, uma visão integrativa da pessoa. Neste bloco situa-se a maioria das respostas obtidas, todas enfatizando corpo e mente como fundamentais para se sentir com saúde e ressaltando a importância que a saúde mental vem adquirindo ao longo da história, tanto pela própria evolução dos conceitos, quanto pela resignificação do sofrimento mental como sofrimento legítimo e passível de abordagem terapêutica.

Meus pais me [levaram] ao psiquiatra, mas não cheguei a me consultar porque ela não atendia criança e os meus pais têm muito preconceito com psiquiatra até hoje. Eles sabem que eu tenho transtorno, eles sabem que eu tomo remédio, mas eles acham que isso é por escolha minha e não concordância dele. E como era muito nova eles tinham que concordar, eles só concordaram com psicólogo e com descarrego que fiz no barracão com o pai de santo da [minha] mãe que posteriormente virou meu pai de santo também. Teve só psicólogo, psicólogo é saúde também (Violeta).

Além desse entendimento acerca da importância de aspectos psicológicos para a saúde ou bem-estar, esse fato também merece ser analisado tomando como referência as estatísticas segundo as quais a população LGBTQIA+ figura entre os grupos com “maior prevalência de sofrimento psíquico, maior incapacidade causada pelo sofrimento e, conseqüentemente, piores desfechos em saúde” (SANARMED, 2021), em relação direta com a discriminação por questões de gênero e sexualidade (CIASCA, 2021). O que emerge claramente na fala de Verde:

No ensino médio eu já tinha certeza do que eu era, de quem eu sou; só que ainda assim, como é uma coisa que fica gravada na gente, eu ainda tinha certo preconceito com a minha sexualidade (...) ainda tinha aquele resquício de preconceito porque a gente cresce ouvindo que é errado, que é contra as leis de deus, tudo isso. Foi quando em 2018 eu tive um episódio depressivo moderado que aí juntou tudo, juntou escola, família, trabalho, relacionamento... (Verde)

Dentre os principais diagnósticos psiquiátricos na população LGBTQIA+ figuram depressão, transtornos ansiosos, problemas relacionados ao uso de substâncias, transtornos alimentares e relacionados à imagem corporal. Alguns desses sofrimentos estão presentes nas narrativas de nossos entrevistados:

Não me importo de compartilhar porque as pessoas acham que essas coisas só acontecem longe da gente [em relação a dificuldades de aceitação por sua família que desencadeou intenso sofrimento mental], até porque hoje eu tô bem, me tratei

no psicólogo (Amarelo).

A saúde mental... eu poderia ser um pouco menos ansioso, mas a quantidade de exercício que eu tenho feito tem me ajudado, eu tenho ficado bem tranquilo, sentido pouca angustia (Cinza).

(...) a Vermelho Neon, que as pessoas chamam de João Bichinha, também é uma pessoa que não terminou o ensino que além de tudo tem um diagnóstico de saúde mental que vai complicar um pouco mais o entendimento dela das coisas (Indigo).

A relevância das questões de saúde mental também se apresentou quando perguntamos no questionário “Você tem algum problema de saúde e/ou toma remédios continuamente?” e obtivemos como respostas as diversas condições que afetam a saúde dos participantes, as quais organizamos no quadro abaixo:

Quadro 11 - Frequência de problemas ou condição de saúde identificadas no questionário

Problema ou condição de saúde	Frequência nas respostas
Ansiedade	9 vezes
Depressão	4 vezes
Transtorno de pânico	2 vezes
Transtorno de personalidade borderline	2 vezes
Hipertensão	2 vezes
Problemas respiratórios	2 vezes
Outras condições em saúde mental: disforia, epilepsia, exaustão mental, fibromialgia, obesidade*, transtorno alimentar, obesidade	1 vez cada
Outras condições em saúde geral: alergias, diabetes, enxaqueca, HIV, labirintite	1 vez cada
Prefiro não dizer	1 vez
Não responderam	5 participantes

Fonte: elaboração própria

Observamos que o perfil de frequência das respostas obtidas na nossa pesquisa dialoga com aquilo que já se conhece sobre saúde da população LGBTQIA+, com destaque

para a maior prevalência de problemas em saúde mental. Nos homens gays a prevalência de doenças psiquiátricas é mais que 2 vezes aquela observada nos homens heterossexuais, mantendo-se também mais elevada em outras categorias identitárias tais como mulheres e homens bissexuais, mulheres lésbicas e pessoas transgênero. Há dados que demonstram prevalências bem mais elevadas nesta população do que na população geral; por exemplo, o transtorno de pânico ocorre até 4,7 vezes mais em homens gays e bissexuais do que nos heterossexuais. Ainda em relação ao que se sabe sobre saúde mental de pessoas LGBTQIA+, pensando em possíveis desfechos piores, homens gays e bissexuais possuem maior risco de ideação e planejamento suicida e quase metade, cerca de 40% deles, planejaram suicídio em algum momento da vida, sendo piores esses índices na população mais jovem a na população transgênero; especificamente na população trans, cerca de 40% tenta suicídio alguma vez na vida e o principal preditor é a discriminação percebida. A título de comparação, na população geral esse índice é de 3% (SANARMED, 2021).

Para além das estatísticas e considerando o marco teórico-metodológico de nossa pesquisa, que se centra nas narrativas das pessoas LGBTQIA+, é importante trazer os relatos que traduzem o sofrimento a que estão submetidas, ressaltando a emoção expressa por Rosa ao rememorar a morte por suicídio de uma jovem mulher trans – Vermelho Vivo, ocorrida recentemente em Valença:

Eu conhecia ela, falava com ela, ela me pedia várias dicas que aconteciam, me falava as coisas que aconteciam com ela. Eu me vejo tanto na situação que ela passou de tirar a própria vida, eu sinto que se eu não tivesse os privilégios que eu tenho hoje eu ia tá no lugar dela. Não quero que ninguém faça isso nunca mais, não quero nenhuma travesti morrendo, se matando. Isso doi em mim! (Rosa)

Infelizmente, um desfecho previsto quando falamos sobre essas identidades dissidentes pelas opressões que sobre elas incidem e correlacionamos com dados que demonstram a maior prevalência de suicídio nesta categoria (SANARMED, 2021). Isso resultante da diretamente da discriminação e interdição de suas vivências pois essas

(...) pessoas que tão na linha de frente tipo a população trans e travesti que são espancadas e morre, aí tem todo um julgamento da sociedade em cima daquela pessoa porque ela fez isso [em referência ao suicídio de Vermelho Vivo], as pessoas começam a questionar, levantar possibilidades como se tivessem esse poder de exercer esse questionamento da vida de outra pessoa. A família acabou de perder alguém, a pessoa se matou ou partiu por algum outro motivo, e tão ali fazendo esse julgamento (Preto).

A fala de Preto sobre a morte da Vermelho Vivo, além de trazer à luz as questões de saúde mental, nos recoloca a perspectiva da vigilância constante sobre as vidas LGBTQIA+

e as opressões que daí emanam, já discutidas anteriormente, mas aqui reforçadas em decorrência da importância que adquire nos cenários de sofrimento mental em contextos interiores.

O próximo bloco analítico das respostas convida a mantermos o foco na importância da temática da saúde mental, pois estão agrupadas aquelas respostas que consideram a saúde na perspectiva biopsicossocial. Tal perspectiva afirma que os aspectos sociais e psicológicos se integram aos biológicos no reconhecimento de se estar com saúde ou sentir-se doente, quando um desses campos da vida é perturbado por quaisquer estressores.

A compreensão biopsicossocial da saúde é defendida desde a década de 1940, quando a OMS conceituou saúde como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de enfermidade. Entretanto surgiram múltiplas críticas pela amplitude, caráter subjetivo e idealização de perfeito bem-estar, um estado quase utópico (BEZERRA; SORPRESO, 2016) em relação a algo que, em suma, depende de concepções próprias de cada sujeito (bem-estar) e, ao mesmo tempo, de processos de determinação social que produzem iniquidades no acesso a direitos, bens e serviços, gerando barreiras significativas para a produção de saúde, bem-estar e qualidade de vida.

É interessante destacar que esse conceito, ao considerar as questões sociais na definição de saúde plena – ou completo bem-estar, que, conforme as palavras de Cinza, encampa vários aspectos da vida ao sentir-se com *“saúde plena, pleninha, tô numa fase bem boa da minha saúde, tô gostando de como eu durmo, de como acordo, como me alimento, de tudo, tá tudo muito bom assim”*, inova ao agregar essa dimensão da vida dos sujeitos no processo saúde-doença, com isso reforça a ideia de inexistência de uma separação entre mente e corpo e, simultaneamente, coloca esse ser humano integral como afetado e constituído na e pela sociedade em que cresce e vive, a qual, por certo, também pode transformar para gerar menos nos processos de adoecimento.

Considerando, pois, a importância das questões sociais na concepção e na produção de saúde, entendemos que é importante destacar as falas de alguns participantes que trazem a espiritualidade como determinante tanto para a formação desse conceito quanto para o restabelecimento do equilíbrio por vezes perdido por que *“se eu tô angustiado, saúde mental falhando, eu gosto muito de montanha, eu subo a torre pra meditar, eu faço isso”* (Cinza). Entendendo que a espiritualidade compreende aspectos diversos, inclusive aqueles ligados a alguma religião, mas também muitos outros que podem ser representados pela família, pelas artes e/ou por práticas mentais diversas, como Preto nos afirma:

Não tenho religião. Se tiver que pedir aos santos da igreja católica, orar pra deus da igreja evangélica ou pedir aos orixás eu vou fazer. Eu sou uma pessoa de pedir energia, eu acredito na energia das coisas, eu gosto de meditar na Torre²⁵ pegando sol, ouvindo uma música... eu acredito na fé que você coloca naquilo (Preto).

Assim, além das práticas que guardam relação com a saúde do corpo, uma boa condição espiritual também é um determinante ou definidor de boa saúde, pois é capaz de influenciar na maneira como os seres humanos percebem a saúde e a doença e como eles interagem uns com os outros (MONTENEGRO et al, 2020). Essa dimensão da vida social mantém íntimos entrelaçamentos tanto quando considera-se seus aspectos cosmológicos quanto sua utilização como formas de cuidado no restabelecimento de desequilíbrios ou adoecimento, nas quais as pessoas sujeitam-se a alcançar o restabelecimento de sua normalidade através de intervenções próprias do seu sistema de crenças e nos quais fatos vividos ou classificados como religiosos se misturam a fatos vividos ou classificados como médicos, psicológicos ou psiquiátricos (DUARTE, 2003).

Nesse sentido Violeta relembra que,

(...) eu só sai da crise por que eu fiz o ebó e logo depois eu me afirmei para tornar filha de santo. A pessoa que acredita melhora muito a saúde mental, mais do que qualquer fluoxetina, mais do que qualquer remédio, é incrível e isso mudou minha vida. Pessoas que entraram lá doentes e chegaram a procurar antes o posto ou algum especialista psiquiatra mas procuraram [também] a umbanda; muita gente com problema de saúde mental procura a umbanda mais que a igreja. Muitos procuram a igreja também e sempre chega LGBT na umbanda por que a gente não é bem-vindo... por que cristão, né!? A gente acaba procurando lugares que a gente é bem-vindo (Violeta).

Diante da fala de Violeta somos levados a refletir sobre outras concepções de saúde e de cuidado diversas daquelas previstas pelas ciências da saúde, num complexo processo de entendimento do corpo, da mente, da espiritualidade e sua relação com o adoecimento e o restabelecimento da saúde. São aspectos próprios de estilo e ritmos de vida em contextos culturais moldam os conceitos e os sujeitos ali inseridos e que, por vezes, os afastam dos espaços formais do cuidado em saúde, muitas vezes hostis à população LGBTQIA+.

Portanto, é preciso ressaltar que, em relação aos significados,

(...) saúde e doença são maneiras pelas quais a vida se manifesta, caracterizando-se como experiências únicas, subjetivas, de forma que palavras não podem reconhecer e significá-las completamente, uma vez que saúde não é um objeto que pode ser restringido dentro do campo do conhecimento objetivo. (...) a saúde, entendida como

²⁵ Torre é a denominação popular para um morro de 432 metros de altitude na Serra dos Macates, este local é frequentemente visitado por moradores da cidade pois constitui um mirante, onde estão as torres de TV e telefone, a visão é deslumbrante cuja visão de alto desse morro muitos consideram deslumbrante por permitir observar vales e morros a região.

ontologia mínima, pode ser nomeada, mas não conceituada (MONTENEGRO et al, 2020, n.p.).

Por fim, o último bloco do quadro apresentado sobre os significados de saúde, traz as respostas que falam da indissociabilidade entre saúde e política, nos aproximando do que se denomina de conceito ampliado de saúde. Segundo tal conceito, entende-se a saúde como um processo que envolve os aspectos social, político e econômico, o qual está sob influência significativa do contexto em que os sujeitos estão inseridos. Entendemos que sua melhor expressão é encontrada na 8ª Conferência Nacional de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8ª CNS, 1986).

Essa compreensão emerge na fala de Cinza quando nos conta que

(...) de fato, atividade física coloca muito minha ansiedade no lugar e de fato é um privilégio total; ter uma família que te apoia, pode pagar uma faculdade, uma casa confortável, sono de qualidade, tudo isso é privilégio por que nada disso eu fiz sozinho, já tava pronto pra mim. Mas uma coisa que eu reparo que não precisa de um salário astronômico pra ter acesso a essas coisas. Se todo mundo tivesse condições decentes de vida e o que o dinheiro não pode pagar a rede suprísse com qualidade e tal, mas não é o que acontece (Cinza).

Da mesma maneira, Marrom descreve seu estado de saúde e o contextualiza com o momento econômico e político atual, demonstrando a maneira como essas injunções determinam saúde e afetam o entendimento e a construção subjetiva de aspectos relativos a ela, na medida em que “saúde plena” para alguns significa acessar um especialista para organizar e adequar a alimentação e para outros envolve conquistar o direito de ter comida no prato.

A minha saúde de maneira geral além disso [acompanhamento em hormonização] não tem nenhuma outra necessidade não. A mente volta e meia a gente tem uma instabilidade ali, mas nada que eu não possa me aprumar e falar “olha garota, não é bem assim, você tá muito ansiosa, controla esses nervos”, eu acho que coisas do cotidiano que todas as pessoas passam, afinal estamos num governo atualmente que tá difícil pra emprego, tá difícil a questão da alimentação também, então preocupações cotidianas que assolam a mente (Marrom).

Percebe-se então que, ao falarmos de saúde integral é necessário estar atentos às necessidades para além da concepção de saúde na lógica da doença orgânica ou outras disfun-

ções; portanto, consoante ao conceito ampliado de saúde, que nos direciona para os determinantes sociais na perspectiva de que, fazer saúde demanda articulação entre diversos saberes e instituições visando garantia desse direito previsto na CF88. Ademais, aponta caminhos possíveis nos quais a APS deve figurar como central na efetivação das principais políticas públicas de saúde. (BEZERRA; SORPRESO, 2016)

6.4.1 Políticas públicas em debate: onde está a APS

Vamos tomar como ponto de partida uma das questões que compõem o questionário utilizado nesta pesquisa que perguntava ao colaborador se ele acreditava ser necessária alguma ação ou política de saúde voltada às necessidades de saúde da população LGBTQIA+, para a qual, de um total de 53 respostas, 51 pessoas acreditam que sim, é necessário alguma política pública no sentido de atender a essas necessidade e apenas outros 2 creem que isso seja indiferente e ninguém apresentou resposta negando essa necessidade.

Isso reflete o que vem sendo conquistado no campo dos direitos das pessoas LGBTQIA+ pois através da luta por parte dos movimentos sociais surgiram algumas das principais políticas públicas, em especial na saúde coletiva, numa perspectiva em que a atenção à saúde considere aspectos que a influenciam – além de questões biológicas, sejam eles econômicos, políticos, históricos e principalmente culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais - os chamados DSS. O Estado então, reconhecendo o contexto vulnerável em que esse grupamento se encontra e articulado com os movimentos sociais da categoria, instituiu políticas públicas com vistas a promover a saúde integral dessa população de modo a contribuir para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como universal, integral e equitativo (PRADO; SOUSA, 2017).

No entanto, a constituição destas políticas parte da ideia de uma comunidade ou cultura própria de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e outros, afirmando discursiva, prática e politicamente uma determinada identidade (RIBEIRO; BARRETO, 2013; SAMPAIO; GERMANO, 2014). Assim, as políticas pautadas nas identidades, assumiram muito mais “[...] um caráter unificador e assimilacionista, buscando a aceitação e a integração dos homossexuais no sistema social” (LOURO, 2011 apud RIBEIRO; BARRETO, 2013, n.p.), do que o atendimento das necessidades sociais dos sujeitos LGBTQIA+.

Tais necessidades são diversas e algumas aparecem exemplificadas por contribuição daqueles que responderam ao primeiro instrumento de coleta de dados do nosso trabalho. Um dos participantes mencionou a “*proteção contra a violência, o direito ao nome e à identidade de gênero, o direito à saúde* [sem especificar necessidades relacionadas a aspectos identitários], *à educação e à igualdade de condições de acesso e permanência na escola*”, sendo que, para todas essas, há normativas ou ações no sentido de garantia universal desses direitos, como o direito à saúde e à educação já previstos na CF88.

Também merece destaque quando um outro respondente citou “*a aprovação pelo STF [Supremo Tribunal Federal] sobre mudança de nome sem alteração de sexo para pessoas não-binárias*”, sendo pioneira essa determinação, uma vez que permite a alteração de forma administrativa, sem necessidade de buscar a via judicial. Em 2018, o STF decidiu pela possibilidade de alteração administrativa do registro civil, do prenome e do gênero com base na identidade autopercebida, pois até então a permissão para a mudança de nome no registro civil estava condicionada à cirurgia de transgenitalização (COELHO, 2018) e por isso alcançando apenas as pessoas transexuais sob a tutela do saber-poder jurídico após terem se submetido à normatização pelas ciências da saúde.

