



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

A SAÚDE VISTA PELAS CORES DO ARCO-ÍRIS: EXPERIÊNCIAS DE REPRESENTANTES DO MOVIMENTO LGBTQI+ NO DISTRITO FEDERAL

Izabella Rodrigues Melo

Brasília – DF

2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

A SAÚDE VISTA PELAS CORES DO ARCO-ÍRIS: EXPERIÊNCIAS DE REPRESENTANTES DO MOVIMENTO LGBTQI+ NO DISTRITO FEDERAL

Izabella Rodrigues Melo

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Mestra em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Larissa Polejack

Brasília – DF

2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINA-

DORA:

Prof^a. Dra. Larissa Polejack Brambatti – Presidente

Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília – UnB

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Gomes de Jesus – Membro externa

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Pamela Ximena Diaz Bermudez – Membro interna

Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília – UnB

Prof^a. Dr^a. Eliane Maria Fleury Seidl – Membro suplente

Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília – UnB

Brasília, 15 de março de 2021.

AGRADECIMENTOS

As primeiras pessoas a quem gostaria de direcionar meus agradecimentos são as representantes do movimento social LGBTQI+ do Distrito Federal. Sou grata pelo tempo que elas dispuseram a compartilhar comigo para contarem suas histórias e visões de mundo. A pesquisa brasileira não seria nada sem a colaboração de pessoas como vocês para o desenvolvimento de ciência em nosso país.

Os carinhos e cafunés escritos a seguir não seguem nenhuma ordem específica. Eu quero muito que as pessoas mencionadas aqui entendam o quanto esta dissertação também foi escrita pelas mãos delas, na medida em que estas mãos sempre me acolheram ao longo deste processo.

Sou muito grata à Universidade de Brasília, por ter me permitido passear por seus corredores e conhecer pessoas incríveis desde que eu era uma garotinha. Do PIJ ao IP, eu me desenvolvi como cidadã, pesquisadora e profissional. A pessoa que sou hoje foi forjada, em grande parte, no campus Darcy Ribeiro e eu não poderia escolher um lugar melhor para meu crescimento.

Ter sido bolsista a receber incentivo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES) foi uma das grandes honras deste processo de construção de mestrado. A oportunidade oferecida a mim foi essencial para garantir a dedicação devida a esta pesquisa.

O INTEGRA, grupo onde me inseri como mestranda, foi fonte de inspiração. Tive o privilégio de ser orientada pela professora Larissa, pessoa capaz de trazer leveza até para o parto de uma dissertação. Esther, Graça e Luísa foram grandes companheiras acolhedoras nos momentos difíceis e grandes parceiras dos momentos de felicidade, desde o momento em que iniciamos nossa caminhada como mestrandas até o final de nossas escritas. Estou certa de que tenho nelas amigas para uma vida inteira.

Thatiane e Raquel foram presentes que a UnB me deu na forma de auxiliares de pesquisa. Saber que vocês estavam comigo durante períodos de trabalho intenso foi um bálsamo para a alma. Obrigada demais, pesquisadeiras!

Às estimadas professoras da banca examinadora também estendo meus agradecimentos, por terem aceitado contribuir para este processo com seus conhecimentos, reflexões e observações. Vocês

são mulheres, professoras, profissionais e pesquisadoras absolutamente inspiradoras. Suas contribuições para a ciência nacional são inestimáveis.

O maior incentivador da minha carreira acadêmica e profissional é Pedro. Nele, encontrei suporte nos momentos quando as coisas pareciam mais difíceis do que eu daria conta de lidar. É esta pessoa que não se cansa de me fortalecer com seus “arrasou!” e “força!”, deixando meu coração saltitante quando diz que tem orgulho da minha carreira. Ser acolhida na família de Pedro com tanto carinho me empoderou enormemente. Ele esteve comigo no final da graduação, passou pela gestação da ideia de ser mestranda, participou da inscrição no processo seletivo do mestrado e chegou até a conclusão desta fase da minha vida. Mal posso esperar para saber quais outros projetos tocaremos juntos, meu bem.

Desde que me entendo por pessoa estudante, sei que minha família acredita em minhas capacidades. Com Sofia, Arthur, Ana Paula, Antônio Anderson, Elis, Zion, avós, tias e tios, construí a confiança de que posso me desenvolver como pesquisadora, como profissional e o que mais eu colocar na cabeça. Afinal, “se você tirou 10 na prova, por que não escreveu mais uma questão e tirou onze?”.

As professoras que estiveram comigo desde o maternal, passando jardim de infância, ensino fundamental, ensino médio e graduação, chegando até o mestrado, têm lugar especial no fechamento desta dissertação. O encorajamento de vocês me trouxe até aqui e serei eternamente grata por suas dedicações. Que seja celebrada a educação brasileira!

A essência dos direitos humanos é o direito a ter direitos.

Hannah Arendt

RESUMO

O movimento LGBTQI+ do Distrito Federal manifesta-se em frentes diversificada, capaz de promover articulações de defesa de direitos diretamente com o poder público local. Pela Lei 8.080 de 1990, o Sistema Único de Saúde fundou-se nos princípios da igualdade, equidade e universalidade, que devem ser observados na proposição de todas as políticas de saúde nacionais, propondo ampliação dos modelos de prestação de cuidados e incorporando saberes de outras áreas de saúde além da medicina. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT trouxe o reconhecimento dos determinantes sociais em saúde que afetam a população LGBTQI+. As ações da PNSI LGBT distribuem-se pelas áreas de formação, participação social, promoção da saúde, prevenção e reabilitação. Diante do exposto, este estudo objetivou compreender o acesso ao SUS pela população LGBTQI+ no ponto de vista de representantes do movimento social local. Desenvolveu-se pesquisa qualitativa, a partir de entrevistas semiestruturadas conduzidas com dez pessoas, que abordaram as temáticas de experiências no uso do Sistema Único de Saúde, demandas identificadas para que seja defendida a saúde da população LGBTQI+, observações sobre o acolhimento da população LGBTQI+ nos serviços de saúde, acesso à rede de saúde e as representações sociais de profissionais da saúde. As respostas foram tratadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. Observou-se que a rede de saúde local não está preparada para o atendimento da população LGBTQI+. As participantes da pesquisa relataram experiências de preconceito, discriminação e violência por parte das profissionais da área, violando os direitos das usuárias. As iniciativas do movimento social têm sido essenciais para a manutenção da saúde deste grupo social. A pesquisa sugere, com base nas observações das participantes, a implementação e incremento das políticas de educação permanente em saúde para todas as profissionais da rede local, a fim de promover o reconhecimento das cidadãs usuárias como sujeitas de direitos. Também se sugere a inserção da estratégia de navegação de pares, com vistas à melhoria da qualidade do acolhimento prestado à população LGBTQI+ nos serviços de saúde.

