



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Palloma Caroline Guedes Oliveira

SAÚDE LGBT E RECONHECIMENTO SOCIAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT

Florianópolis

2022

Palloma Caroline Guedes Oliveira

SAÚDE LGBT E RECONHECIMENTO SOCIAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof.(a) Marcia Grisotti, Dr.(a)

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Oliveira, Palloma Caroline Guedes
Saúde LGBT e reconhecimento social no contexto da
Política Nacional de Saúde Integral LGBT / Palloma Caroline
Guedes Oliveira ; orientadora, Marcia Grisotti , 2022.
95 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Minorias sexuais e de gênero. 3.
Desejabilidade social. 4. Política de saúde. I. , Marcia
Grisotti. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Palloma Caroline Guedes Oliveira

SAÚDE LGBT E RECONHECIMENTO SOCIAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 16 de novembro de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Rodrigo Otavio Moretti-Pires, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Olga Regina Zigelli Garcia, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestra em Saúde Coletiva.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof.(a) Marcia Grisotti, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2022.

A todas as pessoas LGBT e
seus amores.

AGRADECIMENTOS

À minha espiritualidade por todo zelo, cuidado e orientações durante todo o processo, sendo minha fortaleza e refúgio em todos os momentos.

À minha mãe Rosilene Aparecida Jerônimo Guedes, por me incentivar e sempre acreditar no meu potencial, nos meus sonhos e objetivos.

Ao meu parceiro Raul Vinicius Eleutério, por ser meu melhor amigo e confidente. Gratidão pela sua amizade e pelo seu amor.

À minha orientadora Marcia Grisotti, pelas orientações e ensinamentos.

A todas as pessoas LGBT que participaram da pesquisa, vocês serão sempre fonte de resiliência e resistência. Minha eterna gratidão.

*“E as estrelas ainda vão nos mostrar
Que o amor não é inviável
Num mundo inacreditável
Dois homens apaixonados”*

Cazuza

RESUMO

Historicamente, as minorias, sejam elas, sexuais ou de gênero, enfrentam barreiras de acesso a serviços de saúde, por desigualdade de oportunidade e dificuldade de inserção no sistema por discriminação e preconceito. O cuidado em saúde desta população esteve, no Brasil, muito atrelado a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, o que contribuiu para que houvesse uma discriminação institucional, e preconceitos inclusive por parte dos profissionais de saúde. Neste cenário, surge a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, que visa a busca por maior equidade no Sistema Único de Saúde, buscando também, ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, atender em especial às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, qualificar a rede de serviços, eliminando o preconceito, a discriminação, a violência e a exclusão nos serviços de saúde, desta forma, a população LGBT se organiza a partir da necessidade tanto individual quanto coletiva de autoproteção, baseada no sentimento de pertencimento identitário tendo também, a capacidade de se mover na busca de reconhecimento. O estudo teve por objetivo identificar e analisar a percepção de indivíduos LGBT sobre seu reconhecimento e pertencimento social no âmbito da saúde. A pesquisa foi do tipo qualitativa descritiva exploratória, sendo coletadas 07 entrevistas por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado por meio da plataforma de videoconferências *GoogleMeet*. Após a análise dos dados, foram formuladas quatro categorias de análise, sendo elas: heteronormatividade compulsória e padrão de identidade, preconceito e despreparo dos profissionais e dos sistemas de saúde e política pública e a ambivalência do reconhecimento. Após discussão dos dados, observa-se que os profissionais de saúde como também, os sistemas de saúde, ainda operam com um caráter heteronormativo com abordagens cisgêneras, o que reforça um padrão de identidade, especialmente, no âmbito da saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT caracteriza-se como um instrumento que pode auxiliar uma prática de saúde mais equitativa, com práticas menos julgadoras e preconceituosas, sendo isso, um reconhecimento oficial que ao chegar de forma efetiva na prática, pode favorecer o reconhecimento para os usuários LGBT. Ainda assim, é importante analisar o reconhecimento como parte do processo de igualdade e equidade e não o ponto final, sendo o reconhecimento também, um acesso para novas lutas e reivindicações. Trazer novas abordagens com os profissionais de saúde sobre o presente assunto favorecerá uma análise comparativa entre usuário e profissional, como também, o aprimoramento da temática.

Palavras – chave: minorias sexuais e de gênero; deseabilidade social; política de saúde.

ABSTRACT

Historically, minorities, whether sexual or gender, face barriers to access health services, due to inequality of opportunity and difficulty of insertion in the system due to discrimination and prejudice. The health care for this population was, in Brazil, very much linked to the prevention of Sexually Transmitted Infections, which contributed to institutional discrimination and prejudice, including by health professionals. In this scenario, the National Policy for Integral Health of the LGBT Population arises, which aims to search for greater equity in the Unified Health System, also seeking to expand the access of the LGBT population to SUS health services, to meet especially the demands and needs in health of the LGBT population, and to qualify the network of services. In this way, the LGBT population is organized from the individual and collective need for self-protection, based on a sense of identity belonging, having also the ability to move in search of recognition. The study aimed to identify and analyze the perception of LGBT individuals about their social recognition and belonging in the health sphere. The research was of the exploratory descriptive qualitative type, being collected 07 interviews through a semi-structured interview script by means of the GoogleMeet videoconference platform. After analyzing the data, four categories of analysis were formulated, namely: compulsory heteronormativity and identity standard, prejudice and unpreparedness of professionals and health systems and public policy, and the ambivalence of recognition. After discussing the data, we observed that health professionals, as well as health systems, still operate with a heteronormative character with cisgender approaches, which reinforces an identity standard, especially in the health field. In this sense, the National LGBT Integral Health Policy is characterized as an instrument that can help a more equitable health practice, with less judgmental and prejudiced practices, being this, an official recognition that, when arriving effectively in practice, can favor recognition for LGBT users. Still, it is important to analyze recognition as part of the process of equality and equity and not the end point, with recognition also being an access for new struggles and claims. Bringing new approaches with health professionals about this subject will favor a comparative analysis between users and professionals, as well as the improvement of the theme.

Keywords: sexual and gender minorities; social desirability; health policy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Direitos e legislação LGBT.....	26
Quadro 2 – Objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.....	38
Quadro 3- Diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.....	40
Quadro 4 – Conceituação dos artigos analisados na revisão integrativa.....	48
Quadro 5 – Dados dos participantes.....	53
Artigo	
Quadro 1 – Dados dos participantes.....	61

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1 – Etapas seguidas para obtenção dos artigos analisados.....	47
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF	ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL
AIDS	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
AVEN	ASEXUAL VIBILITY AND EDUCATION NETWORK
CNCD	CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO
CNPG	CONSELHO NACIONAL DE PROCURADORES GERAIS
CPF	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA
COPEVID	COMISSÃO PERMANENTE DE COMBATE À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER
DECS	DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
DPVAT	DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
GNDH	GRUPO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
ILGA	INTERNATIONAL LESBIAN AND GAY ASSOCIATION
IST	INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
LILACS	LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
LGBT	LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS
MESH	MEDICAL SUBJECT HEADINGS
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PNDH	PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS
PNSILGBT	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS
PPA	PLANO PLURIANUAL
SCIELO	SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE
STF	SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UFSC	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	17
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 PERGUNTA DE PESQUISA	18
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
4.1 MOVIMENTO LGTB.....	19
4.2 CONCEITOS LGTB	20
4.3 BANDEIRAS LGBT E SÍMBOLOS	24
4.4 LEGISLAÇÃO E DIREITOS LGBT	25
4.5 RECONHECIMENTO SOCIAL.....	31
4.6 POLÍTICA DE SAÚDE	33
4.6.1 Política Nacional de Saúde Integral LGBT	37
4.6.2 Plano operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT 2012 - 2015 .	41
4.7 SAÚDE DA POPULAÇÃO LBGT.....	42
5 REVISÃO INTEGRATIVA	46
5.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E POPULAÇÃO LGBT: ESTADO DA ARTE	46
6 METODOLOGIA.....	52
6.1 TIPO DE ESTUDO	52
6.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	52
6.3 COLETA DOS DADOS.....	54
6.4 ANÁLISE DE DADOS	54
6.5 ASPECTOS ÉTICOS	55
7 RESULTADOS	57
7.1 ARTIGO CIENTÍFICO.....	58
8 CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	93
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	95

1 INTRODUÇÃO

Homens e mulheres crescem sob determinados padrões de sexualidade e gênero preestabelecidos pela sociedade, e aqueles que fogem dos padrões estabelecidos como as Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)¹ podem sofrer preconceitos e repressão. Ao mesmo tempo, o espaço e atenção que estes indivíduos e grupos vêm ganhando na sociedade e nos serviços de saúde (FILHO, 2019), evidencia a capacidade de ideias e vontades individuais ou grupais de alterar as regras e estruturas sociais.

Sendo assim, o termo LGBT deve, portanto, ser compreendido para além de siglas e letras, mas sim, como uma categoria social e política, que visa a representação de sujeitos que se encontram invisibilizados pelo poder público e por parte do conservadorismo estabelecido pela sociedade (SILVA, 2019).

Historicamente, as minorias, sejam elas, sexuais ou de gênero, enfrentam barreiras de acesso a serviços de saúde, por desigualdade de oportunidade e dificuldade de inserção no sistema por discriminação e preconceito (LIMA et al, 2019).

O cuidado em saúde desta população esteve, no Brasil, muito atrelado a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), o que contribuiu para que houvesse uma discriminação institucional, e preconceitos inclusive por parte dos profissionais de saúde, sendo estes indivíduos expostos nas instituições de saúde, o que revela discriminações e homofobia por concepções pré-estabelecidas, o que gera uma necessidade de mudança de paradigma (PRADO; SOUSA, 2017).

Neste contexto, a epidemia da infecção pelo HIV e a AIDS, que teve seu início nos anos de 1980, tornou as pessoas LGBT estigmatizadas por ser um dos primeiros grupos populacionais em que foi evidenciada a doença. Como consequência disso, na época, as práticas homossexuais passaram a ser encaradas como intimamente atreladas ao risco de transmissão do HIV (LIMA et al, 2019).

Entretanto, esse cenário favoreceu que a população LGBT se tornasse grupo de risco para IST/AIDS, porém atualmente, se faz necessário que a atenção à saúde desta população esteja vinculada à um cuidado integral, desmitificando a necessidade exclusiva de prevenção de ISTs, tornando o cuidado integral, abordando questões como os processos de transexualidade, e as demais especificidades que possam ser relatadas por

¹ Durante toda a dissertação é utilizada a sigla LGBT por estar em consonância com a sigla utilizada pelo Ministério da Saúde, como também, pela Política de Saúde Nacional Integral LGBT, porém se reconhece e se respeita a diversidade para além das letras mencionadas.

esta população, com vistas a diminuir a discriminação e o preconceito e desconstruir o caráter de anormalidade configurado na atual sociedade (PRADO; SOUSA, 2017).

Neste cenário, surge a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), que visa a busca por maior equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando também, ampliar seu acesso aos serviços de saúde do SUS, atender em especial suas demandas e necessidades em saúde, qualificar a rede de serviços, eliminando o preconceito, a discriminação, a violência e a exclusão nos serviços de saúde, garantindo também, o uso do nome social de travestis e transexuais (GUIMARÃES et al, 2017).

O objetivo geral da política é 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, 2013, p. 18).

Desta forma, nas fases de implementação da política, se faz necessário o conhecimento dos profissionais da saúde sobre o atendimento à população LGBT em suas comunidades, sobre o acesso aos serviços, gerando qualidade da atenção ofertada e implementação de ações específicas da política. E entende-se que são muitos os desafios para a reorganização de serviços, protocolos e rotinas, o que exige dos sujeitos, da coletividade e das instituições mudanças de valores, baseadas no respeito à diversidade (GUIMARÃES et al, 2017).

A população LGBT se organiza a partir da necessidade tanto individual quanto coletiva de autoproteção, baseada no sentimento de pertencimento identitário tendo também, a capacidade de se mover na busca de reconhecimento da garantia de acessar os direitos de modo geral, como também os meios de participação social pela conquista legal, como a do reconhecimento social e do direito a ter direitos, como por exemplo, o acesso aos serviços sociais e às políticas públicas (GOMES; ZENAIDE, 2019).

O reconhecimento, conceito originário da filosofia hegeliana, é uma noção que prioriza demarcar e estimar diferenças de determinados grupos em vez de buscar uma perspectiva igualitária, objetivo da luta de classes que vigorou em períodos anteriores. Ao contrário da geração inspirada no ideal socialista de equidade radical e de transformação político-econômica, essa outra corrente voltou-se para uma luta contra hierarquias que condicionavam determinados grupos historicamente vulneráveis, como negros, mulheres e gays, a experiências de desrespeito social e privação de direitos. A luta por reconhecimento engajou-se na afirmação das múltiplas particularidades que poderiam desafiar o universalismo imposto por grupos culturalmente hegemônicos (SENA; MAGALHÃES; GUSMAN, 2020).

A luta por reconhecimento caracteriza-se então, por um movimento que percorre a esfera afetiva, social e política de valores essenciais de dignidade e de justiça,

considerados como fundamentais pelos agentes envolvidos no conflito (MIRANDA; MENESES, 2020).

Neste contexto, a população LGBT segue em anos de resistência lutando pelo rompimento da opressão, repressão, violência e discriminação. Uma luta pela igualdade e liberdade de gênero, em busca do reconhecimento (LACERDA; SANTOS, 2020). Sendo assim, destaca-se a saúde da população LGBT como fator essencial na sua luta por reconhecimento.

Este cenário evidencia que os serviços de saúde ainda são marcados pelo preconceito, desconhecimento das especificidades dessa população e pela heteronormatividade institucional, o que gera o abandono e/ou não procura de atendimento nos serviços de saúde. No âmbito das políticas públicas de saúde, como consequências das reivindicações do movimento LGBT muitos avanços foram alcançados, entretanto, a efetivação das mesmas ainda se configura um grande desafio (SILVA et al, 2018).

Diante do exposto, a problemática do estudo sustenta-se no fato de que este público em específico está inserido em uma sociedade heteronormativa e heterossexista, onde suas condições sexuais são vistas de forma diferente e/ou com preconceito por grande parte da sociedade, sendo este um fator que influencia no reconhecimento e pertencimento destes indivíduos perante a sociedade, onde muitas vezes os fatores relacionados à saúde deste público se tornam menos integrais e mais generalistas, muitas vezes vinculadas à ISTs e vistas com preconceito por parte de alguns profissionais.

Diante do exposto, justifica-se a relevância do estudo, uma vez que a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pode trazer a este público a garantia de direitos à saúde, mais acolhimento e maior reconhecimento, tornando-os mais inseridos à sociedade independente de gênero e/ou sexualidade.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar e analisar a percepção de indivíduos LGBT sobre seu reconhecimento e pertencimento social no âmbito da saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar e analisar a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pela perspectiva do usuário.

Analisar como as ações de saúde implicam no reconhecimento e pertencimento social de indivíduos LGBT.

3 PERGUNTA DE PESQUISA

Qual a percepção de indivíduos LGBT sobre seu reconhecimento e pertencimento social no âmbito da saúde no contexto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT?

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 MOVIMENTO LGTB

A sexualidade humana sem negar a biologia, une um conjunto de práticas e significados, tendo a diversidade sexual como várias maneiras de se vivenciar e expressar a sexualidade e desta forma, a mesma se estrutura em identidades e define relações de poder na sociedade (BRASIL, 2017). Neste contexto, Foucault (1988, pg. 9), traz que:

“[...] nas noites monótonas da burguesia vitoriana a sexualidade é, então, cuidadosamente encerrada. Muda-se para dentro de casa. A família conjugal a confisca. E absorve-a, inteiramente, na seriedade da função de reproduzir. Em torno do sexo, se cala. O casal, legítimo e procriador, dita a lei. Impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo”.

A sociedade ainda possui como base a crença da heteronormatividade, que valida a heterossexualidade enquanto norma universal, e classifica a homossexualidade, enquanto conceito oposto à heterossexualidade, como o desvio a essa norma (MELO; BOTA; SANTOS, 2020).

No século XIX, na psiquiatria, na jurisprudência e na própria literatura, de todo uma série de discursos sobre as espécies e subespécies de homossexualidade, inversão, pederastia e "hermafroditismo psíquico" permitiu, certamente, um avanço bem marcado dos controles sociais nessa região de "perversidade"; mas, também, possibilitou a constituição de um discurso "de reação": a homossexualidade pôs-se a falar por si mesma, a reivindicar sua legitimidade ou sua "naturalidade" e muitas vezes dentro do vocabulário e com as categorias pelas quais era desqualificada do ponto de vista médico (FOUCAULT, 1988, p. 96).

Neste contexto de reivindicação, o movimento LGBT começou a se organizar fortemente a partir da década de 1970, época em que não havia um reconhecimento social para os indivíduos não heterossexuais/cisgêneros e conseqüentemente, um termo que pudesse ser utilizado para defini-los. Desta forma, houve a necessidade de criar uma identidade que não apenas nomeasse, mas que afirmasse a existência desse grupo (TAKEISHI et al, 2020).

Os movimentos de reivindicação de direitos auxiliaram para a construção de uma identidade e com o passar do tempo, as manifestações ganharam forma, cores, símbolos e vem consolidando, cada vez mais, o pertencimento dos membros da comunidade LGBT (TAKEISHI et al, 2020).

No Brasil, no final da década de 1970, grupos específicos e de liberdades sexuais que defendiam a causa, foram surgindo à medida que avançava o processo de redemocratização. Neste contexto, o Grupo Somos é reconhecido como precursor da luta homossexual e atualmente, o movimento agrega lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, pautando a homossexualidade como tema político (BRASIL, 2013).

O movimento vai então ganhando força, denominando-se Movimento LGBT, cujas reflexões e práticas ativistas têm promovido importantes mudanças de valores na sociedade brasileira. Essa expansão favoreceu a visibilidade política de problemas pessoais e sociais que cercam os indivíduos LGBT (BRASIL, 2013).

No início dos anos 80 surge a epidemia de HIV/Aids, epidemia fortemente vinculada aos gays, o que exigiu mobilizações para a prevenção da doença o que surtiu grande efeito sanitário diante da amplitude do número de casos que acometeu esse grupo. Ressalta-se que o movimento era predominado por homens e aos poucos, foi sendo constituído por grupos com outras identidades sexuais e de gênero, particularmente as lésbicas e travestis. As demandas desses grupos ampliaram a discussão e, conseqüentemente, redirecionaram as estratégias da prevenção e do cuidado das pessoas em relação ao HIV/Aids (BRASIL, 2013).

Com a ampliação de outras identidades sexuais e de gênero no movimento, na década de 1990, o movimento de travestis institui-se em coletivos, como no caso da Associação das Travestis e Liberados do RJ (Astral), trazendo como pauta suas demandas específicas, sendo que na mesma época, demandas de transexuais também foram incluídas na agenda deste movimento (BRASIL, 2013).

Ainda na década de 1980, no contexto do Grupo Somos, as discussões sobre homossexualidade feminina não tiveram grande potência, favorecendo a invisibilidade política de lésbicas e mulheres bissexuais, sendo assim, o movimento feminista aproximou essas mulheres e conseqüentemente temas como o machismo, a misoginia e a própria invisibilidade feminina entraram na pauta dos movimentos de lésbicas e mulheres bissexuais (BRASIL, 2013).

O auge do processo de tornar-se cidadão acontece nos anos 2000, com a criação de estruturas de gestão dedicadas a políticas para mulheres, igualdade racial e combate à homofobia, além da convocação de conferências, em âmbitos municipal, estadual e federal, que objetivavam embasar a formulação e a avaliação de políticas públicas (FACCHINI; CARMO; LIMA, 2020).

4.2 CONCEITOS LGTB

Em Yogyakarta, Indonésia, no ano de 2006, aconteceu uma conferência com a participação de 29 países, entre eles o Brasil, coordenada pela Comissão Internacional de Juristas e pelo Serviço Internacional de Direitos Humanos. Essa conferência originou os

Princípios de Yogyakarta, que abordam a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e à identidade de gênero (BRASIL, 2018).

Sexualidade então, é determinada como qualquer manifestação de afeto e prazer, sendo constituída de valores morais, determinados e determinantes do comportamento, usos e costumes sociais. A sexualidade pode abordar diversos aspectos como o sexo biológico-reprodutivo: com o intuito puramente reprodutivo e o sexo em nível psicossocial: diferenças sociais entre os sexos feminino e masculino. (BRASIL, 2018).

Já o gênero, pode ser definido como o que irá identificar e diferenciar os homens e as mulheres, ou seja, o gênero masculino e o gênero feminino. Sendo que gênero pode ser usado como sinônimo de sexo, referindo-se ao que é próprio do sexo masculino, assim como do sexo feminino. No entanto, a partir do ponto de vista das ciências sociais e da psicologia, principalmente, o gênero é entendido como o que irá diferenciar socialmente as pessoas, levando em consideração os padrões histórico-culturais atribuídos para os homens e mulheres. Por ser um papel social, o gênero pode ser construído e desconstruído, ou seja, pode ser entendido como algo mutável e não limitado, como define as ciências biológicas (BRASIL, 2018).

Desta forma, a sexualidade humana é formada pela combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais e composta, basicamente, por três elementos: sexo biológico, orientação sexual e identidade de gênero (BRASIL, 2017).

Sexo biológico por sua vez, é o conjunto de informações cromossômicas, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias que distinguem machos e fêmeas. Porém neste contexto, pode ocorrer a intersexualidade, que é quando há uma variação nas características genéticas e/ou somáticas da pessoa, fazendo com que sua anatomia reprodutiva e sexual não se ajuste às definições típicas do feminino ou do masculino. As pessoas intersexo podem nascer com características sexuais de ambos os sexos, ou com ausência de algum atributo biológico necessário à típica categorização binária de masculino ou feminino (BRASIL, 2017).

Há uma diferenciação o campo da Medicina entre intersexual falso e verdadeiro. A verdadeira intersexualidade, que é uma condição muito rara, se dá quando os dois órgãos sexuais são igualmente bem desenvolvidos e produzem hormônios sexuais masculinos e femininos, já na falsa intersexualidade, um dos órgãos apresenta maior grau de desenvolvimento sobre o outro, sendo predominante (BRASIL, 2018).

De acordo com os Princípios de Yogyakarta, 2006, orientação sexual refere-se à capacidade de cada pessoa ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por

indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas.

