

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

SÁVIO MARCELINO GOMES

**O SUS FORA DO ARMÁRIO: concepções de gestores
municipais de saúde sobre a população LGBT**

CUITÉ-PB

2018

SÁVIO MARCELINO GOMES

O SUS FORA DO ARMÁRIO: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha de pesquisa em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof Dr^a Alynne Mendonça Saraiva Nagashima

CUITÉ-PB

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

G633s Gomes, Sávio Marcelino.

O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. / Sávio Marcelino Gomes. – Cuité: CES, 2018.

90 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Alyne Medonça Saraiva Nagashima.

1. Equidade em saúde. 2. Atenção integral à saúde. 3. Gênero e saúde. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 613.885

SÁVIO MARCELINO GOMES

O SUS FORA DO ARMÁRIO: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha de pesquisa em Saúde Coletiva.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Alynne Mendonça Saraiva Nagashima
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Esp. Luciana Maria Pereira de Sousa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Membro externo

MSc. Thaíssa Machado Vasconcelos
Universidade Federal de Pernambuco
Membro externo

Cuité-PB

2018

À todxs que buscam um mundo equânime e seguro fora de seus armários.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Alynne Saraiva, pelas inquietações compartilhadas que proporcionaram a gênese desta pesquisa, como também pelo zeloso cuidado de orientação durante este processo.

Aos queridos colegas de pesquisa, Paulo Ricardo e Ana Paula Melo, pela cumplicidade e amizade estabelecida nessa caminhada de estudos.

Aos membros da banca, Luciana Maria e Thaíssa Machado, por terem aceitado o convite para contribuir com este trabalho.

Às oportunidades vivenciadas por toda a graduação e que muito contribuíram e contribuem para minha formação enquanto pesquisador: grupo de pesquisa em microbiologia, em especial à professora Igara de Oliveira, com quem dei meus primeiros passos na pesquisa científica, Núcleo de Pesquisa e Extensão em Nutrição e Saúde Coletiva (Núcleo PENSO) e Programa de Educação Tutorial (PET Nutrição).

Aos mestres que contribuíram de forma direta na minha formação pessoal e profissional, Luciana Maria, Fillipe Pereira e Michelle Jacob, com quem estabeleci laços e afetos que refletiram diretamente na formulação do *eu*, autor deste trabalho e *sobrevivente* deste curso.

Aos meus pais, pelo acalento em momentos de tempestade (que não foram poucos durante a caminhada na UFCG), além de seus esforços imensuráveis para financiar minha estada e conforto em Cuité-PB.

À todxs xs queridxs amigxs, pelo apoio e suporte durante a realização da pesquisa.

*“Um novo tempo há de vencer,
pra que a gente possa florescer
e, baby, amar, amar **sem temer**”*

Flutua, Johnny Hooker (part. Liniker)

RESUMO

GOMES, S. M. **O SUS FORA DO ARMÁRIO:** Concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. 2018. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2018.

As iniquidades sociais são determinantes que inviabilizam a garantia do acesso integral à saúde. Nesse contexto, a desigualdade de gênero afeta o acesso à saúde da comunidade LGBT. O presente trabalho buscou investigar as dimensões do cuidado em saúde para a população LGBT no que compete à gestão dos serviços do SUS no município de Cuité-PB. Para isso, adotou-se a metodologia qualitativa, através da realização de entrevistas semiestruturadas em profundidade, que foram posteriormente transcritas e analisadas a partir do método de análise de conteúdo. Inicialmente foi realizada a caracterização dos gestores de acordo com seus pertencimentos sociais, seguido das duas categorias empíricas que emergiram da análise, sendo elas: (1) “Babado, confusão e gritaria”: divergências, discordâncias e desconhecimentos sobre a população LGBT, dividida em duas subcategorias que abordam o olhar dos gestores sobre a comunidade LGBT e também suas demandas, respectivamente; e (2) Caminhos e desvios rumo à integralidade da saúde LGBT: fragilidades, potencialidades e perspectivas do processo, por sua vez também subdividida entre a responsabilização dos gestores e as estratégias identificadas. Os determinantes sociais apresentados no perfil dos gestores podem influenciar na tarefa de reconhecer e dar visibilidade às demandas da população LGBT, estes também não se percebem como atores responsáveis pelo cuidado às essas pessoas, contribuindo para a fragilidade e desarticulação da rede de atenção no que tange à comunidade LGBT.

Palavras-chave: Equidade em saúde. Atenção integral à saúde. Gênero e saúde.

ABSTRACT

GOMES, S. M. **THE SUS OUT OF THE CLOSET:** Conceptions of municipal health managers on the LGBT population. 2018. 90f. Course Completion Work (Graduation in Nutrition) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2018.

Social inequities are determinants that prevent the guarantee of integral access to health. In this context, gender inequality affects the access to health of the LGBT community. In this sense, the present study sought to investigate the dimensions of health care for the LGBT population in what concerns the management of SUS services in the city of Cuité-PB. Therefore, a qualitative methodology was adopted, through semi-structured interviews in depth, which were later transcribed and analyzed using the content analysis method. Initially the characterization of the managers according to their social affiliations was carried out, followed by the two empirical categories that emerged from the analysis: (1) "Gossip, confusion and shouting": divergences and disagreements about the LGBT population, divided into two subcategories that address the manager's view of the LGBT community and also their demands, respectively; and (2) Paths and deviations towards integral LGBT health: potentialities, fragilities and perspectives of the process, in turn, also subdivided between the accountability of managers and the identified strategies. The social determinants presented in the profile of managers can influence the task of recognizing and giving visibility to the demands of the LGBT population, they also do not perceive themselves as actors responsible for the care of these people, contributing to the fragility and disarticulation of the network of attention in what concerns to the LGBT community.

Keywords: Health equity. Comprehensive health care. Gender and health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação de Zéfiro e Jacinto.....	26
Figura 2 - Escala de Kinsey.....	28
Figura 3 - Batalha de Stonewall.....	29
Figura 4 - O Lampion da Esquina.....	30
Figura 5 - Capa do primeiro disco da banda Secos & Molhados.....	30
Quadro 1 - Participantes da pesquisa.....	43
Figura 6 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos gestores de saúde.....	48
---	----

LISTA DE SIGLAS

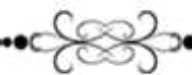
ABGLT – Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP – Conselho de Ética em Pesquisa
CES – Centro de Educação e Saúde
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
CID – Código Internacional de Doenças
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DHAA – Direito Humano a Alimentação Adequada
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DST – Doença Sexualmente Transmissível
GGB – Grupo Gay da Bahia
GLOS – Grupo pela Livre Orientação Sexual
GLS – Gays, Lésbicas e Simpatizantes
HSH – Homens que fazem sexo com Homens
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNSILGBT – Política Nacional de Saúde Integral LGBT
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SOC – Standards of Care
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TIG – Transtorno de Identidade de Gênero
UBS – Unidade Básica de Saúde
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	17
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 (DES)ENTENDENDO CORPOS: Breves considerações sobre gênero, corpo e desejo	23
3.2 MEMÓRIAS SUBTERRÂNEAS DE IDENTIDADES MARGINALIZADAS: sexualidade e gênero ao longo da história.....	25
3.3 A ASCENSÃO DAS MARGENS AO DIREITO DE SER: a pauta LGBT nas Políticas Públicas do Brasil	32
3.4 AS MARCAS QUE NÃO CICATRIZARAM: saúde LGBT na contemporaneidade	37
4 PERCURSO METODOLÓGICO	42
4.1 NATUREZA DA PESQUISA	43
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	43
4.3 COLETA DE MATERIAL EMPÍRICO	44
4.4 ANÁLISE DO MATERIAL.....	45
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 PARA ALÉM DOS DISCURSOS: conhecendo os sujeitos do estudo.....	48
5.2 I Categoria: “BABADO, CONFUSÃO E GRITARIA”: divergências, discordâncias e desconhecimentos sobre a população LGBT	52
5.2.1 I Subcategoria: A comunidade LGBT sob a ótica dos gestores	52
5.2.2 II Subcategoria: Demandas da população LGBT sob a ótica dos gestores	58
5.3 II Categoria: CAMINHOS E DESVIOS RUMO À INTEGRALIDADE DA SAÚDE LGBT: fragilidades, potencialidades e perspectivas do processo	60
5.3.1 I Subcategoria: Saúde LGBT: responsabilidade de quem?	61
5.3.2 II Subcategoria: Estratégias identificadas	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	85
ANEXOS	88



APRESENTAÇÃO



Para apresentação deste documento, trago antes a apresentação do *eu* e das inquietações impregnadas no meu corpo, alma e história, necessárias para o início, desenvolvimento e sistematização do trabalho que aqui se apresenta, de uma forma simbólica, como a chave que fecha um ciclo.

A distância das raízes que a universidade me proporcionou, inquietou-me a questionar minha liberdade de ser, de pensar e de agir e, em um sentido de desconstrução constante e descobertas sobre meu corpo e mente, segui me despindo de sentidos entranhados à minha formação e me re-construindo de novas possibilidades e experiências, descobrindo um *eu* interior que há tempos gritava para *sair do armário*.

Ao mesmo tempo em que me redescobria fora das paredes da universidade, dentro delas encontrei, no âmbito da Nutrição e da Saúde Coletiva, reflexões acerca de uma prática de saúde que antecede a instalação da patologia e, além disso, se destina à todos os cidadãos de forma equânime (quando também aprendi o sentido da palavra equidade).

Encantava-me as enormes possibilidades que descobria, dia-a-dia, sobre uma prática profissional que me levava para além dos moldes tradicionais e biologizantes da nutrição. Fui apresentado a discussões em torno do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA), Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e Soberania Alimentar, pela querida e dedicada professora Luciana Maria, a qual se esforçava para estimular, no decorrer de suas aulas, a ampliação dos olhares com relação à saúde humana e a nutrição.

Ela então apresentou-nos à Carta Política de SAN, fruto da 5ª Conferência Nacional de SAN, que traz em seu 11º parágrafo a seguinte citação: “*A insegurança alimentar ainda persiste entre povos indígenas, povos e comunidades tradicionais, populações urbanas em situação de rua e miséria, comunidade LGBT, pessoas com deficiência, segmentos da população negra e, notadamente, entre mulheres arrimo de família*”.

Lembro-me que após ler este trecho, fiquei inquieto com a relação entre SAN e a comunidade LGBT, e como a alimentação destas pessoas, onde eu timidamente já me incluía, estaria sendo ameaçada. Foi onde conheci, através da lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, o conceito de **alimentação adequada**, que expande o direito à alimentação e diz que ao ser privado da realização de outros direitos

fundamentais, sua alimentação pode estar sendo comprometida (seja por fatores sociais, econômicos, ambientais ou psicológicos). Conheci ainda, entre as dimensões da SAN, a que faz referência ao acesso adequado a serviços, programas e políticas de saúde, para que suas outras necessidades essenciais, como a alimentação, não sejam afetadas.

Além disso, pude vivenciar de perto a LGBTfobia impregnada no Sistema Único de Saúde (SUS), em um episódio de discriminação contra um colega, ocorrido em uma daquelas noites em que eu me descobria cada vez mais. Refleti que aquele episódio que presenciara poderia se reproduzir com outras pessoas, inclusive comigo.

Esse caminho me provocou a refletir sobre como trabalhar, no âmbito do curso de nutrição, para além do alimento, me fazendo presente em questões sociais de ameaça de direitos tão fundamentais como a alimentação, e que direta ou indiretamente se relacionam a ela. Iniciei então um processo de busca constante de um objeto de estudo possível, em que eu pudesse relacionar todos os fatores que me inquietavam naquele momento, e que eu pudesse contribuir para a prática do SUS. Diversas(os) foram os parceiros nesta empreitada de busca por mim mesmo e pelo meu objeto de estudo, companheiras e companheiros que por muitos meses me ouviram e contribuíram com esta busca incessante.

Conheci pessoas que lidam diretamente com as políticas públicas de saúde para população LGBT, militantes engajados em um projeto de SUS para todxs, bem como também experiências encantadoras e nacionalmente reconhecidas como o ambulatório de travestis e transexuais da Paraíba.

Iniciando e reformulando várias ideias, minhas inquietações se encontraram com o trabalho que a professora Alynne Mendonça vinha desenvolvendo na instituição, encontro esse que contou também com outros colegas, tanto do curso de nutrição quanto de enfermagem, juntos com o mesmo objetivo: adentrar no universo da diversidade em prol de um SUS para todxs.

Este trabalho não se limita a resultados científicos, mas busca contribuir com uma discussão de caráter crítico e político, quebrando as barreiras de uma formação tradicional, estando dotado de significados e possibilidades, fruto de diversas inquietações que repousam nas páginas seguintes, já sistematizados, no entanto em constante transformação.



1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS



A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, sendo direito fundamental de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social. No Brasil, a saúde é assegurada através da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que responsabiliza o Estado, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela promoção de uma saúde que cumpra os princípios da universalidade e equidade no acesso e da integralidade na atenção, de forma descentralizada nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) (SCLIAR, 2007; BRASIL, 1990).

As dimensões de acesso ao SUS, bem como da qualidade dos seus serviços, estão ameaçados pela existência das desigualdades sociais, a exemplo da desigualdade de gênero, que se estende para além das diferenças entre as identidades opostas, considerando também as categorias de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Estas discrepâncias são pautadas em um conjunto de intenções e ações capazes de interferir no processo saúde-doença do sujeito, de forma direta ou indireta, sendo possível destacar, historicamente, no âmbito LGBT: agressões, torturas, discriminação em órgãos públicos e privados e por autoridades governamentais, discriminação econômica, contra a livre movimentação, privacidade e trabalho, segregação familiar, escolar, científica e religiosa, difamação e preconceito promovido pela mídia, insulto e preconceito anti-LGBT (GROSS; CARLOS, 2015).

Na perspectiva de enfrentamento das situações remanescentes a estas citadas e diminuição das barreiras impostas ao acesso e qualidade nos serviços de saúde, foi instituída em 2010, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), ficando a cargo das secretarias estaduais a definição das estratégias e plano de ação para sua implementação, e às secretarias municipais, sua efetivação a partir da identificação das necessidades de saúde da população LGBT no município (BRASIL, 2013a).

No entanto, a difusão das práticas transformadoras é um grande desafio, devido ao condicionamento das organizações/sistemas a fatores complexos como as percepções individuais e coletivas sobre inovação, além das características

específicas dos sujeitos e fatores contextuais e políticos de uma organização/sistema (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

No Brasil, a distribuição de competências no sistema de saúde remete às organizações locais (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014) e o principal fator para efetividade da implantação e implementação de políticas e ações é a necessidade de mudança de crenças e valores prevaletentes no imaginário coletivo dos sujeitos ativos nestes processos, a exemplo dos gestores, caracterizados por possuírem papéis importantes nas tomadas de decisões referentes à promoção do acesso e qualidade dos serviços (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Neste sentido, este trabalho se propõe a conhecer os entraves e particularidades arraigadas no contexto sócio-político que se desenvolve o cuidado à comunidade LGBT e seus agentes promotores nos espaços institucionais de saúde. Para melhor entendimento desses fatores, foram traçadas as seguintes questões de pesquisa: Qual a concepção dos gestores municipais de saúde sobre as necessidades da população LGBT? Quais as fragilidades no cuidado à população LGBT? Que estratégias estão sendo desenvolvidas para reduzir as desigualdades da população LGBT?

2

OBJETIVOS



2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as dimensões do cuidado em saúde para a população LGBT no que compete à gestão dos serviços do SUS no município de Cuité-PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os gestores dos serviços de saúde do município;
- Avaliar a concepção dos gestores sobre as demandas e especificidades da população LGBT;
- Descrever as fragilidades no cuidado à comunidade LGBT;
- Identificar estratégias de redução das desigualdades da população LGBT no município.