Palavras-chave

Sistema Único de Saúde, LGBTQI+, Minorias Sexuais e de Gênero, Movimentos Sociais, Representações Sociais, Determinantes Sociais da Saúde

ABSTRACT

The LGBTQIA+ movement of the Brazilian Federal District presents itself in various fronts, able to promote articulations with the local government regarding the defense of rights. According to Act no. 8,080 from 1990, the Brazilian Unified Health Service (SUS) was founded on the principles of equality, equity, and universality, which must be observed in the proposition of all national healthcare policies, aiming to extend caregiving models and to incorporate knowledge from other fields besides medicine. The National Full Healthcare Services Policy (PNSI) for the LGBT population has brought the acknowledgment of healthcare social determinants that affect the LGBTQI+ population. These LGBT PNSI policies are distributed among areas such as training, social participation, healthcare promotion, prevention, and rehabilitation. Considering the above, this study aimed to understand the access of the LGBTQI+ population to SUS, from the point of view of local social movement representatives. A qualitative research was developed with semi structured interviews carried out with ten people, which approached themes on experiencing SUS' s usage, demands identified so that the LGBTQI+ population' s sexual is defended, observations over the LGBTQI+' s population refuge in healthcare services, access to the healthcare services network and the social representations of healthcare workers. The answers were treated according to the method of Discourse of the Collective Subject. It was observed that the local healthcare service network is not ready to service the LGBTQI+ population. The research' s participants have reported experiences of prejudice, discrimination and violence coming from healthcare service workers, which violate users' rights. Social movement initiatives have been essential to maintain healthcare service' s access to this social group. This research suggests, considering the observations from the participants, implementing and increasing permanent healthcare educational policies to the local network' s healthcare services workers, in order to acknowledge the forementioned citizens as holders of rights. The insertion of the strategy of pairs navigation is also suggested, aiming to improve the quality of the refuge within healthcare services provided to the LGBTQI+ population.

Keywords

Brazilian Unified Health Service, LGBTQI+, Sexual and Gender Minorities, Social Movements, Social Representations, Social Determinants of Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABGLT: Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- AC: ancoragem
- ANTRA: Associação Nacional de Travestis e Transexuais
- BSH: Programa Brasil Sem Homofobia
- CEP-CHS: Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais
- CFM: Conselho Federal de Medicina
- CFP: Conselho Federal de Psicologia
- CID: Código Internacional de Doenças
- CNS: Conselho Nacional de Saúde
- CODEPLAN: Companhia de Planejamento do Distrito Federal
- CREAS Diversidade: Centro de Referência Especializado da Diversidade Sexual, Religiosa e Racial
- CREPOP: Centro de Referência Técnica em psicologia e Políticas Públicas
- CRP 01: Conselho Regional de Psicologia da 1ª Região
- DECRIN: Delegacia Especial de Repressão aos Crimes por Discriminação Racial, Religiosa ou por Orientação Sexual ou Contra a Pessoa Idosa ou Com Deficiência
- DF: Distrito Federal
- DSC: Discurso do Sujeito Coletivo
- DSS: Determinantes Sociais em Saúde
- EAPSUS: Escola de Aperfeiçoamento do SUS
- EC: expressão chave
- ESCS: Escola Superior em Ciências da Saúde
- ETESB: Escola Técnica de Saúde de Brasília

- FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
- GLBT: gays, lésbicas, bissexuais e transexuais
- GO: Goiás
- HIV/Aids: vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IBRAT: Instituto Brasileiro de Transmasculinidade
- IC: ideia central
- INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social
- IST: infecção sexualmente transmissível
- LGBTQI+: lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, transgêneros, travestis, queers, intersexuais e demais identidades
- OMS: Organização Mundial da Saúde
- ONG: organização não governamental
- PE: Pernambuco
- PEPS-DF: Plano de Educação Permanente em Saúde do Distrito Federal
- PNDH: Plano Nacional de Direitos Humanos
- PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- PNSLGBT: Política Nacional de Saúde LGBT
- PSOL: Partido Socialismo e Liberdade
- PT: Partido dos Trabalhadores
- PtRt: Processo Transexualizador
- RJ: Rio de Janeiro
- RS: Rio Grande do Sul

- SES-DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
- SUS: Sistema Único de Saúde
- STF: Supremo Tribunal Federal
- TRS: Teoria das Representações Sociais
- UFPE: Universidade Federal de Pernambuco
- UnB: Universidade de Brasília
- USP: Universidade de São Paulo

Sumário

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	6
Palavras-chave	6
ABSTRACT	7
Keywords	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	8
APRESENTAÇÃO	13
Capítulo 1 - O Movimento LGBTQI+ no Brasil	18
1.1: História do Movimento LGBTQI+ no Brasil	18
1.2: Movimento LGBTQI+ no Distrito Federal na Contemporaneidade.....	30
Capítulo 2 - Cidadania LGBTQI+	34
Capítulo 3 – Saúde LGBTQI+ e Compromisso Social da Psicologia	43
3.1 - Saúde LGBTQI+.....	43
3.2 Compromisso Social da Psicologia.....	51
Capítulo 4 - Representações sociais, saúde e movimentos sociais	62
Capítulo 5 - Objetivos e relevância da pesquisa	70
Capítulo 6 - Método	72
6.1 - Revisão ética.....	83
Capítulo 7 - Resultado e discussão	84
Capítulo 8 – Compartilhamento de reflexões	115

8.1 - Aparelhos de atendimento e suas especificidades	115
8.2 - Formação das profissionais.....	120
8.3 - Reflexões sobre trabalho.....	133
8.4 - Determinantes sociais em saúde	137
8.5 - Despreparo da rede para atender a população LGBTQI+	139
8.6 - ISTs e população LGBTQI+.....	149
8.7 - Laicidade.....	151
8.8 - Violência LGBTQIfóbica	154
8.9 - Falta de investimentos no SUS	156
8.10 - Atuação dos movimentos sociais.....	158
Capítulo 9 - Considerações finais	159
Referências bibliográficas	166
ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	179
ANEXO II: Termo de autorização para utilização de som de voz para pesquisa	180
ANEXO III: Roteiro de Entrevista.....	181
ANEXO IV: Mapeamento de organizações LGBT no Distrito Federal	182

APRESENTAÇÃO

Os debates epistemológicos das últimas décadas produziram dinâmicas entre academia e sociedade dignas de observação. A escolha de desenvolver esta investigação se deu após a eleição de Jair Bolsonaro, que refletiu posicionamentos específicos da população brasileira. A investigadora em mim, em parceria com minha orientadora e inspirada pelo grupo de pesquisa, entendeu a responsabilidade social de realizar um estudo como este, viável apenas a partir do lugar de privilégio que me foi concedido dentro da academia científica. Atualmente, temos um governo que pouco investe em pesquisa científica. Ele também deslegitima os saberes das ciências sociais e produzidos no próprio país. Para este estudo, é importante destacar como investigações com propostas de justiça social passaram a ser deslegitimadas, inclusive por setores governamentais, sob a alegação de que estas não seriam tão bem-feitas quanto as pesquisas quantitativas (Wright, 2006, como citado por Denzin & Lincoln, 2018).

Ser pesquisadora no Brasil de 2020 é um ato de resistência, diante do contínuo desmonte da produção de conhecimento nacional. A investigação qualitativa me permite dialogar melhor com minhas propostas de mudança social. Autoras da área, a exemplo de Flyvbjerg (2011, como citada por Denzin & Lincoln, 2018) destacam a urgência da produção científica que considere relações de poder e seja relevante para as pessoas exteriores aos muros acadêmicos. Outras pesquisadoras (Burawoy, 2005, como citado por Denzin & Lincoln, 2018) acrescentam que os estudos qualitativos devem ser não elitistas, orgânicos e públicos. Estas formas de investigações colocam-se como contrapontos aos estudos hegemônicos, baseados em evidências “duras”, na medida em que colaboram para a mudança de modelos de autoridades consolidados ao longo de séculos de interações sociais (Denzin & Lincoln, 2018).

Este estudo pretende ser material para a melhoria das políticas públicas direcionadas para a saúde da população LGBTQI+. Considerando a importância da garantia do princípio da equidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde, é imprescindível que a comunidade científica se

prontifique a ouvir e dar voz a sujeitos que vem sendo colocados à margem da sociedade pela estrutura política. Por isto, mostra-se relevante investigação científica que dê bases para o desenvolvimento de políticas públicas que contemplem a comunidade LGBTQI+ em suas demandas de saúde.