Orientações Sexuais de acordo com o Manual Orientador sobre Diversidade do Ministério dos Direitos Humanos (2018):

- ✓ **Heterossexuais:** *Pessoas que têm sentimentos afetivos e atração sexual por outras pessoas com identidades de gênero diferente. Ou seja, alguém de identidade de gênero feminina que se relacione com outra pessoa de identidade de gênero masculina.*
- ✓ **Bissexuais:** *pessoas que relacionam-se afetiva e sexualmente com ambos os sexos, independentemente da identidade de gênero.*
- ✓ **Gay (homossexual):** *Denominação específica para homens que, independentemente da identidade de gênero, relacionam-se afetiva e sexualmente com outros homens. Note que tanto faz se a pessoa é trans ou não, o que importa para esse conceito é a identidade de gênero, e não o sexo biológico. O que, obviamente, não impede que a pessoa sinta-se atraída exclusivamente por pessoas cisgêneras.*
- ✓ **Lésbicas (homossexual):** *Denominação específica para mulheres que relacionam-se, independentemente da identidade de gênero, afetiva e sexualmente com outras mulheres.*
- ✓ **Assexuais:** *Pessoas assexuais não se sentem atraídas romântica nem sexualmente por outras, seja qual for sua identidade de gênero.*
- ✓ **Pansexual:** *São pessoas que podem desenvolver atração física, amor e desejo sexual por outras pessoas, independente de sua identidade de gênero ou sexo biológico.*

Por fim, identidade de gênero compreende a experiência de identificação interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo que pode envolver modificações aparência ou função corporal por meios médicos ou cirúrgicos e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta e modo de falar (Princípios de Yogyakarta, 2006). Desta forma, entendemos que sexo é biológico e gênero, é uma construção social (BRASIL, 2017).

Identidades de gênero de acordo com o Manual Orientador sobre Diversidade do Ministério dos Direitos Humanos (2018):

- ✓ **Cisgênero:** *Pessoa que se identifica com o gênero igual ao do sexo de nascimento;*
- ✓ **Transgênero:** *Termo genérico que vale para qualquer pessoa que se identifique com um gênero diferente ao do sexo de nascimento. Por exemplo, Transexuais e travestis.*
- ✓ **Transexuais:** *Pessoas que nascem com o sexo biológico diferente do gênero com que se reconhecem. Essas pessoas desejam ser reconhecidas pelo gênero com o*

qual se identificam, sendo que o que determina se a pessoa é transexual é sua identidade, e não qualquer processo cirúrgico. Existem tanto homens trans quanto mulheres trans.

- ✓ **Mulher trans:** *É a pessoa do gênero feminino, embora tenha sido designada como pertencente ao sexo/gênero masculino ao nascer. Muitas fazem uso de hormonioterapias, aplicações de silicone e/ ou cirurgias plásticas, porém vale ressaltar que isso não é regra para todas.*
- ✓ **Homem trans:** *É a pessoa do gênero masculino, embora tenha sido designada como pertencente ao sexo/gênero feminino ao nascer. Muitos fazem uso de hormonioterapias e cirurgias plásticas, porém vale ressaltar que isso não é regra para todos.*
- ✓ **Travesti:** *Uma construção de gênero feminino oposta ao sexo designado no nascimento, seguido de uma construção física, que se identifica na vida social, familiar, cultural e interpessoal, através dessa identidade. Muitas modificam seus corpos por meio de hormonioterapias, aplicações de silicone e/ou cirurgias plásticas, porém vale ressaltar que isso não é regra para todas.*
- ✓ **Andrógenos:** *A androginia não é uma doença e não tem relação com a orientação sexual. O termo “andrógeno” refere-se àquele ou àquela que tem características físicas e comportamentais de ambos os sexos, sejam elas masculinas (andro) ou femininas (gyne). Dessa forma, pode ser difícil definir o gênero apenas pela sua aparência física.*
- ✓ **Agênero (não binário):** *Pessoa que não se identifica ou não se sente pertencente a nenhum gênero.*
- ✓ **Cross-dresser:** *Homens que esporadicamente usam roupas, maquiagem e acessórios culturalmente associados às mulheres. Tais homens se identificam como heterossexuais, geralmente não tem o desejo de mudar o sexo ou viver o tempo todo como mulher.*
- ✓ **Transformista:** *Indivíduo que se veste com roupas com roupas do gênero oposto movido por questões artísticas.*
- ✓ **Drag Queen:** *Transformistas são personagens criados por artistas performáticos que se travestem, fantasiando-se cômica ou exageradamente com o intuito geralmente profissional artístico. Chama-se drag queen a pessoa que se veste com roupas exageradas femininas estilizadas e drag king a pessoa que se veste como homem. A transformação em drag queen (ou king) geralmente envolve, por parte do artista, a criação de um personagem caracteristicamente cômico e/ou exagerado, que por trás carrega um discurso crítico-políticotransformador. Tanto drag queens como drag kings podem ter qualquer gênero e orientação sexual, e sê-lo não é indicativo de se ser homossexual, assexual, pansexual, bissexual ou heterossexual.*
- ✓ **Aliada(o):** *Pessoas que, independente da orientação sexual ou identidade de gênero, atuam para promover os direitos e a inclusão da população LGBT. São conhecidas como os Simpatizantes.*

4.3 BANDEIRAS LGBT E SÍMBOLOS

Neste contexto, um dos principais símbolos que marca o movimento LGBT é a bandeira. A bandeira com as cores do arco-íris foi criada em 1978 pelo norte-americano Gilbert Baker, e exibida pela primeira vez durante a San Francisco Gay and Lesbian Parade daquele mesmo ano. Baker ao criar a bandeira, pretendeu que cada cor representasse um aspecto diferente da vida gay: rosa, para o sexo; vermelho, para o fogo; laranja, para a cura; amarelo, para o Sol; verde, para a natureza; azul turquesa, para a arte; azul índigo, para a harmonia; violeta, para o espírito. Entretanto, no ano seguinte, a parada gay de São Francisco apresentava um arco-íris com apenas seis cores na bandeira, em decorrência de problemas técnicos relacionados à produção de certas tonalidades em larga escala. Reconhecido então, pelo International Congress of Flag Makers, o arco-íris voltaria às oito cores originais em 2003 (TEXEIRA, 2010).

Pode-se pensar no arco-íris como uma metáfora à homossexualidade, pois trata-se de algo raro e que depende da interação de dois elementos excludentes que se sobrepõem. É por si só, um fenômeno incomum, que quando acontece, atrai para si olhares e dedos apontados, desta forma, a escolha de um fenômeno natural é, em si mesma, um contra-ataque ao principal pilar da proibição moral e legal que historicamente lhes foi imposta, a de que uma relação entre pessoas do mesmo sexo é algo que iria contra a natureza humana (TEIXEIRA, 2010).

Visto que as bandeiras são extremamente representativas no movimento, de acordo com REIS (2018), temos as seguintes bandeiras e símbolos:

Bandeira do orgulho LGBT, criada por Gilbert Baker em 1978, a bandeira foi adotada pelo Pride Parade Committee após o assassinato de Harvey Milk. A bandeira representa a diversidade humana e atualmente, é composta por seis cores, sendo elas o vermelho que representa a vida, o laranja a cura e saúde, o amarelo a luz do sol, o verde a natureza, o azul a arte e o lilás o espírito.

Os símbolos do orgulho das lésbicas que corresponde a signos de mulher entrelaçados, utilizado desde a década de 1970, o triângulo preto que denotava mulheres antissociais nos campos de concentração do regime nazista, que incluía feministas, lésbicas, prostitutas e mulheres que se negavam a gerar filhos, desta forma o triângulo se tornou um símbolo de orgulho e solidariedade entre as lésbicas e por fim, o labrys, que corresponde a um macho de duas lâminas associado a sociedades matriarcais, às amazonas e à Deusa grega Deméter. Hoje em dia, o labrys é um símbolo da força e da independência das lésbicas.

Bandeira do orgulho bissexual, criada por Michael Page em 1998, compostas pelas cores em listras rosa, roxa e azul, onde Michael explica que a faixa roxa cria uma transição suave entre as faixas rosa e azul, assim como os bissexuais se misturam suavemente tanto com as comunidades gays e lésbicas como com as comunidades heterossexuais.

Bandeira do orgulho das pessoas trans, criada em 1999 por Monica Helm, composta pelas cores em faixas azul bebê, rosa claro e branca. As faixas em azul representam a cor tradicional dos bebês homens e as faixas em rosa representam a cor tradicional para bebês, sendo a faixa branca, a representação daqueles que são intersexo, estão em transição ou que se identificam com o gênero neutro ou não têm gênero definido.

Bandeira do orgulho intersexo, composta por um fundo amarelo e com um círculo roxo vazado no centro, foi criada em 2013 pela Organização Internacional Intersexo na Austrália, de acordo com o website da organização o círculo não possui quebras ou ornamentos, representa a inteireza e a completude e nossas potencialidades. Onde ainda se luta por autonomia corporal e integridade genital e isso simboliza o direito de pessoas intersexo serem quem e como quiserem.

Bandeira do orgulho genderqueer e não-binário, composta pelas cores lavanda, branco e verde em faixas, foi criada por Marilyn Roxie em 2010 e consolidada em 2012. A faixa lavanda representa pessoas andrógenas e a androgenia, a faixa branca representa a neutralidade de gênero e o verde, representa identidades que se definem para além ou sem qualquer referência ao sistema binário de gênero.

Bandeira do orgulho assexual, compostas pelas cores preto, cinza, branco e roxo em faixas, a criada em 2010, pela Asexual Vibility and Education Networl (AVEN). A faixa preta representa a assexualidade, a cinza representa a área entre ser sexual e assexual, a faixa branca representa o desejo sexual e a faixa roxa representa a comunidade.

Bandeira do orgulho pansexual, composta pelas cores rosa, amarelo e azul em faixas, sendo o azul a representação da atração por homens, a cor rosa a atração por mulheres e o amarelo, a atração por pessoas que se identificam como sem gênero, de ambos os gêneros ou de um terceiro gênero.

4.4 LEGISLAÇÃO E DIREITOS LGBT

O Alto Comissariado para Direitos Humanos das Nações Unidas, em relatório apresentado em 2015, estabeleceu as seguintes obrigações internacionais dos países, em matéria de orientação sexual e identidade de gênero: proteger LGBT contra todas as

formas de violência, prevenir a tortura e os maus tratos contra LGBT, descriminalizar a homossexualidade e de repudiar leis que punam de alguma forma a homossexualidade ou identidades de gênero, proteger as pessoas contra a discriminação motivada pela orientação sexual ou identidade de gênero e proteger as liberdades de expressão, associação e reunião de LGBT e assegurar sua participação efetiva na condução dos assuntos públicos (BRASIL, 2017).

Porém, conforme o relatório de 2020 da ILGA World, Instituição Internacional de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e Intersexos, 70 países ainda consideram relações homossexuais crime, sendo que em 06 destes aplica-se a pena de morte efetiva e em 05, a pena de morte é uma possibilidade. Já em 43 países não há a criminalização, porém não há leis de proteção.

O Brasil, por sua vez, possui uma proteção ampla e reconhece legalmente os laços familiares como o casamento ou outras formas de união legal para casais do mesmo sexo e a adoção aberta a casais do mesmo sexo (adoção conjunta ou pelo segundo pai).

A hierarquia entre as sexualidades tem baseado os mais diversos dispositivos de lei, que pretendem configurar o casal homossexual como periféricos em relação à norma heterossexual dominante e deste ponto de vista são evidentes as injustiças e a discriminação no que se refere principalmente ao acesso aos direitos civis (ARÁN; CORRÊA, 2004).

De acordo com a cartilha do Ministério Público e a Igualdade de Direitos para LGBT (2017) dispõe sobre os direitos e legislação:

Quadro 1 – Direitos e legislação LGBT

(continua)

Legislação	Data	Descrição
<i>Lei nº 9.474 - Refúgio e direitos migratórios</i>	<i>1997</i>	<i>A perseguição motivada por orientação sexual ou por identidade de gênero é reconhecida, no Brasil, como causa para o reconhecimento da condição de refugiado a estrangeiro, nos termos</i>
<i>Resolução nº 1</i>	<i>22 de março de 1999</i>	<i>Conselho Federal de Psicologia: estabelece normas de atuação para os psicólogos/as em relação à questão da orientação sexual.</i>

Quadro 1 – Direitos e legislação LGBT

(continuação)

Art. 1829 do Código Civil	10 de janeiro de 2002	<i>O cônjuge sobrevivente ou convivente em união estável, em uma relação heterossexual ou homossexual, tem o direito à herança do falecido, segundo a ordem estabelecida no art. 1829 do Código Civil. O Supremo Tribunal Federal declarou inconstitucional o artigo do Código Civil que estabelecia tratamento diferenciado para as uniões estáveis, com relação ao casamento, no que se refere à sucessão. Assim, independentemente da orientação sexual ou da natureza da união (casamento ou união estável), aplica-se a mesma regra quanto ao direito à herança.</i>
Brasil sem homofobia	2004	<i>Programa de combate à violência e à discriminação contra LGBT e promoção da cidadania homossexual.</i>
Circular nº 257 - Indenização por Seguro DPVAT	21 de junho de 2004	<i>Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda – Regulamenta o direito de companheiro ou companheira homossexual, na condição de dependente preferencial, ser o beneficiário do Seguro DPVAT.</i>
Pensão por morte e auxílio reclusão	2005	<i>O(a) cônjuge ou companheiro(a) em união homoafetiva tem igual direito ao benefício previdenciário da pensão por morte e do auxílio reclusão.</i>
Decreto nº 5.397	22 março de 2005	<i>Dispõe sobre a composição, competência e funcionamento do Conselho Nacional de Combate à Discriminação – CNCD.</i>
Lei nº 11.340	07 de agosto de 2006	<i>Lei Maria da Penha: cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.</i>
Resolução Normativa nº 77	29 de janeiro de 2008	<i>Conselho Nacional de Imigração, estabelece os critérios para a concessão de visto temporário ou permanente, ou autorização de permanência, ao companheiro(a) em união estável.</i>
Portaria nº 1.707	18 de agosto de 2008	<i>Ministério da Saúde: institui diretrizes nacionais para o processo transexualizador no SUS.</i>

Quadro 1 – Direitos e legislação LGBT

(continuação)

Portaria nº 457	19 de agosto de 2008	<i>Ministério da Saúde: a Portaria nº 457/2008 desdobra as diretrizes estabelecidas na Portaria nº 1.707/2008, especificando as ações a serem adotadas para a plena realização do processo transexualizador.</i>
Portaria nº 1.820	2009	<i>Assegura no Sistema Único de Saúde, o respeito ao nome social e à identidade de gênero do usuário do serviço. Recentemente, a Receita Federal expediu a Instrução Normativa nº 1718 (de 18 de julho de 2017), autorizando a inclusão do nome social no CPF do(a) contribuinte transexual ou travesti.</i>
Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.275	2009	<i>O direito à modificação do prenome e do gênero da pessoa no registro civil, independentemente da adoção de procedimentos de transgenitalização, tem sido reconhecido judicialmente em ações individuais propostas na Justiça Estadual. Visando garantir maior segurança jurídica e facilitar o acesso à Justiça por parte de transexuais, a Procuradoria-Geral da República ajuizou a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.275/2009, no âmbito da qual pede o reconhecimento da retificação do registro civil por via administrativa, sem a necessidade de se comprovar patologia ou modificação corporal. A ação ainda está pendente de julgamento no STF. Inúmeras leis estaduais e municipais reconhecem às pessoas transgêneras o direito ao uso do nome social.</i>
Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT	Mai de 2009	<i>Traz as diretrizes e ações para a elaboração de Políticas Públicas voltadas para esse segmento, mobilizando o Poder Público e a Sociedade Civil Organizada na consolidação de um pacto democrático.</i>
Decreto nº 7.037	21 de dezembro de 2009	<i>Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH 3 e dá outras providências.</i>
Decreto	04 de junho de 2010	<i>Institui o Dia Nacional de Combate à Homofobia (17 de maio).</i>
Resolução nº 1.955	03 de setembro de 2010	<i>Conselho Federal de Medicina: estabelece procedimentos para a realização de cirurgias de transgenitalização.</i>

Quadro 1 – Direitos e legislação LGBT

(continuação)

Decreto nº 7.388	09 de dezembro de 2010	<i>Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - CNCD - cria o Conselho Nacional LGBT.</i>
Portaria nº 513	10 de dezembro de 2010	<i>Ministério da Previdência Social: reconhece as uniões estáveis entre pessoas do mesmo sexo para assegurar-lhes igual tratamento a seus dependentes para fins previdenciários.</i>
Resolução nº 4	29 de junho de 2011	<i>Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária: estabelece recomendações aos Departamentos Penitenciários Estaduais, garantindo o direito à visita íntima para casais homossexuais.</i>
Portaria nº 2.836	01 de dezembro de 2011	<i>Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.</i>
Resolução nº 175 - Casamento e união estável	14 de maio de 2013	<i>A possibilidade de união estável entre pessoas do mesmo sexo, também conhecida como “união homoafetiva”, foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 132/RJ. A conversão da união estável em casamento e a celebração de casamento direto foram reconhecidas pelo Conselho Nacional de Justiça, por meio da Resolução nº 175.</i>
Portaria nº 2.803	19 de novembro de 2013	<i>Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).</i>
Resolução Conjunta nº 1	15 de abril de 2014	<i>Conselho Nacional de Combate à Discriminação – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária: estabelece os parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil.</i>
Nº 21 – 003	2015	<i>Enunciados da COPEVID-GNDH-CNPG (Comissão Permanente de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, integrante do Grupo Nacional de Direitos Humanos, criado pelo Conselho Nacional de Procuradores Gerais):</i> <i>A Lei Maria da Penha se aplica a quaisquer relações íntimas de afeto, ainda que eventuais e/ou efêmeras.</i>

Quadro 1 – Direitos e legislação LGBT

(continuação)

Lei 13.104/15 - Leis Código Penal, art. 121	09 de março de 2015	<i>Feminicídio, incluído pela Lei 13.104/15: § 2º Se o homicídio é cometido: VI - contra a mulher por razões da condição de sexo feminino: § 2o-A Considera-se que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve: I - violência doméstica e familiar; II - menosprezo ou discriminação à condição de mulher. Pena - reclusão, de doze a trinta anos.</i>
Nº 30 -001	2016	<i>Enunciados da COPEVID-GNDH-CNPG (Comissão Permanente de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, integrante do Grupo Nacional de Direitos Humanos, criado pelo Conselho Nacional de Procuradores Gerais):</i> <i>A Lei Maria da Penha pode ser aplicada a mulheres transexuais e/ou travestis, independentemente de cirurgia de transgenitalização, alteração do nome ou sexo no documento civil.</i>
Nº 52- Reprodução assistida	2016	<i>O provimento do Conselho Nacional de Justiça nº 52/2016 regula atualmente o registro do nascimento dos filhos gerados por meio de técnicas de reprodução assistida, de casais hetero e homoafetivos.</i>
Decreto nº 8.727	28 de abril de 2016	<i>Garante 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.</i>
Art. 37 da nova Lei de Migração (Lei nº 13.445	2017	<i>O cônjuge ou companheiro de estrangeiro imigrante ou visitante tem direito, também, a visto e autorização de residência para fins de reunião familiar, “sem discriminação alguma”, nos termos do art. 37</i>
Adoção	-	<i>A lei civil não estabelece nenhuma discriminação a respeito da orientação sexual ou da identidade de gênero do(s) adotante(s). Assim, tanto solteiros como casais homossexuais podem adotar.</i>

Quadro 1 – Direitos e legislação LGBT

(conclusão)

<i>Direito à educação e à igualdade de condições de acesso e permanência na escola</i>	-	<i>Recentes iniciativas conservadoras têm garantido a aprovação de leis locais visando banir do ambiente escolar qualquer referência à sexualidade, orientação sexual ou identidade de gênero, conteúdos batizados por essas iniciativas de “ideologia de gênero”. A Procuradoria-Geral da República vem ajuizando ações de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPFs) junto ao STF, questionando a constitucionalidade dessas leis municipais, sob o fundamento de que são medidas discriminatórias e que dificultam a permanência de crianças LGBT na escola.</i>
<i>Direito ao trabalho</i>	-	<i>São enormes os obstáculos para acesso, permanência e ascensão profissional no mercado de trabalho, sobretudo por travestis e transexuais. Estigmatizadas e, na maioria das vezes marginalizadas, são poucas as pessoas transgênero que conseguem romper as barreiras do preconceito e da discriminação. Os Ministérios Públicos Federal, do Trabalho e Estaduais podem atuar no sentido de garantir formação profissional adequada e programas de inserção de transgênero.</i>

Fonte: Cartilha do Ministério Público e a Igualdade de Direitos para LGBT, 2017.

Por fim, o Supremo Tribunal Federal (STF) enquadra a homofobia e a transfobia, qualquer que seja a forma de sua manifestação, nos diversos tipos penais definidos na Lei nº 7.716/89, até que sobrevenha legislação autônoma, editada pelo Congresso Nacional (STF, ADO 26, 2019).

O processo de reconhecimento dos sujeitos dos movimentos como sujeitos de direitos se desenvolve, com variações para os movimentos abordados, como desdobramento dos ciclos de mobilização relacionados à Constituinte, sendo concomitante à abertura de espaços de diálogo e participação socioestatal (FACCHINI; CARMO; LIMA, 2020).

4.5 RECONHECIMENTO SOCIAL

O conflito explica o surgimento das lutas, mas também forma as sociedades e seus indivíduos. Assim, os sentimentos de injustiça elucidam características particulares das pessoas e as experiências os contextos sociais em que habitam. Desta forma, a luta por reconhecimento permeia um contexto histórico que produz progresso moral, pois envolve aprendizado moral (WERNET; MELLO; AYRES, 2017).

Ao pensar nas pautas de humanização e integralidade, as mesmas desafiam as opressões que produzem o desrespeito e o não reconhecimento. Sendo os conflitos na área da saúde, uma oportunidade para os esforços reconstrutivos da humanização e da integralidade no campo da saúde (WERNET; MELLO; AYRES, 2017).

O aporte teórico da Teoria do Reconhecimento, de Axel Honneth, traz um aporte conceitual para compreender as relações intersubjetivas e lutas sociais, bem como para se pensar em opressões e grupos oprimidos, suas necessidades, desigualdades e injustiças, em diferentes cenários e contextos culturais (WERNET; MELLO; AYRES, 2017).

Entretanto, Axel Honneth ignora as maneiras pelas quais o reconhecimento funciona para produzir e regular formas particulares de identidade, sendo uma característica central do modelo de déficit é que ele aborda questões de injustiça ou opressão como decorrentes da falta, ausência ou forma distorcida de reconhecimento (MCQUEEN, 2015).