Assim, a área da saúde tem sido privilegiada como foco de políticas públicas para a população LGBT(QIA+) o que representa uma série de avanços para esse grupo, mas que ainda demonstra enfrentar muitas dificuldades e resistências (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012). Em suma, tem-se fundamentos heteronormativos e essencialistas na base de tais políticas e seus efeitos, uma vez que o controle da sexualidade homossexual permanece central e perdura nas políticas de saúde pública, mediante seu foco na prevenção do HIV e IST. É o que pode-se depreender da fala de Verde quando nos relata que:

Eu só tenho mais acesso a essas políticas de saúde pra comunidade LGBT porque eu fui crescendo e procurando por mim mesmo, e encontrei alguns amigos que atuam nessa área, né!? E o que vem [à memória de campanha em saúde relacionada à população LGBTQIA+] são propagandas de uso de preservativos e colocam casais homoafetivos e só, nem quando mais criança eu lembro de ter visto alguma outra coisa.

Nesse mesmo sentido, continua Preto,

(...) todo esse cuidado que eu tenho em relação aos testes [para IST] que eu faço periodicamente foi por conta de amigos que são da área da saúde que trouxeram essa preocupação, né!? De certa forma foi através de profissionais da saúde e ligar esse start e fazer os testes periódicos e tá sempre em acompanhamento aqui em Valença.

Portanto, envolve o risco de contribuir para a naturalização de uma identidade fundamentada na irredutibilidade da anatomia e no determinismo biológico dos corpos

(SAMPAIO; GERMANO, 2014).

Assim nos vemos diante da necessidade de se ampliar ainda mais a concepção sobre orientação sexual e identidade de gênero, no sentido de desconstrução da concepção binária, e a aceitação de novas identidades (PRADO; SOUSA, 2017). Não existem, portanto, identidades fixas e universais - ficções que apenas existem na esfera política. E esta não deve falar em nome de uma coletividade ou universalidade que não existe por completo nas relações sociais pois essa visão universalista recusa outras identidades possíveis e fomenta a violência contra as abjeções (RIBEIRO; BARRETO, 2013).

Isso fica muito claro no excerto da fala de Verde, que reutilizamos aqui por exemplificar o que foi problematizado acima. Já que, *“enquanto a questão da sexualidade eu particularmente não sou muito fã de rotular, sabe!?”* deixando expresso, na sequência, que sua orientação caminha no sentido da pansexualidade, apesar de se definir como bissexual quando isso lhe é perguntado. O mesmo entrevistado refere se incomodar quando lhe dizem *“Ah, por que você é homem e tals”* por que, em relação ao gênero, *“eu não me identifico totalmente enquanto homem, mas também não me identifico como mulher, sabe!?”* *Eu tô nesse processo de estudar mais sobre a não binariedade pra ver se de repente essa seria a resposta”*.

No contexto dessas políticas identitárias, foi na área da saúde que a população LGBT(QIA+) começa a ser atendida por políticas públicas com diretrizes de alcance nacional, num movimento de legitimação, por parte do Estado, de alguns tipos específicos de sexualidade - nesse sentido, políticas públicas são criadas e implementadas com base em modelos de gays, lésbicas (MISKOLCI, 2011), transexuais e travestis, limitando o público alvo a ser contemplado, bem como também restringe as possibilidades de se exercer livremente a sexualidade (SAMPAIO; GERMANO, 2014).

Entretanto, não é nosso interesse deslegitimar tais conquistas, pois concordamos com o que a PNSILGBT preconiza em seu objetivo geral:

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

Mas diante das categorizações expressas em seus dispositivos ela direciona sua estratégia e alcance com uma noção prévia do que seria a identidade lésbica, gay, travesti e transexual, pressupondo que esses grupos são homogêneos e todos que se identificam com alguma das classificações citadas apresentam desejos e práticas semelhantes. De outro modo,

peessoas que não se identificam com tais identidades escapam à centralidade dessas diretrizes, como, por exemplo, homens que fazem sexo com outros homens mas que não desejam ser associados à homossexualidade ou à esfera gay (SAMPAIO; GERMANO, 2014), mas que poderiam se beneficiar de ações previstas nas diretrizes de políticas de saúde como essa.

Assim, num mundo de identidades fixas, que políticas, e que acesso às políticas, temos para populações LGBTQIA+ e outros sujeitos que turvam as tênues linhas da binariedade dos gêneros e das homossexualidades? Qual seria então, no conteúdo das diretrizes e nas ações das políticas identitárias, o lugar de João Bichinha? Alguém que não preenche critérios nos protocolos definidos pelo processo transexualizador, implementado enquanto política pública no SUS, e que também não se enquadra em outras categorias para receber atenção a todas as suas necessidades pois ocupa esse lugar social e abjeto da bicha afeminada que se vale de roupas, adereços, maquiagem, etc. para ultrapassar os limites do masculino, mas que também não alcança, do outro lado, o feminino típico. Além de trazer consigo a estampa de outras opressões e o estigma do sofrimento mental:

Por exemplo a Vermelho Neon, que as pessoas chamam de João Bichinha, também é uma pessoa que não terminou o ensino e que além de tudo tem um diagnóstico de saúde mental que vai complicar um pouco mais o entendimento dela das coisas. Ela tem uma questão importante com o corpo e sempre vem pedindo receita de hormônios, eu acredito que isso poderia ajudá-la com seu dismorfismo corporal mas o psiquiatra não vê por esse lado e não acha que abordar a questão de gênero ajudaria (Indigo).

Portanto, há também que considerar, para além das assimetrias de gênero presentes nas políticas públicas, a influência de outros fatores estruturais na reprodução e ampliação dessas assimetrias, tais como as mudanças sócio demográficas, as interações entre as dimensões de classe social, raça/etnia, geração, nos padrões da sexualidade (RIBEIRO; BARRETO, 2013), bem como outras condições de saúde e diagnósticos e, por isso, que se articulam entre as várias opressões que operam na maior vulnerabilização desses sujeitos. Isso nos é trazido em vários momentos nas falas dos entrevistados:

(...) lugares que era de preconceito com classe social e tudo que a sociedade recrimina tinha no lugar que a gente frequentava, tinha travesti de pele preta retinta que fazia programa... (Violeta)

Todo mundo aceitava, achava ele bonitinho, fofinho, garotinho branquinho e riquinho, então tudo fica mais fácil (Rosa).

Eu por exemplo fico na coisa de tomar hormônio puro igual essas gringa que toma hormônio puro... (Rosa)

Também fica exposto, ao triangularmos as falas dos entrevistados com dados que extraímos do questionário e acessarmos perfis de respondedores que possuem, desde apenas

a capacidade de ler e escrever, outros talvez nem isso – “*que as pessoas chamam de João Bichinha, também é uma pessoa que não terminou o ensino*” (Índigo); quanto alguns com curso de pós-graduação nível mestrado - *eu já não sei experimentar esse lugar da pessoa que é pobre e tem um outro nível sociocultural sendo LGBT*” (Índigo).

Uma outra questão importante que desponta é a tentativa do disciplinamento e poder do Estado sobre os corpos, principalmente na concepção do processo transexualizador, com o enquadramento da transexualidade nos protocolos (PRADO; SOUSA, 2017) estabelecidos pelos saberes médicos e psi, além de áreas como o jurídico que até poucos anos atrás exigia uma cirurgia de grande porte para atender à necessidade de troca de nome nos registros civis, propondo-se então a estabelecer regras, ordenar, disciplinar e determinar as possibilidades de existência desses sujeitos.

Tinha um ambulatório trans na capital, só que mesmo lá foi difícil. Eles falaram pra mim que ia precisar de um laudo do psicólogo mas não disponibilizavam o psicólogo lá por que eu não era da capital, teria que ser da minha cidade. No SUS foi muito complicado, achar um psicólogo particular eu não tinha condições de pagar na época (Marrom).

Assim, além do disciplinamento tutelado pelo saber-poder das ciências, ainda há barreiras para alcançar o que é preconizado nessas políticas públicas, revelando o desafio de uma atenção integral em saúde para a população LGBTQIA+, complexa em sua diversidade e sem êxito na tentativa de encaixar simultaneamente vários sujeitos nos enquadres normativos utilizados.—Por exemplo, a concepção de que as transexuais se identificam psicologicamente com o universo feminino é uma construção do saber médico, que considera a transexualidade um transtorno passível de ser normalizado pela cirurgia de redesignação sexual. São essas tecnologias forjadas pelo saber-poder que controlam, transformam e docilizam todos os nossos corpos e que tornam possível a construção de uma identidade gay, lésbica, bissexual ou transexual essencializada e materializada (RIBEIRO; BARRETO, 2013).

Partindo-se então dessa reflexão apoiada na perspectiva *queer*, a afirmação da identidade sexual funcionaria do mesmo modo que a ressignificação do termo *queer*, na qual as pessoas não se restringem a uma população específica, e sim, reúnam aqueles que desconstroem as classificações fixas de identidade (GAMSON, 2006 apud SAMPAIO; GERMANO, 2014), portanto uma política lgbt(Q)ia+. Assim, alguns autores apontam ser necessário outro modelo em substituição ao modelo identitário de letrinhas sob o risco de tornar o movimento cada vez menos plural e democrático (MISKOLCI, 2011). E, partindo-se dessa perspectiva, a declaração identitária possa ser reconstruída por uma demarcação não

sexual que se oponha aos regimes de padronização e normalização. Com efeito, embora sejam notáveis os ganhos obtidos com a adoção de políticas essencialistas no que concerne aos direitos civis, a desconstrução dessa forma de fazer política pode descortinar um horizonte de formas de ação ainda mais potentes (SAMPAIO; GERMANO, 2014).

6.4.2 Rumo à integralidade do cuidado: APS em destaque

No sentido de reorganização das práticas de cuidado, frente às necessidades da população LGBTQIA+, a APS emerge como local para efetivação das propostas que constam nas diretrizes e políticas pensadas para corrigir algumas iniquidades a que essas pessoas estão sujeitas. Um desses motivos é capilaridade da rede de atenção primária que alcança os mais diversos territórios, portanto, com a possibilidade de diminuir algumas das dificuldades no acesso à saúde (LORIA et al, 2019). Todavia, os cuidados a essa população ainda se encontram fragmentados e organizados em grandes centros especializados nas cidades de maior porte e centralizada em hospitais universitários principalmente.

Outro aspecto importante diz respeito aos atributos da APS, dentre eles o acesso no primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e a coordenação do cuidado que prevê, dentre outras ações, a articulação com os outros equipamentos da rede. Além desses atributos, a APS tem importante papel na educação em saúde numa perspectiva comunitária e familiar e em ações de vigilância previstas nas políticas de saúde (STRAFIELD, 2002; LORIA et al, 2019). Diante dessas atribuições da atenção primária, passaremos à análise de alguns desses atributos que emergiram das entrevistas. Na perspectiva deste trabalho, a integralidade só seria alcançada se vários desses atributos estiverem presentes, portanto, sua análise se faz presente em todo o nosso percurso de maneira transversal e não como um bloco separado dos outros.

Como esquema proposto, tem-se a organização no quadro abaixo:

Quadro 12: Atributos e responsabilidades da APS

S A Ú D E I N T E G R A L	Atributos e responsabilidades da APS em saúde LGBTQIA+
	Acesso no primeiro contato (Dimensões do acesso)
	Coordenação do cuidado
	Longitudinalidade do cuidado*
	Capacidade de resolução de problemas
	Orientação familiar e comunitária
	Educação em saúde
	Barreiras e potencialidades

Fonte: elaboração própria

Posto que a atenção primária deve ser a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e, portanto, de fácil e oportuno acesso aos serviços objetivando alcançar os melhores resultados possíveis em saúde integral (STARFIELD, 2002), se o acesso estiver comprometido, toda a cascata do cuidado seria inviabilizada. Nesse sentido destacamos a importância desse atributo na garantia do direito à saúde e por isso, ampliamos sua discussão analisando as suas dimensões conforme emergiram nas conversas com os participantes deste estudo. Foram várias as menções a acesso e acessibilidade²⁶ tanto no questionário aplicado quanto nos sentidos das falas dos entrevistados numa concepção de saúde que é decorrente do acesso dos sujeitos e coletividades aos bens e serviços públicos previstos nas políticas de saúde.

²⁶ No campo da saúde, o acesso é concebido como o conjunto de circunstâncias que viabiliza a entrada de cada usuário na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, bem como em suas diversas modalidades de atendimento, portanto, o acesso está relacionado com as dificuldades e as facilidades em obter tratamento desejado, estando intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos. Garantir acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis. Apesar de várias acepções possíveis do termo, prevalece a idéia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Quanto à abrangência do conceito, observa-se uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. Muitas vezes, acesso e acessibilidade são conceitos tratados de forma indistinta, como se fossem sinônimos. Para alguns, a acessibilidade é uma das dimensões do acesso; nessa conceituação, a acessibilidade se refere a distância geográfica, tempo e custo. Há ainda quem trabalhe com esses conceitos de forma relacional, onde acesso ou acessibilidade diz respeito à relação entre as características do sistema de saúde e aquelas da população que eles servem, ou ainda o grau de ajuste entre as características da população e da oferta (recursos disponíveis). Quanto à terminologia, a acessibilidade é preferida pelos autores que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Na PNSILGBT, por exemplo, está prevista a garantia e ampliação do acesso de pessoas LGBT a ações e serviços de saúde de qualidade em seu primeiro eixo operativo (BRASIL, 2013a), derivado da previsão no ordenamento do SUS que assegura acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990a). A importância do acesso na garantia de direito à saúde é expressa por Preto ao nos relatar que “(...) *tem a questão do acesso também à saúde pública, que também tá ligado a ter qualidade de vida [por que] se eu não tenho acesso à saúde, como tentar buscar ajuda, mesmo que na saúde pública, né!? É onde eu tenho acesso desde sempre.*”

Considerando que o acesso à saúde se relaciona ao combate à desigualdade e constitui mecanismo para alcançar a equidade e justiça social (UTURRI, 2014), é necessário lançar luz sobre o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde, população historicamente violada em seus direitos. Isto porque, partindo do princípio da integralidade do cuidado, é urgente conferir a elas a atenção necessária de modo a reparar iniquidades às quais se encontram subordinadas e “*discutir os pormenores da saúde dessa população, o acesso, o acolhimento, a forma que o SUS trabalha com essa população como as demandas específicas dela*” (Índigo).

Se, conforme Sanchez e Ciconelii (2012), uma das dimensões do acesso envolve a presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos no local apropriado e no momento em que são necessários; então, é importante a escuta das narrativas de nossos entrevistados para compreender as disparidades que indicam uma forma desigual de distribuição e organização dos serviços na rede pública de saúde. Portanto, uma condição absolutamente necessária à utilização dos serviços e englobando tanto aspectos geográficos quanto organizacionais.

Isso aparece em destaque no trecho abaixo, extraído da entrevista com Cinza, ao nos relatar que

(...) o posto dali [Centro] funciona muito bem pra todo mundo que acessa, é uma questão de elitização mesmo, o posto do Centro fica num lugar que é nobre da cidade, ninguém precisa do SUS que mora ali em volta. Tá sempre vazio. Se você precisa resolver uma questão simples, ali você resolve muita coisa. E se não resolve, eu ligo pro Acessor (Cinza).

Nesta dimensão do acesso, há de se pensar onde estarão os sujeitos e quais serão suas necessidades em saúde para então, diante da premissa de promover maior justiça social corrigindo algumas das iniquidades que determinam saúde, garantir que todos cheguem aos serviços e possam ter suas necessidades atendidas (GONÇALVES, 2016). Do contrário, ocorrerá a vários outros sujeitos o mesmo que se deu com Marrom, pois “*eu já venho*

correndo atrás [hormonização] há praticamente 2 anos; dei início na Bahia e foi extremamente difícil por que a minha cidade era uma cidade que não oferecia acessibilidade nenhuma, então eu tive que ir pra capital” (Marrom).

Isso não significa que, em relação às necessidades em saúde da pessoa transgênera, deveria haver centros especializados em todos os lugares, mas deve-se facilitar, através de ações do poder público, o acesso desses sujeitos ao sistema público e de saúde. Uma melhor estruturação da rede de atenção primária com foco em corrigir essas disparidades é uma das formas de garantir a equidade prevista na concepção do nosso sistema de saúde.

Apesar de previsto nas políticas públicas de saúde a ampliação do acesso às pessoas LGBTQIA+ (BRASIL, 2013a), isso não é observado no caso da Marrom, tanto por questões geográficas, já que não havia serviço que atendesse a sua necessidade na cidade em que vivera, quanto em decorrência das exigências protocolares do processo transexualizador. Pois, mesmo na capital,

(...) eles falaram pra mim que ia precisar de um laudo do psicólogo, não disponibilizavam o psicólogo lá porque eu não era da capital. Como eu era de outra região teria que ser da minha cidade. No SUS foi muito complicado achar um psicólogo; particular eu não tinha condições de pagar na época (Marrom).

Portanto, mesmo “[havendo] um ambulatório trans na capital, só que mesmo lá foi difícil (Marrom)” pois ela não teve suas necessidades em saúde acolhidas pelo serviço especializado, reforçando que muitos desses sujeitos não são acolhidos em sua integralidade pela rede pública, mesmo naqueles espaços que se propõem a fazê-lo.

Essas questões trazidas por Marrom nos levam à outra dimensão do acesso, a capacidade de pagamento. Esta, ainda considerando a abordagem de Sanchez e Ciconelii (2012), compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos e engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde, relacionando-se com alguns determinantes sociais da saúde; especificamente no caso de Marrom, renda e empregabilidade.