3

REFERENCIAL TEÓRICO



3.1 (DES)ENTENDENDO CORPOS: Breves considerações sobre gênero, corpo e desejo

De forma prematura, o corpo já carrega, através do sexo, impressões e promessas relacionadas às suposições sobre comportamentos, gostos e subjetividades. Após o nascimento, o discurso social é dirigido para a preparação do corpo, com objetivo de fazê-lo desempenhar com êxito os papéis de gênero e todos os elementos ligados a estes (BENTO, 2006).

Diversas teorias abstratas, controvérsias científicas e confusões teológicas se debruçam sobre a terminologia de gênero, na tentativa de identificar seus determinantes, levantando possibilidades em relação à anatomia, cérebro, hormônios ou mesmo a linguagem, como também o definindo como um papel, uma identidade, uma formação discursiva, uma classificação dos corpos e/ou tantas mais (CONNEL, 2016).

Segundo Butler (2016), as divisões de gênero são estabelecidas historicamente na sociedade através de práticas reguladoras, produzidas por um ideal normativo baseado em uma suposta “coerência” e “continuidade” entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Essa matriz de inteligibilidade sugere que quando o gênero não decorre do sexo, bem como quando as práticas do desejo não decorrem nem do sexo e nem do gênero, estas identidades são categorizadas como falhas, desvios à norma.

O discurso biomédico busca constantemente estabelecer o sexo como anterior aos significados culturais que este adquire, atribuindo a ele, além da anatomia e biologia do corpo, também as sensações e prazeres, o que permite pensar que a linguagem biológica também se relaciona com outras linguagens e acaba reproduzindo uma sedimentação cultural, ao invés do que se propõe em descobrir e descrever de maneira imparcial (BUTLER, 2016).

O conceito de gênero torna-se então limitado quando visto sob a ótica binária e reprodutiva, passando a existir para servir a uma variedade de funções políticas, econômicas e sociais, de forma móvel e comercializável (CONWAY; BOURQUE; SCOTT, 1996). No entanto, estas relações têm mudado de forma significativa ao longo da história, os arranjos são produzidos ativamente, em novas esferas, à medida que novas possibilidades vão ganhando forma (CONNELL, 2015).

Bento (2006) sugere três tendências explicativas para os processos constitutivos das identidades de gênero, denominados de **universal**, **relacional** e **plural**. A vertente universal se debruça sobre a subordinação feminina, na tentativa de explicar este fenômeno com base na tradição do pensamento moderno, a partir da interpretação sobre as posições dos gêneros na sociedade. Quanto a relacional, esta se preocupou em apontar outras variáveis sociológicas que contribuem e se articulam para a construção das identidades dos gêneros, destacando as classes sociais, nacionalidades, religiosidades, etnias e orientações sexuais, dentre outras, além de dar início aos estudos sobre as masculinidades. Posteriormente, a sexualidade foi foco de estudos e problematizações, principalmente quando relacionadas à discussão de gênero, onde se pôde concluir que sexualidade e gênero são categorias de análises independentes, caracterizando então o processo plural, onde se destacam os estudos *queer*¹.

Segundo Butler (2016, p. 26):

Se os gêneros são os significados culturais assumidos pelo corpo sexuado, não se pode dizer que ele decorra de um sexo desta ou daquela maneira. Levada a seu limite lógico, a distinção sexo/gênero sugere uma descontinuidade radical entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos. Supondo por um momento a estabilidade do sexo binário, não decorre daí que a construção de “homens” se aplique exclusivamente a corpos masculinos, ou que o termo “mulheres” interprete somente corpos femininos.

Desse modo, passa-se a conceituar gênero como uma sequência de atos sem ator ou autor preexistentes, uma categoria não-natural e sem relação necessária com o corpo. Todavia, mesmo não sendo natural, o gênero pode se apresentar em relação ao corpo e o sexo, nos casos em que se cristaliza. O gênero é um projeto de renovação da história cultural do indivíduo segundo seus próprios termos, porém, sempre com as limitações impostas pelos dispositivos discursivos de poder (ROCHA, 2014).

¹ Os estudos queer começaram a ser desenvolvidos a partir do final dos anos 80, especialmente nos Estados Unidos, problematizando o binarismo estabelecido no que se refere à orientação afetivosexual e identidades de gênero, direcionando para desconstrução dos processos sociais de naturalização, colocando gênero e sexualidade para além dos esquemas de categorização.

3.2 MEMÓRIAS SUBTERRÂNEAS DE IDENTIDADES MARGINALIZADAS: sexualidade e gênero ao longo da história

Há dezenas de anos que nós só falamos de sexo fazendo pose: consciência de desafiar a ordem estabelecida, tom de voz que demonstra saber que se é subversivo, ardor em conjurar o presente e aclamar um futuro para cujo apressamento se pensa contribuir. Alguma coisa da ordem da revolta, da liberdade prometida, da proximidade da época de uma nova lei, passa facilmente nesse discurso sobre a opressão do sexo (FOUCAULT, 1988, p. 11).

A opressão e subserviência debruçada historicamente sobre o sexo, como relata Foucault, resultam em um confronto entre distintas memórias e diferentes versões do passado, memórias definidas por Pollak (1989) como *memórias subterrâneas*, colocadas em um sentido de resistência e de luta pela visibilidade de sujeitos que se desviam da normatividade imposta, historicamente invisibilizados, a exemplo da comunidade LGBT (SILVA, 2011).

No entanto, neste largo campo da memória e da história, é que Foucault (1988) questiona quanto à repressão do sexo enquanto evidência histórica e como esta repressão teria se materializado, uma vez que a maneira como as civilizações entendiam e lidavam com comportamentos, valores e normas relacionadas ao sexo nunca foram iguais, muito menos constantes (RIBEIRO, 2005).

Na Grécia, as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo tinham caráter pedagógico, atuando como forma de iniciação da sexualidade, rituais de passagem para a puberdade e prática de transmissão de conhecimentos e virtudes morais, estas recebidas simbolicamente através da ejaculação. Logo, as práticas sexuais entre sujeitos de mesmo sexo tornaram-se corriqueiras na maioria das cidades-Estado, tanto entre membros de exércitos, quanto em representações da mitologia grega, a exemplo do triângulo amoroso entre Jacinto, Apolo e Zéfiro (figura 1). Porém, não poderiam acontecer de toda maneira. As práticas eram reguladas pelos padrões morais e de poder das classes gregas, que impossibilitavam que acontecesse, por exemplo, de uma pessoa mais jovem ou de status social considerado inferior penetrar sexualmente um homem mais velho ou que ocupasse um lugar de poder social (MELO, 2016).



Figura 1. Representação de Zéfiro e Jacinto. Jacinto, na mitologia grega, era um jovem mortal muito amado pelas divindades, principalmente por Apolo e Zéfiro (o vento oeste). Fonte: Google imagens.

Em Roma, as relações sexuais entre um cidadão e um escravo do mesmo sexo eram naturalmente aceitáveis, desde que não fosse quebrada a hierarquia e o papel sexual ativo que o cidadão deveria sempre manter. Além disso, o escravo não poderia ter pelos no corpo, pois o crescimento do pelo o dava status de homem e o desclassificava como amante de seu senhor (RIBEIRO, 2005).

Com relação às representações homoafetivas femininas, são escassos os relatos que apontam regulamentações sociais para as relações entre mulheres, esta informação está relacionada à invisibilização da vida sexual das mulheres nestes períodos (LEITE, 2013).

Com o declínio do Império Romano, deu-se novo rosto ao mapa da Europa, e a Igreja Católica teve sua consolidação (RIBEIRO, 2005), acompanhada de seu projeto civilizatório pró-natalista, estimulando a procriação e reprimindo o sexo não reprodutivo, a fim de edificar uma nação herdeira da moral religiosa proferida por Abraão no Antigo Testamento. Como resultado de sua grande ascensão e consequente dominação, derivou uma série de práticas condenatórias contra homossexuais a partir do império de Alexandre Severo, no início do século II a.C., onde foi instituída a prisão e deportação de homens que faziam sexo com outros homens. Após esse momento histórico, outras práticas semelhantes tiveram

continuidade, como apedrejamento, decapitação, enforcamentos, afogamentos e morte na fogueira (MELO, 2016).

Estas práticas propagadas pela igreja católica tiveram continuidade, sobretudo nos países onde o catolicismo se articulava com o governo, com foco nas punições de toda e qualquer prática sexual que era considerada não natural ou infértil, condenando assim o sexo oral, sexo anal e a masturbação. No entanto, no século XVIII houve uma mudança no discurso religioso e este fora reorientado a promover uma nova prática da confissão centrada nos desejos e não nos atos do pecador, dando início a noção de que é no desejo de um homem que se esconde a chave para compreensão de sua verdade (MOSCHETA, 2011).

O século XIX foi palco de repressão sexual baseada em padrões e normas negativistas e restritivas, que buscavam o controle sexual pregado pela moral médica, católica, protestante e educadora, todos aliados para normatizar as atitudes e comportamentos sexuais através de discursos considerados científicos (RIBEIRO, 2005), como analisa Loyola (1999, p. 32-33), “é na medicina que a sexualidade termina por ser unificada como instinto biológico voltado para a reprodução da espécie [...] é assim identificada com genitalidade e heterossexualidade”.

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. No espaço social, como no coração de cada moradia, um único lugar de sexualidade reconhecida, mas utilitário e fecundo: o quarto dos pais. Ao que sobra só resta enconbrir-se; o decoro das atitudes esconde os corpos, a decência das palavras limpa os discursos. E se o estéril insiste, e se mostra demasiadamente, vira anormal: receberá esse *status* e deverá pagar as sanções (FOUCAULT, 1988, p. 9-10).

Os médicos passaram a reivindicar a autoridade de falar a “verdade” sobre a sexualidade, sendo agentes da transformação da criminalização para doença, iniciando o processo de medicalização do homoerotismo, que é acompanhado por uma batalha para se definir o que antes se chamava sodomia. As práticas sexuais passaram a receber duas nomenclaturas consideradas sinônimas: uranista e homossexual (MELO, 2016).

A primeira versão do manual norte-americano de diagnóstico dos transtornos mentais, o *Diagnostic Statistical Manual* (DSM) de 1952, apresenta as categorias homossexualidade, travestismo, pedofilia, fetichismo e sadismo sexual como

especificações da categoria diagnóstica de transtorno de personalidade sociopático, e ficou a cargo da psicanálise e do behaviorismo propor formas terapêuticas, sendo estas pautadas no condicionamento de pacientes homossexuais, como exemplo, apresentar uma reação aversiva na presença do estímulo visual excitatório, condicionamento este que é realizado através do pareamento da apresentação do estímulo estimulante com um estímulo aversivo, no caso, o eletrochoque (MOSCHETA, 2011).

Na década de 50, Alfred Kinsey publicou um estudo acerca da sexualidade de homens e mulheres, e demonstrou que as experiências homossexuais tinham incidência muito maior do que se imaginava e que não estavam restritas a um segmento bem definido da população, como também concluíram que os seres humanos não se classificam quanto à sexualidade por apenas duas categorias (hétero ou homossexual), seus resultados foram expressos em sua famosa Escala Kinsey (Figura 2) (MELLO, 2016).

Figura 2. Escala de Kinsey.

GRAU	0	1	2	3	4	5	6
DEFINIÇÃO	Comportamento exclusivamente heterossexual	Predomínio de comportamento heterossexual e comportamento homossexual incidental	Predomínio de comportamento heterossexual e comportamento homossexual eventual	Comportamento heterossexual e homossexual na mesma proporção	Predomínio de comportamento homossexual e comportamento heterossexual eventual	Predomínio de comportamento homossexual e comportamento heterossexual incidental	Comportamento exclusivamente homossexual
PERCENTAGEM	50%	14%	11%	9%	7%	5%	4%
		Comportamento ambissexual					

Fonte: Kinsey; Pomedory; Martin (1948 apud Mello, 2016).

Entre as décadas de 50 e 60, os movimentos de contestação à ordem e “bons costumes” ganharam força, em especial nos Estados Unidos e na Europa. Neste período, a história da cena homossexual mundial foi marcada, quando na madrugada de 28 de junho de 1969, no bar chamado *The Stonewall Inn*, em Nova York, gays, lésbicas, travestis e drag queens se uniram pela primeira vez para lutar contra a intolerância. Este movimento ficou conhecido como a batalha de Stonewall

(figura 3), e “pela primeira vez todos eles se sentiram iguais – por serem diferentes. Iguais por causarem estranhamento ao padrão heteronormativo da sociedade, eram *queers*, esquisitos” (RIBEIRO, 2011, p. 153). Os acontecimentos desta noite transformaram o mapa político da comunidade LGBT, podendo ser observada em sequência, o empoderamento e conscientização por diversas vias (SILVA, 2012).



Figura 3. Batalha de Stonewall. Fonte: Melo (2016).

No Brasil, o período ficou marcado pela instauração da Ditadura Militar, onde a perseguição à comunidade LGBT se deu a partir de várias abordagens. Uma das mais conhecidas foi a “Operação Limpeza”, com objetivo de prender todos os que não tinham trabalho com carteira assinada e, mais que isso, “higienizar” a cidade da presença de prostitutas, homossexuais e travestis através de diversas práticas de violência, como terem seus seios fechados em gavetas, no caso das travestis (CHIRILÃ, 2015).

A comunidade LGBT brasileira manteve a sociabilidade em espaços como casas noturnas, bailes de carnaval ou em fã clubes de artistas, longe de poderem se organizar como movimento político, mas pela necessidade de afirmar e exercer suas identidades (MEMÓRIAS DA DITADURA, 2017).

Em um contexto de leve abertura do regime militar, foi criado o jornal *Lampião da Esquina* voltado para a comunidade gay em particular (figura 4). Figuras artísticas puderam expressar as identidades marginalizadas e se destacar na mídia, a exemplo da banda Secos & Molhados (figura 5). Continuadamente, mesmo com a manutenção dos aparatos de controle por parte dos militares, esta abertura permitiu

os movimentos sociais, onde os grupos LGBT politizados e organizados começaram a surgir, como o coletivo *Somos* (CHIRILÃ, 2015; Memórias da Ditadura, 2017).



Figura 4 – O *Lampião da Esquina* foi um jornal homossexual brasileiro que circulou durante os anos de 1978 e 1981. Nasceu dentro do contexto de imprensa alternativa na época da abertura política de 1970, durante o abrandamento de anos de censura promovida pelo Golpe Militar de 1964. Fonte: Grupodignidade.org.

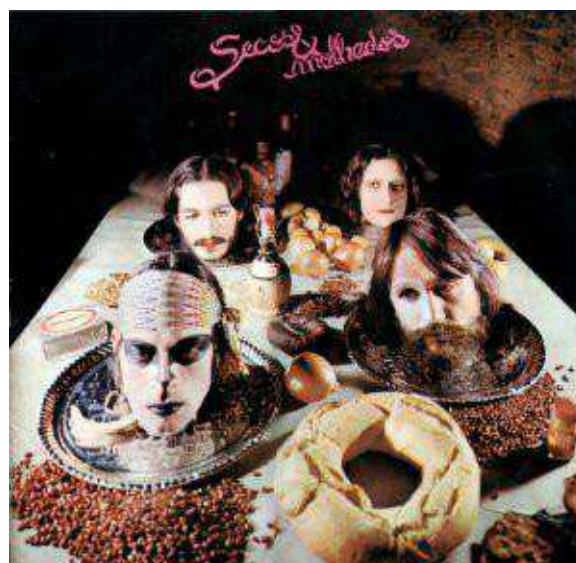


Figura 5 – A capa do primeiro disco da banda *Secos & Molhados*, lançado em 1973, é considerada uma das mais bonitas da história da música popular brasileira, nela os integrantes da banda aparecem sobre uma mesa de jantar, interpretando um isólito banquete antropofágico. Nos shows, o visual andrógino, rebolados, maquiagem e roupas exóticas completavam a atuação performática. Fonte: Discosg.com.