Os problemas sociais não parecem resultar da própria mecânica do reconhecimento, mas consistem em formas problemáticas de reconhecimento. Assim, a solução para os problemas de reconhecimento é identificada como formas melhoradas de reconhecimento (em outras palavras, mais e melhor reconhecimento para substituir o reconhecimento problemático existente) [...] Os sentimentos de injustiça que motivam os indivíduos a se engajarem em lutas sociais estão enraizados em um sentimento de desconhecimento ou não reconhecimento, com tais sentimentos surgindo das expectativas normativas de reconhecimento mútuo que fundamentam nossas relações intersubjetivas (MCQUEEN, 2015).

Muitas pessoas vivenciam o reconhecimento como um processo problemático que relaciona identidades com as quais elas podem se achar incapazes de se identificar e, ainda assim, ser impostas a elas, daí emerge a ideia de ser desfeito pelo reconhecimento (MCQUEEN, 2015).

Embora teóricos do reconhecimento normativo, como Honneth e Taylor, reconheçam que as maneiras possíveis pelas quais alguém pode ser reconhecido são governadas por normas dominantes, nenhum deles vai longe o suficiente na análise dessa questão. Honneth sugere que os problemas com o reconhecimento serão resolvidos à medida que as pessoas tiverem suas reivindicações de reconhecimento correspondidas mutuamente. No entanto, a análise de Butler rejeita essa imagem. O reconhecimento é tratado como coextensivo ao poder e, portanto, qualquer ato de reconhecimento pode exercer simultaneamente pressão negativa (por exemplo, normalização / exclusão) e positiva (por exemplo, auto-afirmação) (MCQUEEN, 2015).

Desta forma, um ponto do relato de Butler é que podemos descobrir que não queremos ser reconhecidos, se todas as formas disponíveis de reconhecimento funcionarem para desfazer o senso de identidade de alguém ou forçá-lo a uma identidade com a qual não se pode viver (MCQUEEN, 2015).

Além disso, o desejo de não ser reconhecido pode ser considerado uma estratégia política destinada a desafiar as normas de identidade impostas culturalmente, não apenas com o objetivo de produzir formas alternativas de reconhecimento, mas, para questionar a própria noção de uma identidade reconhecível e, portanto, destacar e explorar os limites e limitações do próprio reconhecimento (MCQUEEN, 2015).

É importante ressaltar que isso não significa que devemos rejeitar o reconhecimento inteiramente e, assim, nos esforçar para viver uma vida que é fundamentalmente irreconhecível. O reconhecimento é fundamental para dar sentido a nós mesmos, nossas ações e nosso lugar no mundo e, portanto, precisamos construir uma explicação plausível e positiva de reconhecimento (MCQUEEN, 2015).

4.6 POLÍTICA DE SAÚDE

Ao considerar a política de saúde como uma política social, assume-se que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a total participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 1). Neste contexto, a cidadania, inicialmente, surge no processo de construção da dominação burguesa como uma possibilidade, pois o mercado exige um status jurídico de igualdade para o pleno desenvolvimento das relações de troca (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 4).

Assim, das camadas excluídas pela sociedade industrial emergiram ações políticas, uma vez que a igualdade se dava nas relações contratuais, na qual os indivíduos estavam no mesmo plano (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 6).

Desta forma, os movimentos sociais que emergiram durante o século XIX, indignados com as precárias condições de sobrevivência a que estavam submetidos, que expressavam a contradição entre uma comunidade igual abstrata e uma condição real de exclusão, foram fundamentais para a consolidação da cidadania por meio das lutas que levaram ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, pg 7).

A proteção social desenvolveu-se juridicamente como forma de direitos garantidores da condição ou status de cidadania e institucionalmente na formação de sistemas de proteção social estabelecidos nacionalmente. A conquista dos direitos civis, políticos e sociais foi responsável pela transformação do Estado, o que ampliou as instituições e políticas públicas relativas ao funcionamento da Justiça, do sistema eleitoral e da provisão dos benefícios sociais (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 7).

Portanto, para a construção concreta de uma política é necessários três elementos fundamentais como o diagnóstico da realidade (qual a situação atual), os objetivos pretendidos (que situação futura almejamos) e a estratégia a ser adotada (como iremos atingir o que pretendemos), desta forma, deve haver uma coerência entre as três partes do

plano, pois é essencial que a estratégia seja compatível com o que se pretende alcançar (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 22).

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCCHESI, 2004, p. 3).

As políticas públicas em saúde compõem o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho, desta forma, estas políticas consistem em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2004, p. 3).

No Brasil, conforme a Constituição Federal de 1988, as políticas públicas de saúde orientam-se pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional (LUCCHESI, 2004, p. 3).

Neste contexto, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais como resultado da Iª Conferência Nacional GLBT, ocorrida em Brasília entre 5 e 8 de junho de 2008, traz as diretrizes e ações para a elaboração de Políticas Públicas voltadas para esse segmento, mobilizando o Poder Público e a Sociedade Civil Organizada na consolidação de um pacto democrático, tendo como objetivo geral Orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, destacando a intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas (BRASIL, 2009).

Em 2008, convocada pelo presidente Luiz Inácio da Silva, ocorre a Iª Conferência Nacional LGBT, iniciativa inédita em todo o mundo e uma referência para a discussão de qualquer política envolvendo estas populações, sendo um marco na luta pelo avanço da cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, o que indicou as bases para a implantação de uma política de Direitos Humanos para a população LGBT (BRASIL, 2011).

A Iª Conferência Nacional tinha como tema: “Direitos Humanos e Políticas Públicas: O caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais” e, como objetivos, propor diretrizes para a implementação de políticas

públicas e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ao mesmo tempo em que pretende avaliar e propor estratégias para fortalecer o Programa Brasil sem Homofobia (BRASIL, 2007).

A convocação da IIª Conferência Nacional LGBT, convocada pela presidenta Dilma Rousseff, foi então, mais um passo importante na construção de uma sociedade de respeito à diversidade e de garantia e ampliação dos direitos LGBT, tendo como tema proposto: “Por um país livre da pobreza e da discriminação: promovendo a cidadania LGBT” (BRASIL, 2011).

Horst (2015), destaca que a partir do acompanhamento dos anais da 1ª conferência LGBT, do texto base para a 2ª conferência e do repasse dos ministérios sobre as ações ocorridas que estão presentes nos anais da 2ª conferência é possível identificar um quadro de avanços e garantias de direitos antes negados a essa população, porém, alguns pontos essenciais não estão sendo atingidos, como por exemplo, a formação dos trabalhadores do SUS para que aprendam a lidar com esse público. Considerou-se como conquistas:

- ✓ A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, publicada por meio da Portaria MS nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011 (HORST, 2015).
- ✓ A construção do plano integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de AIDS e outras IST, com ações para mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais; e do Plano nacional de enfrentamento da epidemia de AIDS e das IST entre gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis (HORST, 2015).
- ✓ Criação do comitê técnico de saúde da população LGBT (portaria nº 2.222, do gabinete do ministro, de 14 de outubro de 2004) no ministério da Saúde (HORST, 2015).
- ✓ A realização do seminário nacional de saúde da população LGBT na construção do SUS, em agosto de 2007 (HORST, 2015).

O Plano Plurianual (PPA) 2004-2007 definiu, no âmbito do Programa Direitos Humanos, Direitos de Todos, a ação denominada Elaboração do Plano de Combate à Discriminação contra Homossexuais. Como forma de efetivar o plano, a Secretaria Especial de Direitos Humanos lança o Brasil Sem Homofobia, um Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, com o objetivo de promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a singularidade de cada um desses grupos populacionais (BRASIL, 2004).

Para atingir tal objetivo, o Programa é constituído de diferentes ações que visavam o apoio a projetos de fortalecimento de instituições públicas e não-governamentais que atuam na promoção da cidadania homossexual e/ou no combate à homofobia, capacitação de profissionais e representantes do movimento homossexual que atuam na defesa de direitos humanos, disseminação de informações sobre direitos, de promoção da auto-estima homossexual e o incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos do segmento LGTB (BRASIL, 2004).

Outro instrumento de grande representação social na luta pelos direitos à população LGBT são os Princípios de Yogyakarta, o documento inspirado na Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU de 1948 é composto por 29 princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Destaca-se a igualdade e a não discriminação, o reconhecimento perante a lei, o padrão mais alto alcançável de saúde, proteção contra abusos médicos, de construir uma família, dentre outros importantes e fundamentais direitos (LAURINDO; VIEIRA; BARACHO, 2021).

E nessa busca por direitos, a população LGBT vem exigindo o reconhecimento e atendimento a partir das especificidades que cabem a esse público dentro da política social. Com as diversas conferências ocorrendo pelo Brasil, reforça-se a necessidade de que o movimento LGBT possui, de um espaço que discuta e proponha, de forma coordenada e com a garantia de participação popular, as políticas que norteariam as ações dos Poderes Públicos (HORST, 2015).

Destaca-se então, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que e tem por objetivo estabelecer diretrizes e ações para as três esferas de governo no que se refere à promoção, prevenção e recuperação no cuidado em saúde, construída em parceria com a sociedade civil, enfatiza a importância da redução das iniquidades decorrentes de identidade de gênero e orientação sexual (LAURINDO; VIEIRA; BARACHO, 2021).

Essa política é um instrumento indispensável na luta contra a homofobia, lesbofobia e transfobia no campo da saúde, e contra o preconceito institucional no SUS. Durante a etapa de sua elaboração, a participação das lideranças e movimentos sociais favoreceu a construção de um texto de qualidade, capaz de abranger as principais demandas da população em questão. Porém a implementação efetiva das ações colide com resistências políticas locais, incitadas por posições morais, e que na maioria das vezes são de ordem religiosas, que envolvem os funcionários e profissionais em suas subjetividades, resultando em condutas muitas vezes discriminatórias e estigmatizantes (LAURINDO; VIEIRA; BARACHO, 2021).

Ao pensar no princípio da universalidade, as barreiras que dificultam o acesso impostas pelo preconceito e estigma, atuam como um obstáculo no cumprimento deste

princípio. O desconhecimento e/ou negligência por parte de gestores e profissionais de saúde dos aspectos psicossociais e necessidades específicas da população LGBT impede um atendimento integral e de qualidade, e o padrão heteronormativo das práticas de saúde, o processo de patologização das variantes comportamentais, o preconceito de usuários e profissionais, e o sexismo institucional dificultam o cumprimento das ações previstas pelas políticas de equidade (LAURINDO; VIEIRA; BARACHO, 2021).

Já em relação ao princípio da equidade, percebe-se que este não está sendo compreendido pelos diversos profissionais, e nem praticado como deveria, tendo em vista que as especificidades do grupo não estão sendo consideradas. Destaca-se a invisibilidade da questão de gênero e identidade sexual nas práticas de saúde. A desconsideração sobre os modos de vivência da sexualidade da população LGBT põe a modalidade heterossexual de sexualidade como padrão, o que implica na efetividade das práticas preventivas, do atendimento e tratamento de pacientes LGBT (LAURINDO; VIEIRA; BARACHO, 2021).

Ressalta-se ainda que, apesar de ser um movimento único, há diferentes reivindicações dentro do próprio movimento, uma vez que cada grupo tem suas especificidades. (TAKEISHI et al, 2020). Evidenciando assim, a importância de trabalhar as interseccionalidades que advém do movimento.

Interseccionalidade é uma categoria de análise reconhecida como uma das mais importantes contribuições do pensamento feminista para o pensamento social. É fruto de intensos debates políticos e intelectuais no âmbito dos feminismos que se desdobram a partir das críticas de feministas negras, nos anos 1970, à estabilidade homogeneizante da categoria mulher, enfatizando as articulações com raça, classe e sexualidade, entre outras diferenciações sociais (FACCHINI; CARMO; LIMA, 2020).

Gênero e sexualidade se constituem como determinantes sociais da saúde, e se articulam a outros determinantes, como questões raciais ou socioeconômicas. Consequentemente, se reforça o reconhecimento, como também a promoção e garantia dos direitos humanos e fundamentais de mulheres e de LGBT como condição necessária para o alcance de melhores condições de vida e de saúde para essas populações (GOMES et al, 2018).

4.6.1 Política Nacional de Saúde Integral LGBT

A Política Nacional de Saúde LGBT é um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade e um marco na história das políticas públicas de saúde no Brasil, sendo também, um documento que legitima e norteia as necessidades e singularidades do movimento em conformidade com a equidade

prevista na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013, p. 06).

A Política LGBT é composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias, porém para sua devida execução, necessita-se de compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 06).

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença desta população. Sendo assim, suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2013, PG 08).

O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado nesta Política como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Para que isso se efetive, a Política LGBT articula um conjunto de ações e programas, que constituem medidas concretas a serem implementadas, em todas as esferas de gestão do SUS, particularmente nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Este processo de implementação deve ser acompanhado, cotidianamente, pelos respectivos conselhos de saúde e apoiado, de forma permanente, pela sociedade civil (BRASIL, 2013, p. 08).

A política possui como 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, 2013, p. 18).

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos:

Quadro 2 – Objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT
(continua)

<i>I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;</i>
<i>II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;</i>
<i>III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;</i>

Quadro 2 – Objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT
(continuação)

<i>IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;</i>
<i>V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;</i>
<i>VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;</i>
<i>VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;</i>
<i>VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;</i>
<i>IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;</i>
<i>X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;</i>
<i>XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;</i>
<i>XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;</i>
<i>XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;</i>
<i>XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;</i>
<i>XV - buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;</i>
<i>XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;</i>
<i>XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;</i>
<i>XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;</i>
<i>XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;</i>
<i>XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;</i>

Quadro 2 – Objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT
(conclusão)

<i>XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;</i>
<i>XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;</i>
<i>XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e</i>
<i>XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT.</i>

Fonte: Brasil, 2013.

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

Quadro 3 – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT
(continua)

<i>I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;</i>
<i>II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;</i>
<i>III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;</i>
<i>IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;</i>
<i>V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;</i>
<i>VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;</i>
<i>VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;</i>

Quadro 3 – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT

(conclusão)

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social.

Fonte: Brasil, 2013.

4.6.2 Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT 2012 - 2015

Em conformidade à Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011 da Comissão Intergestores Tripartite o Plano Operativo O Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem como objetivo apresentar estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo, sendo a operacionalização se norteia pela articulação intra e intersetorial e a transversalidade no desenvolvimento de políticas públicas e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2013).

A Política define os princípios, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional. Portanto, trata-se de uma política transversal com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo e, na qual a articulação com as demais políticas do Ministério da Saúde se torna imprescindível (BRASIL, 2013).

Devem ser considerados os seguintes conceitos para orientar o desenvolvimento deste plano:

- ✓ **Região de Saúde:** espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508/2011).
- ✓ **Mapa da Saúde:** Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (Decreto nº 7.508/2011).

Sendo assim, a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde,

lazer, cultura interferem diretamente na qualidade de vida e de saúde. É necessário reconhecer que todas as formas de discriminação devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença. Esses e outros determinantes sociais vulnerabilizam a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT é um marco no reconhecimento do direito universal à saúde e uma estratégia de promoção da equidade no SUS (BRASIL, 2018).

4.7 SAÚDE DA POPULAÇÃO LBGT

Ao relacionar conhecimento e cuidado, como também a gestão e diretrizes das políticas de saúde, diagnósticos críticos de opressão e injustiças podem ser sinalizados, desta forma, a saúde, enquanto direito do cidadão, envolve lutas por reconhecimento, atos democráticos contínuos voltados ao alcance de condições à integridade humana (WERNET; MELLO; AYRES, 2017).

Nesse contexto, desde 1990, a homossexualidade não é considerada como doença pela Organização Mundial da Saúde. No dia 17 de maio daquele ano, a Assembleia Geral da Organização excluiu a orientação homossexual do catálogo internacional de doenças, declarando que homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão (BRASIL, 2017).

A mesma ação já havia sido adotada pela Associação Americana de Psiquiatria, em 1975 e, no Brasil, pelo Conselho Federal de Psicologia, em 1985. Como o sufixo ISMO conota patologia, é incorreta a utilização do termo homossexualismo para se referir à orientação sexual homossexual (ou por pessoas do mesmo sexo). Da mesma forma em que não há cura para a homossexualidade, por não se tratar de uma doença, como reconheceu a Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 1/99. Pelo mesmo motivo de que ninguém opta por ser heterossexual, ninguém propriamente opta por ser gay, lésbica ou bissexual. Assim, o termo mais adequado é orientação sexual (BRASIL, 2017).

O acesso aos serviços de saúde no Brasil já esteve restrito à algumas populações específicas, sendo excludente para a maioria das pessoas, o princípio da universalidade surge, portanto, para assegurar o direito ao acesso aos serviços e ações de saúde para todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, religião ou outras características sociais ou pessoais (LAURINDO; VIEIRA; BARACHO, 2021).

Sem atendimentos adequados, lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgêneras resistem, cada vez mais, a buscar suporte qualificado em saúde, sendo muitas vezes os

profissionais de saúde desconhecem suas principais demandas de saúde. Entre as reclamações desse grupo, encontra-se a heterocissexualidade assumida. Destaca-se a comunicação escassa, fator diretamente conectado ao silenciamento de questões relacionadas à sexualidade, à promoção e à prevenção em saúde (MELO et al, 2020).

Os dados sobre o HIV e Aids caracterizam-se como o único aspecto da saúde de LGBT monitorado sistematicamente ao longo do tempo no Brasil. Tais dados alertam sobre a piora e a gravidade das condições de saúde de LGBT. Indicam, ainda, a necessidade urgente de reafirmar a relação necessária entre a promoção da saúde e a proteção/promoção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais dessas populações (GOMES et al, 2018).

Um ponto específico para ressaltar nos aspectos de saúde da população LGBT é o reconhecimento das vivências trans e acolhimento de suas demandas a constituição do conceito de identidade de gênero foi fundamental, porém ainda há um domínio da cisheteronormativa, que reforça a normatividade, relacionando sexo e gênero de forma a patologizar as identidades e corpos fora da norma e naturaliza o modelo cisgênero e binário dos sexos no sistema de saúde (GOMES et al, 2018).

A compreensão da identidade de gênero como determinante social da saúde revela a insuficiência do sistema de saúde que, cisnormativo e binário, exclui e impõe limites às pessoas trans no exercício desse direito, a despeito de alguns esforços do poder público em enfrentar sua vulnerabilidade o *CISstema* de saúde frequentemente viola direitos e negligencia os não-cisgêneros (GOMES et al, 2018).

Nos anos de existência do SUS reconhecem-se os avanços no campo político em decorrência de movimentos sociais que defendem os direitos humanos, enfrentam o feminicídio e a não assistência adequada às pessoas que não são cisgêneras. Porém, ainda há muito a fazer para a garantia dos direitos à saúde e à vida de mulheres e de pessoas LGBT, entendendo-as como sujeitos dotados plenamente de humanidade e de exercício de direitos (GOMES et al, 2018).

O atendimento com acolhimento e informações adequadas, como também, o encaminhamento à rede de atenção especializada quando necessário, são aspectos essenciais para a garantia de uma atenção integral no SUS (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, ainda é comum que nos serviços de saúde haja a associação entre saúde trans e questões relacionadas às práticas sexuais, tais como as infecções sexualmente transmissíveis e HIV/Aids ou hepatites virais. Porém, a sexualidade é apenas um dos aspectos da vida e da saúde dessa população, podendo ser acometidas por outras

enfermidades, como qualquer pessoa, e devem ser atendidas em todos os serviços de saúde (BRASIL, 2018).

No Brasil, devido ao seu caráter ainda muito conservador, machista e heteronormativo, o padrão social é aquele em que o sexo biológico do indivíduo corresponde ao seu gênero binário, onde o mesmo deve se relacionar com indivíduos do gênero/sexo oposto, configurando uma relação heterossexual. Os indivíduos que possuem identidade de gênero e/ou orientação sexual distinta do padrão geralmente tornam-se alvos de preconceitos, violência e discriminação (PRADO; SOUSA, 2017).

Dessa forma, a luta da população LGBT consiste em desconstruir o caráter de anormalidade que suas escolhas configuram na atual sociedade. Porém, tais lutas possuem empecilhos em todos os campos, inclusive no da saúde, onde muitas vezes ocorrem julgamentos e preconceitos por parte dos profissionais de saúde responsáveis por seu atendimento (PRADO; SOUSA, 2017).

O movimento social lutou muito em busca da efetivação dos seus direitos civis, inclusive o direito à atenção integral à saúde, garantido constitucionalmente, porém quando levado à prática percebe-se que é negligenciado (PRADO; SOUSA, 2017).

Um compromisso ético-político que se aplica à todas as instâncias do SUS, de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde é a implementação de ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2013).

Segundo os Princípios de Yogyakarta (2006), a discriminação baseada na orientação sexual ou na identidade de gênero inclui qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada na orientação sexual ou identidade de gênero que tenha o objetivo de anular ou prejudicar a igualdade perante a lei ou proteção igual da lei, ou ainda o reconhecimento, em base igualitária, de todos os direitos humanos e das liberdades fundamentais.

A discriminação com base na orientação sexual ou identidade de gênero comumente é agravada por discriminação que muitas vezes advém de outras circunstâncias, inclusive aquelas relacionadas ao gênero, raça, idade, religião, necessidades especiais, situação de saúde e status econômico (BRASIL, 2017).

No Brasil, o cuidado em saúde da população LGBT esteve relacionado ao cuidado de prevenção as ISTs, o que trouxe como consequência aos serviços de saúde uma discriminação institucional, e preconceitos inclusive por parte dos profissionais, o que

evidencia a necessidade de uma educação profissional que aponte para um atendimento ético e livre de concepções pré-estabelecidas e discriminatórias (PRADO; SOUSA, 2017).

Fica evidente que a sociedade impõe uma determinação de gênero e orientação sexual pelo binarismo o que revela a necessidade de uma política sexual que considere as diversas formas de expressar a sexualidade humana, não por homo ou hetero ou, por mulher ou homem, mas sim, pelo ser humano que ali se expressa e tem como direito escolher ser o que quiser (PRADO; SOUSA, 2017).

Apesar da existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e de um plano operativo, que fornece subsídios para implementação de uma saúde qualificada em todos os níveis de atenção à saúde, os cuidados primários são escassos quando pensado neste público em específico (BORGES et al, 2020).

Os limites impostos para a população LGBT configura-se como um desafio, tanto para o SUS e seus profissionais, quanto para a sociedade, devido um grande estigma heteronormativo e preconceito enraizado na população brasileira, portanto, evidencia-se a necessidade de uma organização nas redes de atenção à saúde, a fim de promover a inclusão da população LGBT em seus diversos equipamentos sociais (BORGES et al, 2020).