Shimizu et al. (2015), em revisão de literatura, destacam o papel dos movimentos sociais para a melhoria dos serviços de saúde. O grupo de autoras argumenta como os membros dos movimentos, a partir de suas experiências pessoais de reconhecimento de carências, têm o conhecimento mais valioso sobre as demandas de si e de seus semelhantes (Shimizu et al., 2015).

A sigla LGBT, usada para referir-se à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transgêneros, transexuais, pessoas queer, intersexo, assexuais e pansexuais foi pactuada na I Conferência GLBT, realizada no ano de 2008 em Brasília (Fachinni, 2018). Autores da área reconhecem que, para efeitos de redação, esta adoção mostra-se interessante, por ser disseminada dentre os representantes do movimento desenvolvido no Brasil, em produções acadêmicas e em documentos federais, estaduais, municipais e distritais (da Veiga & Romanini, 2017). Canabarro (2013), por exemplo, adota a sigla LGBT para referir-se ao movimento. O Ministério da Saúde, em sua publicação “Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais” também adota a mesma sigla, a partir da proposta da I Conferência GLTB (Ministério da Saúde, 2013). No entanto, nos treze anos transcorridos entre a I Conferência GLBT e o presente, muitas mudanças foram observadas na organização e na representação do movimento. Por esta razão, adotar-se-á, nesta dissertação, o termo LGBTQI+, como proposto por Meneses et al. (2020), em publicação do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal.

A sigla LGBTQI+ é uma das aceitas pelo movimento e suas lideranças e compreende diversas orientações sexuais e identidades de gênero. As orientações sexuais podem ser homossexuais, bissexuais, assexuais, pansexuais ou heterossexuais, a depender da inclinação do desejo afetivo e sexual da pessoa. Identidades de gênero são identificações subjetivas de cada sujeito com os papéis de gênero propostos pela sociedade onde se insere e seus atributos físicos. É possível que alguém se entenda

como cisgênero, quando a pessoa se identifica com o gênero atribuído a ela ao nascer, ou transgênero, no caso de pessoas que não se identificam com o gênero designado a elas, a partir de marcadores corporais e sociais de expressão de gênero (Gaspodini & de Jesus, 2020; Meneses et al., 2020; Yogyakarta Principles, 2006).

McRae (2018) julga que, no Brasil atual, fala-se sobre a população LGBTQI+ de forma mais ampliada quando se compara com momentos anteriores, partindo-se de acesso às informações aumentado e preconceitos reduzidos. Para o autor, esta mudança foi possível a partir do interesse de sujeitos em promover novos posicionamentos, sendo eles “catalisadores” para a facilitação da compreensão de setores como a grande imprensa, propagadora de imagens negativas associadas à população LGBTQI+.

A literatura especializada debate a importância da articulação entre movimentos sociais, sociedade civil e Estado com o intuito de fortalecer as políticas de combate às violações de direitos da população LGBTQI+, pois, desta forma, amplia-se a visibilidade das reivindicações dos ativistas de ações de repressão aos crimes de ódio e acolhimento das vítimas (Cardoso & Ferro, 2012). As universidades também são centros de fortalecimento do debate sobre as subjetividades LGBTQI+s, incluídas nos movimentos sociais, com a promoção de eventos, debates, palestras e disciplinas sobre o assunto, encabeçadas por pessoas da própria população LGBTQI+ (McRae, 2018).

A pesquisadora que sou e os interesses de pesquisa que me acompanham estão profundamente conectados com a minha trajetória de estudos. Durante o período de graduação, me aproximei das temáticas de gênero e direitos humanos logo nos primeiros semestres. A professora Jaqueline de Jesus, em palestra organizada pelo PET Psicologia da Universidade de Brasília no ano de 2011, me abriu possibilidades para, gradualmente, me entender como sujeita social inserida em sociedade LGBTQI-fóbica e, como futura profissional da Psicologia, responsável por promover mudanças neste contexto. A professora Débora Noal, em disciplina de Tópicos Especiais em Psicologia do Desenvolvimento,

foi grande fonte de inspiração e curiosidade para o aprofundamento de minhas leituras em direitos humanos.

O ano de 2019 me trouxe a felicidade de ser convidada para compor a Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP-01), onde permaneço até hoje. Naquele ano, na condição de coordenadora da Comissão, pude ter contato com representantes de movimentos sociais diversos do DF, especialmente na organização dos eventos Batalha das Minas, em março, e Direitos Fundamentais e a Saúde Mental, em maio. Em junho, na data de comemoração mundial do Dia do Orgulho LGBTQI+, participei de reunião nacional das comissões de direitos humanos dos conselhos regionais de Psicologia de todo o país, quando ocorreu o lançamento do livro “Tentativas de aniquilamento das subjetividades LGBTIs” (Conselho Federal de Psicologia, 2019a).

Foi a partir deste local que compreendi como seria importante desenvolver pesquisa sobre a visão de representantes de movimentos sociais LGBTQI+s sobre o atendimento de saúde prestado à comunidade no contexto do SUS. Alinho-me à proposta de imersão feita pelo pesquisador no contexto da pesquisa em condição participativa e não de mera observação (Paulon et al., 2015). Atendo ao chamamento feito pelo Ministério da Saúde (2013) ao me reconhecer como integrante da sociedade civil e, por esta razão, possuidora da capacidade de agir para garantir “o direito à saúde, para o enfrentamento das iniquidades e para o pleno exercício da democracia e do controle social” (p. 6).

A conceituação de pesquisa em Ciências Sociais feita por Minayo (2009a) alinha-se com a proposta desenvolvida aqui. Para a autora, a pesquisa é a atividade base da construção de ciência e esta atividade desenvolve-se a partir da identificação de problemas na vida prática. Por esta razão, as questões pesquisadas nascem de estruturas socialmente construídas (Minayo, 2009a).

Retomando a proposta de Haraway (1995, em Facchini, 2018), entendo que meu olhar é parcial, na medida em que sou sujeita social e política com limitações. Por isso, as protagonistas desta pesquisa são as pessoas que tão gentilmente dispuseram seus tempos e conhecimentos para contribuir

com a construção de epistemologias emancipatórias. A estas pessoas, devemos todos ser gratos por suas colaborações.

A professora Débora Diniz é uma das referências para a pesquisadora que sou. Resgato, nesta dissertação, seu modelo de adoção do gênero feminino como universal, como forma de transgressão à hegemonia masculina nas academias (Diniz, 2013).

O primeiro capítulo desta dissertação é dedicado à contextualização do movimento LGBTQI+ no Distrito Federal, em suas diversas representações e manifestações. Posteriormente, discute-se os marcos de cidadania LGBTQI+ nacionais e distritais, no capítulo dois. O tema abordado no capítulo três é a saúde LGBTQI+, a partir de definições internacionais e brasileiras, incluindo as contribuições dos saberes psis para os processos de ampliação da produção de cuidados com esta população. O enquadre epistemológico adotado neste estudo é discutido no quarto capítulo, em reflexões sobre as interfaces entre representações sociais, saúde e movimentos sociais. A seguir, no capítulo cinco, são apresentados os objetivos e a relevância científica e social da pesquisa relatada. Os aspectos metodológicos e éticos são detalhados no sexto capítulo. O capítulo sete aborda os resultados decorrentes do processamento das respostas fornecidas pelas participantes do estudo, desenvolvendo, posteriormente, discussões sobre os temas encontrados e suas articulações com a literatura científica. Compartilham-se reflexões sobre temas transversais encontrados nos discursos das participantes da pesquisa, no capítulo oito. Finaliza-se esta dissertação com reflexões sobre as limitações desta pesquisa e propostas para futuras pesquisadoras, com o capítulo nove.

Desejo a todas boa leitura!