Nos Estados Unidos começavam a funcionar “clínicas de identidade de gênero”, ligadas a universidades, que produziam alternativas tecnológicas para o tratamento dos chamados hermafroditas (indivíduos que possuem sexo biológico ambíguo) e travestis (que desejavam se submeter à cirurgia de transgenitalização). As demandas por intervenção cirúrgica passaram a ocupar um papel central na luta de transexuais como possibilidade de expressar suas identidades (MELLO, 2016).

Enquanto no Brasil, a comunidade LGBT estaria enfraquecida pela explosão da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ao final dos anos 1980, muitos grupos se desmobilizaram, enquanto outros passaram a se dedicar ao combate à doença, conhecida como “peste gay” (RIBEIRO, 2011). As posturas variaram do silêncio (causado pelo preconceito que cercava a doença) à uma nova força para a militância diante das autoridades públicas de saúde, na intenção de

impedir a discriminação na prevenção e tratamento. Nesta perspectiva, se estabeleceu uma relação entre os movimentos LGBT e os órgãos estatais, com ganhos à classe por levantar a discussão sobre a sexualidade de forma mais aberta, bem como dar visibilidade a ela. No entanto, em paralelo a essas conquistas, o grande número de mortes de LGBTs direcionou a opinião pública para associação errônea entre o pertencimento a este grupo e ser portador do vírus (CAMAROTTI, 2009).

Apesar do enfraquecimento causado ao movimento, foi na década de 1980 em que a militância LGBT protagonizou momentos significativos, como a campanha pela alteração do Código 302.0 da Classificação Internacional de Doenças (CID), que incluía a homossexualidade na categoria de transtornos mentais, sob o termo “homossexualismo”, esta campanha resultou também no reconhecimento, pelo Conselho Federal de Medicina, de que a homossexualidade não seria uma doença; e a participação na mobilização constituinte, na tentativa de incluir uma proibição à discriminação por orientação sexual no texto da nova Constituição Federal, porém não bem sucedida (MELLO, 2005; SANTOS, 2007).

Foram necessários 15 anos para reestruturação do movimento, surgindo entre 1995 e 1997, até as primeiras Paradas do Orgulho LGBT, que se resumiam a algumas centenas de pessoas cantando palavras de ordem atrás de um carro de som. Com o passar do tempo e aumento da autonomia do movimento, elas já contabilizam mais de 170, só no Brasil (RIBEIRO, 2011).

Outras questões foram levantadas com relação ao movimento, a exemplo da demanda das mulheres lésbicas, que não eram levadas em consideração pela predominância de homens gays participantes do movimento. Passa-se então a discutir as desigualdades de gênero presentes no interior do movimento, o que se acredita ser fruto da exclusão das mulheres da identidade homossexual medicalizada no século XIX, além ainda das especificidades de gênero (CAMAROTTI, 2009).

Segundo dados apresentados por Mello (2005), no ano de 2005 já indicavam o surgimento de mais de cem grupos LGBT organizados, muitos deles filiados à Associação Brasileira de Gays, Lésbica e Travestis (ABGLT), atuando na realização de ações relacionadas à auto-estima, prevenção da Aids e das doenças sexualmente transmissíveis, ao fomento do debate público sobre sexualidade e

identidade de gênero, assim como ao trabalho de advocacia junto aos poderes executivo e legislativo, nas três esferas de poder.

3.3 A ASCENSÃO DAS MARGENS AO DIREITO DE SER: a pauta LGBT nas Políticas Públicas do Brasil

As políticas públicas podem ser definidas como um processo pelo qual os governos materializam seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados e mudanças em um mundo real e cotidiano para responder a um conjunto de problemas políticos ou demandas sociais (BROILO; AKERMAN, 2015).

A elaboração dessas políticas voltadas para a população LGBT no Brasil tem uma história de aproximadamente três décadas, iniciando em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, que garantiu a cidadania e a dignidade humana, e a criação do SUS, que pretendia proteger os cidadãos a partir de uma política de saúde universal e integral. No entanto, as demandas da população LGBT permaneceram atreladas à política de combate a AIDS, chamada Programa Nacional de AIDS, onde esta se configurou como uma parceira estratégica do movimento, apoiando e financiando projetos, eventos e paradas do orgulho a partir do início da década de 90 (PEREIRA, 2015).

Em maio de 1996 foi lançado o Programa Nacional de Direitos Humanos, que segundo Pinheiro e Mesquita Neto (1997), “foi o primeiro programa para proteção e promoção de direitos humanos da América Latina e do terceiro mundo”, havendo uma menção aos homossexuais como detentores de direito humano.

Em 2002, o Governo Federal lançou uma atualização desse programa, tornando-se um primeiro marco concreto para formulação de políticas públicas para LGBT, contendo cinco ações que contemplavam a garantia do direito à liberdade, opinião e expressão, e dez relativas à garantia de direito à igualdade de LGBT, entretanto, essas ações não chegaram a ser assumidas por nenhum órgão do poder público (LAURENTINO, 2015).

A pauta LGBT só começa a ser levantada de fato na política de direitos humanos quando a Secretaria Especial de Direitos Humanos foi criada, sendo fortalecida pelo Governo Lula (2003-2006), com mais recursos e estrutura (PEREIRA, 2015). Neste período foi instituído pelo Governo Federal o programa Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate a Violência e à Discriminação contra

Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais e de Promoção da Cidadania Homossexual, com princípios pautados na não discriminação por orientação sexual, na produção de conhecimento para contribuir com a implantação e avaliação das políticas públicas voltadas para o combate à violência, e também na reafirmação da defesa, garantia e promoção dos direitos humanos. Além disso, o programa dispõe de 53 ações, distribuídas em 11 áreas e envolvendo outras secretarias e ministérios (BRASIL, 2004).

No ano de 2004, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB (sigla usada na época), na perspectiva da construção de uma política específica para o SUS. É também lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com vistas à necessidade de atenção à saúde e as particularidades dos diferentes segmentos de mulheres, incluindo as demandas de mulheres lésbicas e bissexuais (MELLO et al, 2011).

Em 2008 foi realizada a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais², com a participação de 569 delegados, eleitos nas reuniões estaduais e regionais que precederam esta etapa nacional, além de observadores e convidados, todos reunidos em torno de eixos temáticos, aprovando ao final, 559 propostas. O Brasil se tornou o primeiro país a promover uma atividade deste cunho, justamente no ano em que se comemorava os 30 anos do movimento LGBT no Brasil (BRASIL, 2008b). Segue um recorte do documento originado da conferência:

Contra o segmento GLBT tem recaído, durante séculos, uma das maiores cargas de preconceito e discriminações. Na idade média foram queimados em fogueiras. Durante o reino da barbárie nazista foram marcados com o triângulo rosa e assassinados em campos de concentração e fornos crematórios, juntamente com Judeus, Ciganos e Testemunhas de Jeová. Também nos países ditos do “socialismo real”, Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais foram vítimas de discriminações, preconceito, e condenações, o que mostra que a intolerância e a discriminação extrapolam as barreiras ideológicas e os regimes políticos; Assim, como os preconceitos foram gerados e alimentados por determinadas condições históricas, é chegado o momento de introduzir no âmago dos valores essenciais da sociedade: a consciência, o respeito e o reconhecimento da dignidade da pessoa humana [...] (BRASIL, 2008b, p. 244).

² A abertura foi um dos pontos altos da conferência, realizada pelo então Presidente Luis Inácio Lula da Silva, que fez questão de destacar em sua fala as recomendações contrárias que recebeu de assessores e políticos para que não comparecesse, no entanto, o presidente sabia que sua presença demonstraria a preocupação e envolvimento de seu governo com a temática.

No mesmo ano, foi instituído o processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, apontando a necessidade de atenção terapêutica especializada aos indivíduos com indicação para a realização do processo transexualizador e determinando a descentralização das ações (BRASIL, 2008a). Estas ações foram posteriormente atualizadas pela portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, responsável por redefinir e ampliar o processo transexualizador no SUS (BRASIL, 2013b).

No ano de 2009 é lançado o I Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, fruto da I Conferência Nacional GLBT, contendo 51 diretrizes voltadas para o objetivo de orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades, que historicamente perseguem a comunidade LGBT, considerando a intersetorialidade e transversalidade das ações (BRASIL, 2009). O texto diz que:

[...] garantindo-se amplo acesso aos direitos civis da população LGBT, promovendo a conscientização dos gestores públicos e fortalecendo os exercícios de controle social, serão implementadas políticas públicas com maior equidade e mais condizentes com o imperativo de eliminar discriminações, combater preconceitos e edificar uma consistente cultura de paz, buscando erradicar todos os tipos de violência (BRASIL, 2009, p. 7).

Neste mesmo ano, é lançada a terceira atualização do Programa Nacional de Direitos Humanos, sendo construído com mais participação popular que os programas anteriores, característica que resultou em uma maior visibilidade para população LGBT (BRASIL, 2010b).

Foram pautadas demandas direcionadas a essa população, como a desconstrução da heteronormatividade compulsiva no âmbito das configurações familiares, apoio à implementação de Centros de Referência em Direitos Humanos de Prevenção e Combate à Homofobia, relatórios periódicos de acompanhamento das políticas contra discriminação, implementação de ações de prevenção à violência, criação de comitês estaduais de acompanhamento da implementação das políticas públicas, além de, assegurar visitas íntimas para população carcerária e promover campanhas e pesquisas sobre a história dos movimentos de grupos historicamente vulnerabilizados (BRASIL, 2010b).

No mesmo ano, foi aprovada a PNSILGBT pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (LAURENTINO, 2015), sendo um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das especificidades e

lutas do movimento LGBT, sendo caracterizada como um documento norteador e legitimador das necessidades e demandas envolvidas nas vivências cotidianas de sujeitos historicamente marginalizados (BRASIL, 2013).

Em 2010, na perspectiva de orientação de profissionais quanto as identidades sexuais e de gênero, o Ministério da Saúde publicou a versão final do Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (BRASIL, 2010a). Ainda nesse ano, outras ações foram efetivadas em prol dos direitos da população LGBT, como a autorização do nome social de travestis e transexuais, implantação do Conselho Nacional de Combate a Discriminação e Promoção dos Direitos LGBT e a criação da Coordenadoria Nacional de Promoção dos Direitos Humanos LGBT (LAURENTINO, 2015), porém, o auge de 2010 para a população LGBT foi a divulgação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, aprovada no ano anterior pelo CNS, no entanto, ainda sem portaria específica, que veio a ser conquistada no ano de 2011 (BRASIL, 2013a).

A PNSILGBT referencia:

[...] um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da saúde. [...] Nesse processo estão sendo implantadas ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. Este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde (BRASIL, 2013a, p. 05).

Também em 2011 foi realizada a II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT, com o tema: “Por um país livre da pobreza e da discriminação, promovendo a cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”. Subsequentemente, foi lançado em 2012 e 2013, relatórios de violência homofóbica no Brasil, frutos da pressão do Grupo Gay da Bahia (GGB)³, que já contabilizava a violência homofóbica nos estados brasileiros. Este mapeamento foi necessário para implementação de políticas de enfrentamento a LGBTfobia, a exemplo do Sistema Nacional LGBT, criado em 2013, com objetivo de

³ O GGB é o movimento mais antigo relacionado à defesa dos direitos humanos da população LGBT no Brasil, sendo fundado em 1980, se caracteriza como uma entidade guarda-chuva que oferece espaço para outras entidades da sociedade civil que trabalham similarmente. Produzem publicações periódicas acerca de indicadores de condições de vida, mortalidade, cultura, informação e conscientização sobre o grupo LGBT.

criar Conselhos e Coordenadorias estaduais e municipais, a fim de construir e fortalecer uma rede de políticas públicas LGBT no país inteiro (PEREIRA, 2016).

Alguns anos depois, já em 2016, foi realizada a III Conferência Nacional LGBT, com o tema “Por um Brasil que Criminalize a Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” dessa experiência resultou a assinatura de um Decreto Nacional que reconhece e utiliza o nome social de pessoas trans e travestis em âmbito Federal, publicado pela presidenta Dilma Rousseff, em meio ao seu processo de impeachment, no mesmo ano (BRASIL, 2016a).

A trajetória das políticas públicas para a população LGBT, no entanto, não foi isenta de contradições e tensões, alguns desafios devem ser considerados, segundo Pereira (2016), como: o pouco impacto sentido no exercício da vida de milhões de LGBT e os limites e retrocessos que os governos progressistas tiveram com relação à implementação de algumas políticas por coalizão partidária.

Mello (2012) indica fragilidade nas políticas públicas LGBT, no sentido institucional, elencando em seu texto alguns pontos, como a precariedade jurídica que as tornam políticas de governo e não de estado, deixando-as em favor das conjunturas e conveniências políticas, além as dificuldades em geri-las de maneira transversal, ainda mais com pouco ou nenhum recurso previsto em peças legislativas orçamentárias.

Broilo e Akerman (2015 p. 248) consideram que ainda são necessidades para as políticas públicas deste segmento:

Respaldo jurídico para que as mesmas se tornem de fato políticas de estado; capacitação e investimento em educação para minimizarmos (se não eliminarmos) os padrões homofóbicos e heteronormativos de atendimento em saúde; formulação de políticas públicas pautadas na integralidade dos sujeitos, sem excluir suas particularidades sexuais e de gênero e sem usá-las como marcadores de anormalidade ou policiamento de condutas; repensar crítica e constantemente como as políticas são pensadas, como se estruturam na formulação de novos paradigmas e preconceitos e como podem efetivamente atender a uma população tão plural como a que se pretende.

Lidar com dinâmicas sociais e trabalhar com a construção de conhecimento nos mais diversos setores sociais são desafios presentes no cenário em que os movimentos atuais estão lidando. As tecnologias do cuidado na atenção à saúde estão constantemente em movimento, havendo sempre conflitos, limites, sinergias e tensões (LAURENTINO, 2015).

3.4 AS MARCAS QUE NÃO CICATRIZARAM: saúde LGBT na contemporaneidade

É bastante cedo para se afirmar que a homossexualidade se encontra em processo de reconhecimento social e político, mesmo que muitos avanços na democracia brasileira tenham sido alcançados nos últimos anos. Ainda não conhecemos todas as implicações que esta forma de subalternidade pode ter gerado ao longo da história, na produção/manutenção das hierarquias da invisibilidade (SOUSA, 2016, p. 16).

Historicamente, os LGBT carregam em suas vivências um fardo que se materializa em diferentes expressões de preconceito, como a violência física, sexual, psicológica, negação do acesso à educação e a saúde, entre outras tantas que emergem das margens a que essa população sempre foi colocada, o que contribui para que ainda sejam privados dos direitos de ir e vir, da liberdade de expressão, do livre desenvolvimento da personalidade, da autonomia e dignidade, bem como dos direitos sociais à saúde, trabalho, educação, emprego, lazer e segurança. Todo esse conjunto de causas e consequências gira em torno do que se produziu pela sociedade e denomina-se, de uma forma geral e generalizada, como homofobia (LIMA; SOUZA; DANTAS, 2016).