A necessidade de mudanças na formação profissional é fundamental, como também educação permanente para a capacitação dos profissionais de saúde, com estratégias de aproximação e atuação em conjunto com os movimentos sociais, objetivando um atendimento humanizado e que respeite os direitos da população LGBT, em consonância com os princípios do SUS (LAURINDO; VIEIRA; BARACHO, 2021).

Por fim, considera-se a PNSILGBT, quanto sua efetivação na prática, ainda incipiente. Sendo que os princípios da Universalidade, da Equidade e da Participação Social não são respeitados no atendimento à população LGBT, pois o Brasil ainda possui como base uma estrutura histórica e cultural machista, LGBTfóbica, patriarcal, conservadora e intolerante às diferenças (LAURINDO; VIEIRA; BARACHO, 2021).

5 REVISÃO INTEGRATIVA

5.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E POPULAÇÃO LGBT: ESTADO DA ARTE

Afim de diagnosticar o estado da arte sobre a temática da presente pesquisa, foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de descrever as produções científicas sobre Políticas Públicas e suas relações com a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT). O período de busca deu-se no mês de Maio de 2021. As palavras-chave utilizadas foram: Minorias sexuais e de Gênero, Desejabilidade Social e Políticas Públicas de Saúde.

Estado da Arte ou Estado do Conhecimento é definido como o nível mais elevado no qual se encontra o conhecimento científico em determinado período, promovendo uma visão do todo em um determinado recorte temporal. Essa metodologia permite produções em um delimitado campo de saber, proporcionando um olhar geral sobre o tema escolhido e dimensionando-o temporalmente, podendo ser considerada uma metodologia de pesquisa multimétodos porque proporciona uma avaliação qualitativa de um material quantitativamente gerado (RAMOS et al, 2022).

A revisão integrativa seguiu as seguintes etapas propostas por Ganong: Seleção das questões temáticas; Estabelecimento dos critérios para seleção da amostra; Representação das características da pesquisa original; Análise dos dados; Interpretação dos resultados; Apresentação da revisão integrativa.

Como critérios de inclusão: artigos de pesquisas qualiquantitativas, revisão de literatura, ensaios, relatos de experiência, reflexão teórica publicados em periódicos das bases de dados selecionadas para o estudo.

E como critérios de exclusão: as publicações de trabalho duplicados; estudos publicados em anais de eventos na forma completa programas, livro; capítulo de livro; teses e dissertações, políticas de saúde; cartas; editoriais; resumos em anais de eventos ou periódicos; materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol e português.

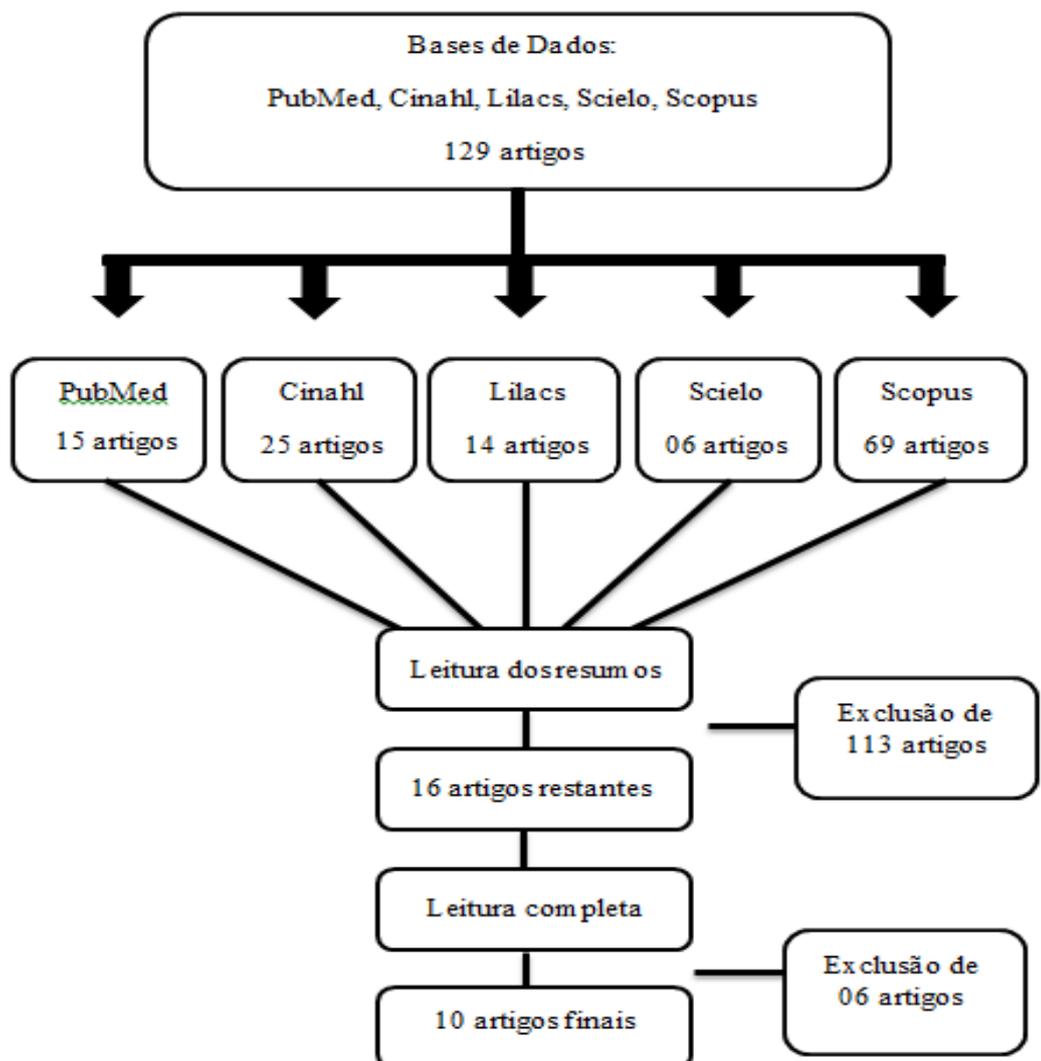
As estratégias de busca utilizadas basearam-se no uso de descritores do DeCS/MeSH: Minorias sexuais e de Gênero, Desejabilidade Social e Políticas Públicas de Saúde. As bases de Dados foram: Pubmed, Cinahl, Scopus, LILACS (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

O período de busca deu-se no mês de maio de 2021, e os estudos não foram limitados em relação ao período de tempo. O processo de seleção dos estudos se deu primeiramente pela leitura dos títulos e resumos e após primeira seleção apenas dos estudos que condiziam com os objetivos da pesquisa, foram lidos de forma completa na íntegra.

As sínteses dos estudos selecionados são descritas por meio das seguintes categorias: Políticas Públicas e saúde da população LGBT, Políticas Públicas: inclusão e interseccionalidades e Políticas Públicas discriminatórias, anti LGBT e homofobia.

Segue abaixo o fluxograma dos estudos que constituíram a amostra:

Fluxograma 1 – Etapas seguidas para obtenção dos artigos analisados.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 – Conceituação dos artigos analisados na revisão

Base	Ano	Autores	Revista	Título
Scopus	2020	Tamar Goldenberg, Sari L. Reisner, Gary W. Harper, Kristi E. Gamarel, Rob Stephenson	The Milbank Quarterly	Políticas estaduais específicas para transgêneros, raça / etnia e uso de serviços médicos de afirmação de gênero entre pessoas trans e outras pessoas de gênero diverso nos Estados Unidos
Scopus	2018	Sharanya Rao, Chandra D. Mason	American Psychological Association	Estresse e bem-estar das minorias sob a legislação anti-sodomia na Índia
Scopus	2018	Erik Lamontagne, Marc d'Elbe'e , Michael W. Ross, Aengus Carroll, Andre' du Plessis, Luiz Loures	European Journal of Public Health	Uma medida socioecológica da homofobia para todos os países e seu impacto na saúde pública
Cinahl	2019	Daniel Gracel, Mark Gaspar, David Lessard, Benjamin Klassen, David J. Brennan, Barry D. Adam, Jody Jollimore, Nathan J. Lachowsky, Trevor A. Hart	BMC Public Health	Os homens homossexuais e bissexuais sobre a reforma da política de doação de sangue no Canadá: um estudo qualitativo
Cinahl	2021	Gilbert Gonzales, Bárbara Navaza	Journal of Health Care for the Poor and Underserved	Saúde de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) em Cuba: Um Relatório de Campo
Lilacs	2020	Itauane de Oliveira, Moises Romanini	Sociedade e Saúde	(Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde
Lilacs	2019	Claudio José dos Santos Júnior, John Victor dos Santos Silva, Eden Erick Hilário Tenório de Lima, Waldez Cavalcante Bezerra	Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde	Coletivo Bee, luta LGBT e saúde integral: diversidade sexual e de gênero no ambiente universitário
Lilacs	2015	Cleide Ester de Oliveira, Maria de Fatima Pereira Alberto, Nadir de Fátima Borges Bittencourt	Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud	Tensões e contradições nos discursos políticos sobre o combate à homofobia no contexto da escola brasileira
Lilacs	2015	Lincoln de Oliveira Rondas, Lucília Regina de Souza Machado	Pesquisas e Práticas Psicossociais	Inserção profissional de travestis no mundo do trabalho: das estratégias pessoais às políticas de inclusão
Lilacs	2011	Eliana Teresinha Quartiero, Henrique Caetano Nardi	Revista Mal-estar e Subjetividade	A diversidade sexual na escola: produção de subjetividade e políticas públicas

Fonte: Elaborado pela autora.

Categorias

Após a análise dos artigos selecionados, os mesmos foram divididos em três categorias: Políticas públicas e saúde da população LGBT, Políticas públicas: inclusão e interseccionalidades e Políticas públicas discriminatórias, anti LGBT e homofobia, como descritas a seguir.

Políticas Públicas e saúde da população LGBT

Goldenberg et al (2020), afirmam que o estigma relacionado a diversas identidades que são marginalizadas influencia o acesso aos cuidados, e que para alcançar a equidade em saúde para as pessoas transgênero, é necessário considerar como as políticas possuem a capacidade de moldar o acesso aos cuidados de saúde e, em última análise, afetar os resultados da saúde. Sendo que políticas protetoras aprovadas e em vigor podem favorecer a redução de preconceitos, julgamentos e melhorar a saúde de transgêneros.

De acordo com a pesquisa de Gonzales e Navaza (2021), na pesquisa realizadas em Cuba, atitudes e políticas públicas muito recentes promoveram a aceitação e a igualdade na saúde para as pessoas LGBT. Baseadas em observações médicas, de agentes comunitários e pesquisadores de saúde pública com conversas não estruturadas, observou-se prevenção e tratamento de HIV / AIDS, saúde mental e física e questões relacionadas ao envelhecimento como prioridades para saúde LGBT.

Oliveira e Romanini (2020), reiteram a necessidade de efetivação das políticas públicas de saúde que atendam a população trans em sua integralidade direcionando os cuidados em saúde no princípio da equidade. Desta forma, o respeito às individualidades de cada um deve ser considerado durante o cuidado, sendo necessário ampliar o debate sobre as questões de gênero no âmbito da saúde, para além de padrões biomédicos e heteronormativos.

Neste contexto, os autores Santos Júnior et al (2019), destacam o Coletivo Bee (um movimento estudantil pertencente à Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas), e seus objetivos como o monitoramento da implementação de ações de saúde para as pessoas LGBTs no âmbito do Estado de Alagoas e da Uncisal; a formulação e proposição de ações voltadas para o enfrentamento à discriminação, para a promoção e defesa do direito à saúde integral dessa população; a discussão de assuntos importantes para esse público, como forma de assegurar o acesso integral – e livre de preconceitos – aos serviços da rede pública de saúde; a discussão dos avanços nos princípios da

igualdade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) frente à Política Nacional de Saúde Integral LGBT; e o fortalecimento da luta pela causa LGBT, incentivando a implantação de políticas públicas que assegurem um melhor atendimento a esse público nas unidades de saúde.

Políticas Públicas: inclusão e interseccionalidades

Para Goldenberg et al (2020), ao implementar políticas, os efeitos sobre as vidas das populações mais marginalizadas e estigmatizadas devem ser considerados, compreendendo assim, a interseccionalidade das políticas.

Segundo Rondas e Machado (2015), discutir ações de políticas públicas que promovam emprego as travestis, acesso a capacitações, fortalecem sua aceitação social, como também promove a inclusão e aceitação da diversidade.

Quartiero e Nardi (2011), afirmam que a escola tem sido alvo de várias propostas de intervenção no campo da sexualidade e diversidade sexual. O termo da diversidade sexual tem surgido no campo da educação sexual e de programas voltados à questão dos direitos humanos, em especial no programa Brasil sem Homofobia. Evidenciou-se por meio de pesquisa realizada que a repercussão do programa Brasil Sem Homofobia nas escolas se deu de maneira diferenciada, sendo que a maioria dos professores e professoras não tinham conhecimento do programa, não havia nenhum envolvimento institucional em relação às propostas desenvolvidas por ele, apesar de existirem, na escola, educadoras comprometidas com esse tema. O que corrobora que políticas e estratégias inclusivas precisam ser mais difundidas e divulgadas.

Políticas Públicas discriminatórias, anti LGBT e homofobia

Para Goldenberg et al (2020), é possível que os indivíduos que vivem em estados com políticas de não discriminação e sim, mais protetoras, sejam menos propensos a serem estigmatizados dentro dos ambientes de cuidados de saúde e mais capazes de acessar serviços médicos de afirmação de gênero quando quiserem.

De acordo com a pesquisa de Rao e Mason (2018), a legislação discriminatória que nega direitos iguais às minorias sexuais e de gênero aumenta a probabilidade desses indivíduos experienciem o estresse das minorias, trazendo consequências para a saúde mental que pode também estar relacionada ao sentimento de pertencimento social, sendo assim, à medida que o estresse da minoria aumenta, o senso de pertencimento diminui, levando a uma diminuição na saúde mental e bem-estar.

Neste contexto, os autores Gracel et al (2019), realizaram uma pesquisa no Canadá, onde foram realizadas pesquisas com homens gays e bissexuais em relação ao

período que os mesmos precisavam ficar sem realizar práticas sexuais com outros homens em um período de 12 meses para se tornarem doadores de sangue elegíveis, sendo esse período reduzido para 3 meses, porém tal redução, não resolveria as questões fundamentais da equidade de gênero e discriminação orientação sexual.

Para Lamontagne et al (2018), o nível de violação dos direitos humanos, violência verbal e física e negação de serviços de saúde associados à homofobia é um problema de saúde pública. Diversas pessoas são vítimas de estigma e discriminação relacionados à orientação sexual e identidade de gênero. A sociedade e os formuladores de políticas possuem papel fundamental para combater a homofobia e promover sociedades mais inclusivas.

Oliveira; Alberto; Bittencourt (2015), afirmam que a iniciativa de políticas públicas voltadas para discutir o tema da diversidade sexual com o objetivo de combater a homofobia esbarra em valores morais e religiosos. Se faz necessário refletir sobre um modelo educacional que não reproduza a lógica de exclusão, pois a homofobia no contexto da escola compromete a inclusão educacional e a qualidade de ensino, já que os conflitos referentes à sexualidade, principalmente aqueles relativos à orientação sexual e à identidade de gênero, ganham contornos mais expressivos no espaço da escola.

Por fim, observa-se o quanto as políticas públicas de saúde são instrumentos potentes para facilitar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, considerando suas individualidades e interseccionalidades, porém, muitas medidas homofóbicas e anti LGBT ainda são vistas em alguns lugares do mundo, o que reforça também, a importância de pesquisar e abordar estudos internacionais, trazendo um comparativo e uma análise essencial para pensar ainda mais na população LGBT e o quanto tais medidas, prejudicam o acesso à saúde desta população, podendo isto, acarretar sérios problemas de saúde no futuro, o que evidencia o quanto se discutir saúde da população LGBT não deve ser apenas a nível nacional, mas também, com avaliações internacionais, sendo que este indivíduo pode necessitar de assistência à saúde em qualquer lugar do mundo.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi do tipo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Minayo (1994), traz que a pesquisa qualitativa tem como objetos fenômenos como: as relações, as representações e a intencionalidade. E nesse sentido, Gil (2008), afirma que as pesquisas descritivas se comprometem primordialmente em descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Já as pesquisas exploratórias apresentam como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Por fim as pesquisas descritivas juntamente com as exploratórias são habitualmente escolhidas por pesquisadores que apresentam preocupação com a atuação prática.

A pesquisa qualitativa costuma ter seu desenvolvimento direcionado, e não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise dos dados. O foco de interesse é amplo e obtém dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo, procurando entender os fenômenos e a partir daí, interpretá-los (NEVES, 1996).

6.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram pessoas que se identificavam como pertencentes da população LGBT com 30 anos ou mais, pois entende-se que entre 2001 até o presente momento o participante já passou pelo período da adolescência e está na vida adulta, podendo ter uma melhor compreensão das principais percepções obtidas em relação aos aspectos da área da saúde antes e pós publicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT publicada no ano de 2011. Desta forma, entre 2001 e 2011 (período sem a política) o participante estava no período de adolescência podendo, por isso, fornecer pistas para a compreensão das mudanças nas políticas de saúde.

A amostra total do estudo contou com 07 participantes que se deu por meio da técnica de bola de neve, considerando que pessoas do mesmo grupo de afinidades e similaridades possuíam maior contato uma com as outras.

A técnica de coleta de dados em bola de neve, inicia-se com o pesquisador especificando as características que os membros da amostra deverão ter, depois identifica uma pessoa ou um grupo de pessoas congruentes aos dados necessários, na sequência, apresenta a proposta do estudo e, após obter/registrar tais dados, solicita que os

participantes da pesquisa indiquem outras pessoas pertencentes à mesma população-alvo (COSTA, 2018).

Critérios de inclusão:

- Pessoas LGBT com 30 anos ou mais, residentes de um dos municípios da Grande Florianópolis.

Critérios de exclusão:

- Pessoas LGBT com 30 anos ou mais, residentes de um dos municípios da Grande Florianópolis que nunca tenham utilizado um serviço de saúde de forma direta.

Em relação ao número de participantes, em um primeiro momento houve uma dificuldade em recrutar participante para a pesquisa, podendo justificar-se pelo público que não faz parte de movimentos sociais não entenderem a importância de suas participações em pesquisas científicas, como também, por serem pessoas mais velhas, ter um certo receio em expor suas vivências. Porém ao alcançar 07 entrevistas e por se tratar de uma pesquisa qualitativa, cessaram-se as coletas quando iniciou a saturação dos dados, tornando-se repetitivos e sem novas informações para a pesquisa, o que pode ser justificado pelo fato de ser uma amostra parcialmente homogênea.

Os participantes indicados pelo primeiro entrevistado, conforme a técnica de coleta de dados em Bola de Neve, foram contatados e convidados a participar do estudo, e a partir do aceite foi agendado horário e data para a entrevista. A mediação de convites foi realizada em sua maioria via *WhatsApp*, por se tratar de uma ferramenta de fácil acesso nos dias atuais, como também, via *e-mail*. Ao realizar o convite foi esclarecido os objetivos da pesquisa e demais dúvidas que surgiram.

Os participantes do estudo foram indivíduos que se identificam como LGBT, com 30 anos ou mais, residentes dos municípios da Grande Florianópolis, como segue o quadro abaixo:

Quadro 5 – Dados dos participantes

(continua)

Participantes	Idade	Gênero	Orientação sexual	Cor/raça	Profissão	Município
1	36 anos	Masculino (homem trans)	Homossexual	Branco	Cartomante	São José
2	30 anos	Feminino	Lésbica	Branca	Repositora	Florianópolis

Quadro 5 – Dados dos participantes

(conclusão)

3	58 anos	Feminino	Bissexual	Preta	Assistente social	São José
4	31 anos	Feminino	Bissexual	Parda	Designer Estrategista	Florianópolis
5	44 anos	Masculino	Homossexual	Branco	Hoteleiro hospital e terapeuta holístico	Palhoça
6	32 anos	Masculino (homem trans)	Bissexual	Branco	Vendedor	Florianópolis
7	42 anos	Masculino	Homossexual	Branco	Designer Digital	São José

Fonte: Elaborado pela autora.

6.3 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, individuais e áudio-gravadas na plataforma *Google Meet* e posteriormente, transcritas na íntegra em software *word*. Todas as entrevistas foram realizadas de forma virtual, sendo que o TCLE foi enviado via *WhatsApp* para os participantes onde os mesmos assinaram e digitalizaram o documento e enviaram novamente à pesquisadora.

O instrumento de pesquisa continha perguntas sobre os dados de identificação do participante e perguntas abertas, o que possibilitou a exploração de dados relevantes e pertinentes à pesquisa.

O dia e horário foi previamente agendado com o entrevistado, respeitando o tempo limite de coleta de dados estipulado. Os dados coletados seguem armazenados em computador pessoal mantidos em sigilo, com acesso apenas da pesquisadora. Não foram coletados dados de fontes secundárias.

6.4 ANÁLISE DE DADOS

Para a organização dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2011) que visa a categorizar os mesmos para melhor interpretação dos achados no estudo. A análise de conteúdo pode ser compreendida em três fases: a pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise consiste na fase de organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, mas cujo objetivo é tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais. É nessa fase que são escolhidos os documentos a serem submetidas à análise, que

são formulados as hipóteses e os objetivos e elaborados os indicadores que fundamentam a interpretação final (BARDIN, 2011).

Exploração do material é essencialmente a codificação das informações, em função de regras previamente formuladas. É a fase de administração sistemática das decisões tomadas. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos e válidos (BARDIN, 2011).

Após a transcrição dos dados, os mesmos foram analisados e divididos nas seguintes categorias: heteronormatividade compulsória e padrão de identidade, preconceito e despreparo dos profissionais e dos sistemas de saúde e política pública e a ambivalência do reconhecimento.

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em conformidade a Resolução 466/2012 todos os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos devem ser apreciados, em seus aspectos éticos, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Desta forma, o projeto de pesquisa foi encaminhado com antecedência ao Comitê de Ética para devida análise e foi devidamente aprovado. Registramos que este estudo segue as diretrizes para pesquisas com seres humanos no Brasil – Resolução 466/2012. CAAE: 53329021.1.0000.0121, Número do parecer: 5.259.772.