Rosa também refere essa barreira que interfere na continuidade do cuidado:

Teve um tempo que estive tomando esses hormônios que eram muito caros e acredito pela minha experiência que não era necessário ter tomado todos esses hormônios que acabou me custando caro, (...) acho que o médico tem que pensar também que a pessoa tem que ter a condição de manter aquilo por que senão não adianta, vai acabar tomando outras coisas fora sem acompanhamento. Então uma coisa que pesou foi isso e depois eu acabei começando a tomar por conta própria desde então (Rosa).

A outra dimensão do acesso, a aceitabilidade, compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades e é considerada a dimensão menos tangível e mais difícil de ser avaliada, pois se relaciona a muitos fatores subjetivos, sociais e culturais da relação entre os usuários e os serviços, possuindo como outro ponto chave o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (SANCHEZ, CICONELLI, 2012). Isso não é observado na relação profissional- usuário que se depreende da fala de Amarelo.

[Das vivências nos serviços de saúde] *a que mais me marcou foi uma ida à ginecologista. Chegou aquela parte da anamnese que ela faz aquelas perguntas básicas e eu fui respondendo que eu sou sexualmente ativa, que eu não faço uso de anticoncepcional e ela perguntou como que eu evitava gravidez e eu respondi que eu não era hetero. Aí a consulta mudou completamente, me deixou desconfortável o tempo todo, foi péssimo e depois disso eu não fui de novo, em ninguém, se eu precisar de alguma coisa eu tô com deus, não voltei em ginecologista nenhuma* (Amarelo).

Considerando essa percepção dos sujeitos em relação aos serviços de saúde, em contextos socioculturais bem caracterizados e que guardam maior proximidade com os usuários, a exemplo daqueles que se situam nas vizinhanças, bairros e cidades pequenas, essa dimensão do acesso também aparece no excerto de fala de Verde ao nos relatar sua relação com os serviços de saúde disponibilizados pelo UBS da localidade onde sempre morou num bairro de Valença:

(...) sempre fui muito bem atendido, mas nunca entrei em questão tipo de sexualidade, gênero, nada. Por que como é um bairro onde todo mundo se conhece, conhece toda a minha família e tals... a gente se conhece bem desde criança, mas nunca em questão de gênero e sexualidade, eu sempre fui muito bem atendido lá (Verde).

Abaixo, prosseguindo no relato de Verde, ele explicita sua motivação em não acessar a unidade de saúde do bairro para cuidados em saúde sexual e a opção por acessar um outro serviço em Valença, a Casa de Saúde Coletiva - equipamento destinado ao cuidado de saúde especializado em infectologia e que acolhe principalmente as demandas de pacientes com diagnóstico de infecção pelo vírus HIV, tuberculose, hanseníase e hepatites, dentre outras – motivo pelo qual é casa do estigma na cidade, pois todos os olhares já supõem os diagnósticos daquelas pessoas que utilizam esse equipamento.

Eu preferi ir lá porque quando eu descobri, quando eu tive uma suspeita que poderia não ser apenas uma lesão que iria desaparecer com o tempo eu comecei a procurar o que poderia ser aí deu HPV eu comecei a me sentir muito culpado por que eu pensei eu me cuido pra caramba como é que isso foi acontecer, sabe!?! Então eu quis falar com alguém que não tivesse qualquer proximidade com a minha família, então eu fui na Casa Coletiva porque era mais distante da minha

família. E todos foram muito acolhedores (Verde).

Na análise dessa dimensão do acesso ao considerar a boa experiência de Verde com o serviço especializado e a experiência que afastou Amarelo do consultório ginecológico, nos vemos diante de um aspecto importante quando falamos de saúde das pessoas LGBTQIA+ que, desde o advento da epidemia de HIV na década de 1980, teve grande parte de seu cuidado gerido em serviços especializados nos quais o acolhimento desses sujeitos é diferenciado (CABRAL, 2017; LIONÇO, 2008).

Por último nesta análise, de acordo com as dimensões de acesso no modelo proposto por Sanchez e Ciconelli (2012), temos a informação como dimensão essencial para a compreensão de todas as outras analisadas anteriormente. De maneira que, estar bem informado é resultado direto da comunicação que estabelece entre o sistema de saúde e seus usuários, portanto, reflexo de como o Estado atua nos processos de determinação social da saúde. Pois, havendo assimetria de informação, uma das partes do sistema detém informações significativas e a outra não as possui, inviabilizando sua utilização de forma adequada acordo com suas reais necessidades.

Estou há quase cinco anos na cidade de Valença e nesse período pude conhecer várias pessoas pertencentes à população LGBTQIA+. Nesse período pude ter mais contatos com homens gays e muitos [desses contatos] por causa de relações; pude perceber a falha de informação em relação às IST, falta de informação relacionada à PrEP e PEP. Logo acredito que poderia ser pensado em maneiras de fazer com que a informação chegasse a todos, agora falo sobre isso até com pessoas não LGBTQIA+ (Preto).

Além da falta de informação sobre a possibilidade de prevenção do HIV utilizando a PrEP ou PEP, conforme expresso por Preto, “*muito poucas pessoas sabem que tem essa vacina [vacina contra HPV] e pode ser tomada pelos meninos; eu cresci vendo só campanha pras meninas e eu achava que HPV só acometia as meninas, então eu fiquei chocado*” (Verde). Nesse sentido, mesmo diante da forte associação desses sujeitos às IST durante as últimas quatro décadas, fica evidente a ausência dessa dimensão do acesso com reflexos na saúde integral da população LGBTQIA+. Existem as tecnologias, bem como existe essa assimetria de informação entre usuários e sistema de saúde, impedindo ou interferindo na completa e suficiente utilização dos serviços disponíveis.

Então, Verde prossegue nos contando que, em relação à saúde de pessoas LGBTQIA+, a única lembrança acerca de propaganda ou campanhas informativas é aquela que aborda o “*uso de preservativos e colocam casais homoafetivos e só, nem quando mais criança eu lembro de ter visto alguma [outra] coisa*”. Dessa forma, percebe-se que a insufi-

ciência de informação, portanto, menos educação em saúde, remete-nos ao pouco investimento do aparelho estatal na saúde desse grupo populacional, a despeito do que está previsto na PNSILGBT e nos princípios do SUS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 1990b).

Verde afirma ainda que *“eu só tenho mais acesso a essas políticas de saúde pra comunidade LGBT porque eu fui procurando por mim mesmo e encontrei alguns amigos que atuam nessa área, tão sempre lá trazendo informação”*, caracterizando uma forma de obtenção de informações de saúde através de pessoas que já as acessaram e/ou descobriram fluxos e percursos nos contextos de saúde. Mas isso sem ação direta do Estado no sentido de melhorar essa assimetria existente, já que *“toda a informação existe clandestinamente para os outros, mas o suporte que o SUS é obrigado a dar, não existe”* (Cinza). Assim, como responsabilidade do poder público, ao considerarmos principalmente a educação em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, há uma falha importante nessa dimensão do acesso, que afeta a efetivação de políticas públicas de saúde integral.

Com tudo isso que analisamos até aqui e diante da frequência com que acesso aparece tanto nas respostas ao questionário quanto nas entrevistas realizadas, percebe-se a sua importância na concepção de saúde que emerge dos participantes da pesquisa. Entretanto, várias dessas características do acesso não aparecem somente em relação à definição de saúde, faz falar também das desigualdades que continuam se perpetuando na nossa estrutura social.

Na fala de Cinza identificamos também algumas outras assimetrias no acesso aos serviços de saúde, pois *“os parentes de quem trabalha na prefeitura conseguem [acesso a consultas, exames, procedimentos etc], eu cheguei lá eu era o braço direito do Acessor, eu cheguei lá pra fazer essa parte chata, insuportável”* (Cinza). Mas, mesmo considerando essa uma má prática dentro do serviço público, Cinza faz uso da facilidade de acesso por ser alguém que está em posição de tomar tais decisões e gozar de privilégios na utilização do sistema público de saúde, reforçando ainda mais as assimetrias entre usuários e sistema. Questões essas que vão de encontro ao que Tudor-Hart (1971) denominou lei dos cuidados inversos, que significa a disponibilidade de bons cuidados médicos variando inversamente com a necessidade da população abrangida. Algo que não é natural, mas ligado às forças diversas que operam essas assimetrias, inclusive como resultado de políticas que restringem o acesso a cuidados de saúde efetivos (apud GONÇALVES, 2016).

Eu pago médico pra poder ver questão de nutrição, eu pago coisas mais supérfluas. As questões básicas eu recorro a rede porque eu sou privilegiado, por que eu tenho acesso muito bom a rede. A hora que eu pedir, o dia que eu pedir, vão marcar pra mim, eu uso a rede dessa forma, é escroto pra caralho. Eu era o chefe da regulação e agora todo mundo que tá lá é meu amigo e eu uso dessa forma bem clandestina. Eu sei quem são os melhores profissionais. [Assim] que

eu recorro ao SUS (Cinza).

Nesse momento da conversa, o diálogo entre Cinza e este pesquisador transcorreu no sentido de argumentarmos sobre o quão pobre, em termos de recursos e equipamentos de saúde, é a rede de saúde pública da cidade de Valença. Esta não consegue prover muito daquilo que é necessário para atender às demandas em saúde da população geral, e também não consegue prover aquilo que é necessário para atender as várias demandas em saúde da população LGBTQIA+, consideradas as suas especificidades em saúde. Estas são percepções deste pesquisador que há três anos atua como médico de família na atenção primária à saúde do município e tem sua prática marcada pelos diversos obstáculos encontrados na gestão do cuidado quando se depende de outras especialidades médicas e/ou serviços de maior complexidade tecnológica. A continuidade do cuidado de vários pacientes transexuais, por exemplo, encontra-se comprometida por algumas dessas dificuldades que permeiam as atividades de saúde no município.

Essas questões programáticas e relacionadas à gestão aqui destacadas ficam expressas na ausência de previsão de recursos para quaisquer ações direcionadas à população LGBTQIA+ nos planos municipais para saúde (VALENÇA, 2018). Apesar de Cinza considerar que *“a rede de Valença acaba sendo menos pior do que alguns outros lugares”* isso nos parece estar relacionado à sua forma singular de utilizá-la. Além disso, o CMLGBT permanece pouco expressivo na garantia dos direitos desses sujeitos e não há perspectiva de melhora num curto prazo na visão de Rosa, pois acredita *“que o conselho não esteja nesse mesmo pé que a gente tá, eles tão preocupados com parada gay a gente precisa focar na nossa saúde”*.

Na perspectiva do acesso, pode-se dizer que as narrativas de nossa pesquisa se conectam à situação geral do sistema saúde, que, embora alguns trabalhos apontem a redução as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos anos, ainda permanece iníquo (ITURRI, 2014). Posto que as pessoas que mais necessitam dos serviços públicos de saúde são aquelas que se concentram nos grupos sociais menos privilegiados da sociedade (GONÇALVES, 201), como a população LGBTQIA+, e são elas mesmas que têm menor probabilidade de utilizar esses serviços pelas inúmeras barreiras que existem.

Encerrada essa primeira parte da nossa análise, na qual trouxemos vários aspectos relacionados ao acesso, inclusive ampliando a discussão sobre suas dimensões e situando sua importância para a efetivação do modelo ampliado de saúde, no qual figura o protagonismo da APS, não apenas por ser ela a responsável pelo primeiro contato e com isso considerada a porta principal do sistema de saúde, mas pelo papel fundamental de organização da

rede de atenção (STARFIELD, 2002). Daqui destacamos outro dos importantes atributos da APS pois,

(...) de maneira geral [é preciso] pensar também nas questões de vulnerabilidade, a gente precisa do trabalho intersetorial com a assistência [social]. O Azul Royal quando a mãe expulsa ele de casa e é acolhido na casa da avó paterna foi uma grande experiência transformadora, por que a mãe vivia na zona sul do Rio de Janeiro e, de repente, ele tá morando na favela do Dendê com a avó; mudou a realidade da vida dele essa experiência, mas ele tinha uma casa. A gente sabe que tem pessoas que não têm, pessoas trans e pessoas homossexuais [LGBTQIA+] que vão ser expulsas de casa e não vão muito outro lugar, e aí eu acho que o trabalho intersetorial é importante pra pensar essas questões de vulnerabilidade social, violência familiar. Por isso eu acho que [a APS] não dá conta de tudo, mas eu acho que talvez, se a gente tivesse alguma capacitação, pelo menos a gente daria conta de fazer o nosso papel de coordenar o cuidado dessas pessoas, por que isso eu acho que é mais sobre tecnologia leve, a gente saber tá atento (Indigo).

Portanto, diante da importância do papel da APS no ordenamento do sistema de saúde e na provocação, tanto de especialidades médicas focais se necessárias ao cuidado, quanto dos outros serviços da rede na busca por saúde integral prevista nas políticas públicas, em destaque a PNSILGBT. Seria irreal pensar a atenção primária, apenas ela, como única responsável pelos cuidados em saúde da população LGBTQIA+, conforme exposto por Indigo. São, portanto, necessários diversos atores no sentido de se construir o cuidado integral em saúde.

Conclui-se então que a APS, compreendida na política de saúde brasileira como o momento em que se inicia o processo da atenção, e, conforme Starfield (2002), a porta de entrada principal e prioritária aos serviços de saúde do SUS, é fundamental na organização da rede de assistência à saúde, portanto, estratégia fundamental na reorientação do modelo assistencial do SUS (FAUSTO; MATTA, 2007). Nesse sentido, o atendimento na APS, deve respeitar os princípios fundamentais do nosso sistema de saúde, considerando a singularidade, a inserção cultural, os determinantes e condicionantes sociais da saúde da população, e suas ações devem convergir para a proteção, prevenção, recuperação e promoção da saúde (SHIMAZAKI, 2009).

Portanto, para prestar o cuidado integral à saúde é necessário conhecer bem todos aqueles que chegam até o serviço. Atualmente “a gente não tem como chegar num posto de saúde e dizer “Olha, você vai me ajudar a fazer minha hormonização?” Por que hoje isso não é possível” (Rosa). Isso demonstra que, compreender a população LGBTQIA+ em suas necessidades, bem como identificar as dificuldades e as potencialidades para a garantia do direito à saúde nesse nível de atenção – mas não apenas nele, é fundamental no sentido de concretizar efetivamente o direito à saúde dessa população. Porque, retomando a fala de Indigo, “eu acho que não dá conta de tudo, mas eu acho que talvez se a gente tivesse alguma

capacitação, pelo menos a gente daria conta de fazer o nosso papel de coordenar o cuidado dessas pessoas, isso é mais sobre tecnologia leve, é a gente saber tá atento”.

Existe uma capacidade limitada de resolução de problemas na atenção primária em decorrência do nível de complexidade e tecnologias exigidas para alcançar determinados desfechos em saúde, mas muitas condições referentes à saúde da população LGBTQIA+ poderiam ser acolhidas na APS conforme já se ocorre em outros países (CHEN, 2020; SBMFC, 2020) e, até mesmo no Brasil, alguns municípios já organizam suas linhas de cuidado em saúde LGBTQIA+ estruturadas nas unidades básicas de saúde (SÃO PAULO, 2020). Uma crítica ao processo transexualizador instituído no âmbito do SUS consiste em não se prever que, dentre as intervenções para transformações corporais, a hormonização possa também ser realizada na APS com profissionais capacitados para esse cuidado (SBMFC, 2020).

Diferentemente do que já ocorre em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, nas quais os cuidados à saúde da pessoa transgênera encontram-se organizados pela gestão municipal de maneira a incluir a atenção primária neste processo, na cidade de Valença, apenas dois profissionais que atuam na APS realizam os cuidados em hormonização – Indigo e este pesquisador, embasados em protocolos como o implementado pelo município de São Paulo e em literatura científica para acolhimento dessa população nos serviços primários (CHEN, 2020; SBMFC, 2020; SÃO PAULO, 2020). Isso caracteriza um movimento além do tradicional papel desempenhado por diversas outras unidades da APS e seus profissionais que referenciam a outros níveis da atenção à saúde as demandas relativas ao processo transexualizador.

Nesse sentido, Indigo expressa sua motivação para aquisição de novas habilidades em relação aos cuidados por ele disponibilizados a esses sujeitos e também as reflexões acerca das práticas em saúde já institucionalizadas que daí advém:

Eu tenho aprendido muito com os dois casos de pessoas trans que eu tenho tentado apoiar no momento. E eu aprendo que surgem necessidades que eu não estaria atento e que agora eu sei que preciso estar atento, como a necessidade de laudo pra conseguir a cirurgia de redução ou de retirada da mama, ou de colocação da mama, e aí encaminhar pra psiquiatria; talvez isso caia, tomara que isso não seja mais necessário. Mas enfim saber já organizar isso de antemão pra oferecer isso pro paciente (Indigo).

Portanto, uma forma de garantir a longitudinalidade do cuidado nesse nível de atenção à saúde considerando as outras atribuições da APS, dentre elas a coordenação do cuidado e a capacidade de resolução de problemas. Merece destaque também o tensionamento dos rígidos protocolos instituídos para que alguns sujeitos tenham acesso às

intervenções que necessitam, como a “psiquiatrização” da transexualidade expressa nos laudos médicos e/ou psicológicos aos quais estão condicionadas algumas das cirurgias para modificação corporal em pessoas transgêneras.

Apesar do esforço de caráter mais voluntarista de alguns poucos profissionais que se dispõem a estarem mais atentos a algumas das questões mencionadas, nessa localidade de onde falamos e da qual falamos, permanece um grande silêncio em relação às necessidades de saúde da população LGBTQIA+, em especial da população trans.

A transexualidade é uma coisa muito malfeita em Valença, uma coisa que prejudica muito a população T²⁷ de Valença, existem muitos transexuais, todos eles num caminho de serem muito bem resolvidos em relação a qualquer coisa que envolva transexualidade (Cinza).