O fenômeno da homofobia é sistematizado por Borrillo e Teixeira (2010) em quatro categorias: irracional, cognitiva, geral e específica. A homofobia irracional é caracterizada por gerar sentimentos negativos ou aversão a um indivíduo LGBT, se aproximando de outras fobias, como a claustrofobia; a homofobia cognitiva, por sua vez, se liga ao simbólico, não havendo aversão ao LGBT, no entanto, expõem sentimento de condenação destas identidades, ou expressam indiferença com a violência e a luta por direitos; a homofobia geral se relaciona com as normas hegemônicas de gênero, sendo gerada pela fuga do que se considera padrão pelo machismo e a heteronormatividade; por fim, a homofobia específica, que segundo o autor, para que o fenômeno da homofobia seja expresso na dimensão da sua complexidade, deve-se atentar para as especificidades de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, e assim utilizar de termos específicos para cada grupo, como gayfobia, lesbofobia, bifobia, travestifobia e transfobia⁴. Feitosa (2016) cita uma categoria para além destas já descritas, a de homofobia institucional, que é

⁴ Na perspectiva de contemplar todas as identidades, este trabalho adota o termo LGBTfobia para se referir aos significados dados à palavra homofobia.

a forma como as instituições reproduzem, por ação ou omissão, condutas LGBTfóbicas.

A LGBTfobia, segundo Sousa (2016), corrói as perspectivas da construção de uma sociedade democrática e pluralista, se manifestando, muitas vezes, de forma coletiva, a exemplo do caso da exposição **Queermuseu – Cartografias da diferença na arte brasileira**, em cartaz no mês de setembro de 2017, e cancelada após uma onda de protestos nas redes sociais em revolta às ressignificações dadas a símbolos religiosos. A mostra, com curadoria de Gaudêncio Fidelis, reunia 270 trabalhos de 85 artistas que abordavam a temática LGBT, questões de gênero e de diversidade sexual (MENDONÇA, 2017).

Dados alarmantes do GGB, divulgados em seu relatório de 2016, mostram que neste referido ano, 343 LGBTs foram assassinados no Brasil, um número nunca antes registrado na história do país, coroando o Brasil com o título de campeão mundial de crimes contra minorias sexuais por matar mais LGBTs do que nos 13 países do Oriente e África, onde há pena de morte contra esta população.

Das vítimas, 50% eram gays, 42% trans, 3% lésbicas, 1% bissexuais. Dos assassinatos, 31% foram praticados com arma de fogo, 27% com armas brancas e estas incluem enforcamento, pauladas, apedrejamento e crimes acrescidos de atos de crueldade como tortura e queima do corpo. Deve-se levar em consideração também a subnotificação notória destes crimes, que indica que estes números representam apenas a ponta do iceberg (MOTT; MICHELS; PAULINHO, 2016).

No ano de 2013, a cada dia, 5,22 pessoas foram vítimas de violência homofóbica, segundo dados divulgados no Relatório de Violência Homofóbica no Brasil. Dos suspeitos, 32% são desconhecidos da vítima e 27,7% por indivíduos não informados, além de vizinhos, irmã(o), mãe, tia(o), cunhada(o), amiga(o), pai e empregador (BRASIL, 2016b).

Das violências registradas, 40,1% correspondem a violência psicológica, sendo estas correspondentes a humilhações, hostilizações, ameaças, calúnia, injúria, difamação, perseguição, chantagem e infantilização (BRASIL, 2016b). As taxas de suicídio também se mostram alarmantes entre membros da comunidade LGBT, ultrapassando a média internacional, segundo Sousa (2016), principalmente entre os jovens, por estarem cada vez mais cedo assumindo suas identidades, enfrentando também de forma precoce, as diversas faces da homofobia.

Outros fatores de discriminação social devem ser considerados como impulsionadores do processo de adoecimento da população LGBT, a exemplo do desemprego, racismo e inacessibilidade à moradia e à alimentação, além de considerar também que o percurso desse processo varia de acordo com as identidades sexuais e de gênero (CARDOSO; FERRO, 2012).

Ao procurarem os serviços públicos de saúde, nota-se que há manifestação da LGBTfobia nos discursos, condutas e no imaginário de profissionais de saúde, influenciados pelos estereótipos, tabus e mitos relativos à orientação afetivosexual e identidade de gênero, ditados pela ideia de moral universal baseada na heteronormatividade, estes fatores são responsáveis pelo afastamento da população LGBT dos mais diversos serviços de saúde (ALBUQUERQUE; ALVES; PARENTE, 2016).

As necessidades variam ainda entre os segmentos do grupo. As mulheres lésbicas, segundo Valadão e Gomes (2011), são invisibilizadas por grande parte dos serviços e profissionais de saúde, não sendo orientadas a expor sua orientação afetivosexual, dificultando a possibilidade de um atendimento seguro e ético, uma vez que estes atendimentos seguem um roteiro direcionado para a mulher heterossexual. As mulheres que revelam sua orientação relatam geralmente ações de preconceito e indiferença pelo profissional de saúde.

Os gays, por sua vez, principalmente os mais afeminados, sofrem na tentativa de acesso ao SUS, enfrentando algumas tensões produzidas pela sua feminilidade aflorada, a exemplo de expressões de ridicularização, demora no atendimento, falta de respeito em todas as fases do atendimento, além de culpabilização do sujeito pelo seu feminino e até reprodução de violências (FERREIRA, 2016).

O atendimento às identidades trans são marcadas pela tentativa de desvinculá-las de suas experiências de gênero, além da falta sensibilidade e habilidade de comunicação, como também a falta de conhecimento técnico relacionado às terapias de resignação sexual, como a hormonioterapia e cirurgias de readequação corporal (ROGERS et al., 2016).

No caso das travestis, grupo associado à maior vulnerabilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), além de baixa escolaridade e de condição de pobreza e estigma social, a discriminação torna-se mais visível, sendo a recepção nos serviços a primeira barreira a ser enfrentada no SUS, além de

sofrerem discriminação direta pelos profissionais de saúde por relacionarem-nas diretamente com a AIDS (MULLER; KNAUTH, 2008).

Em ambas as experiências, o não respeito ao “nome social” é fator marcante e crucial no alcance da dignidade humana deste segmento populacional, onde segundo Bento (2014), é fruto de um processo brasileiro burocratizado que acompanha uma perspectiva biologizante das identidades trans, uma vez que sua funcionalidade enquanto direito (do nome social) é questionada por “mudar” sem alterar substancialmente nada nas vivências destas pessoas, além de estar condicionado a terceiros (psiquiatras).

Estes comportamentos e processos burocratizados que recaem mais fortemente sob as identidades trans (travestis e transexuais) são reflexos de sua patologização ainda nos dias de hoje, uma categoria considerada muitas vezes como anormalidade para o discurso médico, um transtorno de identidade sexual, como indica seu registro no CID, no *Standards of Care* (SOC) e no DSM. Nos três documentos de referência, as pessoas transexuais são construídas como portadoras de um conjunto de indicadores comuns que as posicionam como anormais, independentemente das variáveis históricas, culturais, sociais e econômicas (BENTO; PELÚCIO, 2012).

Estes registros tem possibilitado o acesso a uma variedade de recursos médicos e tecnológicos no apoio a transição e adequação das identidades dos sujeitos trans. No entanto, pode se tornar, nas mãos dos transfóbicos, um instrumento de patologização, uma vez que receber o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero (TIG) acarreta uma estigmatização em consequência desse diagnóstico, sendo considerados como doentes (BUTLER, 2009).

Ainda há pouca visibilidade no que diz respeito às questões ligadas à transexualidade, ainda há muito a ser feito e a atenção para este segmento da população precisa ser constantemente reafirmada (SILVA; SANTOS, 2014).

Devido a atualização do Código Internacional de Doenças (CID-11), prevista para o ano de 2018, o debate em prol da despatologização das identidades trans vem se intensificando em muitos países, a exemplo do México, onde um grupo de pesquisadores publicaram o primeiro estudo propondo a dissociação das identidades trans da condição patológica (ROBLES et al., 2016), e outros diversos estudos estão sendo propostos e executados em vários países.

No entanto, ao mesmo tempo em que se cria uma expectativa de superação da patologização destas identidades, outros eventos recentes atemorizam para a perda de direitos já conquistados, como a despatologização da homossexualidade que, após quase 30 anos de garantida, aparece ameaçada em setembro de 2017, quando um juiz do Distrito Federal publica uma liminar que altera a resolução 01/1999 do Conselho Federal de Psicologia, dando liberdade para os profissionais da área realizarem práticas e pesquisas sobre reversão sexual (MORAIS, 2017).

Ao refletir sobre o acesso da população LGBT a serviços de saúde, a orientação sexual e identidade de gênero não devem ser cogitadas como únicos marcadores sociais, já que estes se articulam necessariamente com outros, a exemplo de idade, raça/cor e classe social. (MELLO, 2011).

Neste cruzamento de marcadores sociais é que se produzem outras tantas manifestações de opressão específicas pré-existentes ao nascimento, que se articulam de maneira a produzir maior ou menor inclusão/exclusão a sujeitos ou grupos. Este fenômeno é chamado atualmente de interseccionalidade e trata-se de uma categoria que viabiliza enxergar a existência singular de cada pessoa a partir das múltiplas opressões que os atravessam (MELLO; GONÇALVES, 2012).

Estes múltiplos fatores reproduzidos fora e também dentro dos serviços de saúde convergem na determinação do adoecimento da população LGBT, sinalizando a necessidade de que as políticas públicas existentes dialoguem mais perto dos profissionais e minimizem efetivamente este processo de sofrimento (CARDOSO; FERRO, 2012).



4

PERCURSO METODOLÓGICO



4.1 NATUREZA DA PESQUISA

Este estudo é do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, justificada por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social em sua complexidade, buscando a possibilidade de aprofundamento nas particularidades do comportamento dos indivíduos (LEWIN; SOMEKH, 2015).

A metodologia qualitativa permite uma aproximação à existência humana, ainda que de forma incompleta, permitindo circular entre movimentos e processos sócio-político-históricos dos sujeitos do estudo, além de propiciar uma identificação entre o indivíduo pesquisado e o investigador, ao mesmo tempo em que abre espaço para que estes deem significados as suas ações e construções dentro de uma racionalidade presente nas ações humanas (MINAYO, 2014).

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram incluídos no estudo todos os profissionais que ocupassem cargos de direção ou coordenação de serviços alocados à secretaria de saúde do município de Cuité-PB, cidade localizada na mesorregião do agreste, sendo sede da 4ª Região Geoadministrativa do estado da Paraíba, com uma população estimada de 20.348 habitantes, sendo sede da 4ª gerência regional de saúde e de um campus de expansão da UFCG (IBGE, 2017).

Os gestores foram selecionados partindo do critério de tempo de permanência no serviço, tendo sido estabelecido um tempo mínimo de 6 meses. Foram excluídos do universo do estudo aqueles que não se enquadrassem nesses critérios. Foram listados 14 gestores ao todo.

No entanto, durante a pesquisa, um dos gestores se recusou a participar e outro necessitou se ausentar do cargo durante o período, restando 12 participantes que estão descritos no quadro 1.

Quadro 1. Participantes da pesquisa.

NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇO	CARGO
	Coordenação Geral	Diretora

Atenção Básica – AB		Coordenadora	
	Farmácia Básica	Coordenadora	
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	Coordenadora	
Média Complexidade	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	Coordenadora	
	Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	Coordenador	
	Centro de Reabilitação – CR	Coordenador	
	Hospital Municipal	Diretora	
		Coordenadora	
		Apoiadora da direção	
	Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU	Coordenadora	
Melhor em Casa	Coordenadora		

Fonte: elaborado pelo autor.

4.3 COLETA DE MATERIAL EMPÍRICO

O *corpus* da pesquisa é baseado nas narrativas dos sujeitos pesquisados, usadas pelas ciências sociais como lócus privilegiado de análise da cultura, da ação social e da experiência, tanto de âmbito pessoal como social, colocando em causa a natureza da cultura e da condição humana (CASTELLANOS, 2014).

A estratégia utilizada para nortear a narrativa dos sujeitos foi a de entrevista semiestruturada em profundidade, sendo caracterizada pela aplicação de um roteiro aberto, sendo todas as entrevistas registradas em áudio. Esta técnica é indicada para o estudo de um fenômeno em uma população específica, agrupados em uma categoria, a exemplo de grupo de professores, grupo de alunos e, como colocado neste estudo, grupo de gestores (MANZINI, 2012).

A entrevista é compreendida como uma proposta de diálogo e/ou conversações em torno de um questionamento norteador. Caracteriza-se como

semiestruturada ou em profundidade quando o pesquisador realiza outras indagações dentro da temática norteadora, como forma de buscar a compreensão do que o participante está narrando. A entrevista, no entanto, não tem por objetivo buscar respostas verdadeiras, mas captar as subjetividades presentes no discurso do sujeito (MOREÉ, 2015).

4.4 ANÁLISE DO MATERIAL

Os materiais provenientes das entrevistas semiestruturadas foram transcritos e analisados a partir da metodologia de análise de conteúdo de Bardin (1997), um conjunto de técnicas de análise das comunicações a fim de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens, que se dá em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, ou seja, inferência e interpretação.

A pré-análise diz respeito à escolha e organização do material a ser analisado, considerando as entrevistas transcritas como *corpus* de análise para o presente trabalho. Posteriormente, foi realizada a exploração do material (segunda fase), que consiste na codificação de recortes representativos dos textos, formando e enumerando as unidades de registros, estas foram agrupadas de acordo com temas correlatos e deram origem as categorias iniciais, também agrupadas tematicamente, originando as categorias finais, que por sua vez, possibilitaram as inferências, já na terceira fase, que compreendeu a interpretação e discussão das categorias criadas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa é um recorte do projeto intitulado **Cuidado à população LGBT: concepções de gestores e profissionais do NASF**, devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), sob o CAAE nº 68929917.1.0000.5182.

Os entrevistados inicialmente foram esclarecidos sobre os objetivos e dados da pesquisa, após a confirmação da participação, foram orientados a assinar previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e só então as entrevistas foram iniciadas. O sigilo, o anonimato e a garantia da desistência em qualquer momento da pesquisa foram garantidos, assim como ressaltada a voluntariedade da participação. A identificação se deu a partir da inicial G, seguido da ordem a qual estava sendo realizada a entrevista, a exemplo: G1, G2... G10, G11, G12.

5

RESULTADOS E DISCUSSÃO



5.1 PARA ALÉM DOS DISCURSOS: conhecendo os sujeitos do estudo

Os dados oriundos da pesquisa qualitativa são produzidos em um determinado contexto, implicando em uma posição relativista perante o dado. Este é um dos fatores que explica a importância da consideração dos sujeitos do estudo a partir de sua construção social, onde o indivíduo é tomado enquanto representante de um ou mais grupos, não no sentido estatístico, mas sim da ideia de pertencimento a uma determinada comunidade, através do compartilhamento de linguagens, valores e práticas (KNAUTH; LEAL, 2014), pois é a lente dos valores normativos que filtra as significações dadas pelos indivíduos e coletividades (YUVAL-DAVIS, 2016).

Para Guattari e Rolnik (1996), os sujeitos são o resultado de uma produção de massa, são serializados, registrados e modelados, onde a subjetividade não pode ser centralizada e nem totalizada no indivíduo, pois surge a partir de múltiplos fatores que se fundam em mutações de universos de valor e de universos históricos.

Nesta perspectiva, este estudo traz, inicialmente, a caracterização social dos sujeitos participantes (tabela 1), buscando refletir sobre suas representações, no âmbito da gestão, que podem contribuir para reprodução dos resultados em outros espaços.

Tabela 1. Caracterização dos gestores de saúde.