Baseado nos aspectos de direito dos princípios éticos, os participantes, assim como as informações relevantes a sua participação, foram preservados e garantidos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Diante disso todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e a importância deste e após o aceite, foram convidados a assinar o TCLE. Sendo disponibilizada a cópia do documento ao participante, com o contato do pesquisador principal e demais pesquisadores, assim como a disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, desistência e corte dos dados por ele disponibilizados.

Os participantes foram informados que a pesquisa não lhe traria nenhum ônus financeiro. Dúvidas de interesse dos participantes e as dúvidas em relação a entrevista foram sanadas. Como também, ficou claro que os mesmos poderiam desistir da pesquisa em qualquer momento sem nenhuma consequência.

Vale destacar que durante todo o processo de pesquisa, os dados foram mantidos em sigilo e manuseados somente pelos envolvidos no projeto, sendo preservada a imagem dos participantes, a confidencialidade, garantindo-se a não utilização dos dados em

prejuízo das pessoas, garantindo também o respeito aos valores culturais, morais e religiosos.

7 RESULTADOS

De acordo com o regimento interno do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, os resultados serão apresentados em forma de artigo científico para futura publicação.

7.1 ARTIGO CIENTÍFICO

SAÚDE LGBT À LUZ DA TEORIA DO RECONHECIMENTO

RESUMO: Uma das dificuldades que a população LGBT ainda enfrenta, são as discriminações por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes por falta de conhecimento podem realizar atendimentos que não atendam as demandas específicas dessa população, como também, o despreparo dos sistemas de saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais mostra-se como um instrumento norteador importante para uma prática em saúde com menos preconceito e julgamentos, tornando um reconhecimento legal em ações cotidianas. O estudo possui como objetivo analisar a percepção de indivíduos LGBT frente seu reconhecimento e pertencimento social no âmbito da saúde no contexto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. A pesquisa é do tipo qualitativa descritiva exploratória, com coletas de dados por meio de entrevistas com roteiros semiestruturados. Foram coletadas um total de 07 entrevistas, onde as mesmas foram transcritas e categorizadas nas seguintes categorias: heteronormatividade compulsória e padrão de identidade, preconceito e despreparo dos profissionais e dos sistemas de saúde e política pública e a ambivalência do reconhecimento. Os resultados mostram um despreparo por parte dos profissionais de saúde em relação às demandas de saúde da população LGBT, predominando ainda, a norma heteronormativa, sendo a busca pelo reconhecimento uma parte do enfrentamento à essa cultura, o que reforça o papel da política como instrumento que precisa ser mais efetivo na prática e não ser apenas um instrumento de reconhecimento legal.

PALAVRAS -CHAVE: Minorias sexuais e de gênero. Desejabilidade social. Saúde das Minorias.

ABSTRACT: One of the difficulties that the LGBT population still faces is discrimination by health professionals, who often, due to lack of knowledge, may not meet the specific demands of this population, as well as the unpreparedness of health systems. In this sense, the National Policy of Integral Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals shows itself as an important guiding instrument for a health practice with less prejudice and judgments, turning legal recognition into daily actions. The study aims to analyze the perception of LGBT individuals regarding their social recognition and belonging in health care in the context of the National Policy of Integral LGBT Health. The research is qualitative, descriptive, exploratory, with data collected through interviews with semi-structured scripts. A total of 07 interviews were collected, where they were transcribed and categorized into the following categories: compulsory heteronormativity and identity standard, prejudice and unpreparedness of professionals and health systems and public policy, and the ambivalence of recognition. The results show an unpreparedness on the part of health professionals in relation to the health demands of the LGBT population, with the heteronormative norm still predominating, and the search for recognition being part of

the fight against this culture, which reinforces the role of the policy as an instrument that needs to be more effective in practice and not just be an instrument of legal recognition.

KEYWORDS: Sexual and Gender Minorities. Social desirability. Minority Health.

INTRODUÇÃO

A diversidade sexual tem sido amplamente discutida nos dias atuais, especialmente no âmbito da saúde, devido a luta contra a discriminação e uma busca do acolhimento da população LGBT. Ainda assim, a diversidade sexual sendo por orientações sexuais e/ou de identidades de gênero, é frequentemente alvo de discriminação, preconceito e violência verbal, física ou emocional (LACERDA; BIGLIARDI, 2021).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) foi instituída em 2011, sendo um dos objetivos da política capacitar os profissionais de saúde para que realizem atendimento adequado para essa população. A política, porém, ainda possui grandes dificuldades de efetividade na prática, sem forças de uma política pública (LACERDA; BIGLIARDI, 2021).

Uma das dificuldades que a população LGBT enfrenta, está relacionada com as discriminações por parte dos profissionais de saúde que, muitas vezes, por falta de conhecimento realizam atendimentos que não atendam as demandas específicas dessa população, podendo afastá-los do âmbito e dos objetivos dos cuidados em saúde (LACERDA; BIGLIARDI, 2021). Desta forma, as minorias sexuais e de gênero por não se adequarem aos padrões heteronormativos impostos socialmente, estão expostos a uma maior vulnerabilidade social, tendo seus direitos violados, principalmente no que se refere aos serviços de saúde (FREITAS et al, 2021).

A discriminação e o preconceito que a população LGBT sofre decorre de uma normalidade pré estabelecida, onde mesmo cumprindo deveres sociais inerentes a todos, sofrem distinção quanto ao acesso a direitos básicos, como por exemplo o acesso a saúde (PIMENTA; CONCEIÇÃO, 2021). Neste contexto, uma série de movimentos sociais emergiram pela busca do reconhecimento a direitos básicos para a população LGBT (PIMENTA; CONCEIÇÃO, 2021).

Identities heterosexual and homosexual cannot find a way to coexist, since if the heterosexual identity is affirmed as being a true identity, then this, which indicates how humans should be, then the homosexual identity can only appear as deviant, not natural and, consequently, not habitable (MCQUEEN, 2015, p. 159).

A população LGBT vem lutando incansavelmente por reconhecimento e, apesar de inúmeras conquistas, ainda enfrentam discriminação e preconceito, onde mortes, abusos e violências são constantes (CASTRO et al, 2022).

A teoria do reconhecimento tem se firmado como um frutífero quadro conceitual para compreender as lutas sociais. Ela oferece uma matriz interpretativa atenta à dimensão moral dos conflitos sociais e capaz de perceber a complexidade de tais conflitos, em suas dimensões materiais, simbólicas e legais. A noção de reconhecimento traz a intersubjetividade para o cerne da justiça e destaca o caráter relacional e agonístico da construção da sociedade (MENDONÇA, 2009).

O reconhecimento, quando satisfatório, proporcionará uma relação positiva consigo mesmo que anteriormente não existia, dada a ausência prévia de reconhecimento social. Sendo assim, ao receber tal reconhecimento, o sentido de si próprio é confirmado e firmemente estabelecido, e, portanto, o reconhecimento representa um evento ou momento que estabelece o alinhamento do autorreconhecimento com o reconhecimento social (MCQUEEN, 2015, p. 171).

Diante do exposto o artigo analisa a percepção de indivíduos LGBT sobre seu reconhecimento e pertencimento social no âmbito da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, sendo a coleta de dados por meio da técnica de bola de neve. Costa (2018) traz que a técnica de coleta de dados em bola de neve, inicia-se com o pesquisador especificando as características que os membros da amostra deverão ter, depois identifica uma pessoa ou um grupo de pessoas congruentes aos dados necessários, na sequência, apresenta a proposta do estudo e, após obter/registrar tais dados, solicita que os participantes da pesquisa indiquem outras pessoas pertencentes à mesma população-alvo.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, individuais e áudio-gravadas na plataforma *Google Meet* e posteriormente, transcritas na íntegra em software *word*. O instrumento de pesquisa continha perguntas sobre os dados de identificação do participante e perguntas abertas, o que possibilitou a exploração de dados relevantes e pertinentes à pesquisa. O dia e horário foi previamente agendado com o entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas de forma virtual, sendo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado via *WhatsApp* para os participantes onde os mesmos assinaram e digitalizaram o documento e enviaram novamente à pesquisadora.

Os participantes do estudo foram pessoas que se identificavam como pertencentes da população LGBT com 30 anos ou mais, pois entende-se que entre 2001 até o presente momento o participante já passou pelo período da adolescência e está na vida adulta, podendo ter uma melhor compreensão das principais percepções obtidas em relação aos aspectos da área da saúde antes e pós publicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT publicada no ano de 2011. Desta forma, entre 2001 e 2011 (período sem a política) o participante estava no período de adolescência podendo, por isso, fornecer pistas para a compreensão das mudanças nas políticas de saúde.

Sendo assim, os critérios de inclusão foram pessoas LGBT com 30 anos ou mais, residentes de um dos municípios de Florianópolis e o critério de exclusão foram pessoas LGBT com 30 anos ou mais, residentes de um dos municípios de Florianópolis que nunca tenham utilizado um serviço de saúde de forma direta. A amostra total do estudo contou com 07 participantes conforme descrição abaixo:

Quadro 1 – Dados dos participantes

Participantes	Idade	Gênero	Orientação sexual	Cor/raça	Profissão	Município
1	36 anos	Masculino (homem trans)	Homossexual	Branco	Cartomante	São José
2	30 anos	Feminino	Lésbica	Branca	Repositora	Florianópolis
3	58 anos	Feminino	Bissexual	Preta	Assistente social	São José
4	31 anos	Feminino	Bissexual	Parda	Designer Estrategista	Florianópolis
5	44 anos	Masculino	Homossexual	Branco	Hoteleiro hospital e terapeuta holístico	Palhoça
6	32 anos	Masculino (homem trans)	Bissexual	Branco	Vendedor	Florianópolis
7	42 anos	Masculino	Homossexual	Branco	Designer Digital	São José

Fonte: Elaborado pela autora.

Para a organização dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2011) que visa a categorizar os mesmos para melhor interpretação dos achados no estudo. A

análise de conteúdo pode ser compreendida em três fases: a pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise consiste na fase de organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, mas cujo objetivo é tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais. É nessa fase que são escolhidos os documentos a serem submetidas à análise, que são formuladas as hipóteses e os objetivos e elaborados os indicadores que fundamentam a interpretação final (BARDIN, 2011).

Exploração do material é essencialmente a codificação das informações, em função de regras previamente formuladas. É a fase de administração sistemática das decisões tomadas. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos e válidos (BARDIN, 2011).

Após a transcrição dos dados, os mesmos foram analisados e divididos nas seguintes categorias, as quais foram criadas a partir da análise das entrevistas: heteronormatividade compulsória e padrão de identidade, preconceito e despreparo dos profissionais e dos sistemas de saúde e política pública e ambivalência do reconhecimento. E como forma de manter o sigilo dos participantes, seus nomes foram substituídos por nomes de flores que possuem as respectivas cores que compõem a bandeira do orgulho LGBT.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Heteronormatividade compulsória e padrão de identidade

A análise das narrativas permitiu verificar primeiramente que a maioria dos participantes ainda não se reconheciam como pessoas LGBT na infância, como também, tinham um reconhecimento parcial e/ou nulo por parte dos familiares, o que evidencia o quanto a heteronormatividade influencia no próprio reconhecimento como pessoa LGBT, a partir do momento em que a forma como se identificam se desvirtua de uma normalidade já preestabelecida socialmente, trazendo conseqüentemente uma invisibilidade da própria identidade de gênero e/ou sexualidade, como observa-se nas narrativas a seguir.

“Na adolescência foi, assim, na época eu não entendia direito isso como um conflito LGBT. Na época eu entendia muito mais, como um conflito de adolescente e de geração, porque eu fui criado pelos meus avós [...] Naquele momento eu me achava uma menina cis, hetero e é isso.” (Lúpulo)

“2007, 2008, tive uma pira nessa época, que eu queria tirar o útero, , hoje eu consigo olhar pra trás e ver que eu já estava nesse conflito trans, mas que eu não conseguia entender”. (Lúpulo)

“Mas no início assim eu me escondia muito, eu queria, mas eu tinha vergonha sei lá, eu acho que era mais vergonha de ser quem eu realmente era.” (Margarida)

“Venho também de uma família privilegiada, na minha infância, tudo.. mas assim, na minha infância eu não fui exatamente uma criança LGBT, porque eu não tinha muito bem essa concepção na minha cabeça, sabe?” (Lúpulo)

Neste contexto, Costa (2021) aponta que a sexualidade dos sujeitos se constitui junto a uma construção social já determinada ideologicamente, onde a heteronormatividade se destaca no âmbito social, se sobressaindo como fator condicionante para determinar manifestações identitárias.

Entende-se heteronormatividade como instituição que, ao consagrar-se como ideologia dominante, age de maneira articulada para hierarquizar as identidades de gênero, estabelecendo papéis sociais e de predominância. Dessa maneira, observa-se que a heterossexualidade nada mais é do que uma convenção cultural, estando inerente a natureza humana, uma vez que é socialmente construída (COSTA, 2021).

Na mesma direção, McQueen nos faz refletir como indivíduos com identidades excluídas por normas de identidade estabelecidas, enfrentam situações onde encaram frequentemente a exclusão social e a violência (MCQUEEN, 2015, p.143).

No processo de se reconhecer destaca-se uma primeira exclusão por parte dos familiares e pessoas que convivem próximo, diante as narrativas analisadas, justamente por estarem inseridos em um contexto social predominantemente heteronormativo, como também, a família pertencer a uma época em que a homossexualidade ainda era considerada doença e sempre atrelada a questões negativas como promiscuidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

“É acredito que com 16 né eu já sabia o que eu queria mas ainda tinha dificuldades de conversar, principalmente com meus pais com a minha família né” (Girassol)

“Minha vó ainda no início ficou meio assim, mas querendo ou não ela já vem de uma geração mais antiga e tudo né. Mas depois hoje em dia ela fala, minha princesinha se tornou príncipe.” (Margarida)

“Eu faço, eu falo, eu mostro, eu não vou ficar me escondendo e sempre quiseram me esconder, inclusive, porque eu sou a vergonha da família, né, então enfim, eu costumo a dizer que ser LGBT é a cereja do bolo” (Lúpulo)

“E daí eu já tinha lá da minha juventude, da minha adolescência, eu percebia que eu tinha atração por uma mulher, mas eu sempre tinha aquela visão de que é errado né, de que não é certo e tinha muita cobrança da minha mãe que tinha que ser uma senhora, que eu tinha que tá casada, que eu tinha que segurar o casamento” (Rosa)

McQueen (2015, p. 162), destaca que tanto o autorreconhecimento como o reconhecimento dos outros estarão atrelados a normas que moldam o que constitui uma identidade inteligível, ou seja, uma identidade reconhecível. Consequentemente, uma vida habitável será fortemente moldada por normas que compõem uma base dominante de identidade.

Sendo assim, as narrativas trazem a reflexão de que a heteronormatividade como sendo um padrão de base dominante, faz com que o indivíduo LGBT se questione e duvide de sua própria identidade/sexualidade como também, expresse sentimentos como medo e insegurança ao estar manifestando uma sexualidade desviante de uma norma.

“Quando eu me assumi, querendo ou não eu tinha quatorze anos né. É, e foi meio tenso assim porque querendo ou não eu me assumi com a cara e com a coragem, mas não tinha coragem realmente.” (Margarida)

“Entender se eu realmente gosto de mulheres ou não, isso era um assunto meio tabu pra mim, porque me sinto atraída por homens também, será que essa não é só uma imposição da sociedade” (Amarilis)

“Eu estive em uma relação heterossexual monogâmica e que assim, esse trabalhar da bissexualidade não estava na minha mente, mas eu lembro que antes dessa idade na escola né, quando começam a ter aquelas paquerinhas de escola, coisa bem de criança assim, 12 anos de idade, eu lembro que eu não me sentia à vontade de falar pras minhas amigas que eu achava uma outra menina interessante, pra mim era tudo bem falar dos meninos com elas, mas de outras mulheres, não. Eu ficava assim, não, não deve ser nada, tinha muito dessa negação” (Amarilis)

Nesse sentido, ao se perceber como uma pessoa LGBT automaticamente faz com que o indivíduo precise se assumir ou “sair do armário” como forma de atestar que não compõe uma norma, pois quem segue um padrão normativo de identidade e sexualidade não se assume, simplesmente segue uma rotina normalmente. Porém, o processo de assumir-se acarreta em consequências, muitas vezes, significativamente negativas, atrelado a muita homofobia e violência.

“Agora o meu desafio como uma mulher bissexual com cinquenta e oito anos é sair do casulo e permitir que outras pessoas cheguem na minha vida”. (Rosa)

“Eu costumo a falar que a minha saída do armário foi uma boneca russa porque até chegar hoje, me entendendo como uma pessoa não-binária, trans masculino, foi todo uma coisa assim, então, primeiro lá no final da minha adolescência eu pensei que era bissexual, ‘saí do armário, sou bissexual’. Ai depois ali com 20 e poucos anos eu achei que eu era lésbica, ‘saí de um armário lésbica’. Ai depois, na virada dos 30 anos, eu tive que falar, não cara, acho que eu sou trans, entendeu? Pá... mais um armário, então assim, uma boneca russa.” (Lúpulo)

Esse processo de reconhecimento é dinâmico e pressupõe novas demandas, como reiterado por Macqueen (2015, p. 173)

No entanto, ao sair "do armário", é preciso considerar no que é que se está a meter. Não há um reino de puramente relações positivas de respeito e reconhecimento que aguardam o indivíduo que decide revelar-se; não existe uma comunidade ideal desprovida do espectro da homofobia. Em vez de pensar que a luta para o reconhecimento é a solução para os problemas de identidade de cada um, pode muitas vezes significar apenas o início de todo um novo conjunto de lutas de reconhecimento. O modelo do déficit reconhecimento retrata a realização do reconhecimento, no entanto, isto é procurado e obtido, como sendo relativamente fácil de obter, e como garantia do sujeito na sua identidade. Romantizando o processo de sair pode falsamente prometer estabilidade na própria identidade que, devido à instabilidade inerente de todas as categorias de identidade, nunca poderá ser realizada. Consequentemente, a arena em que se entra depois de sair do armário e de receber o reconhecimento pode estar igualmente cheio de incerteza, confusão, ambiguidade e instabilidade como a vida 'dentro' do armário.

Neste contexto, percebe-se o quanto preconceitos estruturais nos colocam em uma posição de autojulgamento e consequentemente daquele que me é semelhante, o que se percebe nas narrativas de preconceitos dentro da própria comunidade LGBT.

“Eu sou um que ainda tenho despreparo porque eu sou meio desligado desse negócio de siglas né, eu tô com quarenta e quatro anos, então, eu sou meio desligado, porque toda hora muda né, então eu tô ali no GLS né, mas tem o GLS....A+ lá, então é um despreparo” (Girassol)

“Nunca beijei na frente da minha mãe, da minha avó, da minha sobrinha principalmente, do meu irmão, sabe, porque eu acho que não se deve fazer isso né, que daí já confunde a cabeça da criança e ainda vai fazer isso na frente da criança acho que não tem necessidade.” (Margarida)

Desde uma idade precoce sente-se de alguma forma diferente a outras pessoas e confuso sobre si mesmo, embora não se possa compreender precisamente porque é que se sente diferente. Poder-se-ia experimentar desejos estranhos ou comportamentos que não se encaixam na forma como se espera que nos sintamos ou nos comportemos. À medida que se envelhece, estes estranhos sentimentos persistem até acabarem por se manifestar é um momento de realização ou de revelação: descobre-se que se é gay (MCQUEEN, 2015, p. 171).

A descoberta da homossexualidade como trazida acima por McQueen (2015), nos mostra o quanto o processo pode ser desafiador e, ao internalizar tais confusões sobre si mesmo (sob influência de uma sociedade heteronormativa), tais sentimentos podem ser externalizados àqueles que também compartilham de uma mesma identidade.

“Claro que indiretamente as vezes a gente até foi criado nesse sentido, e nem percebe as vezes tantos atos de preconceito que acontecem ao redor da gente e gente nem se toca as vezes e até participa as vezes porque ficou tão natural” (Girassol)

“A bissexualidade pra mim é bem, é bem complicada nos relacionamentos [...] principalmente a parte dos homens, que sabe que eu sou bissexual eles normalmente pensam que eu vou aceitar ter relações a três [...] “Ah então você aceita ter uma relação

com mais de uma moça” sabe? Normalmente pra que eu incluia mais uma mulher no relacionamento” (Rosa)

“Tu vai lembrando das pessoas que tem essa visão, de você sendo bissexual você toca, olha a forma desvirtuada que as pessoas tem de você como ser humano pelo fato de você ser bissexual.” (Rosa)

“Até porque assim oh, entre as pessoas que eu conheço que são LGBT’s já tem um preconceito quando você se identifica como bissexual, se eu já enfrentei horrores de piadinhas, de apelidos, porque eles mesmo dizem assim, “Ah tu éis uma gilete, corta para os dois lados”, então se eles não respeitam, imagina quem é de fora” (Rosa)

Desta forma, as narrativas mostram o quanto os participantes conseguem também perceber as diferenças geracionais e evidenciar que os adolescentes atualmente já conseguem se reconhecer como pessoas LGBT mais cedo, estando esta questão muito atrelada ao acesso à informação e à despatologização da homossexualidade o que, conseqüentemente, propicia um maior conhecimento sobre o assunto por meio de estudos sobre copo, gênero e sexualidade.

“Eu de certa forma, como eu tô com quarenta e dois né. Então na minha época assim, quando eu era mais novo, na adolescência, a coisa de uns tempos pra cá evoluiu bastante [...] eu vejo que a geração de vocês é muito mais aberta pra isso, hoje a coisa tá muito mais, é, como é que eu vou te dizer, é mais rápido e é mais tranquilo assim, as pessoas já estão projetando um pouco mais não que não haja preconceito com certeza tem, mas naquela época, era tudo tão fechado”. (Jacinto)

“Na época era muito mais tabu assim, a questão é de tu ter um atendimento, de tu falar que tu era gay parecia que tu era um criminoso [...] mas parece que até para aqueles profissionais um tabu assim, a gente não era considerado normal e na época era mesmo, porque a homossexualidade era considerada homossexualismo que uma denominação que tem a ver com doença”. (Jacinto)

O meu eu verdadeiro já predestinado a ser compõe uma vida habitável, porém ao assumir uma identidade com incertezas e instabilidade, compreenderá em uma vida vivível (MCQUEEN, 2015, p. 161).