Marrom também faz essa denúncia ao nos descrever seu longo itinerário terapêutico na busca por modificações corporais:

Uma trajetória longa a questão do meu tratamento hormonal; a minha cidade não oferecia acessibilidade nenhuma, então eu tive que ir pra capital (...) aí eu me mudei pro Mato Grosso e lá novamente eu tentei iniciar, tinha que marcar um endócrino, isso demorou uns cinco meses (...) eu tive que me mudar e novamente tentei iniciar o meu tratamento hormonal dessa vez em Minas Gerais, lá foi mais fácil. De certa forma porque o clínico me passou toda uma bateria de exames para fazer que demorou tanto que eu novamente me mudei. Até chegar aqui, chegando em Valença foi muito mais rápido²⁸ (Marrom).

Portanto, a despeito do preconizado em políticas públicas de saúde, prevalece ainda a omissão dos responsáveis pela implementação de ações direcionadas a conferir maior qualidade de atenção à saúde dessa população. Em sentido contrário ao disposto no plano operativo da PNSILGBT, um dos principais instrumentos na busca por saúde integral das pessoas LGBTQIA+, que traz em seu texto:

O plano insere-se na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, considerando que a integralidade das ações depende da atuação de equipes interdisciplinares, prestando serviços de forma contínua às pessoas no seu contexto e atuando na qualidade de vida, na promoção da saúde, na prevenção, vigilância em saúde, na atenção básica e atenção especializada (BRASIL, 2013a).

Tal omissão, além de ferir diretrizes programáticas conforme aquelas expressas na PNSILGBT, interdita o acesso à saúde integral desses grupos populacionais acarretando piores resultados em saúde. Recente matéria jornalística do jornal O Globo ao trazer como título “Os adultos LGBTQIAP+ são mais vulneráveis às doenças cardíacas: especialistas

²⁷ População T compreende sujeitos transgêneros, dentre estes estão as travestis e transexuais.

²⁸ Marrom é paciente em hormonização na ESF Bairro de Fátima, local onde se iniciou, a despeito de não haver previsão no plano municipal de saúde, a hormonização de pacientes transexuais no município de Valença por iniciativa dos profissionais que atuam nessa ESF, unidade que integra o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

afirmam que o estresse provocado pelo estigma, discriminação e medo da violência aumentam o risco de problemas no coração”, reporta diversos estudos que associam as condições de vida de sujeitos LGBTQIA+ com adoecimentos diversos, dentre eles o cardiovascular com índices superiores ao da população geral (BLUM, 2022).

Mesmo com piores condições de saúde quando comparada à população geral, o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população LGBTQIA+, inclusive nas unidades básicas, são marcados por dificuldades e barreiras (GONZALES; PRZEDWORSKI; HENNING-SMITH, 2016) que vulnerabilizam ainda mais esses sujeitos. Como consequência, aqueles problemas comuns passíveis de serem acompanhados pela APS em suas tradicionais linhas de cuidado já implementadas, deixam de receber o cuidado adequado; portanto, negligenciados e assim contribuindo para maior carga de sofrimento e piores índices de saúde nessa população. Hipertensão, diabetes, problemas cardiovasculares diversos, consumo de tabaco ou dislipidemia deveriam encontrar amparo na atenção primária pois são, todas essas, condições facilmente manejáveis nesse nível de atenção, haja vista sua capacidade de resolução de problemas e vasta evidência de resultados que demonstram a importância dos cuidados primários para melhores desfechos em saúde da população (CASTRO et al, 2020).

Considerando todos os avanços alcançados com as políticas públicas em saúde, dentre elas o próprio SUS, a PNAB, a PNSILGBT e na articulação com outras instâncias de governo e gestão, a efetivação do direito à saúde integral permanece distante do ideal para a população LGBTQIA+ (BEZERRA et al., 2019). Resgatamos então a necessária visibilidade e representatividade desses sujeitos na luta política e na fiscalização da implementação dessas políticas no sentido de amenizar desigualdades sociais decorrentes da discriminação e preconceitos nos diversos contextos sociais.

A APS possui ainda importante papel como agente de transformação social ao motivar a reflexão sobre cidadania e direitos através da orientação comunitária e da educação em saúde, empoderando esses sujeitos na luta por saúde integral de qualidade. Isso perpassa o combate às violações de direitos às quais essas pessoas estão submetidas, tanto nos espaços de produção do cuidado quanto nos espaços comunitários e públicos, haja vista que a discriminação está diretamente relacionada a piores estatísticas de saúde nesta população. Corrigir iniquidades é fundamental na perspectiva de saúde como conceito ampliado e determinada socialmente.

Entretanto, observa-se ainda ausência de representatividade efetiva no município e

incipiente luta por garantia de direitos representadas por um CMLGBT pouco atuante no tensionamento das instituições quando há violação de direitos ou na afirmação destes; as entrevistas com Rosa e Senhora Branco nos permitem essa conclusão ao criticarem a atuação deste conselho no município, pois atualmente a atenção está direcionada a um evento festivo, em detrimento de outras questões como melhor qualidade de atenção à saúde e ações de educação para a cidadania. Esbarra-se também na omissão dos gestores públicos em relação à saúde dessa população, pois não há qualquer envolvimento do município de Valença (VALENÇA, 2018), assim como em muitos outros territórios do país, no sentido de reconhecer suas particularidades em saúde para implementar ações que visem a garantia desse direito (GOMES et al, 2018), mesmo que haja previsão normativa conforme o que está expresso na PNSILGT (BRASIL, 2013a).

São apontamentos que reforçam as dificuldades para se alcançar maior participação popular nas decisões que impactam as vidas de todos esses sujeitos, numa dimensão política do direito à saúde ainda pouco praticada em todos os cantos do país.

6.4.3 Rumo à integralidade do cuidado: considerando barreiras e potencialidades

Trouxemos até aqui alguns dos atributos da atenção primária que são fundamentais na efetivação do direito à saúde integral. Não poderíamos, portanto, deixar de adentrar em outras questões que configuram barreiras e, também, potencialidades da APS no caminho de proporcionar saúde integral de acordo com o que já se tem instituído nas políticas públicas. E refletir sobre aquilo que podemos tensionar no sentido de nos aprimorarmos enquanto profissionais implicados no cuidado e, com isso, aprimorar o próprio sistema de saúde.

Barreiras serão relativas ao acesso, por exemplo. Tais obstáculos no acesso aos serviços de saúde, apesar de frequentemente denunciados e discutidos pelos movimentos sociais organizados desde décadas atrás, especialmente após 1970, persistem. No que tange às mulheres lésbicas e mulheres bissexuais, a discriminação associada à ausência de preparo profissional é uma das principais barreiras ao cuidado em saúde.

Exatamente como narrado por Amarelo quando se buscou, na entrevista realizada, acessar suas vivências nos serviços de saúde. Em relação a situações de violência simbólica às quais essas mulheres estão sujeitas, ela nos revela que *“teve sim, acho que a que mais me marcou foi uma ida à ginecologista, ginecologista mulher (...) e [depois] eu não procurei de novo ginecologista, não fui nessa e em nenhuma outra”*; com isso entende-se por que

mulheres lésbicas como Amarelo buscarão por consultas ginecológicas com menor frequência do que mulheres heterossexuais. Além do preconceito evidente, a falta de preparo dos profissionais contribuirá para que a assistência ocorra – quando ocorre, de forma precária e pouco acolhedora (BARBOSA; FACCHINI, 2009; VALADÃO; GOMES, 2011).

Também nesse sentido, temos outro relato que parece reforçar algumas concepções não validadas cientificamente acerca das necessidades em saúde de algumas categorias do grupamento LGBTQIA+:

A maioria dos usuários do SUS que me vem à cabeça com essa pergunta são as mulheres lésbicas. Então deixa eu ter um cuidado com essa experiência aí por que pode mudar o fato de uma delas nunca ter tido sexo com penetração; e aí a questão da coleta do preventivo que não é necessária. Talvez elas sejam parceiras recentes, e aí a gente precisa orientar uma outra forma de fazer prevenção de IST que tem algumas particularidades; por outro lado, elas têm menos risco de várias IST por que é um sexo com menos fluidos contaminados (Indigo).

Uma ideia parcialmente verdadeira como essa, de que as mulheres lésbicas apresentam risco diminuído para IST e câncer de colo uterino (ALMEIDA, 2009), colabora no sentido de afastá-las dos serviços de saúde. Tal abordagem pode resultar em cuidado de qualidade inferior àquele tradicionalmente dispensado à população geral; este, intensivamente ensinado nos percursos de formação profissional, além de figurar rotineiramente nas atividades de educação permanente e ações programáticas correlatas. Portanto, em que pese essa omissão, além do cuidado interdito, a educação em saúde deixa de ser praticada quando a informação não encontra amparo científico e mesmo assim, é reproduzida continuamente nesse modelo de assistência.

Já a população bissexual tem aspectos de sua saúde frequentemente invisibilizados, os profissionais de saúde deveriam conhecê-los e então, acolhê-los, no sentido de garantir a integralidade do cuidado. Algumas das demandas específicas desta população consiste, por exemplo, na necessária diversidade de métodos de prevenção contra IST que atenda a todo um repertório de comportamentos e práticas sexuais que esta população possa, mesmo que não necessariamente, adotar em suas vivências com homens e/ou mulheres (SANTOS, 2019). Violeta considera fundamental que os profissionais da APS estivessem mais preparados para esse diálogo, portanto, aptos a prestar o cuidado com mais qualidade a esses sujeitos:

Talvez esse negócio do ginecologista é um tanto quanto problemático. Não só [o ginecologista, mas] todo médico deveria ser capacitado, principalmente no postinho de saúde que a gente vai pra um tudo e eu me sinto muito mais confortável se eu tenho a percepção de que aquela pessoa entende de minorias. Extremamente mais confortável pra mim como bissexual (Violeta).

Um apontamento importante no sentido de que, o desconforto que impede a

comunicação sobre a sexualidade vivenciada, impede também o cuidado apropriado. Ao negligenciar essa dimensão da vida dos sujeitos, partindo-se da presunção de uma heterossexualidade compulsória que impera nos serviços de saúde, toda a cadeia de cuidado fica comprometida. Nos atendimentos ginecológicos, por exemplo, a regra é *“logo [ir] perguntando se ela usava preservativo por que ela falou que tinha vida sexual ativa, mas antes de perguntar se ela usa preservativo, deveria perguntar se ela se relaciona com homens ou mulheres...”* (Violeta). Portanto, enquanto profissionais de saúde, inseridos em serviços de saúde, que, como partes de um contexto social mais amplo no qual impera a heteronormatividade, reproduzimos cotidianamente práticas questionáveis como atribuir compulsoriamente a heterossexualidade a todos aqueles que acessam esses serviços.

No que se refere às travestis e aos transexuais, as barreiras ao acesso e o comprometimento da qualidade de atenção têm sido relatadas como ainda mais intensas. Sejam elas perpetuadas por violências simbólicas das mais diversas ou o descumprimento expresso de leis e normas já instituídas no sentido da garantia de direitos desses sujeitos. Existem *“coisas minuciosas, né!? A questão da falta de respeito com meu nome social, que em todos esses lugares que eu passei [houve] essa questão do desrespeito, a falta de respeito com a questão dos meus pronomes [também]”* (Marrom). Portanto, mesmo diante de uma portaria do MS que prevê a utilização do nome social nos contextos do SUS (BRASIL, 2009), ainda persiste a sua não utilização regular, impactando toda a cascata de cuidado daqueles que têm nessa prerrogativa, a possibilidade de tornarem-se inteligíveis através dos pronomes e nomes que consideram adequados à sua identidade de gênero.

E há, ainda em relação à transexualidade, o persistente processo de psiquiatrização dessa condição, pois persiste a necessidade de médicos como a *“Dra Testis me ajudando, me encaminhando tudo certinho, me autorizou, fez o laudo para a cirurgia”* (Azul), condicionando a realização das intervenções de modificação corporal na pessoa transgênera a um laudo médico e/ou psicológico (ROCON et al., 2020). A reflexão orbita em torno da exigência de laudos, relatórios e atestados em saúde mental para tratar de aspectos identitários da vida desses sujeitos. Portanto, o debate não é no sentido de negação dessa especificidade em saúde integral, pois a população LGBTQIA+, em comparação com a população geral, apresenta maior adoecimento nessa dimensão da saúde (CIASCA, 2021).

Em que pese a importância da saúde mental, nas conversas com esses sujeitos fica evidente uma maior satisfação com aqueles profissionais que se dedicam a essa modalidade do cuidado, pois *“assim, numa pegada super cura gay [meus pais] falaram que era importante eu buscar uma terapia e aí eles escolhem um psicólogo pra mim que, amém! foi um*

cara ético” (Indigo). Outros entrevistados também relataram suas experiências positivas com profissionais ligados à saúde mental, Verde compartilhou sua experiência positiva com seu psiquiatra ao passar por momento de intenso sofrimento mental quando “eu acabei ficando mal, mal, mal... então pensei ‘eu preciso procurar ajuda’ e aí meu amigo me ajudou, um parente dele que era psiquiatra e tudo mais, e foi assim bizarro, mas de uma forma boa”. Nesse mesmo sentido, Amarelo nos relata que “com certeza, [experiências] positivas também, a minha psicóloga [já estudava saúde LGBTQIA+] e quando eu encontrei ela foi maravilhoso; eu sabia que com ela eu poderia me abrir, foi uma experiência muito positiva”, contrastando com experiências negativas anteriores quando buscara atendimento ginecológico e ao nos relatar sobre violações e negligências parecidas que ocorreram com sua namorada, a Labrys, em relação à ginecologia.

Muitos desses profissionais que atuam sob a perspectiva da heteronormatividade e do desrespeito aos direitos dessa população, inviabilizam o cuidado integral e perpetuam violências nos espaços que deveriam, antes de tudo, ser acolhedores. Essa norma também interfere na compreensão das iniquidades e os impede de atuar no sentido de combatê-las dentro daquilo que lhes compete enquanto profissionais e equipamentos de saúde. Nesse sentido, a atuação de muitos profissionais de saúde (e também a prática médica normatizadora institucionalizada) evidencia a inobservância ao que se prevê na PNSILGBT e reflete-se nas graves violências em espaços onde o acolhimento à diversidade deveria prevalecer.

Uma vez apareceu uma verruginha no [pênis do meu namorado] e na mesma hora a gente foi pro SUS. O uro [médico urologista] foi muito escroto; a gente foi sincero “a gente é casal, a gente faz sexo sem camisinha, aconteceu isso e isso”; ele deixou todos os alunos dentro da sala, eles ficaram rindo, uma debochou descaradamente, ele não fez nada e, nitidamente, ele tava criando uma atmosfera constrangedora e o fato de ser um casal gay atrapalhou diretamente. O problema foi resolvido na consulta, mas ele foi muito escroto, uma consulta bem homofóbica (Cinza).

Inegável que a influência dos padrões heteronormativos tem, dentro dos contextos de saúde, um importante espaço de ação. Esse modelo de mundo binário interfere fortemente na conduta profissional de maneira que muitos dos sujeitos LGBTQIA+ não terão os seus direitos respeitados e ficarão afastados dos serviços de saúde (ROCON et al., 2020), em especial quando essa população não tem como referência para suas necessidades integrais a APS, melhor avaliada nesta nossa pesquisa em relação aos especialistas focais e outros serviços de saúde. Indo de encontro ao que Violeta nos relata:

Eu acho que a consulta ainda é feita de uma forma que as pessoas não [acolhem] as minorias; por mais que esse assunto esteja em vigor, ele precisa ser mais

trabalhado com os profissionais de saúde. Quem trabalha na atenção primária tem mais contato com isso, mas os especialistas focais, principalmente os mais velhos que estão há muitos anos trabalhando na mesma área, [apesar] que são muito procurados, eles não estão capacitados. Alguns, sim, mas a maioria não (Violeta).

Ademais, atitudes discriminatórias como a do referido profissional que era o responsável pelo atendimento a Cinza e seu namorado, servem de modelo àqueles em momento de formação. Acaba-se por perpetuar, numa cascata de violações de direitos, atitudes preconceituosas e práticas discriminatórias, aquilo se tenta combater ao longo de décadas, inviabilizando uma maior equidade nas relações que se estabelecem nos diversos contextos de vida, inclusive nos serviços de saúde. Nesse sentido, o preconceito, a discriminação, a interpretação patológica de suas condições e o não reconhecimento do nome social, dentre outras violências praticadas pelos profissionais são motivos recorrentes para que essas pessoas deixem de buscar os cuidados formais em saúde. Diante disso, a busca por outras formas de cuidado, dentre elas a automedicação, é comum. Situação essa que deixa esses corpos ainda mais vulneráveis (BEZERRA et al., 2019). Assim, Rosa recorre a experimentações em seu corpo quando não encontra o apoio necessário do sistema de saúde para obter um cuidado com mais qualidade:

Eu queria controlar mais os hormônios, saber minhas taxas... Será que eu tomo de 15 em 15, 20 em 20 ou 30 em 30 dias? Eu fico nessa coisa de fazer experimentos. Aí vi agora que minha testosterona tava baixa; mas aí eu não sei se só a testosterona baixa por que precisa ter o estrogênio também. Aí a cabeça explode (Rosa).

Portanto, de acordo com o argumento de Bezerra et al. (2019) ao constatar uma maior vulnerabilidade desses corpos biológicos diante de algumas práticas como o uso de hormônios sem acompanhamento profissional adequado para o ajuste necessário e diminuição dos riscos da intervenção. Tal comportamento pode acarretar importantes prejuízos à saúde desses sujeitos, já que não dispõem do conhecimento técnico-científico que auxiliaria no uso de algumas dessas substâncias.