	Gênero	Orientação sexual	Cor	Religião	Formação	Formação PNSILGBT
G1	F	Hétero	Branca	Cristã	Pós-graduação	Não
G2	F	Hétero	Parda	Cristã	Pós-graduação	Não
G3	F	Hétero	Parda	Cristã	Pós-graduação	Não
G4	F	Hétero	Parda	Cristã	Pós-graduação	Não
G5	M	Hétero	Branco	Cristã	Pós-graduação	Não
G6	F	Hétero	Amarela	Cristã	Pós-graduação	Não
G7	F	Hétero	Branca	Cristã	Pós-graduação	Não
G8	M	Hétero	Pardo	Não	Pós-graduação	Não
G9	F	Hétero	Branca	Cristã	Pós-graduação	Não
G10	F	Hétero	Branca	Cristã	Técnico	Não

G11	F	Hétero	Branca	Não	Graduação	Não
G12	F	Hétero	Branca	Cristã	Graduação	Não

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Como mostra a tabela 1, a representação feminina tem predominância nos espaços de gestão dos serviços de saúde de Cuité-PB, realidade contrastante com a composição dos cargos de secretarias, majoritariamente composto por homens.

De acordo com Lüchmann, Almeida e Gimenes (2016) esta representação feminina varia com relação à esfera de poder, havendo maior prevalência nos espaços municipais e estaduais em relação ao nível federal, o que pode estar relacionado a uma maior possibilidade para as mulheres de combinar seus compromissos da participação com os de cuidados da família, os quais recaem mais sobre elas do que sobre os homens.

Uma pesquisa realizada entre 2014 e 2016, pelo *Overseas Development Institute*, mostra que as mulheres enfrentam um duplo obstáculo ao poder, que não se resume ao acesso a posições e processos de tomada de decisão, mas também para ter influência dentro de seus cargos (O'NEIL; DOMINGO, 2016). Além de que, segundo Eagly (2016), estas ainda enfrentam outros desafios que divergem dos vivenciados pelos homens, como: visão sobre as mulheres como inadequadas à liderança e falta de acesso a redes, além das responsabilidades domésticas. A liderança e a autoridade das mulheres tem poder simbólico, desafia crenças generalizadas de que os homens são líderes e o lugar das mulheres está em casa.

Mas quem seriam as mulheres que conseguem ascender a estes cargos? A obtenção de acesso a posições públicas e decisões políticas exige, muitas vezes, dinheiro e conexões e, em alguns casos, ensino superior e conhecimentos técnicos. E a quem elas representam? As mulheres que detêm o poder possuem uma variedade de valores, crenças, ideias e interesses diferentes, podendo ou não estar representando os direitos das mulheres e a igualdade de gênero (O'NEIL; DOMINGO, 2016). Neste sentido, se faz importante entender as relações com as outras facetas intrínsecas ao ser.

O poder é constituído pela interação entre marcadores simbolicamente estruturados e socialmente atribuídos a agentes individuais, em um campo social fundado nas relações de dominação, estas possibilitam a construção de formas de

enxergar o mundo e afetam diferentes projetos sociais, econômicos e políticos, pois a dimensão do acesso destes projetos irá variar de acordo com os limites de pertencimento dos que neles estão à frente (YUVAL-DAVIS, 2016).

A categoria de gênero se relaciona com outros marcadores, como raça, orientação afetivosexual e religião, sendo imprescindível que sejam levados em consideração, em uma perspectiva multifatorial de determinação do ser e da representação que se é posta nos cargos de poder, no âmbito da saúde. Neste sentido, fora analisada a identificação dos participantes quanto à orientação sexual e afetiva, que pode ser observada na tabela 1, em que todos os indivíduos se identificaram enquanto heterossexuais.

Este panorama pode estar ligado à hegemonia da heteronormatividade implicada no cotidiano e no sistema político, onde a heterossexualidade é considerada como normalizada e naturalizada, vinculada a ideia de uma estrutura fundamental na sociedade e na cultura e, por isso, predominante nos quadros de representação, (HERZ; JOHANSSON, 2015).

Além da hegemonia heteronormativa, outro aspecto que se pode observar no perfil dos gestores é a predominância dos autodeclarados brancos, colaborando com a noção de representatividade que se liga a teoria do privilégio branco (BONDS; INWOOD, 2016), a qual busca explicar seus benefícios ligados à cor e raça e como estes se articulam na produção de quadros representativos excludentes (PULIDO, 2015).

Os gestores, além de mulheres, em sua maioria, como também brancas e heterossexuais, declaram-se cristãs, onde as visões de mundo podem variar de denominação a denominação (católica, evangélica, neopentecostal e etc), o que talvez não varie é o poder exercido sobre seus adeptos e o uso do corpo como veículo para o alcance da “salvação” ou para disseminação do pecado (RIOS; PARKER; JUNIOR, 2010).

A interação social de determinantes de privilégio produz a vantagem na representação política, reforçando padrões de desigualdade. Essa vantagem surge das estruturas de poder preexistentes que estão estabelecidas na sociedade, como gênero, raça, sexualidade e classe. As formas que as representações políticas representam a sociedade pode promover mudança, ao mesmo passo em que

podem reforçar as relações de poder que prevalecem em um meio de desigualdade social (SEVERS; CELIS; ERZEEL, 2016).

Quanto a formação, a maioria dos profissionais gestores no município possui uma ou mais pós-graduações, podendo ser um dos fatores que se relacionem com a ascensão destes aos seus cargos, o que não é uma particularidade do município. Ohira, Cordoni Junior e Nunes (2014) realizaram um estudo acerca do perfil de gerentes da atenção primária à saúde em 49 municípios de pequeno porte (até 20.000 habitantes), destes, 75,6% possuíam especialização.

O nível de formação dos gestores também indica interesse em atualização e desejo de melhorar seu desempenho no trabalho, no entanto, dos 12 entrevistados, nenhum realizou capacitação sobre a PNSILGBT, mesmo havendo uma estratégia de formação virtual para profissionais do SUS, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que tem por objetivo atender às necessidades de capacitação de profissionais atuantes no âmbito do SUS, de forma totalmente gratuita e a distância, o que pode significar pouco interesse e percepção de seus papéis enquanto profissional do SUS no cuidado a esta população.

Através dessa plataforma, é ofertado desde maio de 2017, o curso online sobre a PNSILGBT, ofertado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que integra a rede UNA-SUS. O curso foi desenvolvido de forma coletiva, a partir de uma parceria entre as Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), UNA-SUS e UERJ, com colaboração do Comitê Técnico de Saúde LGBT. O curso propõe a reflexão sobre os direitos da população LGBT e a importância de seu acolhimento apropriado nos serviços de saúde (UNA-SUS, 2017).

Este curso contempla uma das diretrizes da PNSILGBT, que trata sobre a 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 também os trabalhadores, integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais (BRASIL, 2013a).

Além dos determinantes sociais dos participantes do estudo, buscou-se compreender, a partir da análise de suas falas, as concepções que refletiam no cuidado à população LGBT do município, emergindo duas categorias: 1) “BABADO, CONFUSÃO E GRITARIA”: divergências, discordâncias e desconhecimentos sobre

a população LGBT e 2) CAMINHOS E DESVIOS RUMO À INTEGRALIDADE DA SAÚDE LGBT: fragilidades, potencialidades e perspectivas do processo, ambas apresentadas a seguir.

5.2 | Categoria: “BABADO, CONFUSÃO E GRITARIA”: divergências, discordâncias e desconhecimentos sobre a população LGBT

Os discursos dos gestores estão marcados por uma multiplicidade de olhares e opiniões a respeito das demandas e especificidades da comunidade LGBT, revelando, muitas vezes, superficialidades, desconhecimentos e também concepções equivocadas destes sujeitos e de seu universo.

A possibilidade de compreender o olhar dos profissionais a frente dos serviços de saúde sobre a comunidade LGBT, pode permitir a identificação das lacunas e fragilidades abertas no processo de enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, pois segundo Silva, Souza e Barreto (2014), o processo de gestão e difusão de práticas inovadoras é um desafio por ter como determinantes fatores complexos, ligados às concepções individuais e coletivas sobre a inovação. E, em uma política de saúde descentralizada, compete às organizações locais a implementação dos programas e ações.

Essa categoria tem por objetivo apresentar e discutir as concepções arraigadas no imaginário dos gestores de saúde, em uma perspectiva que antecede questões sobre o conhecimento acerca de ações de saúde voltadas à comunidade LGBT, buscando compreender suas dinâmicas de envolvimento e interesse com estes indivíduos. Nesse sentido, duas subcategorias emergiram para melhor compreensão da análise.

5.2.1 | Subcategoria: A comunidade LGBT sob a ótica dos gestores

Inicialmente, buscou-se compreender o que os entrevistados entenderiam sobre a sigla usada politicamente e cotidianamente no movimento LGBT, considerada por muitos deles como a representação de um grupo composto por gays, lésbicas, bissexuais e transexuais, como se pode observar nas falas a seguir:

E... É um grupo né? De lésbicas... transexuais... gays... e bissexuais.
(G1)

É... são as lésbicas né? Os gays, os bissexuais e os transexuais, né isso?! (G3)

No entanto, é notória a insegurança dos entrevistados ao falarem sobre o que representaria a sigla LGBT, insegurança que se transpôs na fala através das pausas dadas para se pensar no assunto, como também no tom de questionamento com que respondiam, na tentativa de buscar confirmação de suas respostas no entrevistador.

Outras falas trazem conceitos divergentes acerca da sigla LGBT, a exemplo de:

A sigla LGBT representa, é... o pessoal, que são os gays, lésbicas e simpatizantes, né? (G8)

[...] no caso seriam gays, lésbicas, simpatizantes, entendidos... como se fala. (G9)

Representa um grupo de pessoas homossexuais. (G10)

As pessoas que tem como orientação sexual ser homo, né? são homossexuais, acho que é isso. (G12)

As falas dos entrevistados G8 e G9 remetem à sigla GLS (Gays, Lésbicas e Simpatizantes), criada por volta de 1990, com a proposta de direcionar o mercado para gays e lésbicas, mas com potencial inclusivo para consumidores heterossexuais, agregando-os como simpatizantes. Difere, portanto, da sigla LGBT, que por sua vez, é de cunho marcadamente político, com objetivo de acolher também os sujeitos bissexuais, travestis e transexuais, sendo utilizado pelo movimento na luta por direitos (CAMAROTTI, 2009; FACCHINI; FRANÇA, 2009).

A invisibilidade das identidades trans nas falas é identificada através da limitação do grupo LGBT apenas à homossexualidade, o que colabora com a perspectiva de que as travestilidades e transexualidades têm sido historicamente interpretadas pelo dispositivo heteronormativo como experiências sem humanidade, “inaptas” ao status de sujeito (VERAS; GUASCH, 2015).

A forma como estas identidades são percebidas pelos profissionais de saúde pode influenciar a direção e qualidade da atenção integral ao indivíduo, além da priorização das demandas apresentadas, afetando diretamente a procura dos serviços de saúde, mesmo em situações agravantes (SANTOS; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2014).

A população de transexuais e travestis são os que mais enfrentam dificuldades ao buscarem atendimentos nos serviços públicos, estes envolvem o desrespeito ao nome social, a trans/travestifobia, a patologização de suas identidades e a seletividade do atendimento nos serviços de saúde (ROCON et al., 2016).

A invisibilidade destas identidades é reflexo da pouca compreensão existente sobre as mesmas, como se pode observar nas falas dos entrevistados, onde estes apresentam diferentes conceitos sobre identidades trans, demonstrando, na verdade, o desconhecimento e confusão acerca de suas individualidades.

[...] transexuais a gente tem aquela visão daquela pessoa que é homem e como se tivesse aptidão, gostasse de se transformar em mulher [...] já tá surgindo um novo conceito com a questão do transgênero né, você nasce com uma sexualidade mas você não se encontra dentro dela... que eu acho que o transexual já é diferente disso [...]. (G2)

E os trans eu acho que é aquele pessoal que, eles as vezes nem tem a orientação, mas tem a afinidade com o gênero né, com o gênero oposto, no caso dos homens né? eu acho que o trans é aquele que por mais que ele não se relacione, ele tem afinidade pelo... pela forma como se veste, né? assim... gosta do... gosta, sei lá... o homem que gosta de usar maquiagem, gosta de usar roupa feminina, que gosta de se produzir, não sei se eu tô certa [...]. (G3)

[...] o travesti é aquele que se veste de mulher, transexual é aquele que modifica totalmente o seu gênero, a ponto até de fazer cirurgia, eu acho que é essa classificação (risos). (G5)

Transexual? Eu acredito que ele seja as duas coisas, ele seja hétero e seja bi, não sei... bom, é a minha concepção, se tiver errada... (G7)

Os transexuais.... eu dou sempre uma confundida, o que se veste... os travestis, eu acho. (G9)

[...] Trans, se eu não me engano, é um homem que se veste de mulher ou uma mulher que se veste de homem [...]. (G10)

As identidades trans, nas falas dos gestores, se relacionam à categoria de abjeto, termo utilizado pela psicanálise e incorporado pelos estudos de gênero a partir da filósofa Judith Butler, indicando aquilo que é ininteligível, algo fora das categorias de pensamento socialmente criadas. A noção de abjeção retrata a exclusão dentro dos termos da socialidade (JUNIOR, 2012).

As performatividades e abjeções são produzidas a partir das matrizes articuladas de inteligibilidade, a depender da articulação dos referenciais e vivências dos sujeitos a respeito do que sejam travestis e transexuais, assim como nas falas dos entrevistados, que transpõem do imaginário de cada um as características diferentes a respeito dessas identidades (BARBOSA, 2013).

Mary Douglas, segundo Butler (2016), sugere que o corpo é contornado por marcações que buscam estabelecer uma determinada coerência cultural, estas marcações, no entanto, nunca são meramente materiais, pois a pele é constantemente significada por tabus e transgressões antecipadas, a estes tabus se atribui a origem dos ideais de gênero necessários para a sua legitimação.

Compreender identidades que desafiam a matriz binária de inteligibilidade requer a compreensão da construção e reprodução de conceitos como sexo, gênero, orientação afetivosexual e expressão de gênero. A PNSILGBT registra a relação do pertencimento ao grupo LGBT com faces à determinação da condição de saúde destes indivíduos (BRASIL, 2013a), no entanto, esta mesma política não dialoga com os conceitos acima citados, o que revela uma fragilidade na desconstrução do sistema binário dos gêneros no âmbito da saúde.

Este sistema, segundo Bento (2006), produz e reafirma a ideia de que o gênero reflete o sexo e toda formação do sujeito gira em torno desta determinação, tudo o que fugir deste padrão não pode ser categorizado, é abjeto. Segundo a autora, para compreender as experiências trans, deve-se entender que há um deslocamento entre corpo e sexualidade, negando a ideia de que a origem de suas identidades se dá por suas diferenças sexuais.

Ao considerar o gênero independente do sexo, este toma caráter flutuante, não havendo razões para supor que os gêneros devam permanecer em número de dois, ou que exista um fator principal para inferir o gênero. No entanto, assim como nas falas dos gestores, as pessoas só se tornam seres inteligíveis no sistema heteronormativo, ao adquirir seu gênero em conformidade com padrões

reconhecíveis (BUTLER, 2016). Esta teoria fundamenta as situações em que, por exemplo, as travestis são vistas como excluídas da produção identitária de uma “verdadeira mulher” (JUNIOR, 2012), que ocorre quando, como na entrevista de G5, a cirurgia de redesignação genital é apontada como fator para legitimar a expressão total do gênero.