Capítulo 1 - O Movimento LGBTQI+ no Brasil

1.1: História do Movimento LGBTQI+ no Brasil

O ano de 2018 foi marcado pelas comemorações de quarenta anos do movimento LGBTQI+ no Brasil (Green, Quinalha, Caetano e Fernandes, 2018). A participação social LGBTQI+, ou seja, as movimentações feitas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais junto ao poder público para efetivar a garantia de direitos destas pessoas, por meio de reivindicações e proposições (Feitosa, 2018) tiveram papel importante neste tempo.

As quatro décadas de movimento foram marcadas pelo acolhimento de dores, pelo enfrentamento de violências e pelo cuidado mútuo diante de contextos de abandono (Fachinni, 2018). Para a autora, a formação de redes de pessoas permitiu o assentamento de projetos de vida. A autora usa como um dos pressupostos de sua argumentação como este movimento é caracterizado pela articulação entre a vida pessoal e a vida política dos sujeitos que o tornam real. A partir disso, categorias usadas, a princípio, para marginalizar, como bicha e sapatão, passaram a ser apropriadas pelos ativistas como identificação e instrumentos de lutas (Facchini, 2018).

A centralização de poder dos governos ditatoriais e a falta de projeto de desenvolvimento social associada a ela contribuíram para que houvesse poucos avanços para a sociedade brasileira, o que é sentido até a contemporaneidade. Enquanto oposição à negação de direitos e cidadania institucionalizadas, movimentos sociais, tais como o homossexual, negro e feminista intensificaram suas atividades (Prado e Sousa, 2017).

A política conduzida durante Ditadura Militar, com seu foco em pautas morais, mirava também nas sexualidades dos cidadãos, colocadas como tema de interesse à segurança nacional. Aquilo que não fosse monogâmico ou heterossexual, não organizado em torno do formato “tradicional” de família, era intolerável. Neste contexto, surgiram lugares voltados especificamente para o convívio

de pessoas LGBTQI+, como forma de fuga da repressão praticada em espaços públicos (Green et al., 2018).

As organizações LGBTQI+s no Brasil ganharam maior robustez nos anos de 1960. Estes grupos participavam de dinâmicas de influência mútua com outros atores sociais, como artistas, intelectuais e opositores da ditadura de forma geral. Suas propostas visavam consolidar resistência às opressões antidemocráticas do governo e às imposições de moralidades conservadoras. Assim, os papéis de gênero eram questionados em sua rigidez e fortaleciam-se as organizações políticas de setores específicos da sociedade, como os próprios homossexuais (McRae, 2018).

Dado o contexto, estabeleceu-se no Brasil um movimento LGBTQI+ (denominado, à época, movimento homossexual). Fachinni (2018) explica como isto é possível. Em sua concepção, movimentos sociais, enquanto possibilidades de identificações no campo coletivo, desenvolvem-se a partir das interações, amistosas ou conflituosas, entre diferentes atores políticos. Autores inseridos no próprio movimento LGBTQI+ conceituam movimentos sociais como um dos possíveis tipos de ação política coletiva, localizada em tempo histórico e contexto cultural próprios, que influenciam as formas de atividades e organização. O caráter antidemocrático do regime exercia influência sobre todas as dimensões de vida dos sujeitos e, como forma de oposição, começou a se organizar o que entendemos atualmente como movimento LGBTQI+ brasileiro (Oliveira, 2017), defensor do retorno à democracia (Green et al., 2018).

Feitosa (2018) associa o início do ativismo LGBTQI+ brasileiro a contexto internacional mais amplo. Durante as décadas de 1960 e 1970, observaram-se movimentações de contracultura em todo o mundo, fortemente reprimidas pelas forças militares e policiais (Feitosa, 2018). As concepções dos atos de contestar modificaram-se. O foco, antes concentrado na luta do povo, direcionava-se para o comportamento de cada sujeito (McRae, 2018). Oliveira (2017) faz um recorte nesta histórica, incluindo no mesmo contexto temporal o início do ativismo lésbico. Estas mulheres estavam vinculadas, a princípio, ao movimento homossexual, mas suas experiências as colocavam em um entrelugar, na

medida em que nem este movimento e nem o feminismo representavam a integralidade de suas demandas. Por um lado, sofriam com a misoginia do movimento homossexual; por outro, experiências não exclusivamente heterossexuais eram invisibilizadas nos debates feministas (Oliveira, 2017). Destaca-se, também, que, para os membros do movimento do período, as identidades trans eram compreendidas como formas de homossexualidade, de forma que as pautas destas pessoas não foram acolhidas em suas especificidades (de Freitas Silva, 2015).

Setores da esquerda tradicional, organizada em torno da ideia de “luta geral”, consideravam secundárias pautas como experiências específicas de alguns grupos da população. A proposição delas como temas de lutas foi assumida por grupos. Esta organização das esquerdas provocou resistência significativa contra as propostas dos integrantes mais novos, sendo a homossexualidade um dos alvos de críticas dos membros antigos (McRae, 2018), sendo tachada como experiência unicamente burguesa (Oliveira, 2017).

A coesão almejada por núcleos tradicionais de esquerda não atendia mais aos anseios das ativistas da época. Os movimentos negro e feminista ganhavam espaços próprios, já que não havia acolhida nos grupos políticos tradicionais. Suas reivindicações deixavam de ser interpretadas apenas como relativas a questões culturais, mas reflexos de disparidades de poder entre etnias e gêneros, com a negação contundente de direitos. Neste ponto, havia muitas similaridades com as demandas LGBTQI+s e, assim, as lutas de esquerda transformaram-se, ampliando o foco para além da luta de classes (McRae, 2018).

A Revolta de Stonewall, ocorrida em 28 de junho 1969 em Nova Iorque, foi ponto de virada, em que vidas marcadas pela vergonha e pelo medo passaram a ser vividas com orgulho e “afirmação identitária”. A revolta passou a ser considerada marco do Movimento LGBTQI+ ocidental (Canabarro, 2013, e Feitosa, 2018) e a data é comemorada, atualmente, como Dia do Orgulho LGBTQI+. A partir daí, iniciaram-se as paradas de celebração do orgulho, em todo o mundo. No Brasil, a primeira ocorreu no ano de 1997, em São Paulo (Canabarro, 2013).

Trindade (2018) tece observações particulares em relação à Revolta de Stonewall, entendida como uma das maneiras usadas por países de poder hegemônico no cenário da política mundial para moldar as organizações dos demais. As influências da revolta devem ser reconhecidas, como a adoção da bandeira de arco-íris. No entanto, o movimento LGBTQI+ brasileiro desenvolveu-se de forma própria e ajustada ao nosso momento histórico e político, aliado a novas organizações de esquerda e da América Latina (Trindade, 2018).

O ano de 1970 foi momento em que o governo ditatorial reduziu, em algum nível, as medidas repressivas, servindo de incentivo às organizações de agentes diversos, como trabalhadores, estudantes e intelectuais. Estas pessoas tinham a crença de que o momento era propício para mudanças sociais. A partir da identificação de demandas específicas a alguns setores, o Brasil dos anos 1970 viu multiplicarem-se os movimentos sociais. Esta dinâmica encontrava ecos nos países vizinhos, principalmente entre trabalhadores (McRae, 2018). Evers (1983, em McRae, 2018) afirmou que as dinâmicas da vida privada vieram tornar a vida pública mais “humana”, na medida em que as pautas privadas passaram a ser vistas também como políticas.

As identidades dos membros do movimento foram motivo de debates entre os anos 1970 e 1980. A princípio, discutia-se sobre ser ou estar homossexual. A denominação “orientação sexual” foi gestada nas proposições feitas pelo movimento LGBTQI+ para a Assembleia Constituinte, em conjunto com reivindicações pelo “direito à vida”. Posteriormente, com a consolidação da categoria de orientação sexual, o aspecto essencialista de algumas propostas anteriores deixou de ter relevância (Fachinni, 2018).