Mas como agir diante do acesso interdito e das informações que não são compartilhadas no sentido de empoderar esses sujeitos? As ciências da saúde trazem protocolos rígidos, normatizações que limitam o exercício e concepções próprias que cada um tem de si e de sua saúde. Tenta enquadrá-los naquilo que denominou como ‘normal’ ou adequado, se esquece de considerar cada sujeito e suas vulnerabilidades no intuito de flexibilizar e adaptar o que se tem estabelecido às realidades do contexto de cada um.

Certa vez me chegou um jovem homem trans que há algum tempo aguardava autorização para realizar exames e iniciar sua hormonização com testosterona, nesse intervalo que já se estendia além do habitual, vinha utilizando hormônios de uso veterinário de maneira clandestina pois recusaram iniciar sua hormonização sem o preenchimento de todo o protocolo previsto. Combinamos de realizar o mínimo necessário de exames e com isso iniciar hormonização com as formulações de testosterona de uso humano de maneira a diminuir possíveis danos à sua saúde (Orange, o estrangeiro).

Por que isso é a dor da beleza. *“A dor da beleza é porque sai rasgando, e a bicha tá ali sentindo dor e tá aguentando. Ela tá sentindo a dor mas sabe que vai ficar bonita”* de acordo com Samara, acerca da sua experiência sobre a injeção de silicone industrial realizada pelas “bombadeiras” (PEREIRA, 2013), o que enuncia outras práticas de “cuidado” quando não se tem garantido o direito à saúde integral a todos esses sujeitos. A dor da beleza, a dor da passabilidade, a dor da marginalidade, a dor do esquecimento pelas estruturas e pelo (cis)tema²⁹ público.

Consequência daquilo que Rocon et al. (2020) evidenciam ao apontarem que, não apenas as práticas discriminatórias bloqueiam o acesso ao sistema de saúde para esses sujeitos, mas também, a impropriedade da oferta de atenção e de cuidados. Portanto, a ausência da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde demonstra uma desatenção às questões relacionadas à identidade de gênero e orientação sexual, além de constituir uma barreira à prestação do cuidado, tendo em vista que, para o cumprimento dos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade, deve-se atentar às iniquidades em saúde dessas categorias identitárias.

De acordo com o posicionamento dos autores citados, Rosa também considera *“ideal que o sistema público de saúde nos acolha, que eu possa chegar lá e ter um atendimento, mas a maioria das pessoas não tem. A travesti muito dificilmente ela vai chegar no posto de saúde*. Entretanto, distante daquilo que se considera ideal e objetivado quando consideramos as políticas públicas e as lutas por direitos, o acesso ao cuidado em saúde permanece precário. Aqueles que ocupam os lugares mais abjetos no tecido social, tais como as travestis, enfrentarão maiores dificuldades em se fazer parte do (cis)tema, pois *“essas travestis que estão na rua se prostituindo, pra elas a realidade é tomar uma Perlutan³⁰ por semana, igual*

²⁹ Utilizamos a grafia (cis)tema em substituição a sistema para inferir o sentido de um sistema que, ao reproduzir violências e violações de direitos, mantém-se de acordo com a estrutura cisheteronormativa e portanto, não compreendido como acolhedor para aqueles sujeitos que desviam das normas de gênero, essencialmente a população transgênera.

³⁰ Perlutan é nome comercial da associação de algestona acetofenida e enantato de estradiol, um contraceptivo injetável para uso em dose única mensal e frequentemente utilizado por mulheres trans e travestis na hormonização. Possui venda livre nas farmácias de todo o país e custo relativamente baixo em relação a outros hormônios, inclusive aos hormônios bioidênticos (aqueles iguais aos produzidos pelo corpo humano) e que são mais seguros para uso no longo prazo. Além disso, parece conferir maiores mudanças corporais no curto prazo e,

as outras meninas fazem; ela não tem acesso no posto” (Rosa). Assim, mesmo na APS que desponta como o mais importante equipamento para facilitar a operacionalização das políticas de saúde, o cuidado estará interdito, principalmente pela norma que exclui dos espaços formais de cuidado aqueles sujeitos definidos como abjetos (SAMPAIO; GERMANO, 2014).

Isso afasta muito as pessoas de dentro do sistema de saúde. Eu não tenho problema de saúde além da hormonização que me faça ir ao centro de saúde; depois desse tempo de transição eu fiquei com medo de ir em ambiente de saúde pública (...) [mas] é muito importante que as pessoas LGBTQIA+ saibam que a gente pode entrar nesse ambiente, que a gente pode estar ali dentro, que é pra gente também. Mas depois que eu transionei eu só recorri ao particular, você tá pagando, você tá sendo respeitada (Rosa).

Neste momento da conversa, este pesquisador a confronta no sentido de mobilizar uma reflexão acerca dessa concepção de Rosa na qual, questões relacionadas à saúde quando parte de uma relação de consumo, não estariam sujeitas às violências observadas nos outros contextos de produção do cuidado. Nessa perspectiva, a saúde aparece como um produto e não um direito, atribuindo-se a ela um valor mensurável na relação com o capital. E então ela continua seu discurso após questionamento deste pesquisador se o pagamento por um serviço garantiria respeito e menor discriminação:

Claro que não, mas essa que é a questão. Você vê uma travesti na rua, daquelas que é completamente masculina, que é grande, que tem todos aqueles traços e aí você vê uma outra que já se veste melhor, que tem uma condição financeira melhor, já fala de uma forma mais feminina, já anda de uma forma mais feminina, existe essa questão também da passabilidade que influencia muito em tudo isso (Rosa).

Mesmo assim ainda persistem aspectos relacionados a questões financeiras e de classe social permeando as falas de Rosa, não apenas nesse excerto de fala, mas em outros momentos da conversa isso fica evidente; em vários deles ela recorre a esses argumentos, como por exemplo para referir-se a Azul como o “*garotinho riquinho*” e, por isso, algumas coisas para ele seriam menos difíceis no contexto da transgeneridade. Inclusive influencia na utilização dos serviços de saúde. São corpos, sujeitos, identidades singulares atravessadas por vários aspectos da determinação social da saúde, muitos dos quais poderiam ser amenizados com uma prática mais humana e adequada aos contextos de vida dessa população.

Importante considerar a intersecção dos diversos marcadores sociais na determinação da saúde para oferecer o cuidado adequado, fundamental quando se pensa na equidade e em

por isso, também é preferido em detrimento de outras formulações (SAMPAIO; GERMANO, 2017; PERLUTAN, 2006).

saúde integral como elemento de justiça social. São situações como descrita abaixo que nos permitem aprofundar essa reflexão:

Tinha o Azul Royal quando a mãe expulsa ele de casa, ele consegue ser acolhido na casa da avó e aí ele tinha 23 anos, tinha terminado o ensino técnico, não tinha faculdade, teve que procurar um trabalho. Tem pessoas homossexuais que vão ser expulsas de casa e não vão pra outro lugar, tanto que existem casas que apoiam essas pessoas e aí eu acho que o trabalho intersetorial é importante pra pensar essas questões de vulnerabilidade social, violência familiar... (Indigo)

Diante disso, faz-se necessário o resgate desse papel da APS de modo a considerar essa intersecção de diversas opressões advindas da orientação sexual, da pobreza, do racismo, da desigualdade de gênero e da LGBTQIA+fobia, concorrendo em maior grau de vulnerabilidade desses sujeitos.

Eu percebo algumas questões de muita insegurança, sinto eles [Azul e Rosa] muito inseguros socialmente nessa coisa de procurar trabalho, de estudar, esses desafios que já são difíceis, mas eu sinto que pra eles têm um peso extra. Eu fico muito preocupada com isso. O desafio é esse, se mostrar pra pleitear uma posição e ele não tem essa esse treinamento da vida por que nunca fez uma prova escolar, essa é a verdade, todas as professoras passaram ele (Senhora Branco).

Ao retomar a questão educacional, Senhora Branco nos coloca diante de questões importantes que contribuem para maior vulnerabilização desses sujeitos quando lhes é dificultado, por exemplo, o acesso à educação. Em que se considere o conceito ampliado de saúde, a escola é parte fundamental para se alcançar melhores desfechos em saúde integral. Entretanto, para muitos desses sujeitos este espaço que deveria educar para a vida é convertido em “um espaço hostil; ele nunca se formou, se formou [depois] no ENCCEJA³¹, e tem dificuldades” (Senhora Branco).

A PNSILGBT reconhece a maior vulnerabilidade desses sujeitos e traça diretrizes no sentido amenizar as desigualdades e, através de um cuidado mais equitativo, garantir a essa população o cuidado de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2013a). Reconhece-se também a complexidade envolvida no processo de desnaturalização dos preconceitos ao nos alertar que a maior dificuldade “será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças” (ROCON et al., 2020). Nesse sentido, saúde integral só seria alcançada ao reconhecer essas iniquidades e tornar o sistema de saúde um promotor de justiça social. Isso por que “não é

³¹ O Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos (Encceja) foi realizado pela primeira vez em 2002 para aferir competências, habilidades e saberes de jovens e adultos que não concluíram o Ensino Fundamental ou Ensino Médio na idade adequada. O Encceja é realizado pelo Inep em colaboração com as secretarias estaduais e municipais de educação.

necessário um salário astronômico pra ter acesso a essas coisas, se todo mundo tivesse condições decentes de vida e, o que o dinheiro não pode pagar, a rede suprisse com qualidade e tal, mas não é o que acontece” (Cinza).

Portanto, tais ações devem reconhecer a maior vulnerabilização e persegui-las no sentido de acolher aqueles que mais sofrem com as opressões cotidianamente. Assim, *“acredito que tenha que ter sim esses agentes que façam esse acolhimento, principalmente pras pessoas que tãõ na linha de frente tipo a população trans e travesti que são espancadas e morre (...) a população trans travesti que tá sempre nesse lugar, na linha de frente” (Preto).* Apontando para uma constatação importante desse trabalho no qual, a maioria dos participantes que responderam ao questionário e daqueles com os quais conversamos nas entrevistas, acreditam ser necessário lugares especializados no acolhimento da população LGBTQIA+ em suas demandas de saúde:

Tem, podia ter tudo específico. Assim como tem um postinho de saúde, precisa de um lugar pra ir lá fazer uma denúncia ou pra ser ouvido com uma equipe técnica à disposição, e um equipamento de saúde específico (Cinza).

Acredito que sim por conta das pessoas não estarem capacitadas para fazer o serviço com qualidade. Se tivesse profissionais fazendo o serviço desde o início sem tratar com diferença nós que pertencemos a sigla toda não teria necessidade (Preto).

Acho que não precisa de lugar específico pra separar, acho que precisa colocar todo mundo junto. Mas a partir do momento que uma pessoa LGBT for e se sente mal e sentou do lado de uma pessoa que olhou pra ela estranho ou falou uma coisa estranha, ou o recepcionista, ou o médico, essa pessoa deveria ter um lugar ou forma específica de denunciar ou poder falar que não se sentiu bem por que aconteceu alguma coisa e só (Violeta).

Eu acho essa uma pergunta difícil porque eu acho que não dá conta; e eu acho que não dá conta talvez primeiramente por que, pensando em mim mesmo, e o que eu vejo de colegas não se capacita pra isso. Embora a gente tenha uma política eu não tive contato com essa política durante a graduação, essa questão é um limite. A APS não dá conta hoje por pensar nisso; a segunda, e aí eu me pergunto isso, por exemplo, eu acho que podem haver demandas específicas de uma rede (Indigo).

Diante das falas acima, constata-se uma visão que opera numa lógica do cuidado melhor proporcionado à medida que é fragmentado e se diferenciam esses sujeitos da população geral, alocando-os nas diversas categorias identitárias atualmente consideradas no grupamento LGBTQIA+, assim pensadas por inferir-se que determinados grupos compartilharão alguns estigmas particulares. De outro modo, questões comuns a todas as pessoas guardariam diferenças entre si quando consideradas no contexto geral ou enquanto minoria sexual e de gênero, na mesma lógica de divisão binária na qual se opõem a heterossexualidade e as “homossexualidades”, perpetuando-se então a classificação pelas

diferenças.

Isso posto, fica claro que as identidades só se afirmam a partir da demarcação e negação de seus opostos, é possível perceber que a diferença não está do outro lado, mas faz parte da própria constituição de cada sujeito com potencial de problematizar a própria constituição do binarismo e da heterossexualidade como norma. Especialmente no campo da saúde, não há como discutir políticas públicas desconsiderando as diferenças relativas aos gêneros (COUTO; GOMES, 2012).

Não se nega que existam necessidades específicas em saúde de cada um dos sujeitos LGBTQIA+, e por isso necessita-se preparo para lidar com todas elas considerando-se a integralidade do cuidado. Por outro lado, a citada falta de treinamento ou capacitação pode perpetuar o preconceito e a discriminação e resultar num cuidado de pior qualidade, com aumento na incidência de doenças e seus fatores de risco, por isso deve-se investir na educação profissional e em diretrizes práticas, para que haja oferta ampla, abrangente, científica e humana a esse grupo populacional (BLUM, 2022).

Portanto, reflexão necessária no sentido de colocar em evidência esse assunto, tanto nos currículos de formação dos cursos da área da saúde, quanto nas atividades de educação permanente. Atentando-se também, além das especificidades biomédicas, àquelas especificidades dos nossos contextos de vida rumo à ampliação da capacidade de resolução de problemas da APS.

Refletir, pensar e praticar profissionalmente o cuidado à população LGBTQIA+ implica considerar sua diversidade de existência e expressão, conhecendo suas necessidades específicas e as abordagens apropriadas (SANTOS, 2019), (re)conhecendo que todos nós, além de sujeitos, somos um coletivo. É importante, nesse processo, o uso de metodologias desconstrutivistas para que cada um se dê conta da instabilidade de toda e qualquer identidade; admitindo-se que talvez as identidades devam utilizadas enquanto fragmentos temporários que possam nortear políticas e práticas de cuidado, sem reduzir os sujeitos e suas subjetividades a uma essência definitiva e individualizante (MOTTA, 2016).

Talvez isso motive todos aqueles implicados no cuidado em saúde ao engajá-los num questionamento permanente, democrático e plural dos processos políticos e sociais que produzem identidades e diferenças. Tal indicação é uma via para que as práticas assistenciais se tornem ações críticas e criativas em que todos os envolvidos afetam e sejam afetados, de forma a promover efetivamente a saúde, tanto no indivíduo, quanto na sociedade (COSTA-VAL et al, 2022).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária à saúde é uma importante estratégia do Estado para a efetivação do direito à saúde previsto na CF/88, e em todas as outras ações e diretrizes derivadas do conceito ampliado de saúde que advém da carta magna, por consistir num dos principais equipamentos da rede de saúde pública. Portanto, fundamental compreendermos seu papel na consolidação do SUS enquanto política de Estado considerando seus princípios e diretrizes, em especial, a integralidade.

É nesse nível de atenção que, observado seu nível de complexidade, várias ações podem ser adotadas para realmente alcançar a integralidade no cuidado em saúde. Apesar disso, pouco se tem investido na capacidade da APS para acolhimento da população LGBTQIA+, mesmo havendo há 11 anos uma política pública direcionada a esses sujeitos no sentido de amenizar iniquidades a que estão sujeitos no cenário nacional. Há algumas experiências interessantes nesse sentido em cidades tais como Rio de Janeiro e São Paulo, e alguns profissionais que atuam nesse nível de atenção que desenvolvem o cuidado à população LGBTQIA+ de maneira singular. Entretanto, ainda há muito a se fazer para que isso seja elevado à dimensão nacional e alcance efetivamente todos aqueles que têm nesse espaço de cuidado seu principal referencial em saúde.

Pensando na integralidade do cuidado, a APS é fundamental por diversos motivos na atenção a essa população. Possui a capilaridade necessária para alcançar a grande maioria de nós em quaisquer territórios que estejamos vivendo, ao contrário da estratégia de atenção à saúde dessa população centralizada em serviços especializados em grandes cidades que exclui muitos de nós que não conseguem acessar esses equipamentos por diversas questões, principalmente aquelas relacionadas à determinação social da saúde. O acesso a tais serviços concentrados em poucos municípios configura, considerando espaços geográficos e outros aspectos relacionados à acessibilidade, importante barreira na efetivação da saúde integral para pessoas LGBTQIA+.

Durante nosso percurso nesse estudo, nos deparamos com diversas questões relacionadas ao acesso, ao financiamento da saúde, barreiras geográficas e deficiências estruturais e de recursos humanos. Apesar disso, nos deparamos também com apontamentos que indicam uma mudança de paradigma na atenção à saúde dessa população quando encontramos profissionais que acolhem tais sujeitos e se propõem ao cuidado de acordo com as necessi-

dades destes, mesmo com as limitações no sistema público de saúde. Também merece destaque os esforços da SBMFC na qualificação de seus associados para prestar esse cuidado e a ampliação das competências do médico de família para acolher várias das necessidades desses sujeitos, democratizando o acesso a alguns serviços tais como a hormonização em pessoas transexuais.

Em especial neste cenário em que o estudo foi realizado, os desafios são redimensionados em decorrência de diversos marcadores sociais que ainda se fazem presentes num contexto interiorano como a cidade de Valença. Há ainda muitas lutas para vencer tais desafios e necessitamos empoderar a população LGBTQIA+ na busca pelo seu direito à saúde de maneira a questionar e cobrar que a PNSILGBT seja efetivamente implementada e se caminhe no sentido da universalidade da assistência, no reconhecimento das desigualdades e aprimoramento do sistema ainda iníquo e na integralidade do cuidado abrangendo todas as dimensões desses sujeitos e em todas as suas necessidades em saúde.