Neste aspecto, McQueen nos faz refletir que a partir do momento em que eu assumo a minha real identidade, sem contradições, uma vida habitável se faz possível, o que reflete nas diferentes gerações, por mais que um autorreconhecimento mais precoce traga na bagagem as conseqüências de se assumir e desviar da norma, a geração atual de adolescentes e jovens pode se dizer, que já experimentam uma vida habitável, diferente de pessoas LGBT de gerações passadas, que experimentam uma vida vivível, por mais que tenham em algum momento se assumido, sua construção como criança e adolescente foi baseada em um norma onde a diversidade sexual e de gênero era compreendida como

errada e como doença, permeia o fato de trazer à tona uma identidade com dúvidas e até de certa forma, instável.

“E hoje ta bem mais evoluído, na questão, eu comento com a minha mãe, nossa hoje a gente busca tanto, não é aceitação. Eu falo né, essas lésbicas mirim, esses viadinhos mirim que sai beijando na rua, se esfregando na rua, fazendo isso e aquilo, faz entre quatro paredes gente, não precisa tá se esfregando na rua sabe, tanto mulher com homem, quanto homem com o homem, mulher com mulher eu acho que não tem necessidade disso, busca tanto respeito né, pra nada” (Margarida)

“Hoje eu até fico olhando essa geração nova né, (já to com 36, já to me achando velho demais), mas durante todo o meu processo de me entender trans, essa percepção geracional ficou muito forte pra mim, porque é isso, eu vejo a galera hoje com 15, 16 anos que já se entende como não-binário, entendeu? Que já se entende como trans e não sei o que, e gente, eu não tinha essa possibilidade na minha época de me entender, é o que eu falo, hoje eu consigo olhar pra trás e entender que já estava lá e hoje já falar, ah nossa, entendeu? Mas é isso né, essa garotada de hoje já ta se entendendo assim e vai poupar todo um trabalho, o que eu passei de boneca russa eles não vão passar. “ (Lúpulo)

“E vai começando mais cedo porque as pessoas estão entendendo mais sobre isso, estão falando mais sobre isso, internet... Imagina se a gente pudesse falar nas escolas de fato, olha só que incrível que seria.” (Lúpulo)

“Eu acho que mudou bastante coisa, agora existem mais programas né de acesso a população LGBTQIA+, uma saúde mais específica e tal. É, um acompanhamento diferenciado, principalmente para pessoas trans, por exemplo, o ambulatório trans [...] eu percebo que teve mudanças, o ambulatório trans por exemplo, é um deles, acho que foi uma grande conquista”. (Lisianto)

Preconceito, despreparo profissional e dos sistemas de saúde

As demandas de saúde da população LGBT devem ser atendidas e resolucioadas dentro do possível, da mesma forma que pacientes héteros cisgêneros, porém, muitos dos relatos contidos nas narrativas ainda evidenciam o quanto os profissionais de saúde não possuem domínio em relação às suas demandas específicas, com atendimento regados de preconceitos e falhas nos sistemas, no que diz respeito a uma saúde que deveria contemplar as diversidades sexuais e de gênero.

As narrativas mostram o quanto o indivíduo LGBT, ao procurar o serviço de saúde, não se sente pertencente e reconhecido neste âmbito, por se tratarem de rotinas, atendimentos e protocolos com seguimento heteronormativo, sendo o profissional de saúde uma figura potente capaz de tornar o atendimento mais acolhedor e propício para o retorno deste paciente ao sistema de saúde.

“A médica que eu fiz a cirurgia falava que ela resolveu fazer a mastectomia masculinizadora porque ela percebeu que existia uma grande demanda e poucos

profissionais capacitados. A minha leitura social né, foi o que, ali tá o pote de dinheiro, deixa eu me especializar nisso porque esse dinheiro tem que vir pro meu bolso. Então, os profissionais que olham pra essa área, geralmente eles têm um custo alto e eles são particulares [...] eles se especializam nisso porque eles veem uma fonte de dinheiro” (Lisianto)

“Eu já passei por médicos que foram preconceituosos com relação a mastectomia, alegando que eram mutilações e tudo mais, então tem todo esse acesso, o acesso à informação que tem e ele é vinculado de uma forma também que não é muito legal e acaba ainda dificultando o que já é difícil né, que é a nossa vivência e o nosso acesso a saúde” (Lisianto)

É válido destacar o quanto há fortemente suposições cisheteronormativas sob os atendimentos realizados no âmbito da saúde, tornando o atendimento direcionado a um prejulgamento unilateral influenciado por todo um percurso social heteronormativo, sendo ainda, um tabu e até ofensivo questionar ao paciente sua sexualidade para poder direcionar o atendimento da melhor forma.

“Então a orientação sexual ela é cem por cento invalidada, ela não existe. Eu não me recordo na minha vida de ter entrado em um médico e esse médico ter algum pensamento fora da héterocisnormatividade.” [...] “E ai eu me apresentava e tal, explicava toda a situação, mas sempre o primeiro impacto é de estranheza né, é falta de conhecimento mesmo, falta de, sei lá de informação, é estranho falar isso né, numa época como essa, mas falta de informação total, porque é como se não existisse algo fora da heteronormatividade.” (Lisianto)

“Quando cheguei lá no hospital a enfermeira, ela não teve coragem de perguntar diretamente quem a minha companheira era [...] parece que é aquilo de não querer ofender se a gente não fosse um casal.” (Amarílis)

“Falo na consulta que eu sou casada com uma mulher e da de ver que as pessoas ficam meio, ta,, tipo, e agora? Vou continuar perguntando o que eu já tava? Adapto? Tem gente que não adapta e segue lá com aquele padrão pra uma mulher heterossexual e é isso” (Amarílis).

“E enquanto pessoa trans é muito maior o constrangimento sabe, de você ser assunto mesmo, os profissionais na parte administrativa, você chega lá com a cara que a sociedade valida como uma cara masculina, mas apresenta um documento que tem um nome feminino, já gera uma estranheza ali naquele primeiro contato, é como se fosse uma coisa anormal”. (Lisianto)

A busca pelo reconhecimento e a visibilidade pública permeiam normas estabelecidas limitantes, pois deduz as estruturas corporais a partir do binarismo, da heterossexualidade e heteronormatividade. Assim, a visibilidade pública torna-se um ponto a ser problematizado como um componente do acesso aos serviços de saúde e dos processos saúde-doença. (ROCON et al, 2022). Afim de complementar tal ideia, McQueen (2015, p.150), afirma que obter reconhecimento legal é um elemento vital nas

lutas políticas, no entanto, se faz necessário não idealizar o reconhecimento legal como totalmente não problemático, ou seja, tratá-lo como sendo capaz de superar ou resolver os problemas de reconhecimento em vez de ser também parte do problema em si.

Comportamentos sexuais que divergem do padrão heteronormativo causam variados tipos de discriminação que reflete fortemente em aspectos relacionados a saúde da população LGBT, promovendo o surgimento de vulnerabilidades o que reforça que diversos direitos básicos, apesar de reconhecidos, não são assegurados, sendo o sistema de saúde público ou privado, um exemplo persistente de casos de discriminação. (PIMENTA; CONCEIÇÃO, 2021).

Sem qualquer distinção, o acesso a saúde é garantido por lei, bastando apenas a condição de ser humano, devendo ser tratado de forma respeitosa e integral, porém, a população LGBT muitas vezes não recebe esse aparo legal, onde sentem o despreparo médico em relação ao atendimento em saúde (PIMENTA; CONCEIÇÃO, 2021). Neste contexto, deseja-se uma assistência que não seja orientada pela heteronormatividade e livre de preconceito, como também, a necessidade de mais profissionais instrumentalizados para atender e reconhecer as especificidades dessa população. (SILVA et al, 2022).

“Quando entra na sala do médico eu já sofri, transfobia no médico. Quando eu fui fazer o meu primeiro atendimento com a endócrino para iniciar a hormonização eu tive um contato com uma médica que foi extremamente teansfóbica e homofóbica, porque ela falou de uma paciente que era lésbica, é, falando que ela queria ser um homem trans mas que a médica tinha convencido ela que não era, e que, falava que homens trans meio que não existiam eram mulheres que queriam se transformar fisicamente em homem [...] “Então foi realmente transfobia pura”. (Lisianto)

“Eu sou lésbica só que o meu porte é mais masculino né, cabelo curto, então envolve tanto preconceito quanto tudo né. Ah “cê” vai num posto de saúde e quando “cê” dá a tua identidade eles já te olham meio torto, olham pra identidade e olham pra você pra ver se é realmente” (Margarida)

“[...] chamou a primeira triagem, o enfermeiro. A i eu fui e expliquei tudo pro enfermeiro, assim: Oh, eu sou uma pessoa trans, o cartão do SUS foi feito no ambulatório e o enfermeiro: Não, seu cartão ta errado, você tem que voltar lá pra fazerem o seu cartão.” (Lúpulo)

“[...] chega a médica: grita o meu nome civil na recepção né, pra todo mundo ouvir.. Aí eu já me levantei me tremendo todo, tipo, porque se tem uma coisa que me dá gatilho é nome! É uma das coisas que me destrutura, que mexe muito comigo emocionalmente” (Lúpulo)

Entende-se que questões como nome social, transfobia e travestifobia institucionalizadas nas práticas em saúde e a medicalização generalizada das vidas trans via patologização são efeitos de políticas de reconhecimento organizadas por normas sociais que avaliam quais vidas são vivíveis, em

detrimento daquelas que jamais serão reconhecidas como vidas (ROCON et al, 2022).

“E a médica, aparentemente, num primeiro, segundo momento, ela pareceu que me entendeu, parecia que ela entendeu tudo, ... Só que daí a mulher desembestou a fazer pergunta sobre a minha transição. Em um determinado momento ela me perguntou você tem namorada? Daí já me deu outro bug, né.. Porque eu pensei assim, eu sou um homem trans e ela pergunta agora se eu tenho namorada... Daí eu falei não, aí ela: aí que bom, melhor assim, porque aí quando a pessoa chegar você já vai estar todo prontinho pra ela.. Aí eu: doutora, eu to com dor de ouvido!” (Lúpulo)

Além do despreparo e preconceito por parte dos profissionais relatado nas narrativas, identifica-se a relação de pessoas LGBT com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), visto que esta correlação nos dias atuais parte de uma visão limitada, onde a saúde desta população deve ser contemplada para além do HIV e outras ISTs, observando as singularidades de cada um.

“Mas agora o profissional eu acho que tem alguns que deixam um pouco a desejar [...] eles não precisam tá dentro da nossa seara homossexual pra saber que existe sexo esporádico.” (Jacinto)

“Quando eu chego pra fazer um teste de HIV, pra eu saber a minha condição eu tenho uma equipe todinha de olho arregalado atrás de mim. Não, pera aí, eu tenho um parceiro, mas eu quero saber, eu quero acompanhar, não tô fazendo porque eu me arrisquei ou porque eu me perfurei, não” (Girassol)

“Eu acho que a coisa que mais vem assim é sobre prevenção de doenças, de infecções sexualmente transmissíveis, acho que é o único momento que tem um pouco mais de apelo e de informação voltada ao público LGBTQIA+. Eu nunca vi nada, nenhuma propaganda, nada de que tenha formação por um serviço, atendimento de saúde, se não for voltado a questão sexual” (Lisianto)

As narrativas evidenciam o quanto as demandas de saúde da população LGBT são muitas vezes, restringidas às IST, como apontam Guimarães; Lorenzo, Mendonça (2021).

É operado um reducionismo existencial desses indivíduos, que parecem ser vistos como não tendo outros problemas de saúde, nem outras condições estressantes, além daquelas ligadas ao elemento que representa sua marca estigmatizadora, sua sexualidade externa aos padrões cisheteronormativos.

Neste sentido, treinamentos atrelados à educação permanente para os profissionais sobre saúde da população LGBT, suas demandas e especificidades se faz uma demanda necessária e urgente, trazer a estes profissionais ensinamentos sobre a Política Nacional de Saúde Integral, por exemplo, de forma a ampliar seus conhecimentos, tornaria a assistência mais qualificada e eficaz, porém o preconceito e julgamento ainda seriam pontos a serem trabalhados, vistos que influências sociais, muitas vezes advindas anterior a graduação, se somam a falta de conhecimentos sobre a saúde da população LGBT tornando o atendimento precário e discriminatório.

A conscientização dos profissionais sobre a necessidade de ser discutido sobre orientação sexual e identidade de gênero requer uma responsabilidade que recai sob os gestores de saúde, os integrantes do conselho de saúde e os próprios trabalhadores da saúde que precisam obter estratégias para a sensibilização da temática, sendo necessário também, o desprendimento desses profissionais de seus pré julgamentos, crenças e preconceitos, resultando no real acolhimento dessa população (LACERDA; BIGLIARDI, 2021). Percebe-se tal necessidade de discutir a temática pela visão estigmatizante das ISTs atreladas aos pacientes LGBT, fator ainda muito presente nas práticas médicas atuais (FREITAS et al, 2021).

Não discutir sobre a orientação sexual no âmbito da assistência prejudica o registro de dados fidedignos sobre a saúde da população LGBT, impedindo o planejamento e a avaliação das ações previstas na Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, gerando também, uma violência estrutural (GUIMARÃES; LORENZO; MENDONÇA, 2021).

“A gente pode perceber o quanto tem de propaganda voltada pra questão sexual pra propaganda e política pro público LGBTQIA+ especialmente os gays homens, porque, por conta da questão da AIDS né que também foi um dado que foi apresentado por si só naquela época onde se achava que só homens gays que transmitiam AIDS, então vem lá de trás” (Lisianto)

“Quando eu falo né, que me relaciono com mulheres, daí causa aquele estranhamento, é até um gancho assim, pra aproveitar e falar de doenças sexualmente transmissíveis ou da importância de continuar fazendo exames preventivos”. (Amarilis)

“O HIV é a ‘praga’ gay, eu convivi com gente soro positiva a minha vida inteira [...] a gente ainda fala muito de HIV voltando pro público gay, né, como se só gay pegasse, só que se for olhar hoje em dia, gente, as gay tão tudo na Prep, hétero nem sabe o que é Prep, nem sabe o que é isso”. (Lúpulo)

“A gente ainda tá tratando isso como se fosse uma doença gay, você fala em Prep o público hétero não sabe o que é e gay tá no aplicativo, você entra no aplicativo e colocam ‘com Prep, só me chama se você usa Prep’, no aplicativo tá escrito, real isso, é real e eu fico chocada, tá vendo? Ficam falando que as gays são promiscuas, mas são promiscuas com responsabilidade.” (Lúpulo)

“A visão deles é tão deturpada, moralista, que julga e condena. É muito forte daqueles que tem que prestar o serviço e acolher” (Rosa)

Além do despreparo na assistência em saúde de modo geral, foi notório o destaque evidenciado nas narrativas em relação às consultas heteronormativas e com caráter cisgênero em atendimentos ginecológicos, mostrando a necessidade de um aprimoramento da especialidade em ginecologia atrelado à diversidade sexual e de gênero.

‘Eu tenho esse privilégio da passabilidade, eu entrego meu documento com o nome e ninguém me contestar, porque eles olham pra mim, eles validam a informação e tá tudo certo. Só que isso não é uma realidade por exemplo pra quando eu vou pra um ginecologista.’ (Lisianto)

“Várias vezes que eu falo isso assim, eu falo: eu não uso mais anticoncepcional hormonal e a primeira reação das pessoas é: ah, você quer engravidar então? E isso assim, médicos homens, médicas mulheres. E eu não, tenho relação com outras mulheres, então a gravidez não é uma preocupação” (Amarilis)

‘Mas a maior dificuldade assim de atendimento é porque, tanto a identidade de gênero, quanto a orientação sexual é invalidada, é como se não existisse né. Quando você entra na sala de um médico, ou seja ele de qual especialidade for, mas em especial o ginecologista e você aparenta ser o que pra sociedade é uma mulher cis, ninguém cogita que você pode ter relação com outras mulheres ou com outras pessoas que tenham vagina.’ (Lisianto)

Espera-se muito em uma consulta ginecológica que a mulher, em certo momento, manifeste a vontade de ser mãe, de gerar um filho, o que é uma visão equivocada, visto que nem sempre pessoas com útero possuem esse desejo, sentimento este ainda muito influenciado por questões heteronormativas. Outra questão a ser avaliada é até onde homens trans também são considerados durante uma consulta como possíveis pessoas a gerar um filho, ou ainda o quanto é validado a possibilidade de uma gestação por parte de uma mulher lésbica ou bissexual. Se faz necessário questionar até que ponto a ginecologia ainda é voltada para a mulher cis em relacionamentos héteros.

“Sempre perguntaram se eu queria ter filho né, eu que já falava que de mim não sai nada né. E já falava, eu quero ter filho, mas adotando ou alguma coisa do tipo, tendo uma parceira e ela engravide, tente fazer alguma inseminação, alguma coisa do tipo. Mas sempre perguntaram se eu queria ter filho ou não.” (Margarida)

“Sempre você é recebido de uma forma que, você tem vagina você vai engravidar entende.” (Lisianto)

“Lembro até hoje, assim, de ter ido na ginecologista pra fazer um exame [...] e em nenhum momento me perguntou qual era a minha orientação e daí em algum momento ela falou, há quanto tempo, há quantos dias eu não tinha uma relação sexual e daí antes de eu responder essa pergunta dela eu disse assim, você quer uma relação com penetração, daí ela até ficou meio desconsertada” (Amarilis)

O desconforto e o silêncio diante de mulheres que possuem práticas sexuais que fogem a padrões hegemônicos, configura-se como um grande problema no vínculo assistencial, onde o silêncio, por exemplo, é carregado pela falta de saber o que dizer, por não estarem capacitados, gerando conseqüente um espaço que não propicia a acolhida e não se torna resolutivo, onde considera-se um padrão heteronormativo de exercer a sexualidade, tendo como provável desfecho a oferta de anticoncepcionais. Sendo que

numa perspectiva heteronormativa dominante, ainda predomina a ideia de que a mulher só deixa de ser virgem no momento em que tem o hímen rompido, ao ser penetrada na relação sexual com um homem (KETZER et al, 2022).

“Eu posso resumir em uma palavra, despreparo. Porque eu já fui consultar algumas vezes assim, consultas ginecológicas, preventivas e a todo momento assim, sempre eu por ser uma mulher né, ali na casa dos 30 anos, tem aquela ligação meio óbvia assim, né, de querer ter filhos, desse cuidado para não engravidar [...] como se fosse uma regra mulher em idade fértil ter que usar anticoncepcional ou então ela estar disposta a engravidar” (Amarilis)

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu por meio da portaria nº 2.836, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbica, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Em paralelo, a resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011, estabeleceu estratégias e ações que norteiam o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT, sendo uma delas “Incluir os temas orientação sexual e identidade de gênero nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social”. (BRASIL, 2013).

A PNSILGBT encontra problemas institucionais, por conta dos recursos humanos, que são fortemente influenciados pela cultura de não se discutir sobre orientação sexual e identidade de gênero, o que conseqüentemente afeta a formação dos profissionais e a sua atuação (LACERDA; BIGLIARDI, 2021).

Conforme citado acima, a PNSILGBT orienta a inclusão da temática na formação, como também, durante o processo de trabalho dos profissionais por meio da educação permanente, porém tais ações ainda são norteadas por opiniões e prejulgamentos sociais, sendo estes superiores a uma política de saúde que, na teoria, condiciona possíveis melhorias no atendimento, porém na prática, não possui tal efetividade.

“ Eu queria tirar o útero e eu fui a vários ginecologistas diferentes, mas teve um cara em específico, o discurso dele me chocou muito: um dia você vai conhecer o príncipe encantado e o príncipe encantado vai querer filhos e você com certeza vai querer dar filhos à ele, a frase dele foi exatamente essa! Aí eu olhei pra ele e falei, doutor, se o príncipe encanto quiser ter o filho ele pode conhecer uma princesa e casar com ela e ter filhos com ela, porque eu não sou princesa e eu não vou parir filho de príncipe nenhum [...] Ginecologista! A maioria das histórias é com ginecologista” (Lúpulo)

Porém, neste sentido, destaca-se um contraponto muito importante a ser analisado em uma das narrativas, como os privilégios de gênero e raça podem contribuir para um bom atendimento, apesar de uma sexualidade dita como desviante da norma, onde identifica-se que sim, essas narrativas positivas existem, porém sob qual perspectiva e ponto de vista.

“Hoje em dia a população tá mais aberta, mas tem outros aspectos também que podem contribuir pra pessoa, pro meu bom tratamento né, não posso esquecer que eu sou privilegiado por ser branco, por ser homem cis, ter todo um estereótipo que contribui pra por ventura eu ser bem tratado.” (Jacinto)

É preciso pensar saúde da população LGBT e suas interseccionalidades, sendo que ao agregar outros estigmas, essa pessoa torna-se um alvo ainda mais vulnerável.

“As LGBT’s que engravidam, porque olha, tu ser negra dentro de uma maternidade, já é uma violência obstétrica terrível, porque eles acham que a gente tem força pra fazer um parto normal” (Rosa)

Além de se discutir o despreparo profissional, se faz necessário analisar o quanto os sistemas de saúde, tanto público quanto privado, possuem déficits em sua logística de atendimento e comunicação entre os diferentes serviços em relação a saúde da população LGBT, como observa-se nas narrativas a seguir.

“É, questão de atendimento da parte administrativa, enquanto eu era lido enquanto mulher na sociedade eu não tive problema nenhum né, não teve nada que implicasse. Já enquanto pessoa trans e quando eu ainda não tinha os meus nomes retificados, é, eu nunca tive o pronome e o nome social respeitado, mas eu também, em várias situações não exigia.” (Lisianto)

“E, agora, enquanto uma pessoa trans, aí o problema é muito maior, aí a mudança é de zero a cem assim, é absurda a falta de preparo de qualquer sistema” (Lisianto)

“Quando eu cheguei da cirurgia, tava voltando ainda da anestesia a mulher dentro do quarto começou a gritar que um rapaz não ia entrar no quarto dela não, que onde já se viu um homem ficar no quarto da mulher e aí ela fez um escândalo lá falando que não queria que eu entrasse lá’ [...] “porque que me mandaram pra ala feminina? E ainda com uma pessoa com acompanhante, entende? Então é o tipo de situação que gera um constrangimento desnecessário, por falta de preparo. E aí se o hospital tivesse acostumado, e engraçado o hospital, ele é o hospital que a médica que é especialista em mastectomia masculinizadora que é especificamente pra homens trans ou pessoas que querem tirara as mamas cem por cento, é, ela sempre faz lá, eles já estão supostamente acostumados com esse procedimento e ainda assim acontece esse tipo de erro [...] (Lisianto)

“Eu não falo que o que tem hoje, que o avanço que foi visto hoje é um avanço significativo. Eu não vejo como um avanço tão significativo, porque ainda existe uma dificuldade muito grande de lidar com pessoas LGBTQIA+ em vários espaços mais o da saúde em si é o mais violento né” (Lisianto)

“O sistema de saúde de forma geral, ele é um sistema muito defasado quando se fala em pessoas LGBT né, como eu tive uma experiência enquanto pessoa lida como mulher cis lésbica, eu tive uma, eu vou falar um déficit de atendimento, eu tive um mal preparo pra

me atender naquele perfil, e hoje enquanto pessoa trans, eu tenho um preparo ainda pior. Uma dificuldade ainda maior com o acesso a saúde né” (Lisianto)

Quando se reivindicam o respeito ao nome social, o combate à discriminação e o respeito à diferença nos atendimentos desde a recepção aos consultórios, clínicas, setores e repartições dos equipamentos e serviços de saúde, reivindica-se um direito ao aparecimento público, sem o qual demandas por prevenção, promoção e reabilitação em saúde não poderão ser respondidas. Desse modo, as necessidades em saúde só se configurarão como tal, se os corpos e vidas que as suportam forem reconhecidos, ou seja, aparecerem pelo reconhecimento em suas demandas para gestores e trabalhadores de tais serviços. Neste contexto, o aparecimento público quanto pessoa LGBT permite observar duas dimensões: o acesso aos serviços de saúde de forma ampla, não se restringindo apenas aos ambulatórios do processo transexualizador por exemplo, e como elemento no processo saúde-doença dos indivíduos, considerando que não há justiça social, integralidade ou universalidade, sem aparecimento público e o reconhecimento como uma vida digna de proteção e cuidado (ROCON et al, 2022).