Facchini (2003, em Feitosa, 2018) identifica que o Movimento LGBTQI+ no Brasil se desenvolveu em três ondas. A autora marca o início da primeira em 1978, tendo durado até o ano de 1983. Neste período, o Jornal Lâmpião da Esquina foi fundado a partir de relativo afrouxamento das repressões militares (Canabarro, 2017, e Feitosa, 2018), mas contava apenas com homens em seu corpo editorial (Oliveira, 2017).

O nome escolhido, *Lampião da Esquina*, pode ser compreendido como evocação imagética da luz da esperança possível de ser vista nos guetos onde se encontravam estas pessoas (Oliveira, 2017). O jornal destacou-se como veículo de mídia que se distanciava da comunicação tradicional sobre a homossexualidade, optando por enfatizar aspectos positivos sobre a vida destas pessoas, em contraposição às matérias policiais publicadas em outros periódicos. Apesar disto, apenas um ano após a fundação do *Lampião*, publicou-se material feito por e sobre mulheres lésbicas. Organizou-se, a partir das publicações, grupos de artistas, intelectuais e profissionais liberais, com interesse saírem dos guetos homossexuais. Em suas reuniões periódicas, fundaram o *Somos - Grupo de Afirmação Homossexual*. Em encontro na Universidade de São Paulo, aliaram-se a outros movimentos minoritários, firmando o propósito de ampliar o alcance do movimento homossexual, em 1978 (McRae, 2018, Oliveira, 2017, e Trindade, 2018).

O grupo era composto, em grande parte, por homens gays. Havia também integrantes lésbicas, mas em menor quantidade. Estas pessoas conversavam sobre o teor depreciativo de notícias de jornais sobre a população LGBTQI+. Um destaque delas, a *Ação pelos Direitos Homossexuais*, responsabilizava-se pelo envio de respostas a essas publicações. Outro ponto de discussão entre os participantes era sobre a adoção do termo “gay”, por estar em inglês e refletir a visão estadunidense (Trindade, 2018).

O aspecto comunitário destas organizações esteve associado às noções de igualdade e moldou maneiras novas de interação entre os integrantes, além de modificar as próprias formas de ação política. McRae (2018) retomou as proposições de Ruth Cardoso para identificar o compartilhamento de opressões e as necessidades não atendidas como fator aglutinador destes ativistas, de forma a ressaltar o senso de igualdade entre estas pessoas, diminuindo o valor das diferenças entre eles.

Relações de amizade e acolhimento desenvolveram-se a partir daí, fortalecidas à medida que as pessoas podiam experienciar vínculos não permeados pela culpa ou pela ideia de doença, associadas à homossexualidade à época. A epidemia de aids evidenciou a potência destas redes para

promover acolhimento e propostas de enfrentamento da crise sanitária, como o uso de preservativos. Dentro do Somos, a igualdade era reforçada também nos grupos menores, de “reconhecimento”, onde os membros dialogavam sobre suas subjetividades em movimentação que tornava pública a experiência privada. No entanto, em dado momento, os dirigentes do Somos levaram a proposta de coesão de forma radical a ponto de pessoas serem forçadas a deixar encontros do grupo por não se identificarem totalmente com as colocações da maioria (McRae, 2018).

A dinâmica estabelecida com o Estado era marcada por conflitos, concretizados nas resistências a ações autoritárias dos órgãos de repressão (Feitosa, 2018). O papel assumido pelo Estado, então, era de inimigo, estando interditados os canais de comunicação com a sociedade (Santos, 2007, em Feitosa, 2018). Facchini (2018) destaca como esta configuração fortaleceu o caráter antiautoritário nas organizações do Movimento LGBTQI+.

Ao final dos anos 1970, assumir-se como homossexual se tornou ato político, praticado ainda por poucas pessoas, vistas com desconfiança por outros integrantes da sociedade. Dentro dos grupos, os pontos de tensão estavam relacionados a temáticas de gênero e raça e a propostas diferentes para mudanças sociais, de forma a criar distanciamentos entre “autonomistas e socialistas” (Facchini, 2018).

A década seguinte representou momento marcante para o começo da organização de políticas públicas de saúde com foco na população LGBTQI+. Logo em 1980, a cidade de São Paulo foi palco do encontro de grupos homossexuais vindos de vários estados brasileiros. As pessoas tinham enquanto objetivo refletirem sobre suas ações sociais, expressas em suas identidades, em parceria com partidos políticos. Novamente, vieram à tona debates sobre gênero e oposição ao patriarcado, aliados à discussão sobre dicotomias como “ativo-passivo”, “dominador-dominado” e sobre a promoção de relações mais equânimes. As lésbicas tiveram participação ativa na desconstrução desta polarização, reflexo de organizações patriarcais. No entanto, ainda assim, outras pessoas integrantes do movimento, como as travestis, eram mantidas invisíveis (McRae, 2018).

O pânico generalizado causado pela epidemia de aids coincidiu com a redução de grupos e encontros com foco nas experiências homossexuais. Foi neste contexto em que as lideranças LGBTQI+ aproximaram do Estado para serem organizadas respostas de combate à doença (Feitosa, 2018). Os focos de militância deslocaram-se da busca por liberdade para a busca por preservação das vidas (Canabarro, 2013)

Autores como Santos e Facchini (2009, em Feitosa, 2018) destacam como foram promovidos debates sobre práticas sexuais neste momento, de forma intensa a ponto de modificar os parâmetros de discussões de políticas públicas nesta área, demarcando o reconhecimento das práticas homossexuais. McRae (2018) identifica como esta articulação política também garantiu que profissionais de saúde refletissem sobre suas condutas, de forma a respeitarem pessoas homossexuais.

Os poucos grupos que permaneceram ativos compartilhavam entre si a característica de estarem focados em aspectos específicos. Esta dinâmica culminou na campanha junto ao Conselho Federal de Medicina, liderada pelo Grupo Gay da Bahia (Fachinni, 2018) de dissociar a homossexualidade das concepções patológicas, a partir da abolição da categoria 302,0 do catálogo de doenças do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (McRae, 2018). Além disto, em 1985, cinco anos antes de posicionamento da Organização Mundial da Saúde sobre o assunto, o Conselho Federal de Medicina foi pressionado por intelectuais, políticos e artistas a desconsiderar a homossexualidade como patologia (Canabarro, 2013).

O momento da abertura democrática do Brasil promoveu mudanças na forma como se relacionavam Estado e sociedade civil. Feitosa (2018) identifica neste contexto o início da segunda onda, entre os anos de 1984 e 1992, marcada pelo princípio da articulação do movimento LGBTQI+ com o governo. A violência sofrida por pessoas homossexuais passou a ser pauta de propostas parlamentares, movidos pelas reflexões trazidas pelo Triângulo Rosa e pelo Grupo Gay da Bahia, como reverberações da produção de pesquisas e estudos destes agentes (Canabarro, 2017). Observou-se, neste

momento, um novo crescimento na quantidade de grupos de pessoas interessadas em refletir sobre as pautas LGBTQI+, inclusive travestis e transsexuais (Canabarro, 2017)

As mulheres lésbicas, em busca de espaço para compartilharem as subjetividades de suas experiências, uniram-se a grupos feministas e, em 1980, uma dissidência do Somos fundou o Grupo Ação Lésbica-Feminista. Estas mulheres estavam descontentes com a maneira que eram tratadas dentre os homens homossexuais, sendo chamadas de “rachadas”. Outro motivo de descontentamento era o fato de muitos dos militantes masculinos tratarem-se no feminino, além de haver disputas por espaços de poder entre homens e mulheres (McRae, 2018, e Oliveira, 2017).