Não há como pensar em estratégias de luta sem o movimento LGBTQIA+ organizado. Este, apesar da existência de entidade de garantia de direitos na cidade, não olha com a devida responsabilidade para questões urgentes e prioritárias como saúde e educação, sem desconsiderar a importância da visibilidade através de eventos públicos aqui planejados.

Tudo isso são apontamentos para aprimorarmos nosso sistema de saúde no sentido de acolher a todos que dele dependem para efetivar o direito à saúde conforme estabelecido nas CF88. Importante a manutenção da articulação e diálogo desses sujeitos através dos movimentos organizados com a gestão pública para, quiçá num prazo não tão distante, experienciarmos as melhorias tão necessárias no sistema público de saúde, em especial na APS.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N. **Mosaico Brasil**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Projeto Sexualidade, 2009. Disponível em: http://sites2.uai.com.br/tva/ja2/projeto_mosaico_brasil_coletiva_rj_mg.pdf. Acesso em: 19 out. 2021.
- AINSWORTH, C. Sex redefined: the idea of two sexes is overly simplistic. **Nature**, 2015. Disponível em: <https://www.scientificamerican.com/article/sex-redefined-the-idea-of-2-sexes-is-overly-simplistic1/>. Acesso em: 10 out. 2021.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019. 152 p.
- ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul-set 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JhwFvPRq3LCSQTqkLgtHZ7f/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.
- ALBUQUERQUE, M.R.T.C., BOTELHO N.M., RODRIGUES C.C.P. Atenção integral à saúde da população LGBT: experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, jan-dez 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1758>. Acesso em: 25 set. 2021.
- ALMEIDA, M.S.C. *et al.* Classificação Internacional das Doenças – 11ª revisão: da concepção à implementação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 104, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/104/pt>. Acesso em: 30 abr. 2022.
- ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160 p.
- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **Am J Public Health**, v. 93, n. 12, dez 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14652329/>. Acesso em: 13 out. 2021.
- ALMEIDA, G; HEILBORN, M.L. Não somos mulheres gays: identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras. **Rev. Gênero**, Niterói, v. 9, n.1, p. 225-249, 2008. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/30947>. Acesso em: 17 jun. 2022.
- AMARAL, D.M. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4576#:~:text=Diante%20disso%2C%20considerando%20que%20no,o%20direito%20%C3%A0%20aten%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica>. Acesso em: 05 ago. 2022.
- ANO marcante para o curso de medicina do CESVA/FAA. **ANUP**, Brasília, 28 jun. 2018. Disponível em: <https://anup.org.br/noticias/ano-marcante-para-o-curso-de-medicina-do->

[cesva-faa/](#). Acesso em: 11 out. 2021.

ARCOVERDE, R. L.; AMAZONAS, M.C.L. A. Assexualidades: identidades e discursos na internet. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 11 E 13th WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 2017, Florianópolis. **Anais eletrônicos [...]**.

Disponível em:

http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1493811876_ARQUIVO_trabalhocompletonomodelo.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

AUREA. **Aromanticism.org**. c2019. Página Inicial. Disponível em:

<https://www.aromanticism.org/pt/inicio>. Acesso em: 10 nov. 2021.

AVEN. **The Asexual Visibility Education & Network**. c2001-2021. About Asexuality.

Disponível em: <https://www.asexuality.org/?q=overview.html>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SOUZA, C. Bandeiras, definida como símbolo visual representativo de um povo.

Diversitybbox. 2020. Disponível em: <https://diversitybbox.com/bandeiras/>. Acesso em 20 jul. 2022.

BARBOSA, B.R.S.N *et al.* Invisibilidade lésbica e a interseccionalidade de opressões. *In*: 18º REDOR, 2014, Recife. **Anais [...]**. Disponível em:

<http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/2269/821>. Acesso em: 17 jul. 2022.

BARBOSA, C.P.; GUERIN, L.D. Múltiplas construções da identidade lésbica: uma análise das narrativas teóricas da formação da subjetividade. **Rev Ártemis**, [s.l.], v. 30, n.1, p.

422-437, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/53014/32374>. Acesso em: 28 jul. 2022.

BARBOSA, M.R.; KOYAMA, M.A. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.7, p. 1511-1514, 2006.

BECKER, H.S. **Método de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec. 1993. 180 p.

BELLA Thorne diz ser “pansexual” assim como Serguei. Entenda! **NDMAIS**, Florianópolis, 27 jul. 2019. Disponível em: <https://ndmais.com.br/diversao/bella-thorne-diz-ser-pansexual-assim-como-serguei/>. Acesso em: 20 jul. 2022

BELLAGAMBA, L.R. O que é interseccionalidade e por que importa saber seu significado? **Blog Ideação**, 2022. Disponível em: <https://blogs.iadb.org/brasil/pt-br/o-que-e-interseccionalidade-e-por-que-importa-saber-seu-significado/#:~:text=Em%20termos%20simples%2C%20a%20interseccionalidade,n%C3%A3o%20afetam%20uma%20pessoa%20separadamente>. Acesso em: 14 set. 2022.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo: Sexualidade e gênero na experiência transexual**.

Salvador: Devires, 2017. 252p.

BEZERRA, I.M.P.; SORPRESO, I.C.E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca de reorientação das práticas. **Hum Growth Dev**, São Paulo, n. 26, v. 1, p.

11-16, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/113709>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BEZERRA, M.V.R. *et al.* Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v 43, n. especial, dez 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DkZJz3V4kfLczm7Qbvpr3Xh/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2021.

BLUM, D. Os adultos LGBTQIAP+ são mais vulneráveis às doenças cardíacas. **O Globo**, 2022. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2022/06/os-adultos-lgbtqiap-sao-mais-vulneraveis-as-doencas-cardiacas-entenda.ghtml>. Acesso em: 20 jul. 2022

BOCKORNI, B.R.S.; GOMES, A.F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Rev Cien Emp UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, 2021. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/empresarial/article/view/8346/4111>. Acesso em: 30 nov. 2021.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, 2005, p. 68-80.

BRANDÃO, B.A. **Cuidado à população LGBT: iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 26 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sem Homofobia. Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008**. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 20 ago. 2008a.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Anais da Conferência Nacional de**

Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf. Acesso em: 28 mai 2021.

BRASILa. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 05 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.803 de 19 de novembro de 2013.** Redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 20 nov. 2013b.

BRASIL, **Decreto 8727, de 28 de abril de 2016.** Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério das Comunicações. **Pesquisa mostra que 82,7% dos domicílios brasileiros têm acesso à internet.** Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mcom/pt-br/noticias/2021/abril/pesquisa-mostra-que-82-7-dos-domicilios-brasileiros-tem-acesso-a-internet>. Acesso em: 10 out. 2021.

BROEIRO, P. Justiça social e lei dos cuidados inversos. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 167–169, 2016. DOI: 10.32385/rpmgf.v32i3.11786. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11786>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BROTTO, LA *et al.* Asexuality: a mixed-methods approach. **Arch Sex Behav**, Vancouver, v. 39, p.599-618, 2010. Disponível em: <https://med-fom-brotto.sites.olt.ubc.ca/files/2017/04/2010-Brotto-et-al.-Asexuality-mixed-methods.pdf>. Acesso em 20 jun. 2022.

BUENO, N.S. *et al.* Os desafios no acesso à saúde da comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais no Brasil: uma revisão integrativa. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8524-8568, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13391/11244>. Acesso em: 05 abr. 2021.

BUTLER, J. **Deshacer el género.** Barcelona: Paidós, 2006. 392 p.

BUTLER, J. **Gender trouble: Feminism and the subversion of identity.** New York: Routledge, 1990. 172 p.

BUTLER, J. **Problemas de gênero.** Feminismo e subversão de identidade. Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. 236 p.

BUSS, P.M., FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2021.

BVS Atenção Primária em Saúde. Como acolher a população transexual na atenção primária à saúde? 2017. Segunda Opinião Formativa. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/como-acolher-a-populacao-transexual-na-atencao-primaria-em-saude/>. Acesso em 05 abr. 2021.

CABRAL, L.S. **Homossexualidades femininas no contexto do SUS: investigação dos cuidados clínicos de enfermagem**. 2017. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017.

CALAZANS, G.J. **Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens**. 2018. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22102018-120508/publico/GabrielaJunqueiraCalazansVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em 21 out. 2021.

CALAZANS, G. *et al.* **Políticas de saúde LGBTQIA+ no Sistema Único de Saúde e na saúde suplementar**. In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar. Santa de Parnaíba: Manole, 2021. p. 92-99.

CAMARGO, J.J. **A interface da medicina e a literatura**. In: NOVIS, A.L.; GEOVANINI, F.; VERAN, L. Medicina Narrativa: A arte do encontro. Rio de Janeiro: Thieme, 2021.

CARDOSO, M.R.; FERRO, L.F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8pg9SMjN4bhYXmYmxFwmJ8t/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2021.

CARRARA, S. A antropologia e o processo de cidadanização da homossexualidade no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 47, p. 445-482, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8647270/14232>. Acesso em 15 ago. 2022.

CARRARA, S; SIMÕES, J.A. Sexualidade, Cultura e Política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. **Cadernos Pagu**, n. 28, p. 65-99, jan-jun de 2007.

CARTA de Porto Alegre: em defesa da equidade de gênero e da diversidade sexual na educação médica. **ABEM**, 2017. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CARTA-LGBT-1-1.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

CARVALHAES, F.F. *et al.* Territórios, Gerações & Cultura: (Des)continuidades das Expressões de Gênero entre Lésbicas. **Rev. Latino-americana de Geografia e Gênero**, v. 2, n. 1, p. 92-103, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/126856/ISSN2177-2886-2011-02-01-092-103.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 out. 2021.

CASTRO, D.M. *et al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1246/impacto-da-qualidade-da-atencao-primaria-a-saude-na-reducao-das-internacoes-por-condicoes-sensiveis>. Acesso em: 27 jul. 2022.

CASTRO, M.G.; ANDRADE, T.M.R.; MULLER, M.C. Conceito de mente e corpo através da história. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/SbNh8XMXRgHQRthYPfDRmnJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.

CFM atualiza regras para aperfeiçoar o atendimento médico às pessoas com incongruência de gênero. **Portal CFM**, 2020. Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-regras-para-aperfeicoar-o-atendimento-medico-as-pessoas-com-incongruencia-de-genero/#:~:text=Cirurgias%20E2%80%93%20Com%20rela%C3%A7%C3%A3o%20aos%20procedimentos,m%C3%ADnimo%2C%20um%20ano%20de%20acompanhamento>>. Acesso em: 28 de jul. de 2022.

CHARON, R. **Narrative Medicine: Honoring Stories of Illness**. Oxford: Oxford University, 2006. 304 p.

CHARON, R. **O corpo que se conta: por que a medicina e as histórias precisam uma da outra**. São Paulo: Letra e Voz; 2015. 72 p.

CHAVES, P.N.; NÓBREGA, T.P. **O movimento queer: Pluralização de corpos, gêneros e identidades**. In: XIX CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE E VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2015, Vitória. **Anais [...]**. Vitória, Espírito Santo. Disponível em: <http://congressos.cbce.org.br/index.php/conbrace2015/6conice/paper/viewFile/7225/3649>. Acesso em: 13 ago. 2022.

CHEN, S.; LOSHAK, H. Primary care initiated gender-affirming therapy for gender dysphoria: a review of evidence based guidelines. Ottawa: **CADTH**, 2020. Disponível em: <https://www.cadth.ca/primary-care-initiated-gender-affirming-therapy-gender-dysphoria-review-evidence-based-guidelines>. Acesso em: 28 out. 2021.

CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. **Saúde LGBTQIA+: Práticas do cuidado transdisciplinar**. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. 604 p.

CIASCA, S.V.; POUGET, F. **Aspectos históricos da sexualidade humana e desafios para a despatologização**. In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. **Saúde LGBTQIA+: Práticas do cuidado transdisciplinar**. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p. 18–27.

CNES: Cadastro Nacional dos estabelecimentos de Saúde. Estabelecimentos de Saúde do Município: Valença. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=33&VCodMunicipio=330610&NomeEstado=RIO%20DE%20JANEIRO. Acesso em: 11 out. 2021.

COELHO, F.M.F. As novas guerras sexuais: diferença, poder religioso e identidade LGBT no Brasil. **Mandrágora**, São Paulo, v.23, n.1, 2017, p. 113-123. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MA/article/view/7338/5788>. Acesso em: 13 ago. 2022.

COELHO, G. STF define tese autorizando pessoas trans a mudar de nome sem cirurgia. **Consultor Jurídico**, 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-ago-15/stf-define-tese-autorizando-pessoa-trans-mudar-nome-cirurgia>. Acesso em: 29 de jul. 2022.

COLLING, L.; NOGUEIRA, G. **Relacionados mas diferentes: sobre os conceitos de homofobia, heterossexualidade compulsória e heteronormatividade**. In: RODRIGUES, A.; DALLAPÍCULA, C.; FERREIRA, S.R.S. (orgs.). *Transposições: lugares e fronteiras em sexualidade e educação*. Vitória: EDUFES, 2015. 366 p.

COSTA, A.M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde Soc.** [s.l.], v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dRxDdCthLrSL3cbsmCP6thp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2021.

COSTA, R. Comitê promove debate sobre branquitude e práticas antirracistas. **Portal FIOCRUZ**, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/comite-promove-debate-sobre-branquitude-e-praticas-antirracistas>. Acesso em: 02 set. 2022.

D'ANDREA, L. S.; ROMAGNOLI, R. C. Deslocando sobre o arco-íris com tonalidades cinza e preto: assexualidades em trânsito. **Revista Ártemis**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 219–239, 2018. DOI: 10.22478/ufpb.1807-8214.2018v25n1.36065. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/36065>. Acesso em: 11 nov. 2022.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas**. In: Bosi MLM, Mercado FJ, (orgs.). *Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 99-120.

DEWES, J.J. **Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling: uma descrição dos métodos**. 2013. TCC (Graduação) - Curso de Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>. Acesso em: 21 out. 2021.

DUARTE, L.F.D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciênc. saúde coletiva**, [s.l.], n. 8, v. 1, p. 173-183, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GWNwqjpQFNvt4gV8qcCM4tc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2022.

ENNES, M.A.; MARCON, F. Das identidades aos processos identitários: repensando conexões entre cultura e poder. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 16, n. 35, p. 274-305, 2014.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/soc/a/jXq5XN7RP3g6wFJqpQqXBTN/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 18 jun. 2022.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006. 43 p.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. *In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.d'A. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4)

FEINSTEIN, B.A.; DYAR, C. Bisexuality, minority stress, and health. **Curr Sex Health Rep**. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28943815/>. Acesso em: 10 out. 2021

FERNANDES, I. **A relação médico-paciente na era da tecnologia – o papel da medicina narrativa**. *In: NOVIS, A.L.; GEOVANINI, F.; VERAN, L. Medicina Narrativa: A arte do encontro*. Rio de Janeiro: Thieme, 2021.

FERNANDES, Y. Jovens LGBTs revelam experiências de intolerância em igrejas evangélicas. **Projeto Colabora**, 2021. Disponível em: <https://projetocolabora.com.br/ods16/lgbts-revelam-experiencias-de-intolerancia-em-igrejas-evangelica/>. Acesso em: 23 jun. 2022.

FERRARI, A.; BARBOSA, J.G.C.V. Homossexualidades masculinas e cidade pequena. **Bagoas - Estudos gays: gênero e sexualidades**, v. 8, n. 11, p.211-236, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/6550>. Acesso em: 23 jun. 2022.

FERREIRA, B.O. “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. 2019. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1733>. Acesso em: 13 out. 2021.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FONTANELA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 160 p.

FRANCO, N.; SALVADOR, N.R.C. “Todo mundo tá tomando conta da vida dos outros”: vivências e trajetórias LGBTQIA+ em contextos interioranos. **Rev. Debates Insubmissos**, Caruaru, v. 3, n. 9, edição especial, 2020. Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/debatesinsubmissos>. Acesso em: 20 jul. 2022.

FRY, P.; MACRAE, E. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Abril Cultural, 1985. 125 p.

GAGLIOTTI, D.A.M.; HERCOWITZ, A. **Mulheres e homens cis bi e pansexuais**. In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. Saúde LGBTQIA+: Práticas do cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p. 224 – 228.

GIANOULIS, T. Passing. **GLBTQ Encyclopedia**. c.2015. Disponível em: http://www.glbtqarchive.com/ssh/passing_S.pdf. Acesso em 14 de set. de 2022.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução: Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

GOMES, S.M. *et al.* O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde Soc**. São Paulo, v.27, n.4, p.1120-1133, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/GS8FXSvb3ZvvGvGKqkCXSJS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de ensino e pesquisa, 2014. *E-Book*. 45 p. Disponível em: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/Documents/LatoSensu/caderno-pesquisa-qualitativa-mestrado-2014.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad saúde pública**, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rqc6qzhkh9rch5c7zlwnmvj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

GONDIM, R. *et al.* **Organização da atenção**. In: OLIVEIRA, R.G.; GRABOIS, V; JÚNIOR, W.V.M. (Org.) Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009. 404 p.

GONZALES, G.; PRZEDWORSKI, J.; HENNING-SMITH, C. Comparison of health and health risk factors between lesbian, gay, and bisexual adults and heterosexual adults in the united states results from the national health interview survey. **JAMA Intern Med**, v. 176, n. 9, p. 1344-1351, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27367843/>. Acesso em: 13 ago. 2022.

GRECO, M. *et al.* Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. **Rev Saúde Pública**, [s.l.], v. 41 (Supl. 2), p. 109-117, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wMZkyQgqwW9GPdmBkWNKyJd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2021.

GREEN, J.N. **Além do Carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX**. Tradução: Cristina Fino e Cássio Arantes Leite. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

GROOVE, G. *et al.* **Vermelho**. In: GROOVE, Glória. Lady Leste. São Paulo: SB Music, 2022. Faixa 3.