No que diz respeito à orientação afetivosexual, os entrevistados compreendem conceitualmente o que se refere as denominações lésbicas, gays e bissexuais, que pode ser exemplificada na fala a seguir:

*[...] a gente sabe que assim, de um modo bem simples, que **lésbicas** são mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres, que **gays** são homens que se relacionam sexualmente com outros homens, **bissexuais** são pessoas que relacionam tanto com pessoas do mesmo sexo como com pessoas de outro sexo. (G2)*

No entanto, na concepção dos gestores, a vivência homoafetiva está sempre ligada à prática sexual, demonstrando uma possível dificuldade de olhar para além disso, como suas relações afetivas, rede familiar, desejos e afins. A visão limitada destes sujeitos também é observada na presença constante do termo “opção” durante as entrevistas, a exemplo do entrevistado G8:

Eu acho e vejo ainda que sofre muito preconceito né? pela sua opção sexual. (G8)

Este discurso coloca a sexualidade do indivíduo como uma característica de escolha própria, o que pode direcionar para a responsabilização dos sujeitos acerca de toda discriminação que os rodeia. Naturalmente, as pessoas possuem liberdades de escolhas e podem decidir com quem se relacionar afetivamente, no entanto, o desejo não pode ser impedido de emergir, mesmo quando reprimido ou negado. Nessa perspectiva, a homossexualidade não seria uma opção, mas uma entre outras possibilidades de orientação afetivo/sexual e, conforme sugerem algumas pesquisas, determinada geneticamente e por influência hormonal (SANDERS et al., 2017; ROSELLI, 2017).

A carga histórica da homossexualidade enquanto desvio de normalidade também esteve presente em discursos dos entrevistados, referenciando o grupo LGBT:

[...] conjunto de pessoas que tem uma orientação sexual diferente da normal [...]. (G5)

A ideia de uma sexualidade inata ao ser humano se deve ao isolamento das expressões da sexualidade pelo imaginário judaico-cristão dominante no Ocidente, este processo contribuiu com a noção de normalidade atribuída a heterossexualidade, que como toda norma, é uma construção teórica, e portanto ideológica (CECCARELLI, 2012). Mas foi no discurso médico-científico que as categorias de identidades sexuais foram geradas, e este mesmo discurso legitimou o direito de pertencimento reconhecido a uma identidade, enquanto as demais se denominariam bastardas (MOSCHETA, 2011).

Nos discursos, alguns apontamentos também emergiram com relação ao grupo LGBT enquanto movimento, a exemplo da fala do entrevistado G8:

[...] eu acho que até a população mesmo LGBT não deve se marginalizar. Marginalizar é quem vive a margem da sociedade né? Então eu acho que eles tem que procurar o papel deles e se aceitar, e se inserir, não ligar para o que os outros pensam, o que os outros estão imaginando deles e conviver igualmente, não a margem da sociedade. (G8)

Nesta fala, o entrevistado centraliza a culpa por tudo que é vivido pela comunidade LGBT nos próprios sujeitos que são vítimas de uma estrutura social heteronormativa, machista e homofóbica. A PNSILGBT existe justamente para legitimar e reconhecer a influência do preconceito e exclusão social contra LGBTs no processo saúde-doença do indivíduo (BRASIL, 2013a). Este discurso demonstra o desinteresse em compreender e reconhecer quais os fatores que os levam às margens, convergindo também com o entrevistado G1, quando diz:

[...] eu acho assim... que a população, ela... ainda é meio isolada, ela ainda é... ela é as vezes... pra chegar no serviço ainda tem uns entraves, delas... das próprias pessoas [...]. (G1)

Paulo Freire (1994, p. 23), em seu livro *Pedagogia do Oprimido*, indaga “como poderiam os oprimidos dar início à violência, se eles são o resultado de uma violência?”, permitindo compreender que a comunidade LGBT não está na gênese de sua ininteligibilidade, mas são na realidade vítimas desse processo. Pensar sob esta ótica só inviabiliza a efetivação de qualquer estratégia política em prol de suas demandas.

A desresponsabilização dos gestores reflete a reforma neoliberalista vigente no país, que busca reduzir a atuação do Estado e valorizar o mercado, em uma constante disputa por capital, pregando uma suposta ineficiência do

intervencionismo estatal, bem como a responsabilização da família, comunidade e setor privado no que corresponde ao bem-estar social dos indivíduos, é onde a saúde deixa de ser direito do indivíduo e dever do Estado (OLIVEIRA; BOURGUIGNON, 2016).

5.2.2 II Subcategoria: Demandas da população LGBT sob a ótica dos gestores

Um dos objetivos específicos da PNSILGBT diz respeito à qualificação das informações em saúde, incluindo coleta, processamento e análise de dados específicos sobre a saúde da população LGBT, dialogando com o objetivo de monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT. Tais objetivos se materializam enquanto competência para as secretarias municipais de saúde, a partir da identificação das necessidades da população LGBT local (BRASIL, 2013a).

Alguns dos entrevistados revelaram não conhecer as necessidades da população LGBT no município, como demonstra as falas a seguir:

Pra te ser muito sincera, não... não tenho conhecimento não disso.
(G3)

[...] é porque assim, eu não tenho muita aproximação, tenho poucos amigos assim.... mas, os que eu tenho gosto bastante deles, mas nunca cheguei a conversar a esse respeito não, a gente se trata como pessoas normais. **(G10)**

Segundo Mello, Avelar e Maroja (2012), os sujeitos só se tornam legítimos de políticas públicas a partir do despertar de uma cumplicidade social generalizada com seus problemas. No entanto, a relação da comunidade LGBT com a categoria de abjeto, anteriormente discutida aqui, afasta-os dos olhares de gestores e profissionais de saúde, diferente de outros grupos como: idosos, crianças e adolescentes, acarretando em invisibilidade de suas necessidades e direitos.

Mesmo que esta população faça parte do convívio pessoal do gestor, como no caso citado pela entrevistada G10, que diz ter amigos que se incluem neste grupo, este fato não retrata, necessariamente, o reconhecimento político do sujeito, mas que existe uma normatização e invisibilidade das especificidades trazidas na vivência do indivíduo.

Em seu livro *Quadros de Guerra*, Butler (2017) diz que o reconhecimento da vida se dá a partir da adequação dos sujeitos às normas produzidas pela sociedade sobre o corpo. Normas estas que ganham forma às vistas de quem molda o cenário, sendo necessário que exista antes o reconhecimento da vida para considerar as lesões e perdas referentes a ela, incluindo ao conceito de vida aqui mencionado todas as especificidades e individualidades inerentes a cada experiência.

Outros discursos ainda trazem a marca estigmatizante da relação às DST como demanda da população LGBT:

[...] a questão do apoio à presença de DST's, a oferta do tratamento à essas DST's [...] (G2)

Esta característica ainda é forte na pauta da saúde para população LGBT da Paraíba, tendo sido lançado, em 2013, um Plano de enfrentamento da epidemia de AIDS e das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) entre população de gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e transexuais, com objetivo de enfrentar a epidemia do HIV/aids e das DST entre gays, HSH e travestis no estado. No entanto, a relação direta das DST com as vivências LGBT é herança da explosão da denominada Peste Gay (RIBEIRO, 2011), prevalecendo nos discursos cotidianos até a contemporaneidade.

A maioria das falas traz o preconceito e a falta de reconhecimento como a principal necessidade da população LGBT, apontando como principal, a LGBTfobia familiar:

[...] é a questão mesmo assim, de se afirmarem né? a gente vê que existem muitos adolescentes que querem se afirmar, querem se identificar como... quanto a opção sexual, e por uma questão assim até mesmo cultural e eu vejo que também a questão religiosa... porque pelo público que eu tenho contato, os adolescentes são filhos de evangélicos, pais evangélicos, e que de maneira nenhuma aceitam eles em casa. Eu conheço adolescentes, que atendo aqui, que os pais já expulsaram de casa [...] os adolescentes ainda sofrem esse tabu dentro de casa, sabe? com o familiares... com os colegas não, com os professores não. É questão de mãe, questão da função materna, por uma questão religiosa, que já é imposta por outras pessoas, então é isso. (G6)

Segundo Nascimento (2017), a heteronormatividade e a condição binária dos gêneros como norma social são os responsáveis pelo início cada vez mais precoce da violência contra os homossexuais dentro do seio familiar, o que se dá pela dificuldade, de uma forma geral, dos pais em compreender a homossexualidade e as

diferentes identidades de gênero como uma condição natural do ser. Neste mesmo estudo, realizado também no município de Cuité-PB, foram relatadas violências domésticas por membros familiares na tentativa de reenquadrar o sujeito aos padrões sociais.

No mais, as narrativas dizem respeito ao preconceito e a falta de reconhecimento de uma forma geral, como se pode ver nas falas abaixo:

Acho que não só aqui no município, mas a nível nacional, essas necessidades são bem comuns né? acho que respeito e reconhecimento acima de tudo. (G2)

De fato, os indivíduos LGBT compartilham um cenário similar em relação a estigma, rejeição, preconceito e violência em diferentes relações e contextos, no entanto, generalizar as demandas de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais como uma demanda universal é minimizar os processos envolvidos em cada vivência, sejam elas sexuais ou de identidade, e generalizar as demandas que cada experiência dessas gera ao indivíduo (MOSCHETA; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2016).

Neste sentido, as superficialidades encontradas nos discursos demonstram a invisibilidade dos indivíduos LGBT aos olhares dos gestores entrevistados, por não os enxergarem, ou não (re)conhecem suas demandas, passam despercebidos pelos serviços de saúde como se deles não fizessem uso, e caso realmente não o façam com tanta frequência, isso não é problematizado dentro de um sistema de saúde universal, como deveria ser.

5.3 II Categoria: CAMINHOS E DESVIOS RUMO À INTEGRALIDADE DA SAÚDE LGBT: fragilidades, potencialidades e perspectivas

Após explorar a construção social e toda a subjetividade que atravessa os olhares dos entrevistados em direção à comunidade LGBT, este capítulo busca explorar, no âmbito da organização política do município, o envolvimento dos gestores com estratégias de redução das desigualdades que assolam a comunidade LGBT, na tentativa de identificar os passos que foram dados e os que ainda faltam na busca de igualdade de gênero.

O capítulo divide-se em duas subcategorias, na tentativa de compreender, inicialmente, o nível de aproximação dos entrevistados com as demandas

apresentadas no território, bem como suas concepções acerca dos atores e agentes responsáveis pelo atendimento destas demandas.

Posteriormente, são apresentadas e discutidas as estratégias de combate às desigualdades da população LGBT já adotadas pelo município, abarcando os entraves envolvidos neste processo e as perspectivas futuras que foram apresentadas pelos gestores.

5.3.1 | Subcategoria: Saúde LGBT: responsabilidade de quem?

Durante as entrevistas percebeu-se que a PNSILGBT, instituída no ano de 2011, é pouco conhecida pela maioria dos entrevistados, enquanto os que relataram saber de sua existência afirmaram não ter lido. Na mesma medida, percebeu-se que há uma grande fragilidade no reconhecimento da responsabilidade pelo cuidado a essa população. A falta de conhecimento acerca destas estratégias é justificada pelos profissionais sob o motivo de não se envolverem com ações voltadas para essa temática, a exemplo da entrevistada G1:

[...] eu sinceramente não conheço direito, eu não trabalho diretamente com a... só quando tem algum evento é que eu vejo isso [...]. (G1)

Este posicionamento de distanciamento perpassou o discurso e comportamento de muitos entrevistados desde o momento da abordagem e convite para participação na pesquisa, havendo inclusive resistência e recusa por parte de alguns dos gestores convidados.

Os entrevistados buscavam constantemente apontar outros setores como responsáveis pela instituição da política e de ações voltadas às especificidades da população LGBT no município, ainda na mesma entrevista, pode-se destacar o apontamento para a atenção básica como campo disseminador destas práticas.

Olhe... eu já andei lendo assim [...] mas a outra parte fica mais dedicada ao pessoal ai da gestão mesmo, a secretária, o pessoal da atenção básica e a psicóloga do NASF com os profissionais. (G1)

O corte na fala se deu para que fosse resguardada a identidade da entrevistada, que em sua narrativa não se reconhece, enquanto profissão que exerce e função em que atua, como agente envolvida no processo político de

diminuição destas desigualdades, mesmo trabalhando em dois cargos na atenção básica.

Outros profissionais que não estão a frente de nenhum dos serviços da atenção básica, também se eximem da responsabilidade, a exemplo de uma das gestoras da atenção especializada:

[...] essa questão da política LGBT ela precisa ser trabalhada, não sei, nas unidades de saúde. Eu acho que essa resposta você vai ter melhor lá na secretaria mesmo, porque aí o pessoal vai te passar o que tem sido feito né? [...] eu acredito que essa questão dessas políticas elas são mais trabalhadas realmente na atenção básica... através, né, dos programas. (G3)

Observa-se, portanto, outra fragilidade, que seria desarticulação dos serviços de saúde no cuidado à essa população, na qual a responsabilidade pelas ações é direcionada apenas para a Atenção Básica, eximindo a responsabilidade da gestão e excluindo outros serviços que compõem a RAS.

Destaca-se, portanto, na PNSILGBT, o apontamento e adendo descrito de que seu plano operativo (2012-2015) deve atuar “na qualidade de vida, na promoção da saúde, na prevenção, vigilância em saúde, na atenção básica e atenção especializada, incluindo, as ações de urgências e emergências” (BRASIL, 2012).

De fato, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) traz como uma das características do processo de trabalho das equipes da atenção básica, a programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades da população, bem como também o desenvolvimento de ações que priorizem grupos de risco, com a finalidade de prevenir fatores que possam influenciar no processo saúde-doença da comunidade, ficando também a cargo desta a articulação com os demais níveis de atenção a saúde (BRASIL, 2012), o que é possível observar enquanto fragilidade na situação em questão.

A desarticulação da atenção básica com os demais componentes das Redes de Atenção a Saúde (RAS) reproduz a concepção hierárquica da RAS, que deve ser desconstruída, dando espaço ao modelo de rede poliárquicas de atenção à saúde (figura 6), rompendo as relações verticalizadas e isoladas dos diferentes níveis, para proporcionar uma atenção à saúde que relacione a qualidade dos resultados econômicos, clínicos, humanísticos e os recursos utilizados no cuidado à saúde (MENDES, 2011).

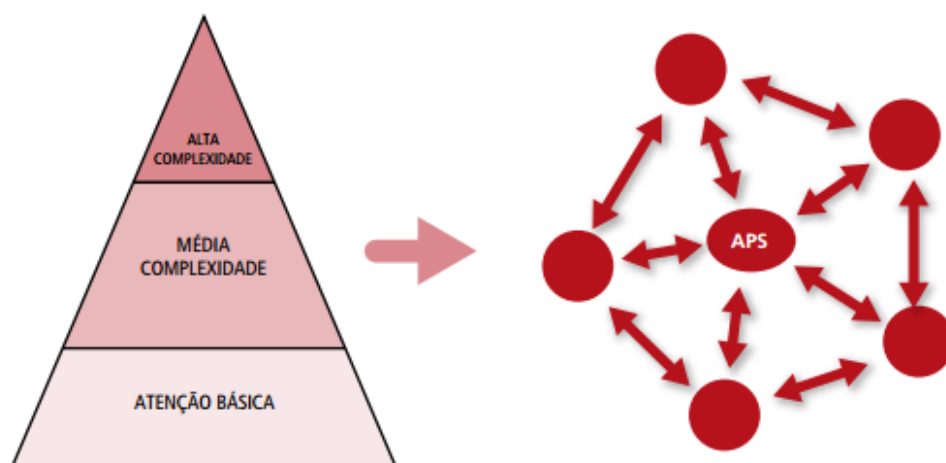


Figura 6. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.
Fonte: Mendes (2011).

Araujo et al. (2016) propõem quatro dimensões de avaliação da efetividade da RAS, estando baseadas no grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem resultados esperados, na capacidade do sistema de saúde em promover o cuidado e serviços necessários, na continuidade do serviço entre os diferentes níveis de atenção e no grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados em conhecimentos técnico-científicos.