A proposta da Constituição Federal de 1988 promoveu condições para aumentar a participação social em políticas públicas. Foram feitas reivindicações, pelos grupos Triângulo Rosa, Grupo Gay da Bahia e Grupo Libertos, aos integrantes da Assembleia Nacional Constituinte para que a Constituição versasse sobre proibição de discriminação contra a população LGBTQI+ (Canabarro, 2017, e Feitosa, 2018). No entanto, a versão final documento não trouxe indiscutível posicionamento contrário às práticas de LGBTQI+fobia e não definia a orientação sexual ou a identidade de gênero como direitos livres de serem gozados por todos os cidadãos brasileiros (Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2017).

Mesmo a Lei 7.716, de 05 de janeiro de 1989, que teria vindo para regulamentar a igualdade proposta pela Constituição, não fazia menção a discriminações por razão de orientação sexual ou identidade de gênero, apesar de pressões de atores sociais ligados à causa LGBTQI+ (Canabarro, 2013).

Entre 1992 e 2005, o Brasil teve enquanto chefes do Poder Executivo Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, que implantaram agendas neoliberais. As dinâmicas estabelecidas anteriormente entre Estado e movimentos sociais foram radicalmente modificadas na terceira onda descrita por Feitosa (2018).

O Estado brasileiro teve sua participação social diminuída, de forma que muitas de suas atribuições passaram a ser assumidas pelo mercado e pela sociedade civil. Como resultado disto, organizações não-governamentais desenvolveram-se dentro dos movimentos sociais, com atuação de complementaridade ao Estado. Apesar disto, o movimento LGBTQI+ manteve-se organizado de forma híbrida, entre as referidas ONGs e coletivos informais, sendo os dois tipos de movimentações promotores de pressões para a garantia de direitos. O financiamento nacional e internacional destas organizações foi importante para o ganho de robustez de suas ações. Encontros e paradas do orgulho LGBTQI+ tornaram-se viáveis a partir do recebimento de recursos financeiros (Feitosa, 2018).

A transição para a fase seguinte, denominada por Feitosa (2018) como tsunami LGBTQI+, deu-se com a criação da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT). Assembleias e câmaras legislativas começaram a aprovar leis de proibição da homofobia e criam-se conselhos de políticas públicas, aumentando a participação social nas definições estatais (Feitosa, 2018). Esta movimentação deu-se a partir da incorporação de reflexões sobre gênero e sexualidade propostas pelo movimento LGBTQI+ nas pautas levadas ao Estado e seus representantes. Aumentou-se o número de candidaturas a cargos eletivos oriundas da população LGBTQI+, intensificou-se a participação em propostas legislativas e expandiu-se a ocupação de espaços de diálogo sobre políticas públicas (Bulgarelli, 2018, e Fachinni, 2018).

Fachinni (2018) detalha os desenvolvimentos destas mudanças. A autora as nomeia como a intensificação pela busca do estabelecimento das identidades lésbicas e bissexuais, o aumento considerável da visibilidade do movimento por meio das paradas do orgulho e abriu-se campo para o reconhecimento e acolhimento institucional das demandas de pessoas trans, começando pelas travestis. No início do século XXI, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) passou a reconhecer que parceiros gays também tinham direito a receber pensões no caso de falecimento ou detenção de seus parceiros (Canabarro, 2013)

Os governos federais conduzidos por membros do Partido dos Trabalhadores, Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, promoveu estreita aproximação entre o movimento LGBTQI+ e o Estado, havendo ativistas ocupando cargos de gestão em políticas públicas e observando-se o crescimento da participação social nas definições destas políticas (Bulgarelli, 2018). Este foi o contexto propício para a elaboração e publicação do Programa Brasil Sem Homofobia, de 2004, do Plano Nacional LGBT, do estabelecimento da Coordenação-Geral de Promoção de Direitos LGBT vinculada à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e do Conselho Nacional LGBT (Feitosa, 2018). Alguns anos depois, como resolução da III Conferência LGBT, de forma a acolher as vivências de outras pessoas, além de homossexuais, cunhou-se a categoria de LGBTfobia (Fachinni, 2018).

A última década foi marcada por intensas movimentações do Movimento LGBTQI+. O surgimento e consolidação de redes sociais trouxe mais pessoas e mais temas para o palco de debates. Pode-se dizer que o ciberativismo tem características próprias que o diferenciam do ativismo feito anteriormente, inclusive na estruturação das ideias (Bulgarelli, 2018) e a comunicação delas, por memes, por exemplo (Fachinni, 2018). Um dos fatores a contribuir para esta demanda é o contexto político atual, com o avanço do conservadorismo e a redução na crença em instituições públicas (Bulgarelli, 2018).

Conforme aumentou o acesso à internet e ao ensino superior, mais pessoas passaram a incorporar o movimento. Tornou-se mais viável atuar de maneira independente e investir novamente na transgressão como forma de agir politicamente (lacração, por exemplo). A localização dos corpos e das experiências de vida passou a ser fator essencial para o posicionamento das pessoas na internet e multiplicam-se questionamentos sobre os locais de fala. Mais vozes somaram-se ao coro e foram trazidas as visões de pessoas periféricas, além mães e pais de LGBTQI+s (Fachinni, 2018).

As pessoas trans ampliaram de forma significativa suas visibilidades e identidades. Foi conquistada a despatologização de suas existências, fato que fortaleceu as possibilidades de diálogos

sobre relações afetivas, sobre vivências dos corpos e as diferenças sociais e territoriais entre as experiências destas pessoas. Estes sujeitos, a partir de suas mobilizações políticas, garantiram para si o direito de retificação de seus nomes de registro, sem necessariamente passarem pela anuência médica (Fachinni, 2018).

As conferências LGBT tiveram três edições, em 2008, 2011 e 2016. O empenho dos governos federais na realização dos eventos sinalizava interesse na proposição e execução de políticas públicas voltadas para a população LGBTQI+. Um dos indicativos desta avaliação é o fato de a III Conferência LGBT ter sido promovida em cenário amplo de encontros voltados para os direitos humanos, acontecendo ao mesmo tempo em que ocorriam também a 12ª Conferência Nacional de Direitos Humanos, a 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, entre outras (Feitosa, 2018). Esta edição do evento caracterizou-se por esperança generalizada entre os participantes em relação às possibilidades abertas na parceria com o governo federal. O clima da edição seguinte era diferente, demonstrando descontentamento com a forma que foram conduzidas as propostas feitas três anos antes. Por fim, a última Conferência foi muito particular, por ocorrer em momento de instabilidade política instaurada às vésperas do impeachment de Dilma Rousseff (Bulgarelli, 2018).

O governo vinha sendo exigido, por setores conservadores e religiosos, a posicionar-se contra o avanço de direitos sexuais e reprodutivos. A presidenta era pressionada, também, pelas constantes acusações de corrupção direcionadas ao seu partido, culminando com volumosas manifestações de rua (Fachinni, 2018). Nesta confluência de fatores, foram estabelecidas alianças com parlamentares conservadores e, como observaram lideranças LGBTQI+s, foram reduzidas drasticamente as ações voltadas para esta população (Bulgarelli, 2018).

Os anos que se sucederam ao impeachment de Dilma Rousseff são entendidos como de “refluxo participacionista” por Feitosa (2018). Observou-se ataque direto às garantias conquistadas e às ações de combate às desigualdades sociais estabelecidas anteriormente, como reflexos da movimentação política organizada para o impeachment (Bulgarelli, 2018, e Fachinni, 2018).