HAFEEZ, H. *et al.* Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender

youth: a literature review. **Cureus**, [s.l.], v. 9, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5478215/>. Acesso em: 05 abr. 2021.

HUNTY, R. Story na plataforma Instagram. Instagram @rita_von_hunty. Acesso em ago. de 2022.

HUWITZ, B. Narrative and the practice of medicine. **The Lancet**, [s.l.], v. 356, n. 9247, p. 2086-2089, 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/12182857> Narrative and the practice of medicine. Acesso em: 10 out. 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**: Valença c.2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/valenca/panorama>. Acesso em: 11 out. 2021.

IDENTIDADES do Rio. Valença. **Pensa Rio UFF**, [s.d.]. Disponível em: <http://www.pensario.uff.br/node/235>. Acesso em 15 de jul. de 2022.

JESUS, J.G. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. 2. ed. Brasília: Autor, 2012. *E-book*. 42 p. Disponível em: <https://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

JESUS, L.A. *et al.* Representações sociais da velhice LGBT entre os profissionais do Programa Estratégia da Família (PEF). **Summa Psicológica UST**, v. 16, n. 1, 27 – 35, 2019.

JONGO do Quilombo São José da Serra – Valença/RJ. Pontão Jongo. Disponível em: <http://www.pontaojongo.uff.br/jongo-do-quilombo-sao-jose-da-serra-valencarj>. Acesso em: 11 out. 2021.

JUNIOR, A.L. *et al.* **Homens cis gays**. In: CIASCA, S.V.;HERCOWITZ, A.;JUNIOR, A.L. Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p. 213-223.

KNIGHT, D.A.; JARRETT, D. Preventive Health Care for Women Who Have Sex with Women. **Am Fam Physician**, [s.l.], v. 95, n. 5, p. 314-321, 2017 Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2017/0301/p314.html>. Acesso em: 13 out. 2021.

LEÃO, M. **Os unicórnios no fim do arco-íris: bissexualidade feminina, identidades e política no Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

LEITE, A.F.S., OLIVEIRA, T.R.M. Profanar a saúde: será (im)possível um olhar *queer*? **Periódicos** (UFBA), v. 2, p. 200-215, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicos/article/view/12888>. Acesso em: 10 nov. 2021.

LEWIS, E.S. **“Não é uma fase”**: construções identitárias em narrativas de ativistas

LGBT que se identificam como bissexuais. 2012. Dissertação (Mestrado em Letras) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, F.L.T. **A rotatividade dos profissionais na estratégia de saúde da família: um estudo sobre a microrregião de Itabira, MG.** 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

LIONÇO, T. Que direitos à saúde para a população GLBT? Considerando Direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NdCpsvRwnJVYHZhSwRNhfs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2021.

LOPES, J.T. Em busca de um lugar no mapa: reflexões sobre políticas culturais em cidades de pequena dimensão. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras, n. 34, p. 81-91, dez. 2000. Disponível em: [Em busca de um lugar no mapa: reflexões sobre políticas culturais em cidades de pequena dimensão \(scielo.pt\)](https://www.scielo.pt). Acesso em 24 jun. 2022.

LORIA, G.B. *et al.* Saúde da população LGBT+ no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e Comunidade/Saúde Mental em uma universidade pública. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1807, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1807>. Acesso em: 05 abr. 2021.

LOURO, G.L. (Org.). **O corpo educado: Pedagogias da sexualidade.** Belo Horizonte: Autêntica, 1997. 224 p.

LOURO, G.L. Teoria *queer* uma política pós-identitária para a educação. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 541-553, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/64NPxWpgVkt9BXvLXvTvHMr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 13 de jul. de 2022.

MAGALHÃES, L.G. **Manual de acolhimento de Transexuais e Travestis (TT) à Atenção Primária à Saúde (APS).** Produto de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde. 2019. São Paulo. Disponível em: http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/Acolhimento_Transexuais.pdf. Acesso em: 05 abr. 2021.

MAGALHÃES, S.V.T. **História do resgate da espessura dos cuidados em saúde.** *In:* NOVIS, A.L.; GEOVANINI, F.; VERAN, L. *Medicina Narrativa: A arte do encontro.* Rio de Janeiro: Thieme, 2021.

MANUAL de Comunicação LGBT. **ABGLT**, [2015]. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Comunica%C3%A7%C3%A3o-LGBT.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2022

MARCONDES, N.A.V.; BRISOLA, E.M.A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, [S. l.], v. 20, n. 35, p. 201–208,

2014. DOI: 10.18066/revunivap.v20i35.228. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/228>. Acesso em: 15 nov. 2021

MARTINEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 3, p. 613-619, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?format=pdf&lang=es>. Acesso em: 13 out. 2021.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MELLO, L.; BRITO, W; MAROJA, D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cadernos Pagu**, n. 39, 2012, p.403-429. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/YQWsXdYVRgFgWsW9c5w8mnw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2021.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011. 554 p.

MEREISH, E.H.; KATZ-WISE, S.L.; WOULFE, J. We're here and We're queer: sexual orientation and sexual fluidity differences between bisexual and queer women. **Journal of Bisexuality**, Washington, v. 17, n. 1, p. 125-139, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29249909/>. Acesso em: 10 out. 2021.

MEYER, D.E. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 57, n. 1, p. 13-18, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cWRpwwC5yCqdzrDkH66gbvp/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004 2016. 96 p.

MINAYO, M.C.S. **Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social**. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F. (orgs.) Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 380 p.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 284 p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.D.R.; GOMES, R. **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade**. 21a. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. 80 p.

MS - Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília, 1986, 430p.

MISKOLCI, R. A Teoria *Queer* e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologia**, Porto Alegre, v. 1, n. 21, p. 150-182, 2009.

MISKOLCI, R. **Não somos, queremos** – reflexões queer sobre a política sexual brasileira contemporânea. In: COLLING, L. (org.) *Stonewall 40 + o que no Brasil?* Salvador: EDUFBA, 2011. p. 37-56.

MISKOLCI, R. **Teoria *Queer***: um aprendizado pelas diferenças. 3a. ed. São Paulo: Autêntica, 2018. 87p.

MONTENEGRO, R.B. *et al.* Significados de saúde na perspectiva de portadores de doenças crônicas e de indivíduos saudáveis. **Rev. Elet. Acer. Saúde**, v. sup., n.52, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3675>. Acesso em: 04 jul. 2022.

MOTTA, J.I.J.; RIBEIRO, V.M.B. Quem educa *queer*: a perspectiva de uma analítica *queer* aos processos de educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1695-1704, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n6/1695-1704/pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

MOURA, RG; NASCIMENTO, RP. “Eu Não Virei, Eu Nasci”: discutindo a afeminofobia a partir da figura do gay e do menino afeminado. **Simbiótica Revista Eletrônica**, vol. 7, n. 2, p. 242-262, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5759/575965958015/html/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

NATAL-NETO, F.O.; MACEDO, G.S.; BICALHO, P.P.G. A criminalização das identidades trans na escola: efeitos e resistências no espaço escolar. **Psicol. Ensino & Form.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 78-86, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612016000100008. Acesso em: 18 jul. 2022.

NETO, J.N. Questões de identidade(s) de gênero(s) e orientação sexual: uma abordagem através da pedagogia *queer*. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 14, n. 168, p. 27-34, 2015. Disponível em: <https://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/27365>. Acesso em: 20 jul. 2022.

NETO, W.M.; JUNIOR, A.L.; HERCOWITZ, A. **Pessoas assexuais**. In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. *Saúde LGBTQIA+: Práticas do cuidado transdisciplinar*. Santa de Parnaíba: Manole, 2021. p. 265 – 269.

NOBRE, FC *et al.* A amostragem na pesquisa de natureza científica em um campo multiparadigmático: peculiaridades do método qualitativo. **Revista Espacios**, v. 38, n. 22, [n.p.], 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n22/a17v38n21p13.pdf>. Acesso em 31 dez. 2021.

NONATO, G. **Trans rentável: quem lacra e lucra com pessoas trans e travestis?** [s.l.], 28 jul. 2021. Instagram: @travagiu. Disponível em: https://www.instagram.com/travagiu?utm_medium=copy_link. Acesso em: 10 nov. 2021.

NONATO, G. **O gênero está nas relações, não nos genitais.** [s.l.], 24 ago. 2022. Instagram @travagiu. Disponível em: https://www.instagram.com/travagiu?utm_medium=copy_link. Acesso em: 30 ago. 2022

NUNAN, A. Violência doméstica entre casais homossexuais: o segundo armário? **Rev. Psico**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 69-78, 2004.

O ATENDIMENTO de pessoas trans na atenção primária à saúde. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2020. Notícias. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-atendimento-de-pessoas-trans-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

O MOVIMENTO LGBTQIA+: os significados e as lutas da diversidade. **FUNDACRED**, c.2022. Disponível em: <https://www.fundacred.org.br/site/2019/11/25/o-movimento-lgbt-gia-os-significados-e-as-lutas-da-diversidade/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

OLIVEIRA, E.R.B. “**Minha vida de ameoba**”: Os scripts sexo-normativos e a construção social das assexualidades na internet e na escola. 2014. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-11052015-102351/pt-br.php>. Acesso em: 20 ago. 2022.

OLIVEIRA, M.R. *et al.* **Invisibilidade e solidão**: a figura do homossexual idoso no Brasil. In: SAMPAIO, E.C. (org.). Envelhecimento Humano: desafios contemporâneos – volume 2. Guarujá: Científica Digital, 2020. *E-book*. p. 233-245. Disponível em: <http://download.editoracientifica.org/books/978-65-87196-39-8.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro: OMS, 2011. 56 p. Disponível em: https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/Documento_Tecnico_diminuindo_diferencas.pdf. Acesso em: 05 abr. 2021.

ORIÁ, M.O.B., XIMENES, L.B., ALVES, M.D.S. Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v. 4, n. 2, p. 24-30, 2005. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4855/html_719. Acesso em: 13 out. 2021.

PELLEGRINI, A; BUSS, P. Artigo aborda os problemas da saúde e seus determinantes sociais. **Agência FIOCRUZ de notícias**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/artigo-aborda-os-problemas-da-sa%C3%BAde-e-seus-determinantes-sociais>. Acesso em: 20 abr. 2021.

PERLUTAN: algestona acetofenida e enantato de estradiol. Buenos Aires: Boehringer Ingelheim S.A., 2006. Bula de remédio.

PIANE, L.; CHARLES, R. **Born Naked**. In: RUPAUL, Born Naked. Los Angeles: RuCo Inc, 2014. Faixa 10.

PINHEIRO, R. **Integralidade**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>. Acesso em: 25 ago. 2022.

PRADO, E.A.J.; SOUSA, F.M. Políticas públicas e a saúde da população LGBTQIA+: uma revisão integrativa. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n.1, p. 69-80, 2017. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1895>. Acesso em: 10 out. 2020.

REIS, N.; PINHO, R. Gêneros não-binários, identidades, expressões e educação. **Rev. Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 1, p. 7-25, 2016. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/index>. Acesso em: 20 jul. 2022.

RIBEIRO, G. Entre armas e púlpitos: a necropolítica do bolsonarismo. **Rev. Continentes (UFRRJ)**, [s.l.], ano 9, n. 16, p. 463-485, 2020. Disponível em: <https://www.revistacontinentes.com.br/index.php/continentes/article/view/288/212>. Acesso em: 20 jun. 2022.

RIBEIRO, J.K.A.; BARRETO, M.S.V. Repensando políticas públicas para a população LGBT no Brasil. In: VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. 2013, São Luís. **Anais [...]**. São Luís, Maranhão. Cidade Universitária da Universidade Federal do Maranhão, 2013, [n.p.]. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo7-questoesdegeneroetniaegeracao/repensandopoliticaspUBLICASparapopulacaolgbtNOBRASIL.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2022.

RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Bagoas - Estudos gays: gênero e sexualidades**, [s.l.], v. 4, n. 05, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309>. Acesso em: 18 jul. 2022.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria da Saúde SES RS. Atenção Básica do RS. **Saúde da população LGBT**. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-lgbt>. Acesso em: 05 abr. 2021.

ROSARIO, V.A. Quantum sex: intersex and the molecular deconstruction of sex. **GLQ A Journal of Lesbian and Gay Studies**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 267-284, 2009. Disponível em: <http://vrosario.bol.ucla.edu/CV/QuantumSex.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

ROUQUAYROL, MZ.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728p.

ROZENTHAL, E. Assexualidade: um olhar psicanalítico para o futuro. **Cad. Psicanal. (CPRJ)** Rio de Janeiro, v. 40, n. 38, p. 111-124, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v40n38/v40n38a07.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2022

SAMPAIO, J.V.; GERMANO, I.M.P. Políticas públicas e crítica *queer*: algumas questões sobre identidade LGBT. **Psicologia e Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 290-300, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/sLppG4k73FFG33g9qJZxWzB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2022.

SAMPAIO, J.V.; GERMANO, I.M.P. “Tudo é sempre de muito!”: produção de saúde entre travestis e transexuais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 453-472, 2017.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/d4ghdjnqJmXq8z8hvtVcR7j/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2022.

SANCHEZ R.M., CICONELLI R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud Pública**, [s.l.], v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SANT’ANNA, C.F. *et al.* Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 92-99, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a13v31n1.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

SANTOS, J; SILVA, R; FERREIRA, M. Saúde da população LGBTI+ na atenção primária à saúde e a inserção da enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2019.

Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000400502&script=sci_arttext&tlng=pt)

[81452019000400502&script=sci_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000400502&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 05 abr. 2021

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. **Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo**. São Paulo, 2020. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf. Acesso em: 05 abr. 2021.

SAÚDE mental LGBTQIA+. **Portal Sanarmed**, 2021. Disponível em:

<https://www.sanarmed.com/saude-mental-lgbtqia>. Acesso em: 30 jun. 2022.

SELLTIZ, C. *et al.* **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. Tradução: Maria Martha Hubner de Oliveira. 2. ed. São Paulo: EPU, 1987.

SBMFC. GT de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos. Mitos LGBTQIA+:

Lésbicas. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/gt-de-genero-sexualidade-diversidade-e-direitos/>. Acesso em: 13 out. 2021.

SCAVONE, L. Estudos de gênero: uma sociologia feminista? **Rev. Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 1, 2008, p. 173-186. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/MsXMqHwb9wm36rZ3DsrXVks/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 12 jul. 2022.

SEDGWICK, E.K. **Tendencies**. London: Routledge, 1994.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez Editora, 2010. *E-book*. 274 p. Disponível em:

https://www.ufrb.edu.br/ccaab/images/AEPE/Divulga%C3%A7%C3%A3o/LIVROS/Metodologia_do_Trabalho_Cient%C3%ADfico_-_1%C2%AA_Edi%C3%A7%C3%A3o_-_Antonio_Joaquim_Severino_-_2014.pdf. Acesso em: 30 jan. 2022.

SILVA, A. Materializando as identidades não-binárias: a bicha enquanto identidade de

gênero brasileira (a fluidez de gênero para além dos muros universitários).

Transfeminismo, 2016. Disponível em: <https://transfeminismo.com/materializando-as-identidades-nao-binarias-a-bicha-enquanto-identidade-de-genero-brasileira-a-fluidez-de-genero-para-alem-dos-muros-universitarios/>. Acesso em: 12 jul. 2022.

SILVA, C.D. *et al.* Percepção da comunidade LGBT com relação ao serviço de saúde de Valença – RJ. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, [s.l.], v. 32, n. 3, p. 33-37, 2020. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201106_103945.pdf. Acesso em: 05 abr. 2021.

SILVA, M.R.D. **Repensando os cuidados de saúde para a pessoa intersexo**. In: DIAS, M.B. (org.). *Intersexo*. 1. ed. São Paulo: Thomson Reuters, 2018, p. 379- 404.

SIQUEIRA, R.; CARDOSO, H. O conceito do estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. **Imagonautas**, [s.l.] v.1, n. 2, p. 92–113. Disponível em: <https://revistas.usc.edu.co/index.php/imagonautas/article/view/33>. Acesso em: 22 ago. 2022.

SIQUEIRA, M.D.; KLIDZIO, D. Bissexualidade e pansexualidade: identidades monodissidentes no contexto interiorano do Rio Grande do Sul. **Rev. Deb Insubmissos**, Caruaru, v. 3, n. 9, p. 186-218, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/debatesinsubmissos/article/view/246520/39685>. Acesso em: 30 jul. 2022.

SOLAZZO, A.; BROWN, T.N.; GORMAN, B.K. State-level climate, anti-discrimination law, and sexual minority health status: An ecological study. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 196, p. 158–165, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617306986>. Acesso em: 05 abr. 2021.

SOUSA, J.C. *et al.* Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 108-113, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Mt4zGXpsg3zksgJc3qVCrhD/?lang=en>. Acesso em: 13 out. 2021.

SOUSA, N. “O perigo de uma história única”: a construção da identidade africana negra no romance *Americanah*, de Chimamanda Ngozi Adichie. **Buala**, 2021. Mukunda. Disponível em: <https://www.buala.org/pt/mukanda/o-perigo-de-uma-historia-unica-a-construcao-da-identidade-africana-negra-no-romance-american>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SOUZA, D. Direito fundamental à saúde: condição para dignidade humana. **Icict**, 2018. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/direito-fundamental-%C3%A0-sa%C3%BAde-condi%C3%A7%C3%A3o-para-dignidade-humana>. Acesso em: 05 abr. 2021.

SOUZA, E. M.; PEREIRA, S. J. N. As categorias identitárias que (re)produzem discriminações: estudo da discriminação exercida por gays. In: XXXIV ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 2010, Rio de Janeiro, **Anais [...]**. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e

tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 710 p.

STELET, B.P. *et al.* **Pessoas intersexo.** In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p. 257 – 264.