Outras dimensões sociais também são apontadas, a exemplo da educação, no âmbito escolar e também familiar:

[...] então, isso é coisa de educação e tem que ser com educação, investir mais nas escolas, fazer mais palestras, investir nos pais também, falar com os pais, acho que educação é que salvaria essa geração futura que tá... essa que tá se formando agora, que não é tão homofóbica como essa nossa é. (G1)

Eu acho que isso aí vai da conscientização, começa pela família, porque existe um velho ditado que diz “sua família aceita alguém de fora, mas não aceita o seu filho ser um gay ou sua filha ser uma lésbica”, então começa pela família e a sociedade também. (G9)

O redirecionamento das ações voltadas para a população LGBT para outros setores pode significar o não reconhecimento do setor saúde como agente necessário para qualidade de vida deste segmento, muitas vezes, devido a concepções limitadas do processo saúde-doença que não permitem compreender como os determinantes sociais interagem com a saúde do indivíduo.

Esta perspectiva de saúde tem origem no surgimento do que Foucault denominou de medicina moderna, onde a doença passou a ser localizada no corpo humano, naturalizando e objetivando o processo de adoecimento, desconsiderando os sintomas subjetivos, a complexidade e a singularidade do sofrimento humano em sua dimensão fenomenológica e experimental (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR, 2006).

Com relação a divulgação de informações sobre a comunidade LGBT, os participantes mais uma vez não englobam os serviços de saúde como possíveis articuladores desse processo, apontando a mídia como meio responsável, como é possível observar na fala de G11:

[...] eu acho que capacitação profissional e como comunidade de brasileiros, a nível de mídia é sempre importante, como vem acontecendo em novelas, filmes, sendo retratada a... a dificuldade que a comunidade tem, a comunidade LGBT. (G11)

Porém, ao mesmo tempo, esta intervenção midiática é criticada por outra entrevistada, pois, segundo a mesma, a forma como os LGBT são expostos na mídia, acabam por confundir o público infantil.

Eu acredito assim, sabe... a forma como a mídia faz em novelas, é interessante, mas eu acho que é muito invasiva, porque assim, é... é passado na televisão igual é passado, digamos, em um vídeo, enfim, qualquer... aquelas pessoas ali elas não tem oportunidade de passar a mensagem, então as crianças e os adolescentes, eles tem dúvida com relação àquilo ali [...]. (G6)

A gênese desta preocupação com a preparação das crianças pode estar na formação pessoal característica de uma sociedade heteronormativa, em uma época em que a diversidade não era tão pautada como na atualidade, causando um estranhamento com as questões LGBT e as abordagens midiáticas atuais.

As pautas levantadas pela mídia possuem papel extremamente significativo nas sociedades de massa, a exemplo da influência na formação de agendas públicas e governamentais, nas relações sociais, na opinião de inúmeras pessoas, na participação política e de organização de interesses. No entanto, os órgãos da mídia (emissoras de tv, rádios, jornais, revistas e portais), são, em sua maioria, empresas privadas, e como tal, objetivam o lucro, agindo segundo a lógica e os interesses privados dos grupos que representam. É, portanto, necessário diferenciar agentes privados da esfera pública, para assim compreender a dimensão da

atuação de empresas privadas na esfera pública, onde a democracia é elemento-chave, entendendo a problemática de terceirizar o processo de educação e informação em saúde (FONSECA, 2011).

Enquanto serviço público, responsabilizar a esfera privada acerca de ações de caráter coletivo é colocar a causa nas mãos de agentes com interesses que não partem do desejo coletivo da sociedade, no entanto, esta atitude se caracteriza como confortável para os indivíduos do serviço público por se sentirem com um peso a menos em suas responsabilidades de trabalho.

Ainda, o pensamento conservador também se opõe a mídia em alguns momentos, como podemos observar na entrevista de G6, o mesmo conservadorismo que pode limitar estratégias mais efetivas de redução de desigualdades nos serviços de saúde, por entendê-las como ameaçadoras ao tradicionalismo normativo vigente, ou mesmo que não agrade àqueles usuários que não se enquadram no grupo vulnerável, preocupação que pode ser vista na entrevista de G2, que identifica a reação negativa da sociedade como entrave para implementação de ações.

[...] a população em alguns casos não vê com bons olhos, a principio, até que a gente comece a trabalhar tudo isso. [...] (G2)

A própria comunidade LGBT também foi apontada como agente responsável, a partir de sua organização política e participação social:

[...] é preciso que comece com esse grupo que já existia representatividade no conselho [...] (G7)

A entrevistada acima se refere à representação de uma Organização Não Governamental (ONG) LGBT no Conselho Municipal de Saúde (CMS), que se desvinculou deste no início da nova gestão municipal (2017), por questões que serão discutidas adiante.

Além do movimento organizado, foram responsabilizados os profissionais de saúde que se identificam enquanto LGBT, para dar impulso às ações nos diferentes serviços:

[...] a gente sabe que tem colegas nossos que fazem parte desses... desse meio social, então assim, as vezes por ser lésbica, eles tem que então procurar algo pra ajudar né? [...] mas se eu tivesse, vamos assim dizer, um profissional que fosse gay e que dissesse “[...] vamos fazer isso pra gente ver aqui os nossos outros colegas”, que as vezes tem outros né?, aí assim, a gente sempre vai acatar né?, porque eu tenho que fazer uma gestão pra todos [...] (G4)

Nas falas da maioria dos profissionais, fica claro o pouco envolvimento e compreensão do bem estar da comunidade LGBT e sua relação com os serviços públicos de saúde. Para o reconhecimento de um problema na esfera política, é necessário que os indivíduos (gestores) percebam a situação de tensão causada na vida de um determinado segmento populacional, e a identifique como problemática. A partir disso, este problema deve passar da esfera privada (ao indivíduo que o sofre) para um problema social/coletivo. No entanto, para que isso aconteça é necessária a capacidade e interesse do grupo condutor das estratégias (DEUBEL, 2002).

Na perspectiva de Motta (2011) é possível compreender que o processo político se relaciona principalmente com as negociações e consensos entre interesses comunitários divergentes, destacando o setor saúde como aquele em que a divergência de interesses perdura em todas as fases de um processo decisório.

Segundo Deubel (2002), a falta de informação e a não mensurabilidade dos problemas são características que dificultam a presença destes na agenda política. Vale considerar ainda os fatores citados por Motta (2011) como: o apego a valores, a ideiação, as relações pessoais, os conflitos latentes e os interesses de grupos com recursos importantes no processo decisório.

Todos estes conjuntos de fatores podem estar na gênese do desvio de responsabilidade pela saúde deste segmento populacional, o que fere os princípios doutrinários do SUS e destoa dos objetivos e premissas de programas e políticas como o Brasil sem Homofobia e a PNSILGBT, fragilizando o processo de implementação destes, no âmbito municipal.

Silva e Benito (2013) realizaram uma pesquisa com objetivo de reconhecer as representações sociais sobre acesso aos serviços de saúde presentes em discursos de gestores municipais de saúde, alguns dos resultados se relacionam aos expostos neste trabalho, a exemplo da pouca aproximação com as necessidades reais do usuário, desarticulação dos pontos da RAS (aqui ligado especificamente à comunidade LGBT), entendimento limitado e fragmentado do que significaria 'acesso de qualidade'. Isso interfere diretamente na compreensão de integralidade à saúde, indo, muitas vezes, na contramão das reais necessidades da população.

Apesar da tímida relação do setor saúde no que condiz ao comprometimento às desigualdades em saúde da população LGBT, o município apresenta algumas

propostas em andamento para enfrentamento destas, ao mesmo tempo em que expõem os entraves e também perspectivas envolvidos neste processo, sendo ambos apresentados e discutidos na subcategoria a seguir.

5.3.2 II Subcategoria: Estratégias identificadas

Algumas estratégias foram apontadas pelos gestores: (1) espaço cedido à população LGBT no CMS e (2) grupo LGBT formado por uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Uma das competências municipais disposta na PNSILGBT é referente ao apoio da participação social de movimentos organizados da população LGBT nos CMS, nas Conferências de Saúde e nos demais processos participativos (BRASIL, 2013).

O CMS foi o único espaço em que foi relatado a participação de representação LGBT, mesmo assim, muitas divergências foram encontradas nos discursos acerca desta representação, alguns referindo à participação atual, outros (predominância) ao tempo passado. A partir de apuração da informação, tomou-se como verdade a representação no tempo passado, como a entrevistada G3 aponta:

[...] enquanto conselho municipal de saúde, eu sei que quando nós assumimos, que houve as reuniões de ajuste né? dos integrantes do conselho, tinha essa ONG né? que inclusive uma das pessoas que fazia parte dela, ela participou dessa nossa primeira reunião e ele falou a respeito da ONG, mas essa ONG, por motivos do grupo mesmo, ela foi destituída [...] (G3)

A desarticulação das atividades para a população LGBT é justificada por G7 pela não representatividade que estes têm no CMS, espaço em que, segundo G3, foi cedido por desarticulação do próprio movimento.

[...] é preciso que comece com esse grupo que já existia representatividade no conselho [...] (G7)

A ONG que a entrevistada G3 cita é a GLOS – Grupo pela Livre Orientação Sexual, e que segundo a mesma, está desarticulada e por este motivo cedeu o acento no CMS. A entrevistada G7, assim como outras, apontam ao longo de sua fala a importância desta representação no conselho, na tentativa, talvez, de justificar a ausência da temática na pauta da saúde do município.

De fato, a representação LGBT em conselhos de saúde, e o movimento LGBT de uma forma geral, têm contribuído historicamente com as conquistas a nível nacional e internacional da comunidade LGBT, inclusive a elaboração e instituição da PNSILGBT, através de um longo processo de pactuações (DUARTE, 2014).

No entanto, é válido salientar a importância do papel de *escuta ativa* que deve ser desenvolvido pelos gestores, um processo que perpassa os fóruns de participação da sociedade civil, sendo necessária atenção aos discursos que circulam nas relações familiares e de vizinhança, nos círculos de amizade, na mídia, nos documentos oficiais e em conversas formais e informais, como também o diálogo constante com os movimentos sociais (em representatividade ou não) (FERNANDES, 2014).

A segunda estratégia apontada foi a da formação de um grupo LGBT por uma das unidades, fato esse, conhecido por todos os gestores:

Ela é realizada lá no teatro. São palestras, vai psicólogos, vai médicos, dentista, falar sobre a saúde, e sempre a gente tá convidando um palestrante que seja ou trans, né, ou lésbica, ou gay, pra falar um pouco sobre como é o preconceito, como é a aceitação do início até hoje né? E tá sendo bem interessante, e a tendência da gente é justamente isso, é focar na saúde desse público, que a gente sabe que é um público que as vezes não vem no postinho fazer um teste de HIV, sífilis, nem de nada, por questão de preconceito mesmo, mas a gente quer quebrar esses tabus e realmente mostrar “olhe, os postos estão abertos pra vocês”, mais ou menos isso. (G6)

Segundo a entrevistada, a ideia do grupo surgiu da seguinte forma:

É porque assim, é uma exigência do ministério da saúde, do mesmo jeito que gestantes, pacientes com câncer, crianças, mulheres e homens tem que ser atendidos pela atenção básica, e esse grupo também específico tem que ser. Então é cobrado do ministério da saúde, ele cobra, ele exige que as UBS sejam responsáveis por fazer o atendimento a esse público. Aí como foi que a gente pensou em fazer esses atendimentos? Já que eles tem uma dificuldade em vir até o posto, a gente marcar esses encontros fora do posto, né?! E por exemplo, a partir do momento que a gente criar vínculos com eles em grupo, eles se sentirem mais acolhidos, eles irão procurar um psicólogo, procurar um dentista, sem sofrer tanto preconceito [...] (G6)

A implantação de práticas educativas na rede de serviços do SUS está preconizada na PNSILGBT, além da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012). A dinâmica de grupo é um exemplo de “organização

humana complexa”, segundo Seminotti (2016), constituído por múltiplos pensares, sentires, vozes e mãos que, possibilitando o compartilhamento olhares e contextos, podem garantir a autonomia e interdependência através dos diálogos e outras formas de comunicação.

Este grupo se revela, a partir da fala de G6, como uma tentativa de criação de vínculo entre profissionais e comunidade, o que permite compreender a existência de uma fragilidade anterior a este, não identificada explicitamente na fala dos gestores entrevistados, mas implicitamente estabelecida em seus discursos, o que pode justificar uma baixa procura da comunidade LGBT aos serviços de saúde do município.

Faz-se importante ainda observar as reais necessidades do território, uma vez que referenciar as vivências LGBT com DSTs cria uma barreira estigmatizante entre estes e o serviço, anteriormente aqui discutidas e que insistentemente se faz presente nas falas dos entrevistados

Contudo, nesta tentativa de estabelecimento de vínculo, deve-se atentar para o formato metodológico deste grupo, sendo citado por muitos como espaços de palestras e transmissão de conhecimentos:

Houve, como eu lhe disse, na unidade básica do Diomedes antes teve um preparo com os profissionais de lá para realmente acolher e trazer palestras, e como eu havia te dito, creio que vai dar continuidade nas demais unidades pra trazer tanto palestras quanto esclarecimentos sobre a comunidade LGBT pra ter um maior acolhimento dentro do nosso município. (G8)

Semiotti (2016) explicita que, para que o diálogo seja estabelecido, os conhecimentos técnicos e acadêmicos dos profissionais tem de dar espaço e voz aos conhecimentos, saberes e experiências populares, que transcendem das teorias tradicionais e podem revelar elementos singulares a partir de contextos sócio-históricos específicos.

Pelo que fora relatado, o grupo acontece apenas em uma UBS do município. A ideia surgiu com um grupo de estudantes do curso de enfermagem do CES/UFCG que estavam estagiando no espaço, sendo acolhida e mantida pela equipe, com perspectivas de implantação em outras UBS, como diz a entrevistada G2:

[...] a gente tá tentando trabalhar, cada unidade de saúde desenvolver grupos voltados para esta política pra inclusão, pra chamar essa população, essa parte da população pra perto da unidade [...] (G2)

A estratégia se mostra como um início lento de uma perspectiva de saúde equânime no município, impulsionado pela presença da universidade e absorvida pelos profissionais de saúde, com potencialidade para se espalhar e iniciar a disseminação de ações federais e estaduais.

Em 2017 foi divulgado o II Plano Operativo da PNSILGBT, referente ao período 2017-2019, com os seguintes eixos norteadores: I – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; II – Promoção e vigilância em saúde; III – Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; IV – Mobilização, articulação, participação e controle social; e, V – Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. Sendo competência da gestão municipal do SUS articular a implementação das estratégias referentes aos eixos norteadores, promover esta inclusão no Plano Municipal de Saúde (até então não presente no município), bem como monitorar estas ações a partir do Relatório Anual de Gestão, coerentes à realidade, demandas e necessidades do território (BRASIL, 2017).

Os passos dados até o momento pelo município estão atrasados quando se tomam como referência as estratégias e orientações adotadas a nível estadual e federal, passos estes que só podem ser alcançados quando forem incorporados de forma efetiva pelo município, com maior abertura e escuta ativa às demandas da população LGBT e implementação de estratégias que atendam a estas necessidades e também às necessidades dos profissionais de saúde.

6

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Os sujeitos envolvidos no processo de gestão do SUS no município apresentam características sociais que, ao interagirem entre si, podem oportunizar uma vivência distante das pautas da população LGBT, bem como dificuldade em realizar uma escuta ativa e reconhecer as demandas latentes da comunidade LGBT ao longo da história.

A invisibilidade das demandas influencia de forma negativa na busca por conhecimento sobre estas vivências, bem como também em como enxergam suas responsabilidades para com a população LGBT no SUS, inviabilizando a promoção de ações para redução destas desigualdades e aproximação dos indivíduos com o sistema público de saúde.

Pode-se constatar também que a RAS encontra-se desarticulada e sem comunicação sobre as demandas da população LGBT que perpassam os níveis de atenção, estes sujeitos passam (ou se afastam) pelos (ou dos) serviços da rede sem que sejam enxergados, reconhecidos ou mesmo ouvidos, , fazendo-se necessária a realização de capacitação de recursos humanos, acompanhamento da agenda da saúde e participação social para essa população em específico.