Os governos Temer e Bolsonaro não se mostraram amigáveis ao acolhimento das pautas trazidas por grupos “marginalizados” (Feitosa, 2018) e ataques à cidadania conquistada são constantes, como a fala da Ministra dos Direitos Humanos, Damares Alves, sobre como meninas usam rosa e meninos usam azul, em oposição à supostamente existente “ideologia de gênero”.

Para alguns autores, como Green et al. (2018), a movimentação que culminou com a saída de Dilma Rousseff da presidência da república foi um “golpe jurídico-parlamentar-empresarial” com impactos em diferentes camadas da sociedade. Eles destacam como manifestações artísticas foram proibidas pelo Poder Judiciário, como juízes autorizaram-se a retomar a associação das homossexualidades e transgeneridades a patologias, como professores são acusados de serem doutrinadores da “ideologia de gênero” e perseguidos por pessoas influenciadas por parlamentares de bancadas fundamentalistas das casas legislativas nacionais, estaduais e municipais, ao mesmo tempo em que o Brasil avança como um dos países mais violentos contra a população LGBTQI+.

O fato de a 4ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais ainda não ter sido realizada é significativo do momento político brasileiro atual. O Decreto nº 9.453 de 31 de julho de 2018 agendou o evento para novembro do ano passado (Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2018, em Melo, Amorim, Braga, Polejack & Seidl, 2019). No entanto, movimentações parlamentares impediram a realização da Conferência, sob a alegação de que esta afrontaria os bons costumes da sociedade brasileira (Melo et al., 2020).

As organizações LGBTQI+s não cessaram seus exercícios de pressão e marcação presença no debate público. Fortalecem-se, na contemporaneidade, candidaturas políticas e multiplicam-se influenciadores digitais. As lideranças devem lidar com clima de medo provocado pelo ataque aos direitos sociais ganhos. Outro fator dificultador do processo é a crescente falta de crença nas instituições, articulada pelo crescimento de movimentos conservadores, que, no atual cenário brasileiro, defendem estruturas sociais verticais e rígidas. Ainda assim, pessoas que foram silenciadas por décadas agora

recusam-se a se calarem (Fachinni, 2018). Bulgarelli (2018) destaca como as candidaturas e travestis e mulheres trans, pelo Partido Socialismo e Liberdade, simbolizam uma resposta da coletividade às investidas de opressão. Este foi o contexto em que se desenvolveu esta pesquisa.

O Movimento LGBTQI+ deve ter seu lugar reconhecido enquanto promotor de transformações na sociedade brasileira nos últimos quarenta e dois anos. Estas pessoas estiveram presentes em momentos marcantes de nossa democracia, como os atos de rua das Diretas Já. Não saíram da rua e se mantêm ali com as Paradas do Orgulho. Ocuparam os espaços digitais e ampliam, diariamente, o alcance de suas vozes (Green et al., 2018)

1.2: Movimento LGBTQI+ no Distrito Federal na Contemporaneidade

O movimento LGBTQI+ no Distrito Federal é múltiplo e diverso. Há inserções dos ativistas desde instâncias institucionais, como o Gabinete 24, do Deputado Fábio Félix, na Câmara Legislativa do Distrito Federal, até expressões artísticas, como o Distrito Drag. No Anexo IV, destacam-se algumas destas organizações.

A recência da fundação das organizações LGBTQI+ chama a atenção. Com exceção do Brasília Orgulho, todos foram fundados já no século XXI. Sete deles iniciaram suas atividades após o período identificado por Feitosa (2018) como tsunami de participação social LGBTQI+.

O cuidado com a saúde da população LGBTQI+, inserido em redes de articulação de suporte social, é proposta de alguns destas ações, como o Gabinete 24, a ANTRA, o IBRAT e o Mães pela Diversidade. Estes agentes fazem-se presentes junto aos governos distritais e federais (no caso das organizações de amplitude nacional) para promover as pautas de garantias de direitos sociais da população LGBTQI+. No dia cinco de outubro de 2020, foi estabelecida a Frente Parlamentar LGBTI+ na Câmara Legislativa do Distrito Federal e conta com os deputados Fábio Félix (PSOL), Arlete Sampaio (PT) e Leandro Grass (REDE).

A psicologia brasileira é ativa nesta rede. Em maio de 2019, a Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia promoveu evento que abordou a garantia de direitos fundamentais e a importância da saúde mental da população LGBTQI+, com a participação ativa de representantes de movimentos sociais nas mesas de debate (Conselho Regional de Psicologia do DF, 2019).

O Governo do Distrito Federal, por meio da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), publicou estudo sobre a população LGBTQI+ local. Documento único até o momento, seu foco é o mapeamento das violências sofridas pela população LGBTQI+ no Distrito Federal.

A CODEPLAN, a partir da compilação de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), identificou o número de famílias com relacionamento homoafetivo no Distrito Federal. Em 2013, este número era de 5386 pessoas. Considerando o coeficiente de variação de 33,2%, ele oscila entre 1879 e 8892 pessoas. A equipe de pesquisa destaca que, no Brasil, até o momento, não existe levantamento detalhado sobre a população LGBTQI+ nacional (Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2017).

Os dados sobre violência foram organizados a partir de duas fontes: registros no Disque 100¹ e boletins de ocorrência registrados junto à Polícia Civil. A partir das informações do Disque 100, coletadas entre 2011 e junho de 2016, o pico de denúncias foi em 2012, com 236 casos. O primeiro semestre de 2016 foi o momento com o menor número de registros, totalizando 17. Grande parte dos denunciantes são homens, embora tenha-se notado aumento de comunicações feitas por mulheres. As idades destas pessoas concentravam-se na faixa entre 18 e 30 anos. As categorias com a maior incidência de casos eram discriminações e violências psicológicas, seguidas pela violência física. O ambiente doméstico, tanto da vítima quanto do ofensor, concentrou a maior parte das denúncias.

¹ Disque 100 é serviço do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, para acolhimento e encaminhamento de denúncias de violências contra mulheres, idosos, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, em razão de raça/etnia, orientação sexual e identidade de gênero. (Disque 100, s.d.)

Destaca-se que também foram registradas violações de direitos em aparelhos de atendimentos públicos (Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2017).

A Polícia Civil contribuiu para o estudo da CODEPLAN com dados compreendidos entre janeiro de 2015 e agosto de 2016. Neste intervalo de tempo, registrou-se 408 boletins de ocorrência, constando em muitos deles mais de um crime cometido, sendo injúria, ameaça e lesão corporal dolosa as mais comuns. O Plano Piloto foi a região com o maior número de casos, contanto com um quarto das ocorrências. Apesar de ter sido criada em janeiro de 2016, a Delegacia Especial de Repressão aos Crimes por Discriminação Racial, Religiosa ou por Orientação Sexual ou Contra a Pessoa Idosa ou Com Deficiência (DECRIN) recebeu apenas 5 ocorrências (Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2017). Cerca de 80% dos registros não traziam dados sobre a identidade de gênero do denunciante. 72% dos boletins de ocorrência não especificava a orientação sexual da pessoa que procurou a delegacia (Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2017).

Apesar do reconhecimento da própria CODEPLAN sobre como segmentos específicos da sociedade têm demandas próprias a serem olhadas pelo Estado e como este tratamento é conquista do estado democrático de direito (Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2017), o estudo realizado conta com poucos dados sobre as minúcias da população LGBTQI+. Não há dados sobre escolaridade, empregabilidade, moradia, renda, cultura ou acesso a serviços públicos para além da segurança. Não há dados sobre as diferenças de vivências entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros.

O movimento LGBTQI+ no Distrito Federal depara-se, também, com a dificuldade de acesso a dados produzidos por instituições públicas que abarquem a complexidade desta população. Melo et al. (2020) afirmam como a compreensão integral da complexidade da população LGBTQI+, em suas minúcias é essencial para o planejamento e a implementação satisfatórios de políticas públicas. A semelhança dos discursos em busca por garantia de direitos não é sinônimo de homogeneidades das subjetividades (Freire et al., 2013, em Melo et al., 2020).