“A equipe de frente dos postos de saúde, da saúde pública num geral, não tem esse preparo, até agora, falando até do próprio hospital que eu trabalho, a gente diz que não é...não tem preconceito, que a gente atende todo mundo legal, a gente ta preparado pra atender com nome social, mas tu ainda percebe que a equipe de frente ainda tem um pouco de despreparo nisso” (Girassol)

“Quando eu fui doar sangue em Santa Catarina, minha última vez que eu fui doar sangue foi quando eu consegui me identificar aí e falei “não, eu sou gay” na minha doação de sangue e aí foi onde o mundo caiu pra mim, porque foi quando eu criei coragem de preencher algo dizendo que eu era homossexual, uma ficha, essa ficha me proibiu de doar sangue.” (Girassol)

“2017 eu tava sendo atendido pelo ambulatório trans, tava fazendo hormonização e eles me deram um cartão do SUS, com o meu nome social e disseram: Aqui tem seu número do SUS, então qualquer momento que você for pra qualquer unidade do SUS, você pode entregar esse cartão... Você vai ter o seu nome social respeitado, cheguei na UPA e entreguei o meu cartão do SUS e começou na recepção, aí ele colou o cartão no vidro pra eu ver né e disse, essa pessoa não existe!”. (Lúpulo)

“A coisa de nome social ninguém entende o que é, ninguém entende, ninguém sabe do que se trata, ninguém sabe do que se trata! De você chegar e falar, moça, você pode colocar meu nome social só pra não chegar na recepção, né, aquela coisa em alto em bom som pra todo mundo ouvir e a pessoa: “O que? An? Mas é o seu nome, aqui na sua identidade diz esse, não mas no sistema. é o nome que ta no sistema”. A pessoa não consegue entender do que você ta falando, a pessoa buga, dá aquela tela azul do windows, sabe?” (Lúpulo)

“Eu me sinto reclamando por uma coisa idiota, sabe? Porque é só um nome pra me chamar, gente, sério, tem gente morrendo, tem gente passando fome e é só pra chamar meu nome [...] Tem assunto muito mais sério pra gente resolver, é só um nome, pelo amor de Deus, não precisa de tudo isso [...] Que diferença faz se gritar esse nome e ou aquele nome, entendeu? Aonde que isso vai alterar o que, do protocolo?” (Lúpulo)

Concomitante a isso, apesar dos déficits como a comunicação entre os serviços de saúde, medidas mais simples, porém com caráter de muita importância, aparecem nas narrativas como uma necessidade de ampliar e melhorar a divulgação de ações e iniciativas voltadas para a população LGBT nos locais de saúde.

“Políticas de atendimentos, não são muito divulgados, então é um pouco difícil de ter acesso. A divulgação de grande massa mesmo, não, não, existe. A gente descobre políticas públicas e alguma coisa que seja relacionada a atendimento da população LGBTQIA+ muito pelo, pela luta do procurado, que pela facilidade mesmo”. (Lisianto)

“O ponto principal é as políticas e os tipos de atendimentos que existem eles deveriam ser melhor divulgados” [...] a gente vê comercial de tanta coisa por exemplo, que as vezes vem do próprio SUS e, não tem nenhum tipo de divulgação nesse sentido” (Lisianto)

Muitos profissionais ainda desconhecem as necessidades de saúde da população LGBT e, sem um atendimento adequado, há uma maior resistência por parte desta população em procurar um suporte qualificado em saúde. Destaca-se então, a pobreza da comunicação, um fator diretamente relacionado ao silenciamento da promoção e prevenção da saúde LGBT (MELO et al, 2020).

“Eu acredito que a gente, a gente deu um “boom” aí nos últimos 15 anos em relação a ter mais alguns programas né [...]mas eu acho que ainda se banalizou um pouco assim em relação as outras doenças que estão circulando por aí né, principalmente com as DST's e tudo mais. Eu vejo que não tem muita campanha assim, claro, o uso do preservativo, tu vai até, eu até frequento o posto de saúde também, eu vejo que tem disponibilizado e tal, mas é algo que tá lá, no fundo né, não tá mais evidenciado isso. Então eu acho que poderia melhorar, nesse sentido de mais campanhas né” (Girassol)

“Eu acho interessante é que os municípios que tem o atendimento para pessoas trans ou LGBT's, se eles não conseguem identificar as pessoas, pelo menos essa informação tá no mural dos postos, porque daí a própria pessoa ela vai procurar”. (Rosa)

“Deve ser melhor divulgado, pelo menos as Enfermeiras que fazem aquela triagem pra encaminhar, porque eu fiquei sabendo que existia um ambulatório para trans porque me falaram, porque eu desconhecia”. (Rosa)

Antes de mais nada, a gestão em saúde precisa elencar ações prioritárias para a população LGBT e se voltar para demandas de gênero e diversidade sexual como prevê

a PNSILGBT, conseqüentemente, expor tais ações e locais de saúde voltados para tal população permitirá que a mesma se veja e se reconheça como pertencente a este âmbito de cuidado, permitindo que o reconhecimento oficial não esteja apenas no âmbito da lei, mas também, em ações práticas e efetivas que chegam até essas pessoas.

E em meio a tantos despreparos, observa-se a percepção dos participantes sob os currículos de ensino na graduação e a importância de implementar matérias que abordem diversidade de gênero e sexualidade. Este ponto se faz essencial para que futuramente estes sejam profissionais que viabilizem o acesso e acolhimento de usuários LGBT nos sistemas, conseqüentemente favorecendo a procura desses usuários no âmbito da saúde.

“As vezes eu fico pensando que a medicina ela não cogita, pessoas LGBTQIA+, como dizem assim né um dos maiores argumentos pra ir contra pessoas trans por exemplo, é a ciência em alguns pontos por conta do estudo da biologia, mas de toda a forma, eu acho que deveria ter sim, uma reformulação dessa grade curricular, eu acho que deveria existir mais acesso à informação sobre isso para todos, não só um acesso televisivo, mas acesso realmente ao que importa, a saber que eu vou encontrar com pessoas reais, quando eu me formar como médico, que pessoas reais também são pessoas LGBTQIA+”. (Lisianto)

‘Até sobre anatomia, livros de anatomia todos devem ser assim, corpo masculino e corpo feminino, aí a gente entra até na questão de pessoas intersexo né, essas pessoas existem, esses temas reprodutivos diversos existem’ (Lisianto)

É válido ressaltar que alunos de graduação da área da saúde já podem iniciar na academia com preconceitos, julgamentos estabelecidos por uma vivência social heteronormativa anterior à faculdade, porém as universidades possuem esse poder transformador de mudar se não totalmente, parcialmente ideias de preconceitos e julgamentos e se ainda assim não gerar a mudança, irá ensinar sobre a importância da ética no cuidado, propiciando o ensino das diversas possibilidades de entender gênero e sexualidade, mas para isso, os currículos precisam estar alinhados com as inovações e políticas que estão em vigor, para assim, garantir sua efetividade na prática.

“Quando a gente fala que tem que ter disciplina de gênero dentro das faculdades de medicina, de enfermagem, tem que ter gente, tem que ter, tem que ter disciplina de gênero, tem que saber acolher essas pessoas, tem que saber conversar, tem que saber escutar essas pessoas, porque é isso, mesmo que a gente diga, eles não sabem escutar.” (Lúpulo)

“Mesmo com o ambulatório, dentro do próprio ambulatório eu percebo que como são profissionais que geralmente estão, durante a fase da faculdade, eu percebo que por uma realidade muito diferente as vezes, a gente cai com um médico que não tem conhecimento da causa LGBT, não é um LGBT, e não tem conhecimento das nossas vivências, dos riscos que a gente corre, da falta de acesso que a gente tem, dos exames que a gente precisa, as vezes não sabem como falar com uma pessoa LGBT, principalmente pessoas trans, não sabem como se referir”. (Lisianto)

Entre tantas competências médicas, desenvolver competências inclusivas se faz necessário, sendo que a população LGBTQIA+ muitas vezes deixa de recorrer ao SUS em busca de atendimento por preconceito e receio da equipe de saúde, o que se torna inadmissível diante de um sistema que tem por princípios a equidade, universalidade e integralidade. Desta forma, deve-se adequar a educação médica em relação às especificidades da saúde da população LGBTQIA+, pois nota-se que esse segmento na prática da formação médica ainda não foi obtido (PASCHOALICK et al, 2022).

A educação médica deve se comprometer em desenvolver profissionais que atendem pessoas distintas com variadas características e particularidades, com acolhimento, respeito e competência técnica e ética, pois a formação do acadêmico é diretamente influenciada pelo ambiente de aprendizagem quanto pela grade curricular (PASCHOALICK et al, 2022).

Destaca-se também, a importância de ensinar os profissionais da saúde em suas diversas áreas de formação, não apenas a medicina, como também a enfermagem, odontologia, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia e assim por diante. O paciente LGBT deve ter uma assistência de qualidade livre de preconceitos e julgamentos de ponta a ponta, mantendo a integralidade do cuidado, independente do profissional de saúde que estiver lhe atendendo.

Sendo assim, investir na educação, desde a formação em nível de graduação, é determinante na desconstrução de discursos sobre sexualidade que invisibilizam expressões fora do padrão heteronormativo. Nesse sentido, nos processos de formação, seria importante evidenciar os contextos intersubjetivos, interpessoais e culturais que dificultam a inserção do tema da sexualidade nas práticas de cuidado (KETZER et al, 2022).

“Você tem que voltar, tem que dar uma aula de gênero, você tem que explicar o que é gênero, o que é sexualidade, o que é nome social, o que é pessoa trans, o que é não binário.. você tem que dar uma aula pra então poder começar a dialogar. E não funciona assim, cara, eu não vou parar na recepção dar 50 minutos de aula, pra depois entender o nome que a pessoa vai chamar, é só pra me chamar, é só pra me chamar [...] . Eu cheguei num ponto que eu cansei de discutir, eu não brigo mais não, não brigo mais..”
(Lúpulo)

Política pública e a ambivalência do reconhecimento

A PNSILGBT foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009, publicada por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e assinada durante

a 14ª Conferência Nacional de Saúde. No mesmo dia do evento, também foi assinada a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 2, de 6 de dezembro de 2011, que aprovou seu Plano Operativo (FERREIRA; NASCIMENTO, 2022).

A PNSILGBT possui como objeto 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, 2013, p. 18).

A política possui um Plano Operativo, cujo objetivo é de orientar estratégias de gestão e tomada de decisões em nível federal, estadual e municipal afim de combater as desigualdades no âmbito da saúde para o público LGBT, como também, fortalecer o SUS.

“Eu acho que o sistema público, ele acaba sendo mais acolhedor que o particular, por incrível que pareça né, mas eu acho que existem políticas que trazem uma conscientização maior pra profissionais que atuam dentro do sistema público”. (Lisianto)

“Existem políticas que no papel acredito que sejam bem planejadas, mas eu acho que ainda falta um pouco na ponta de um preparo, pra essas políticas” (Girassol)

A efetivação de políticas, programas ou ações oficiais que possuem por objetivo promover o acesso, acolhimento e atendimento humanizado às necessidades de saúde da população LGBT, compreende um desafio diário pela conquista do princípio constitucional do direito à saúde e enfrentam uma série de estigmas, preconceitos e dificuldades que corroboram para o adoecimento (FIDELES et al, 2022).

“Trazendo uma melhor aceitação eu tenho um melhor atendimento, eu tenho políticas voltadas para melhores resultados, e não adianta só uma propaganda na televisão eu acho que é inserir, é criar políticas que eu consiga inserir essas pessoas para que consigam estar falando, dar voz para essas pessoas, para esse público em si que é tão oprimido né” (Girassol)

Neste sentido, surgiram em algumas narrativas relatos positivos que podem estar atrelados à política, que visa trazer cada vez mais a inclusão da população LGBT para a assistência de saúde, na tentativa de romper com a discriminação e preconceito.

“No ambulatório trans você vai conseguir resolver muita coisa, meu preventivo, eu fiz pelo ambulatório e não me estressei mais” (Lúpulo).

“Eu acho que mudou bastante coisa, agora existem mais programas né de acesso a população LGBTQIA+, uma saúde mais específica e tal. É, um acompanhamento

diferenciado, principalmente para pessoas trans, por exemplo, o ambulatório trans [...]” (Lisianto)

“Eu percebo que teve mudanças, o ambulatório trans por exemplo, é um deles, acho que foi uma grande conquista.” (Lisianto)

Podemos analisar a PNSILGBT como um reconhecimento legal que traz em algumas situações, sem ignorar as individualidades e privilégios de cada indivíduo que podem favorecer um melhor atendimento, um reconhecimento, mesmo que ainda mínimo, presente na prática.

Porém, um contraponto trazido por McQueen (2015), em relação à ambivalência do reconhecimento, onde o autor coloca que o reconhecimento é um conceito ambivalente, sendo assim, tanto seus efeitos positivos, quanto negativos, são intrínsecos ao próprio reconhecimento, e ainda, pode iniciar novos conjuntos de lutas, com resultados fáceis ou não.

Nesse sentido, temos PNSILGBT como um reconhecimento legal e como já analisado no âmbito da saúde, este reconhecimento pode alcançar estes indivíduos na prática, sempre levando em conta suas particularidades e privilégios, porém, quando se analisa a ideia de McQueen, observa-se que quando reconhecido, isso pode acarretar novas lutas e reivindicações, pois a partir do momento que uma pessoa LGBT é reconhecida como tal, ela torna-se alvo de violência, homofobia, dentre outras agressões, nos exemplificando aqui, a ambivalência do reconhecimento.

Sendo assim, quando analisamos nas narrativas estratégias realizadas pelos participantes quando a política não se torna tão eficiente na prática, podemos dizer, que analisa-se também, o contraponto positivo do reconhecimento, que seria a forma como se lida com as negatividades advindas de uma pessoa que é reconhecida como LGBT.

Porém, o primeiro ponto a destacar é justamente o fato de alguns participantes não exporem a sua sexualidade por medo e receios das consequências que partiriam de tal informação.

“Eu não sei como que funciona hoje mais a política de doação de sangue, eu participei de uma, isso já vamos ai com meus trinta e poucos anos eu me mudei pra Mato Grosso do Sul e lá eu conseguia doar, mas ai eu escondi a minha sexualidade [...] eu acho que quem teria que me limitar ali seriam os exames e não a minha sexualidade.” (Girassol)

“Se toca nesse assunto do tipo ‘ah quanto tempo você não tem relações, quando foi a sua última relação sexual’, eu provavelmente vou perguntar com penetração, uma relação sexual com pênis? Eu vou perguntar porque também não vejo que eu gostaria de ficar

omitindo ou mentindo durante uma consulta, mas não é a minha frase quando eu sento na frente do médico: ‘eu sou uma mulher casada com outra mulher’” (Amarílis)

“Eu nunca fui aberta para o profissional de saúde, sobre o que eu sou, quando eu vou no posto de saúde um exemplo, eu não falo da minha bissexualidade né, eu não falo, então eu procuro ser tratada como uma mulher entendeu? Uma mulher hétero [...]eu me preocupo muito com o julgamento entendeu? Com a forma como eles vão me tratar” (Rosa)

“Vou lá no médico e eu não falo se eu tive relações com um homem ou se eu tive relações com uma mulher, eu só vou lá e digo pra ele: Oh! Me dá os comprimidos pra eu dar pro meu parceiro” eu nunca digo pra dar pra mim parceira, eu sempre digo pra dar pro meu parceiro, e as vezes eu tô aí com uma mulher, mas eu não falo pro médico que é pra minha parceira” (Rosa)

“A Enfermeira sabia, só lá dentro do consultório, era como se fosse uma conversa dentro do confessionário do padre. Eu precisava me sentir tranquila, segura né, sobre isso”. (Rosa)

“Hoje em dia eu sempre quando as pessoas conversam comigo ou me conhecem, eu sempre me comporto e me exponho como uma senhora, tem três filhos, é bisavó, tem tantos netos essa figura que eu transmito, porque eu quero me preservar, eu não quero dar o direito das pessoas mudarem seu comportamento, sua atitude para comigo porque sabem desse detalhe.” (Rosa)

“Existem muitos casos como o meu e que passam por esses sentimentos de tu se sentir até, na época que eu tive esse esclarecimento, tu se sente “suja”, porque como é que eu vou chegar e vou dizer “Ah eu transo com homem, eu transo com mulher”, tu fica com a tua moral lá embaixo porque daí as pessoas não te respeitam.” (Rosa)

O conceito de ‘sair’ e as exposições públicas de identidade se tornam necessários na reivindicação de direitos, visibilidade e reconhecimento, porém, podem também invocar hipóteses problemáticas por meio da romantização da noção de sair (MCQUEEN, 2015, p. 170).

Podemos afirmar que parte do que faz uma vida habitável pode muito bem envolver não ser reconhecida, em vez de desejar e assegurando um maior reconhecimento. Isto marca uma diferença importante com o modelo de reconhecimento do déficit, que leva a recepção do o tipo certo de reconhecimento como a solução, em vez de pensar em como o próprio reconhecimento pode ser parte do problema (McQueen, 2015, p. 163).

Na narrativa a seguir, destaca-se, como estratégia, a procura por resoluções de problemas de saúde na internet, para evitar a procura de assistência por um profissional que possa não estar preparado para resolver demandas LGBT e/ou ter ações preconceituosas e homofóbicas.

“Essa minha educação até de prevenção a doenças, de cuidados né, ao me relacionar-se com uma mulher, eu tive que pesquisar muito na internet, então eu já não tenho mais essa expectativa de que um profissional de saúde pode me auxiliar com qualquer preocupação relacionada a isso” (Amarilis)

A falta de procura por atendimentos de saúde é um fator presente nas narrativas, podendo este, acarretar consequências mais severas a esta população.

“Esse é o nível de preparo que tem, você vai fazer um exame de ultrassonografia por exemplo, e tem a estranheza de um homem trans fazer o Papanicolau, tanto que muitos homens trans, muitas pessoas trans não tem, não procuram se cuidar, cuidar da própria saúde por conta desses constrangimentos” (Lisianto)

“Eu já deixei de ir no médico por várias situações. É, desde a gripe mais simples até o exame mais complexo, porque eu não, eu tenho muito receio de passar constrangimento, porque eu já passei algumas vezes então isso ficou calejado. Recentemente, inclusive eu, acabei me forçando à ir no médico porque eu tava realmente muito ruim, mas foi uma luta porque eu não quis, eu esperei chegar a situação agravar mais pra conseguir ir entendeu, pra não ter opção, ou eu vou ou vou ter um problema mais sério’ (Lisianto)

“Eu confesso pra você que desde que eu me tornei passável eu não fui mais no ginecologista e eu estou inclusive com o Papanicolau atrasado eu acho. Eu não me lembro deve fazer um ano que eu fui, um ano e pouquinho porque até então eu não estava passável eu conseguia ir de boa, mas depois que eu fiquei passável eu não consegui mais ir, eu preciso ir e estou com dificuldade. Agora se for outra especialidade, aí é tranquilo, aí é, eu fico um pouco nervoso mas eu vou.’ (Lisianto)

“Como pessoa trans eu falo que assim, eu fujo de médico, entende? Tenho experiências muito ruins, assim... Muito ruins e é complicado, é bem complicado assim, porque são pessoas que não estão preparadas pra lidar com a gente, não estão... De maneira alguma, não estão mesmo” (Lúpulo)

“Sou uma pessoa que fiquei principalmente depois de me entender como trans, assim, eu fujo muito do médico, as vezes que eu precisei fazer preventivo, eu fui ou no ambulatório, porque no ambulatório é o único lugar onde realmente assim, o cartão do SUS funciona e onde as pessoas realmente assim, te tratam bem” (Lúpulo)

A assistência integral e humanizada à pessoas transexuais não ocorrem de forma adequada mesmo que estabelecido de forma legal, o que pode ser percebido na ausência deste público nos serviços de saúde, pois quando o acessam enfrentam dificuldades e preconceitos, o que colabora para o processo de adoecimento (FIDELES et al, 2022).

E assim, a baixa expectativa de vida e números elevados de mortes dessa população ocorre como consequência de um sistema que cria condições de

vulnerabilidade e discriminação. A LGBTQIA+fobia fere essa população em lugares inalcançáveis. (SILVA NETO et al, 2022).

Ver o reconhecimento como o ponto final nas lutas sociais e políticas ignora o fato de que muitas vezes é também o início de muitas novas lutas. Conseqüentemente, ao pensarmos através da ideia de vida habitável, não devemos assumir que assegurar o reconhecimento é sempre e necessariamente a resposta. Em vez disso, uma vida viável envolve a negociação das lutas contínuas sobre as antinomias dentro da nossa identidade e das várias formas, muitas vezes incompatíveis, em que somos reconhecidos por outros nas várias esferas sociais em que habitar (McQueen, 2015, p. 174).