STRÜCKER, B.; CANABARRO, I.S. **Famílias e suas definições na sociedade contemporânea: gênero, sexualidade e religiosidade.** Porto Alegre: Editora Fi, 2019. *E-book*. 135 p. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-da-populacao-lgbt/obras_digitalizadas/livro_familias_e_suas_definicoes_na_sociedade_contemporanea.pdf. Acesso em: 25 jul. 2022

TENÓRIO, L. F. P.; MÁXIMO PRADO, M. A. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. **Revista Periódicus**, [s.l.], v. 1, n. 5, p. 41–55, 2016. DOI: 10.9771/peri.v1i5.17175. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/17175>. Acesso em: 12 jul. 2022.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador: 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 05 de abr. 2021.

TODXS. TODXS Núcleo – Centro de Pesquisa em Políticas Públicas LGBTI+. **Pesquisa Nacional por Amostra da População LGBTI+: Identidade e perfil sociodemográfico.** São Paulo. TODXS, 2020. Disponível em: <https://todxs-site.s3.amazonaws.com/pesquisa-nacional-identidade-e-perfil-sociodemografico.pdf>. Acesso em: 20 de jul. de 2022.

TODXS. TODXS Núcleo - Centro de Pesquisa em Políticas Públicas LGBTI+. **Pesquisa Nacional por Amostra da População LGBTI+: Saúde.** São Paulo. TODXS, 2022. Disponível em: <https://todxs-site.s3.amazonaws.com/pesquisa-nacional-saude.pdf>. Acesso em: 20 de jul. de 2022.

TONELI, M.J.F. **Sexualidade, gênero e gerações: continuando o debate.** In: JACÓ-VILELA, A.M.; SATO, L. (orgs.). Diálogos em psicologia social. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. *E-book*. p. 147-167. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/vfgfh/pdf/jaco-9788579820601-12.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20 (sup 2), s190-s198, 2004.

TREVISAN, J.S. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade.** 3. Ed. São Paulo: Record, 2000, 586 p.

TRE RJ - Tribunal Regional Eleitoral do Estado do Rio de Janeiro. **Resultado de votação: candidatos por município.** Disponível em: <https://www.tre-rj.jus.br/eleicoes/eleicoes-plebiscitos-e-referendos/eleicoes-anteriores-2008-2018/2020/resultado-da->

votacao/votacao-de-candidato-por-municipio-do-1o-turno. Acesso em: 25 jun. 2022.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 172 p.

UTURRI, J.A. Acesso e integralidade da atenção. **Tempus, Actas de Saúde Colet**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 85-90, 2014. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1457/1301>. Acesso em: 12 ago. 2022.

VALADÃO, R.C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6JStvdySYqWv9mPddGSwNRr/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2021

VALENÇA. A cidade. c.2013. Disponível em: <https://www.valenca.rj.gov.br/contact/>. Acesso em: 13 out. 2021.

VALENÇA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2018-2021**. Valença, 2018.

VIEIRA, R.C.; BORRET, R.H. **Mulheres cis lésbicas**. In: CIASCA, S.V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. **Saúde LGBTQIA+: Práticas e cuidado transdisciplinar**. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p. 206 – 214.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 10 out. 2021.

WALKER, K; ARBOUR, M; WAYROLD, D.N.P. Educational strategies to help students provide respectful sexual and reproductive health care for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons. **J Midwifery Womens Health**, Nova Iorque, v. 61, n. 6, p. 737-743, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27783889/>. Acesso em: 05 abr. 2021.

WARNER, M. **Introduction**. In: WARNER, M. (edit.) **Fear of a Queer Planet**. Minneapolis: Cultural Politics, 1991. p. 7-31.

World Health Organization. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 10 nov. 2021.

XAVIER FILHA, C. Sexualidade e identidade de gênero na infância. **Rev. Diversidade e Educação: Infâncias**, [s.l.], v. 3, n. 6, p. 14-21, 2017. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/6375/4281>. Acesso em: 20 jul. 2022.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAMBONI, M. Marcadores sociais da diferença. **Sociologia: grandes temas do conhecimento**. São Paulo, v. 1, p. 13-18, 2014. Disponível em: https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/2/2018/02/ZAMBONI_MarcadoresSociais.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO

Após leitura do TCLE e diante das explicações, você acredita estar suficientemente informado(a) a respeito dessa pesquisa e concorda em participar respondendo ao questionário?

sim não

1 - PERFIL DO(A) PARTICIPANTE:

a) Você mora em Valença? sim / não / Em qual bairro: _____

b) Qual sua escolaridade? lê e escreve / ensino fundamental / ensino médio /

ensino superior / outro: _____

c) Qual sua raça ou cor da pele? branca / amarela / parda/morena / preta/negra / indígena

d) Qual o seu gênero?

homem cisgênero (sou homem e nasci com genitália masculina)

homem transgênero (sou homem e nasci com genitália feminina)

mulher cisgênero (sou mulher e nasci com genitália feminina)

mulher transgênero (sou mulher e nasci com genitália masculina)

travesti

não-binário

outro: _____

e) Qual a sua orientação sexual?

heterossexual: sente atração por pessoas do gênero/sexo oposto

homossexual: sente atração por pessoas do mesmo gênero/sexo

bissexual: sente atração por pessoas masculinas e femininas

pansexual: sente atração por outras pessoas independente do gênero ou sexo

assexual: não sente atração sexual por outras pessoas

outro: _____

f) Você utiliza nome social? () sim / () não

2 - ENTENDIMENTO SOBRE SAÚDE

a) O que é ter saúde para você? _____

b) Você tem algum problema de saúde e/ou toma remédios todos os dias?

() não / () sim

Qual(is) problema(s)? _____ () prefiro não dizer

Qual(is) remédio(s)? _____ () prefiro não dizer

3 - SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

a) Você utiliza ou utilizou recentemente (últimos 12 meses) algum serviço de saúde no município?

() não, nunca / () poucas vezes / () muitas vezes / () sempre

b) Qual desses locais você utiliza com mais frequência?

() posto de saúde/UBS / () ambulatório da faculdade / () casa de saúde coletiva / () pronto socorro/hospital escola / () outro: _____

c) Na sua opinião, qual o melhor lugar para resolver os seus problemas de saúde?

() posto de saúde/UBS / () ambulatório da faculdade / () casa de saúde coletiva / () pronto socorro/hospital escola / () outro: _____

d) Você acha necessário algum serviço de saúde para atendimento apenas à população LGBTQIA+?

() sim, necessário / () indiferente / () não é necessário

e) Se você é ou já foi paciente no posto de saúde/UBS, considera que os seus problemas de saúde são resolvidos neste local?

() não são resolvidos / () são resolvidos parcialmente / () sim, totalmente resolvidos () não utilizo o posto de saúde para nenhum serviço

f) Você já teve algum problema para utilizar os serviços do posto de saúde/UBS?

() não, nunca tive problemas / () poucas vezes / () muitas vezes / () sim, todas as vezes () não utilizo o posto de saúde para nenhum serviço

g) Qual(is) problema(s)?

R: _____

não utilizo o posto de saúde para nenhum serviço

h) Qual seu nível de satisfação com os serviços dos postos de saúde do município?

muito satisfeito / satisfeito / pouco satisfeito / insatisfeito / não utilizo o posto de saúde para nenhum serviço

4 - CARACTERÍSTICAS E SATISFAÇÃO COM OS ATENDIMENTOS NO POSTO DE SAÚDE

a) No atendimento você foi perguntado/a sobre seu gênero?

sim, todas as vezes / muitas vezes / algumas vezes / não, nenhuma vez / não utilizo o posto de saúde para nenhum serviço

b) No atendimento você já foi perguntado sobre sua orientação sexual?

sim, todas as vezes / muitas vezes / algumas vezes / não, nenhuma vez / não utilizo o posto de saúde para nenhum serviço

c) Você se sente constrangido para auto referir e/ou responder sobre seu gênero?

não me sinto constrangido / um pouco constrangido / indiferente / bastante constrangido / totalmente constrangido / não utilizo o posto de saúde para nenhum serviço

d) Você se sente constrangido para auto referir e/ou responder sobre sua orientação sexual?

não me sinto constrangido / um pouco constrangido / indiferente / bastante constrangido / totalmente constrangido / não utilizo o posto de saúde para nenhum serviço

e) No atendimento já lhe foi perguntado sobre suas práticas sexuais?

sim, todas as vezes / muitas vezes / algumas vezes / não, nenhuma vez / não utilizo o posto de saúde para nenhum serviço

f) Qual seu nível de satisfação com o atendimento?

muito satisfeito / satisfeito / pouco satisfeito / insatisfeito / não utilizo o posto de saúde para nenhum serviço

5 - SAÚDE, MOVIMENTOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS

a) você acredita ser necessária alguma ação ou política de saúde voltada às necessidades da população LGBTQIA+?

sim, necessário / indiferente / não é necessário

b) você conhece a política nacional de saúde LGBTQIA+?

conheço / já ouvi falar / não conheço

c) você conhece outras leis ou normas direcionadas à proteção dos direitos das pessoas LGBTQIA+?

não sim, qual? _____

d) você faz parte de algum movimento social LGBTQIA+?

sim não

e) Após todas essas perguntas, há algo mais que você considera importante nos contar?

6 - Caso seja convidado, aceitaria participar de uma entrevista com conteúdo similar ao que foi trabalhado neste questionário para relatar suas experiências de vida em relação aos serviços de saúde?

sim não

Muito obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS PARTICIPANTES

1 – Autodeclaração de gênero e sexualidade

2 – Vivências de gênero e sexualidade em Valença/RJ

3 – Concepção e necessidades de saúde

4 – Vivências nos serviços de saúde e/ou itinerários terapêuticos

5 – Conhecimento acerca de necessidades específicas em saúde da população LGBTQIA+

6 – Conhecimento acerca de direitos e garantias da população LGBTQIA+

7 – Outras contribuições livres

8 – Disponibilidade para novo contato

Obrigado pela disponibilidade!

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Saúde da população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde em Valença/RJ: barreiras e potencialidades para o cuidado integral”**, desenvolvida por Cláudio Roberto da Silva Magalhães, discente do mestrado profissional em Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Profa. Dr^{as}. Adriana Miranda de Castro.

O objetivo central do estudo é fazer uma análise da percepção da população LGBTQIA+ quanto a atenção à saúde ofertada pela rede de atenção básica no município de Valença por isso, o convite à sua participação. Para isso, o(a) convidamos a responder um questionário eletrônico que foi recebido através do link. Ao iniciar o questionário a primeira pergunta é a confirmação se você deseja participar da pesquisa, clicando no sim, será direcionado ao questionário para o preenchimento e com seu envio fica entendido sua concordância em participar da pesquisa e que foram lidas e aceitas as condições da pesquisa e que foram entendidos os objetivos, riscos e benefícios da sua participação na pesquisa. Caso não concorde ou não deseje participar da pesquisa basta clicar na alternativa “não” e sua participação será encerrada.

O questionário é constituído de 30 perguntas breves (o tempo médio de preenchimento é de 5 minutos) tendo como objetivo identificar a percepção dos usuários LGBTQIA+ em relação ao serviço de saúde ofertado pela rede de atenção básica. Nenhuma pergunta do questionário é de preenchimento obrigatório, no entanto, respondendo a todas poderá estar ajudando a pesquisa a promover a melhora do cuidado da população LGBTQIA+ no município de Valença. A partir das informações levantadas nessa fase da pesquisa, poderemos conhecer a percepção acerca dos serviços de saúde bem como as necessidades em saúde da população LGBTQIA+ que não são atendidas na rede de atenção básica e os principais motivos do não acolhimento desses indivíduos nos serviços. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir a utilização da sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato

explicitados neste termo.

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas não serão divulgados quaisquer dados dos participantes que responderem ao questionário. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso aos seus dados e não farão uso destas informações para outra finalidade. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, pois todo o material será manipulado pela equipe de pesquisa e mantido em local seguro. Contudo, mesmo com as medidas de anonimato tomadas pelo grupo de pesquisa há o risco de que algum leitor do trabalho associe sua identificação cruzando o tempo da pesquisa, com as características das atividades relatadas. Além disso, há o risco de sentir-se lesado por violação de sua intimidade ou constrangido durante o preenchimento do questionário. Considerando a utilização de plataforma digital há a possibilidade de quebra de sigilo durante a utilização desse meio e, durante a coleta de dados, há o risco de coleta de informações pessoais, mesmo que por meio de robôs e seu compartilhamento com parceiros comerciais para oferta de produtos e serviços. Se houver algum dano comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito a buscar por indenização através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, a Resolução nº 466/2012, a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS.

Esclarecemos que para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Não há benefícios diretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa. Porém, ao participar você fornecerá subsídios que poderão contribuir para promoção do cuidado da população LGBTQIA+ na APS do município do Valença.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar a presente pesquisa. Os resultados serão divulgados em relatórios de pesquisa, apresentações e publicações científicas e serão divulgados para os participantes da pesquisa, conforme a Norma Operacional CNS nº 0001/2013.

Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Pelo fato de a pesquisa ter uma parte realizada de forma virtual através de plataforma eletrônica, para diminuir a possibili-

dade de vazamento de dados e o compartilhamento dessas informações com parceiros comerciais para oferta de produtos e serviços, os dados serão armazenados de forma restrita tão logo realizada a coleta e assim mantidos por um período de 5 anos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

“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”.

Telefone do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Pesquisador responsável:

Cláudio Roberto da Silva Magalhães

Mestrando Profissional em Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade/ENSP/FIOCRUZ

Telefone: (31) 99165-9207

E-mail: userclaudio@gmail.com

Orientadora:

Profª. Dra. Adriana Miranda de castro

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento _____

Participante:

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/____ Telefone: _____

E-mail e/ou perfil mídias sociais: _____

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 20__

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante

Inicialmente cumpre-nos informá-lo que esta entrevista será gravada e para prosseguirmos necessitamos de sua expressa autorização, o senhor(a) autoriza?

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Saúde da população LGBTQIA+ na Tenção Primária à Saúde em Valença/RJ: barreiras e potencialidades para o cuidado integral”**, desenvolvida por Cláudio Roberto da Silva Magalhães, discente do mestrado profissional em Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Profa. Dr^{as}. Adriana Miranda de Castro.

O objetivo central do estudo é fazer uma análise da percepção da população LGBTQIA+ quanto a atenção à saúde ofertada pela rede de atenção básica no município de Valença por isso, o convite à sua participação. Para isso, o(a) convidamos a responder essa entrevista que se dará através da plataforma Zoom com todos os cuidados necessários conforme Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS sobre o uso de plataformas digitais nas pesquisas. Ao iniciar a entrevista a primeira pergunta é a confirmação se você deseja participar da pesquisa, ficando entendido sua concordância em participar da pesquisa e que foram lidas e aceitas as condições da pesquisa e que foram entendidos os objetivos, riscos e benefícios da sua participação na pesquisa. Caso não concorde ou não deseje participar da pesquisa basta dizer que não concorda e sua participação será encerrada.

A entrevista se constitui de questões norteadoras dispostas três blocos temáticos em um enredo contínuo, que iniciaremos ao abordar o entendimento sobre saúde, perpassando pela noção das especificidades de saúde da população LGBTQIA+ e, caso já tenham utilizado quaisquer espaços de produção de cuidado, as suas experiências como usuário de rede de atenção básica.

Nenhuma pergunta é de resposta obrigatória, no entanto, respondendo a todas poderá estar ajudando a pesquisa a promover a melhora do cuidado da população LGBTQIA+ no município de Valença. A partir das informações levantadas nessa fase da pesquisa, poderemos conhecer a percepção acerca dos serviços de saúde bem como as necessidades em saúde da população LGBTQIA+ que não são atendidas na rede de atenção básica e os principais motivos do não acolhimento desses indivíduos nestes serviços.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir a utilização da sua

participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas não serão divulgados quaisquer dados dos participantes das entrevistas. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso aos seus dados e não farão uso destas informações para outra finalidade. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, pois todo o material será manipulado pela equipe de pesquisa e mantido em local seguro. Contudo, mesmo com as medidas de anonimato tomadas pelo grupo de pesquisa há o risco de que algum leitor do trabalho associe sua identificação cruzando o tempo da pesquisa, com as características das atividades relatadas. Além disso, há o risco de sentir-se lesado por violação de sua intimidade ou constrangido durante a entrevista. Considerando a utilização de plataforma digital há a possibilidade de quebra de sigilo durante a utilização desse meio e, durante a coleta de dados, há o risco de coleta de informações pessoais, mesmo que por meio de robôs e seu compartilhamento com parceiros comerciais para oferta de produtos e serviços. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito a buscar por indenização através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Esclarecemos que para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Não há benefícios diretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa. Porém, ao participar você fornecerá subsídios que poderão contribuir para promoção do cuidado da população LGBTQIA+ na APS do município do Valença.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar a presente pesquisa. Os resultados serão divulgados em relatórios de pesquisa, apresentações e publicações científicas e serão divulgados para os participantes da pesquisa, conforme a Norma Operacional CNS nº 0001/2013.

Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Pelo fato de a pesquisa ter uma

parte realizada de forma virtual através de plataforma eletrônica, para diminuir a possibilidade de vazamento de dados e o compartilhamento dessas informações com parceiros comerciais para oferta de produtos e serviços, os dados serão armazenados de forma restrita tão logo realizada a coleta e assim mantidos por um período de 5 anos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

“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”.

Telefone do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Pesquisador responsável:

Cláudio Roberto da Silva Magalhães

Mestrando Profissional em Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade/ENSP/FIOCRUZ

Telefone: (31) 99165-9207

E-mail: userclaudio@gmail.com

Orientadora:

Prof^ª. Dra. Adriana Miranda de castro

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento _____

Participante:

Nome: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / _____ Telefone: _____

E-mail e/ou perfil mídias sociais: _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20__