No entanto, as discussões dessa temática na universidade, estão favorecendo pequenos avanços, ainda que de forma desarticulada, que parecem repercutir entre todos os gestores. Porém, são necessárias ainda outras estratégias para sensibilizar estes líderes a disseminar e conhecer a PNSILGBT para assim compreenderem a importância de uma escuta ativa à população, e de seus papéis enquanto gerentes de serviços de saúde universais.

O estudo teve, porém, como fragilidades a resistência de alguns gestores, e recusa de outros, à participação nas entrevistas, além da escassez de estudos na literatura científica que abordassem as práticas de gestão em saúde a nível municipal e de experiências de municípios na implementação da PNSILGBT.

Faz-se necessário, ainda, investigar os entraves envolvidos na participação popular LGBT e na sua dinâmica de organização, uma vez identificada a presença de uma ONG LGBT no município com pouca participação nas ações de saúde, bem como também ampliar as discussões e cuidados voltados a população LGBT nas instituições formadoras de recursos humanos, na tentativa de ampliar o olhar dos profissionais e minimizar as desigualdades nestes espaços.



REFERÊNCIAS



ALBUQUERQUE, G. A.; ALVES, D. A.; PARENTE, J. S. Assistência a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais vítimas de violência nos serviços de saúde. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 36-48, 2016.

ARAÚJO, D. E. et al. Avaliação de desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1-16, 2016.

BARBOSA, B. C. “Doidas e putas”: usos das categorias travesti e transexual. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 352-379, 2013.

BARDIN, L. **L'Analyse de contenu**. Paris: Presses Universitaires de France, 1977.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006. 256 p.

_____. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea**, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 165-182, 2014.

_____.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, 2012.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. 248 p.

BONDS, A.; INWOOD, J. Beyond white privilege: Geographies of white supremacy and settler colonialism. **Progress in Human Geography**, Thousand Oaks, v. 40, n. 6, p. 715-733, 2016.

BORRILLO, D; TEIXEIRA, G. J. F.. **Homofobia: história e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2010. 144 p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional**. Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil sem homofobia: Plano de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Cadernos de atenção básica nº 26: Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Política nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. **Portaria GM n. 1.707**, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. **Portaria nº 2.836**, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Relatório final da 3ª conferência nacional de políticas públicas direitos humanos de direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** Brasília, 2016.

_____. **Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017.** Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 out. 2017. Seção 1, p. 90-91.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de educação popular em saúde.** Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2012.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Plano nacional de promoção da cidadania e direitos humanos de LGBT.** Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2009.

_____. _____. **Relatório de Violência Homofóbica no Brasil:** ano 2013. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2016.

_____. _____. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2010.

_____. _____. **Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2008.

BROILO, R.; AKERMAN, J. Políticas públicas de saúde para a população lgbt no brasil: Identidades sexuais e novas zonas de exclusão. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 232-251, 2015.

BUTLER, J. Desdiagnosticando o gênero. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009.

_____. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017. 288 p.

_____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2016. 287 p.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: Demandas e especificidades em questão. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 3, 2012.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014.

CECCARELLI, P. R. A invenção da homossexualidade. **Bagoas: Estudos gays**, Natal, v. 2, n. 02, p. 71-93, 2012.

CHIRILÃ, A. Questão de gênero e direitos LGBT durante o regime militar brasileiro. In: Seminário América Latina: Cultura, história e política, 2015, Uberlândia. **Anais do Seminário América Latina**. Uberlândia: Pueblo Editora / Nepri – UFU, 2015, 1-14.

CONNEL, R. **Gênero em termos reais**. São Paulo: nVersos, 2016. 272p.

CONWAY, J. K.; BOURQUE, S. C.; SCOTT, J. El concepto de género. In: LAMAS, M. **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual**. México: Porrúa UNAM, 2003. p. 21-33.

DEUBEL, A. N. R. **Políticas públicas**: Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Aurora, 2002. 230 p.

DUARTE, M. J. O. Diversidade Sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, Brasília, v. 14, n. 27, p. 77-98, 2014.

EAGLY, L. Women face a labyrinth: An examination of metaphors for women leaders. **Gender in Management**, Bingley, v. 31, n. 8, p. 514-527, 2016.

FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 54-81, 2009.

FEITOSA, C. As diversas faces da homofobia: diagnóstico dos desafios da promoção de direitos humanos LGBT. **Revista Periódicus**, Salvador, v. 1, n. 5, p. 300-320, 2016.

FERNANDES, F. B. M. Os desafios da “Escuta Ativa”: manifesto por uma gestão queer em políticas feministas e LGBT. **Revista Periódicus**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 92-105, 2014.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde: Construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis-SP: v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.

FERREIRA, E.; GUASCH, Ò. A invenção do estigma do travesti no Brasil (1970-1980). **História, histórias**, Brasília, v. 1, n. 5, p. 39-51, 2015.

FONSECA, F. Mídia, poder e democracia: teoria e práxis dos meios de comunicação. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 6, p. 41-69, 2011.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. 152 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. 288 p.

GROSS, J.; DE CARLOS, P. P. Da construção da sexualidade aos direitos LGBT: uma lenta conquista. **Revista Direito e Política**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 747-761, 2015.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: **Vozes**, 1996. 324 p.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO J. K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

HERZ, M.; JOHANSSON, T.. The normativity of the concept of heteronormativity. **Journal of homosexuality**, Nova York, v. 62, n. 8, p. 1009-1020, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estimativa populacional 2017 IBGE**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 08/03/2018.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/FsANp1>> Acesso em: 13 de dezembro de 2017.

JUNIOR, J. L. Transitar para onde? Monstruosidade,(des) patologização,(in) segurança social e identidades transgêneras. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 559-568, 2012.

KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das ciências sociais na saúde coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface**, v. 18, n. 50, p. 437-467, 2014.

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

LEITE, L. B. R. Homossexualidade feminina na Antiguidade? Ensaio em torno dos trabalhos de Sandra Boehringer. **Classica: Revista Brasileira de Estudos Clássicos**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 227-238, 2014.

LEWIN, C.; SOMEKH, B. **Teoria e métodos de pesquisa social**. Petrópolis-SP: Vozes, 2015. 472 p.

LIMA, M. D. A.; SOUZA, A. S.; DANTAS, M. F. Os desafios à garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 3, n. 11, p. 119-125, 2016.

LOYOLA, M. A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M. L. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 31-39.

LÜCHMANN, L. H. H.; ALMEIDA, C.; GIMENES, É. R. Gênero e representação política nos Conselhos Gestores no Brasil. **Dados**, v. 59, n. 3, p. 789-822, 2016.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**, Maringá-PR: v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012.

MELLO, L. AVELAR, B. MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 289-312, 2012.

_____. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gay, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**. n. 9. p. 07-28, 2011.

_____. **Novas famílias: conjugalidade homossexual no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 215 p.

_____.; GONÇALVES, E. Diferença e interseccionalidade: Notas para pensar práticas em saúde. **Revista Cronos**, v. 11, n. 2, p. 163-173, 2012.

_____.; PERILO, M.; BRAZ, C. A. Políticas de saúde para lésbicas, gay, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 9. p. 07-28, 2011.

_____. et al. Questões LGBT em debate: sobre desafios e conquistas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 151-161, 2012.

MELO, I. F. Breves notas históricas sobre sexualidades e identidades de gênero periféricas: o alvorecer do movimento LGBT no mundo. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, Natal, v. 10, n. 14, 2016.

MEMÓRIAS DA DITADURA. Instituto Vladimir Herzog. Disponível em: <<http://memoriasdaditadura.org.br/lgbt/index.html>> Acesso em: 30 de setembro de 2017.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, H. **Queermuseu**: o dia em que a intolerância pegou uma exposição para Cristo. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/09/11/politica/1505164425_555164.html>. Acesso em: 05/03/2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014, 407 p.

MORAIS, R. **Juiz federal do DF libera tratamento para ‘cura gay’ e diz que homossexualidade é doença**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/juiz-federal-do-df-libera-tratamento-de-homossexualidade-como-doenca.ghtml>>. Acesso em: 05/03/2018.

MORÉ, C. L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada” no contexto da saúde. **Investigação qualitativa em Ciências Sociais**, [S.l.], v.3, n. 1, p. 126-131, 2015.

MOSCHETA, M. S. **Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. 2011, 213 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

_____.; SOUZA, L. V.; CASARINI, K. A., SCORSOLINI-COMIN, F. Da (im) possibilidade do diálogo: conversações públicas e os direitos LGBTs. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 516-525, 2016.

MOTTA, P. R. Formulação de políticas e definição de objetivos: imposições do contexto administrativo, In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 440 p.

MOTT, L.; MICHELS, E.; PAULINHO. **Assassinatos de LGBT no Brasil**. Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/uWkoMe>> Acesso em: 20 de Setembro de 2017.

MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é “babado”! **Cadernos EBAPE**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 1-14, 2008.

NASCIMENTO, H. M. **“QUALQUER MANEIRA DE AMOR VALE A PENA”**: histórias de homossexuais e suas vivências familiares. 2017, 95 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

O’NEIL, T; DOMINGO, P. **Women and power**: overcoming barriers to leadership and influence. Overseas Development Institute, 2016. 39 p.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária a Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 393-400 2014.

PARÁIBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre população de gays, HSH, travestis e transexuais**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2013.

PEREIRA, E. O. **Acesso e qualidade da atenção à saúde para a população LGBT**: A visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro. 2015. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

PINHEIRO, P. S.; MESQUITA NETO, P. Programa Nacional de Direitos Humanos: avaliação do primeiro ano e perspectivas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 11, n. 30, p. 117-134, 1997.

POLLAK, M. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, 1989.

PULIDO, L. Geographies of race and ethnicity 1: White supremacy vs white privilege in environmental racism research. **Progress in Human Geography**, Thousand Oaks, v. 39, n. 6, p. 809-817, 2015.

RIBEIRO, D. Stonewall: 40 anos de luta pelo reconhecimento LGBT. In: COLLING, L. **Stonewall 40+ o que no Brasil?**. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 153-156.

RIBEIRO, P. R. M. A sexualidade também tem história: comportamentos e atitudes sexuais através dos tempos. In.: BORTOLOZZI, A. C.; MAIA, A. F. (Org). **Sexualidade e infância**. Bauru: FC/CECEMCA; Brasília: MEC/SEF, 2005, p.17-32.

RIBEIRO, R. L. C. C. **A trajetória do Movimento LGBT**: a luta por reconhecimento e cidadania no contexto brasileiro e baiano. 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RIOS, L. F.; PARKER, R.; JUNIOR, T. Sobre as inclinações carnis: inflexões do pensamento cristão sobre os desejos e as sensações prazerosas do baixo corporal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 195-217, 2010.

ROBLES, R. et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 9, p. 850-859, 2016.

ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2527, 2016.

ROCHA, C. B. A. Um pequeno guia ao pensamento, aos conceitos e à obra de Judith Butler. **cadernos pagu**, Campinas, n. 43, p. 507-516, 2014.

ROGERS, J. et al. Pessoas trans na atenção primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 3, p. 49-58, 2016.

ROSELLI, C. E. Neurobiology of Gender Identity and Sexual Orientation. **Journal of neuroendocrinology**, 2017.

SANDERS, A. R. et al. Genome-Wide Association Study of Male Sexual Orientation. **Scientific reports**, v. 7, n. 1, p. 16950, 2017.

SANTOS, A. B.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde:

possíveis caminhos para superação do preconceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4545-4554, 2014.

SANTOS, G. G. C. Mobilizações homossexuais e Estado no Brasil: São Paulo (1978-2004). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, p. 122- 135, 2007

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEMINOTTI, N. **O pequeno grupo como um sistema complexo**: uma estratégia inovadora para produção de saúde na atenção básica. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 218 p.

SEVERS, E.; CELIS, K.; ERZEEL, S. Power, privilege and disadvantage: Intersectionality theory and political representation. **Politics**, Newcastle upon Tyne, v. 36, n. 4, p. 346-354, 2016.

SILVA, A. S. Memória, consciência e políticas públicas: As paradas do orgulho LGBT e a construção de políticas públicas inclusivas. **Revista Electrónica de Psicología Política**, San Luis-ARG: v. 9, n. 27, p. 127-158, 2011.

SILVA, B. B.; SANTOS, E. C. Apoio e suporte social na identidade social de travestis, transexuais e transgêneros. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 27-44, 2014.

SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. V. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, 2013.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014.

SOUSA, K. J. As. As diversas manifestações homofóbicas e suas consequências no cotidiano das minorias LGBT. **Revista Clóvis Moura de Humanidades**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 27-44, 2016.

Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. Disponível em: <
<https://www.unasus.gov.br>> Acesso em: 18/11/2017.

VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

YUVAL-DAVIS, Nira. **Power, intersectionality and the politics of belonging**. Aalborg: FREIA, 2011. 24 p.



APÊNDICES



APÊNDICE I

ROTEIRO ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

Pseudônimo: _____	Idade: _____
Estado civil: _____	Orientação Sexual: _____
Id. gênero: _____	
Raça/cor: _____	Renda média: _____
	Religião: _____
Profissão: _____	Tempo de Formação: _____
Instituição: _____	
Pós-Graduação: _____	Ano _____
Curso ou Capacitação na PNSI LGBT: _____	
Tempo de trabalho no município: _____	Serviço de saúde: _____

- 1) Na sua opinião, a quem a sigla LGBT representa?
- 2) Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT?
Fale sobre o que conhece.
- 3) Você conhece as necessidades da população LGBT aqui no município onde trabalha? Em sua concepção, quais são essas necessidades?
- 4) Quais ações você acha que deveriam ser executadas para diminuir a discriminação que sofre a população LGBT?
- 5) Estão sendo desenvolvidas estratégias para minimizar essas necessidades?
Quais são e quais fatores são levados em consideração?
- 6) Há representação do grupo social LGBT na formulação de estratégias que assegurem seus direitos?
- 7) Existe algum plano ou estrutura governamental que seja voltado para o combate a homofobia? Como está sendo desenvolvido?
- 8) Você conhece as estratégias de âmbito federal e estadual para redução das desigualdades da população LGBT? Elas são incorporadas pelo município?
Se sim, quais e de que forma? Se não, por quais motivos?
- 9) Quais as dificuldades na implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT?

- 10) Existe algum grupo social, ONG, instituições privadas, grupos de apoio que já buscaram a gestão de saúde ou profissionais de saúde apoio para o desenvolvimento da PNSI-LGBT no município? Conte-me.
- 11) Que ações estão sendo desenvolvidas para sensibilizar e envolver os profissionais de saúde no cuidado à população LGBT?



ANEXOS



ANEXO I

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidado à população LGBT: concepções de gestores e profissionais do NASF

Pesquisador: Alynne Mendonça Saraiva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68929917.1.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.163.290

Apresentação do Projeto:

É uma pesquisa qualitativa, do tipo transversal, sobre como o profissional de saúde em Cuité-PB tem lidado com os pacientes do grupo LGBT.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar as dimensões do cuidado em saúde para a população LGBT no que compete à gestão em saúde e os profissionais do NASF de Cuité - PB

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.163.290

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_916313.pdf	27/05/2017 20:26:39		Aceito
Outros	termo_divulgacaoass2.jpg	27/05/2017 20:26:25	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito
Outros	declaracao_compromissoass2.jpg	27/05/2017 20:25:31	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_2017_cep.docx	27/05/2017 20:24:55	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_S.docx	27/05/2017 20:24:38	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito
Outros	termo_anuenciaS.pdf	17/05/2017 16:06:21	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTOs.pdf	17/05/2017 16:05:37	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 07 de Julho de 2017

**Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)**

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br