“A gente descobre políticas públicas e alguma coisa que seja relacionada a atendimento da população LGBTQIA+ muito pelo, pela luta do procurado, que pela facilidade mesmo”. (Lisianto)

“Fui militante, todo a minha época dos 20 foi militando, então assim, eu saía na manifestação com o povo”. (Lúpulo)

Por fim, McQueen (2015, p.158) ainda afirma, que as lutas pelo reconhecimento são inevitáveis e consequência de um mundo social, que contém uma pluralidade de identidades potencialmente incompatíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população LGBT enfrenta no âmbito da saúde muitas dificuldades e preconceitos em atendimentos profissionais heteronormativos com caráter cisgênero. Nesse sentido, a PNSILGBT possui papel fundamental em não ser apenas um reconhecimento legal, mas também, um instrumento que pode propiciar que tal reconhecimento chegue até estes indivíduos, tornando a assistência mais eficaz e acolhedora.

A heteronormatividade predominante nos atendimentos, faz com que o indivíduo LGBT se sinta menos pertencente a este local, o que pode gerar um afastamento dos serviços de saúde e conseqüentemente, poder acarretar problemas de saúde futuros.

Neste sentido, o reconhecimento social dessa população, como também sua visibilidade pública, amplia o olhar dos profissionais de saúde para uma assistência que seja voltada para as diversidades sexuais e de gênero. Ainda assim, o reconhecimento também possui um contraponto onde pode acarretar violências e discriminação, sendo assim, a luta dessa população se faz constante para romper com a norma de gênero e sexualidade estabelecida.

Desta forma, a análise das narrativas propiciou perceber que em relação à percepção dos indivíduos LGBT sobre seu reconhecimento e pertencimento social no âmbito da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos serviços de saúde, em sua

maioria, os mesmos não se sentem reconhecidos e pertencentes aos espaços de saúde, por falta de preparo, conhecimento de suas demandas específicas e acolhimento, e ainda assim, em espaços onde o reconhecimento oficial se efetiva na prática, como por exemplo, o ambulatório trans, seus usuários ainda enfrentam barreiras e destacam pontos a serem melhorados.

Portanto, as lutas sociais se fazem de extrema importância para que direitos sejam respeitados em todos os âmbitos de vida e que tal população, possua acesso uma saúde de qualidade afim de evitar consequências futuras.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento do projeto foi financiado pela Bolsa Fundação de Amparo à Pesquisa FAPESC.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 5ª Ed. Edições 70. Reimpressão da Edição revista, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.
- CASTRO, Kemely de et al. Reflexões para assistência do público LGBTQIA+ na ótica da enfermagem. **Brazilian Journal of Science**, v. 1, n. 7, p. 59-65, 2022.
- COSTA, Barbara Regina Lopes. Bola de neve virtual: O uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, v. 7, n. 1, 2018.
- COSTA, Letícia dos Santos d'Utra. A prática delitiva do estupro corretivo e a heteronormatividade compulsória: um estudo acerca da correlação entre crime e patriarcado. **Revista Direito e Sexualidade**, v. 2, n. 1, 2021.
- FERREIRA, Breno de Oliveira; NASCIMENTO, Marcos. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3825-3834, 2022.
- FIDELES, Felipe Ferraz et al. Assistência à saúde da mulher trans: fragilidades e desafios. **Revista Cereus**, v. 14, n. 2, p. 46-60, 2022.

FREITAS, Daniel Antunes et al. Percepção de preconceito no acesso à saúde sob a perspectiva de minorias sexuais. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 9, n. 1, p. 6-11, 2021.

GUIMARÃES, Rita de Cássia Passos; LORENZO, Claudio Fortes Garcia; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310128, 2021.

KETZER, Nicole et al. saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde: relatos de mulheres lésbicas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, 2022.

LACERDA, Jully Annye Gallo; BIGLIARDI, Adriana Maria. A política nacional de saúde integral LGBT aplicada no NASF-AB. **Revista Contraponto**, v. 8, n. 1, 2021.

MCQUEEN, Paddy. Subjectivity, Gender and the Struggle for Recognition Research Fellow. 1st edition. Queen's University Belfast, UK: 2015. 219 p.

MELO, Izabella Rodrigues et al. O Direito à Saúde da População LGBT: desafios contemporâneos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Psicologia e Saúde**, p. 63-78, 2020.

MENDONÇA, Ricardo Fabrino. Dimensão intersubjetiva da auto-realização: em defesa da teoria do reconhecimento. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 24, p. 143-154, 2009.

PASCHOALICK, Rosele et al. Saúde LGBTQIA+: Análise na educação médica. **Revista Médica do Paraná**, v. 80, n. 1, p. 1693-1693, 2022.

PIMENTA, Alessandra Serrão; DA CONCEIÇÃO, Pedro Wilson Ramos. Os impactos da heteronormatividade institucional na saúde mental da população LGBTQIA+. **Revista Gênero e Interdisciplinaridade**, v. 2, n. 05, 2021.

ROCON, Pablo Cardozo et al. O reconhecimento e o aparecimento público como determinantes para a saúde: diálogos com mulheres transexuais e trabalhadores (as) da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 31, 2022.

SILVA NETO, Irineu Ferreira Da et al. Saúde um direito de tod (e) s? Impasses encontrados pela população LGBTQIA+ no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e52711932142-e52711932142, 2022.

SILVA, Naiara Regner da et al. Entre direito à saúde e invisibilidade: mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista Científica de Enfermagem-RECIEN**, v. 12, n. 37, 2022.

8 CONCLUSÃO

Em suma, as lutas sociais se fazem de extrema importância para que direitos sejam respeitados em todos os âmbitos de vida e que tal população, possua acesso a uma saúde de qualidade para que não tenha consequências futuras.

A população LGBT tem enfrentado preconceitos e julgamentos devidos uma norma dominante de heteronormatividade, considerando a homossexualidade e gêneros que fogem à binaridade, desviantes de tal norma. Assim, lutas e reivindicações por igualdade, equidade, como também reconhecimento, se fazem presente nas vivências de tal população.

Ao abordar o âmbito da saúde, percebe-se uma fragilidade dos sistemas e dos profissionais que neles atuam condutas e assistências ainda heteronormativas e com caráter cisgênero, apesar de toda evolução que já se conquistou com o passar dos anos, como por exemplo, a despatologização da homossexualidade. Neste sentido, a PNSILGBT se mostra um reconhecimento oficial potente, mas ainda ineficiente na prática, não abarcando todas as demandas dessa população, como por exemplo, trabalhar suas interseccionalidades, para que a política não seja efetiva e satisfatória apenas para àqueles que contemplam certos graus de privilégios.

Nesse sentido, observa-se no atual estudo, que para pessoas LGBT mais velhas, o reconhecimento e autoaceitação no período da infância e adolescência, de modo geral, ainda era um tabu, comparado à nova geração. A discriminação, preconceito, patologização da homossexualidade, como também, a relação da mesma com IST, tornava o processo de autorreconhecimento e reconhecimento do próximo, uma barreira importante. Aqui, destaca-se a dificuldade em analisar o reconhecimento dessa população antes e pós publicação da política, justamente pela possibilidade de a política ter sido um dos instrumentos que favoreceram o reconhecimento oficial dessa população.

E como instrumento de tamanha importância, é válido ressaltar que sua efetividade na prática esbarra nas construções sociais que uma pessoa adquire no decorrer da sua vida, antes mesmo, de se tornar um profissional de saúde. Aqui, evidencia-se duas grandes tarefas que permeiam a política, a de profissionalizar e qualificar cada vez mais seu ensino acadêmico e sua prática assistencial, como também, de forma indireta, conscientizar o indivíduo que já possui preconceitos e julgamentos antes mesmo de sua profissão, o quanto a prática deve ser mais inclusiva e menos discriminatória.

Destaca-se ainda, que o reconhecimento oficial quando atinge as pessoas na prática, ainda assim, pode ser um ponto de partida para novas lutas e reivindicações. Porém, o reconhecimento social se faz muito importante para que estratégias como a procura por cuidados de saúde na internet e conseqüentemente, a não procura por atendimentos presencial, seja cada vez menor, para que problemas de saúde na vida dessa população sejam evitados.

Outro ponto que vale destacar é a necessidade de atualização da PNSILGBT, abordando novas demandas e interseccionalidades, como também, sua divulgação nos cursos de saúde e também para profissionais e, conseqüentemente, uma atualização dos currículos acadêmicos, para que cuidados que permeiam a diversidade sexual e de gênero sejam mais abordados, discutidos e estudados.

Desta forma, se percebe que em relação à percepção dos indivíduos LGBT sobre seu reconhecimento e pertencimento social no âmbito da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos serviços de saúde, em sua maioria, os mesmos não se sentem reconhecidos e pertencentes aos espaços de saúde, por falta de preparo, conhecimento de suas demandas específicas e acolhimento, e ainda assim, em espaços onde o reconhecimento oficial se efetiva na prática, como por exemplo, o ambulatório trans, seus usuários ainda enfrentam barreiras e destacam pontos a serem melhorados.

Por fim, sugere-se uma pesquisa com os profissionais de saúde e também da área administrativa, afim de possibilitar uma análise comparativa dos dados e para engrandecer ainda mais a área científica com a temática.

REFERÊNCIAS

ARÁN, Márcia; CORRÊA, Marilena V. Sexualidade e política na cultura contemporânea: o reconhecimento social e jurídico do casal homossexual. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 329-341, 2004.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 5ª Ed. Edições 70. Reimpressão da Edição revista, 2011.

BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 305-323, 2020.

BORGES, Marianne Raquel Bonfim et al. Avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde Integral LGBT: Revisão Integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e1249119612-e1249119612, 2020.

Brasil Sem Homofobia : Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual / elaboração : André Luiz de Figueiredo Lázaro; organização e revisão de textos: Cláudio Nascimento Silva e Ivair Augusto Alves dos Santos.; Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria Especial de Direitos Humanos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Cidadania. Manual orientador sobre diversidade, 2018. 92 p.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. O Ministério Público e a Igualdade de Direitos para LGBTI : Conceitos e Legislação / Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público do Estado do Ceará. – 2. ed., rev. e atual. – Brasília: MPF, 2017. 83 p.

BRASIL. Plano Nacional de promoção da cidadania e direitos humanos de LGBT. Brasília (DF), 2009.

BRASIL. Texto base da 1ª conferência nacional de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília (DF), 2007.

BRASIL. Texto base da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT. Brasília (DF), 2011.

CASTRO, Kemely de et al. Reflexões para assistência do público LGBTQIA+ na ótica da enfermagem. **Brazilian Journal of Science**, v. 1, n. 7, p. 59-65, 2022.

COSTA, Barbara Regina Lopes. Bola de neve virtual: O uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, v. 7, n. 1, 2018.

COSTA, Letícia dos Santos d'Utra. A prática delitiva do estupro corretivo e a heteronormatividade compulsória: um estudo acerca da correlação entre crime e patriarcado. *Revista Direito e Sexualidade*, v. 2, n. 1, 2021.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto / John W. Creswell ; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

FACCHINI, Regina; CARMO, Íris Nery do; LIMA, Stephanie Pereira. Movimentos Feminista, Negro e LGBTI no Brasil: sujeitos, teias e enquadramentos. *Educação & Sociedade*, v. 41, 2020.

FERREIRA, Breno de Oliveira; NASCIMENTO, Marcos. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3825-3834, 2022.

FIDELES, Felipe Ferraz et al. Assistência à saúde da mulher trans: fragilidades e desafios. *Revista Cereus*, v. 14, n. 2, p. 46-60, 2022.

FILHO, Antonio Rodrigues Sobrinho. A diversidade sexual nos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar*, v. 3, n. 2, 2019.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. **Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 23-64, 2008.**

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: A vontade de saber, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FREITAS, Daniel Antunes et al. Percepção de preconceito no acesso à saúde sob a perspectiva de minorias sexuais. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, v. 9, n. 1, p. 6-11, 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, José Cleudo; ZENAIDE, Maria de Nazaré Tavares. A trajetória do movimento social pelo reconhecimento da cidadania LGBT. # Tear: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia, v. 8, n. 1, 2019.

GOMES, Romeu et al. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1997-2006, 2018.

GUIMARÃES, Rita de Cássia Passos et al. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 121-139, 2017.

GUIMARÃES, Rita de Cássia Passos; LORENZO, Claudio Fortes Garcia; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310128, 2021.

HORST, Claudio Henrique Miranda. Política social e população LGBT. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2015.

ILGA. Instituição Internacional de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e Intersexos. Disponível em: <<https://ilga.org/trans-legal-mapping-report>>. Acesso em: 08 out 2021.

KETZER, Nicole et al. saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde: relatos de mulheres lésbicas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, 2022.

LACERDA, Jully Annye Gallo; BIGLIARDI, Adriana Maria. A política nacional de saúde integral LGBT aplicada no NASF-AB. **Revista Contraponto**, v. 8, n. 1, 2021

LACERDA, Luciana Xavier Bastos; SANTOS, Cláudio Eduardo Félix dos. O movimento LGBT no Brasil: reflexões sobre trajetória e lutas (1970–2000), 2020.

LAURINDO, Cosme Rezende; VIEIRA, Francisca Emanuelle Rocha; BARACHO, Luís Felipe Pinto. Análise da política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no âmbito do sistema único de saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 56180-56194, 2021.

LIMA, Átila Mourão et al. Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: Relato de caso. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1785, 2019.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Políticas públicas em Saúde Pública / Patrícia T. R. Lucchese, coord, Dayse Santos Aguiar, Tatiana Vargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p.

MCQUEEN, Paddy. Honneth, Butler and the ambivalent effects of recognition. *Res publica*, v. 21, n. 1, p. 43-60, 2015.

MCQUEEN, Paddy. Subjectivity, Gender and the Struggle for Recognition Research Fellow. 1st edition. Queen's University Belfast, UK: 2015. 219 p.

MELO, Izabella Rodrigues et al. O Direito à Saúde da População LGBT: desafios contemporâneos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Psicologia e Saúde**, p. 63-78, 2020.

MELO, Madalena; BOTA, Patrícia; SANTOS, Joana. Diferenças, discriminações e desigualdades: estudos sobre minorias sexuais. 2020.

MENDONÇA, Ricardo Fabrino. Dimensão intersubjetiva da auto-realização: em defesa da teoria do reconhecimento. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 24, p. 143-154, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Pesquisa social: teoria, método, e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MIRANDA, Sandro Ari Andrade de; MENESES, Michele Neves. A luta dos povos originários por reconhecimento. *Letras & Letras*, v. 36, n. 1, p. 277-296, 2020.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração, São Paulo**, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

PASCHOALICK, Rosele et al. Saúde LGBTQIA+: Análise na educação médica. **Revista Médica do Paraná**, v. 80, n. 1, p. 1693-1693, 2022.

PIMENTA, Alessandra Serrão; DA CONCEIÇÃO, Pedro Wilson Ramos. Os impactos da heteronormatividade institucional na saúde mental da população LGBTQIA+. **Revista Gênero e Interdisciplinaridade**, v. 2, n. 05, 2021.

PRADO, Elizabeth Alves de Jesus; SOUSA, Maria Fatima de. Políticas Públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 69-80, 2017.

Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Yogyakarta, Indonésia, 2006, Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 08 out 2021.

RAMOS, Márcia Ribeiro et al. A cor da psicologia: um estudo sobre o Estado da Arte da psicologia sobre branquitude. **Revista Educação e Políticas em Debate** – v. 11, n. 1, p. 403-420, jan./abr. 2022.

REIS, Toni, org. *Manual de Comunicação LGBTI+*. 2ª edição. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018.

ROCON, Pablo Cardozo et al. O reconhecimento e o aparecimento público como determinantes para a saúde: diálogos com mulheres transexuais e trabalhadores (as) da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 31, 2022.

SENA, Ercio; MAGALHÃES, Juliana; GUSMAN, Ribeiro. Apropriações do discurso neoliberal das lutas por reconhecimento. *Revista Contracampo*, v. 39, n. 1, 2020.

SILVA NETO, Irineu Ferreira Da et al. Saúde um direito de tod (e) s? Impasses encontrados pela população LGBTQIA+ no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e52711932142-e52711932142, 2022.

SILVA, Naiara Regner da et al. Entre direito à saúde e invisibilidade: mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista Científica de Enfermagem-RECIEN**, v. 12, n. 37, 2022.

SILVA, Romulo Cardoso da. Diversidade sexual e política nacional de saúde integral LGBT: pelo direito à cidadania das pessoas LGBT e desafios aos assistentes sociais. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, 2019.

SILVA, Tirza Almeida da et al. Movimento LGBT, políticas públicas e saúde. Amazônica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação, v. 21, n. 1, Jan-Jun, p. 191-208, 2018.

SOUSA, Caline Libanio Batista de. Atenção à Saúde LGBT na Atenção Básica: revisão bibliográfica. **Anais Eletrônico cic**, v. 17, n. 17, 2019.

Supremo Tribunal Federal. ADO Nº 26, de 23 de dezembro de 2013. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4515053>>. Acesso em: 10 out 2021.

TAKEISHI, Alice Yoko Silva et al. Uma análise da identidade visual do movimento LGBTQ+. **Transverso**, n. 9, p. 28-40, 2020.

TEIXEIRA, Antonio Claudio Engelke Menezes. A vanguarda conservadora: aspectos políticos e simbólicos do movimento LGBT. **Desigualdade & Diversidade–Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio**, n. 7, p. 63-80, 2010.

WERNET, Monika; MELLO, Débora Falleiros de; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Reconhecimento em Axel Honneth: contribuições à pesquisa em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Convidamos o Sr.(a) a participar de forma voluntária da pesquisa intitulada: **“SAÚDE LGBT E RECONHECIMENTO SOCIAL: AS (IN) CONSISTÊNCIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT”**. Esta pesquisa está sendo realizada pela mestranda Palloma Caroline Guedes Oliveira, do Programa de Pós Graduação em Saúde coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Está sob a orientação da Prof^ªDr^a Marcia Grisotti. Tem como objetivo: Analisar a percepção de indivíduos LGBT frente seu reconhecimento e pertencimento social no âmbito da saúde antes e pós publicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Por meio deste estudo pretende-se evidenciar a efetividade da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos serviços, bem como sua influência no reconhecimento e pertencimento social desses indivíduos na sociedade, o que permitirá a comparação dos sistemas de saúde antes e pós publicação da política por meio da perspectiva dos usuários LGBT. Sendo assim, sua participação será de grande importância para a pesquisa. Caso aceite nosso convite, sua participação consistirá em responder alguns questionamentos sobre suas experiências e vivências nos serviços de saúde antes e pós publicação da política e sua relação com seu reconhecimento e pertencimento social, o local, data e horário da pesquisa será previamente agendado conforme sua disponibilidade, sendo necessário no mínimo 40 minutos para participar da pesquisa. O local será em ambiente confortável e privativo a combinar com antecedência, como também, pode ser realizado de forma online por meio de plataformas digitais. Ressalta-se que em nenhuma hipótese seu nome será divulgado, preservando assim o anonimato, bem como garantimos o sigilo das informações. Queremos também deixar claro que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se em qualquer momento de não participar do estudo não tendo com isso nenhum prejuízo. A pesquisa não lhe trará nenhum ônus financeiro. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa asseguramos o direito à indenização. Prevemos risco de incômodos no fornecimento de informações ao relembrar alguma situação que possa gerar um sentimento desconfortável, mas estaremos disponíveis para lhe confortar, oferecer apoio psicológico, se necessário, ofertar uma escuta sensível e atenta às queixas e parar os questionamentos até sua afirmativa para continuidade, porém, existe ainda a possibilidade do (a) senhor (a) não participar ou desistir de participar da pesquisa, sem precisar se justificar. Garantimos que teremos o máximo cuidado com o manuseio dos dados, porém, mesmo que de forma remota, involuntária e não intencional, há a possibilidade de quebra de sigilo, podendo gerar consequências na sua vida pessoal e/ou profissional. Salientamos também os benefícios diretos da pesquisa, a possibilidade de trazer uma reflexão aos serviços de saúde e profissionais, como ações nos serviços de saúde podem contribuir para seu reconhecimento social e consequentemente, melhorar as rotinas de atendimento em saúde à população LGBT e como benefícios indiretos, a contribuição para a área sobre a temática. Garantimos o direito a indenização por qualquer dano direto ou indireto proveniente desta pesquisa, desde que devidamente comprovado. Garantimos o ressarcimento por eventual despesa decorrente de sua

participação na pesquisa, quando necessário, tais como transporte e/ou alimentação, desde que devidamente comprovado. O Senhor (a) terá a liberdade de esclarecer dúvidas acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados em qualquer momento desta trajetória. Se o Senhor (a) se sentir lesado de alguma forma podemos verificar a disponibilidade de apoio, caso necessário.

Após a conclusão do trabalho, os dados serão analisados e publicados em literatura científica. O presente documento será assinado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra deverá ser guardada pelo Senhor(a), como também deve conter a rubrica em todas as páginas. Caso tenha qualquer dúvida pode entrar em contato com a pesquisadora da pesquisa, Mestranda Palloma (RG 6074257 SSP/SC e CPF 083.896.259.97). Fone: (48) 9 99377986/ 33727664. E-mail: palloma.gue@gmail.com – Endereço: Rua César Zuchinalli, nº 12 – São José/SC – CEP – 88115-210, podendo inclusive realizar a ligação a cobrar, caso necessite.

O Senhor (a) também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH - UFSC) que avaliou e liberou o desenvolvimento deste estudo, através do endereço Prédio Reitoria II, 7º andar, sala 701, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094. Email: cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Registramos que este estudo segue as diretrizes para pesquisas com seres humanos no Brasil – Resolução 466/2012. CAAE: 53329021.1.0000.0121, Número do parecer: 5.259.772.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar como participante da pesquisa “SAÚDE LGBT E RECONHECIMENTO SOCIAL: AS (IN) CONSISTÊNCIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT”. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi esclarecido e garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo. Declaro ainda, que tenho conhecimento do apoio que deve ser prestado pelas pesquisadoras, caso eu tenha necessidades físicas, mentais ou emocionais. Autorizo uso de gravador para o registro da entrevista desde que seja mantido meu anonimato.

Florianópolis, ____ de _____ de 2022.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome da pesquisadora responsável: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados principais:

Nome completo: _____

Idade: _____

Gênero: _____

Orientação sexual: _____

Cor/raça: _____

Profissão: _____

Município onde reside: _____

1 – Em um contexto geral, qual a sua percepção sobre a saúde da população LGBT?

2 - Qual sua percepção sobre o tratamento dos profissionais da área da saúde com a população LGBT?

3 - Você acha que os sistemas de saúde são bem preparados para atender as demandas da população LGBT?

4 – Quais as suas vivências no âmbito da saúde quanto pessoa LGBT desde a adolescência até a vida adulta?