Capítulo 2 - Cidadania LGBTQI+

A homossexualidade deixou de ser considerada patologia em quatro momentos, no âmbito internacional. O primeiro deles foi em 1973, quando a Associação Psiquiátrica Americana se posicionou sobre o assunto. Dois anos depois, em 1975, a Associação de Psicologia Americana adotou a mesma postura. Em 1987, a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais retirou a homossexualidade da categoria de parafilias. Seis anos depois, O CID-10, editado e publicado pela Organização Mundial da Saúde, excluiu a homossexualidade do rol de doenças (Mattias, 2007). Na década de 1980, grupos LGBTQI+s brasileiros, como o Grupo Gay da Bahia, mobilizaram-se junto ao CFM para trazer estas concepções para território nacional (Fachinni, 2018), tendo logrado sucesso na campanha, que também culminou com a exclusão da categoria 302,0 do catálogo de doenças do INAMPS (McRae, 2018).

A Constituição Federal foi um marco da transição feita pelo Brasil nos anos subsequentes ao fim do regime ditatorial militar, com redação voltada para a garantia de direitos sociais. Reconhecida como a mais democrática já vista na história brasileira, ela inicia-se afirmando que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos de nossa sociedade. O artigo 5º talvez seja um dos mais representativos da intenção dos constituintes de proteção de direitos, ao postular a igualdade de todas as pessoas residentes no território brasileiro, sendo a vida, a liberdade e a igualdade direitos invioláveis. Para este estudo, é de especial interesse a proposta do artigo 196, ponto de partida para a fundação do Sistema Único de Saúde como conhecemos atualmente. A saúde é definida como direito universal de todos os cidadãos e dever do Estado, que deve assegurar o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Constituição, 1988, p. 102). Apesar disto, este documento não aborda de forma direta os direitos de orientação sexual e identidade de gênero, como fora exigido por movimentos sociais da época (Constituição, 1988; Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2017).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 foi promulgada com o objetivo de regulamentar as proposições do artigo 196 da Constituição. Assim, seu texto reforça o caráter de direito humano do acesso universal à saúde, que deve ser assegurado pelo Estado (Prado e Sousa, 2017). Os entes estatais têm a obrigação de formular e executar políticas econômicas e sociais para garantir a redução de agravos de saúde e garantir à toda a população o acesso a tais ações (Lei 8.080, 1990). Este posicionamento é radicalmente diferente de seus anteriores. Autores como Polejack et al. (2015) destacam o caráter “curativo, pontual e higienista” (p. 34) das políticas de saúde anteriores à redemocratização. O Ministério da Saúde destaca que a assistência médica sanitária é uma das várias possibilidades de serviços oferecidos pelo SUS, parte integrante do Sistema de Seguridade Social (Ministério da Saúde, 2013). As pactuações em saúde contemporâneas concebem, em suas bases, a participação social, em consonância com os preceitos democráticos do Estado brasileiro (Polejack et al., 2015).

O SUS foi fundado em conceitos associados às compreensões atuais de promoção de saúde, no sentido de aumento dos estados de bem-estar dos sujeitos, com estratégias não necessariamente voltadas a adoecimentos específicos (Czeresnia, 2009). Destaca-se que a palavra “promoção” aparece no artigo 5º, inciso III da Lei 8.080, associada à integração das ações de assistência e prevenção. A universalidade de acesso, a integralidade e igualdade de assistência em saúde, a preservação da autonomia do cidadão e o direito à informação são princípios do SUS, em todos os seus aparelhos de atendimento. Ademais, o entendimento de que a saúde é determinada por questões sociais, culturais, socioeconômicas culmina com a responsabilização intersetorial. (Lei 8.080, 1990).

A Lei Orgânica do Distrito Federal foi aprovada em 8 de junho de 1993, fundada nos valores da plena cidadania e da dignidade da pessoa humana. O documento posiciona-se contrário a quaisquer formas de discriminações, inclusive de orientação sexual. Além disso, são afirmadas como objetivos prioritários do DF a garantia e promoção dos direitos celebrados na Constituição Federal e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a promoção do bem de todos os cidadãos, além da garantia de condições dignas de vida. A atenção à saúde, enquanto dever do Estado e serviço público, deve

ser prestada sem distinções entre pessoas, visando o bem-estar físico e garantindo o acesso universal e igualitário, devendo ser o sujeito atendido em sua integralidade (Lei Orgânica do Distrito Federal, 1993).

A Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 001/99, de 22 de março de 1999 orienta aos profissionais da área que utilizem seus conhecimentos para enriquecer a reflexão sobre preconceitos e discriminações de pessoas homossexuais. Além disto, são vetadas práticas de conversão e proíbe-se a convivência com propostas de “cura” das homossexualidades, afinal não é possível curar algo que não é uma doença (Conselho Federal de Psicologia, 1999).

O Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais e de Promoção da Cidadania de Homossexuais, mais comumente conhecido como “Brasil sem Homofobia” (BSH) foi lançado em 2004. A proposta do programa era a de combate às violências cometidas por motivos de orientação sexual e identidade de gênero, em paralelo ao fortalecimento dos direitos da população LGBTQI+. Dentre as ações definidas pelo Brasil sem Homofobia, destacam-se o apoio a instituições públicas e ONGs que atuam com a população alvo, capacitação de profissionais para a defesa dos direitos humanos, aumento das informações sobre a população LGBTQI+ e seus direitos, além do acolhimento de denúncias de violações de direitos (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004).

O BSH apoia-se nos princípios de trazer a perspectiva de não discriminação para as políticas públicas, produzir conhecimento base para a proposição e execução de ações de combate à violência e violação de direitos, afirmando somente ser possível promover e garantir os direitos humanos desenvolvendo-se ações de combate a toda forma de discriminação. No programa de ações, destaca-se, para este estudo, o item VI, relativo ao direito à saúde. Propôs-se a formalização de Comitê Técnico de “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, no âmbito do Ministério da Saúde, responsável por elaborar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, a partir de proposições feitas pelo próprio movimento (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004).

O tsunami LGBT no Brasil (Feitosa, 2018) teve enquanto fruto a aprovação do PLC 122/2006 na Câmara dos Deputados. O projeto tinha enquanto objetivo ampliar o escopo da Lei 7.716/1989 e inserir nela também os crimes de discriminação por gênero, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero (Bernardi, 2006). O PLC 122/2006 foi arquivado, em 2016, pela Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal (Viapiana, 2020).

Feitosa (2018) identifica como houve outros marcos para a população LGBTQI+, como a Lei de Identidade de Gênero (Lei João W Nery, nº 5002/2013), proposta Jean Wyllys (PSOL - RJ) e Erika Kokay (PT - DF). Em 2016, como conquista da III Conferência LGBT, foi promulgado o Decreto Presidencial nº 8.727, reconhecendo a identidade e o nome social de pessoas trans, estando todos os servidores de órgãos da administração pública federal obrigados a respeitar o disposto no documento (Decreto nº 8.727, 2016, e Feitosa, 2018).

O Distrito Federal e sua sociedade posicionaram-se em consonância às movimentações nacionais de duas décadas atrás. Em 26 de outubro de 2000, foi aprovada a Lei 2.615, que considerava passíveis de sanções ações compreendidas como discriminatórias em razão de orientação sexual. A lei ficou sem regulamentação até o ano de 2017, quando o ex-governador Rodrigo Rollemberg editou o Decreto 38.923/2017. A Câmara Legislativa aprovou o Decreto Legislativo 2.146/2017, que sustou a eficácia da norma do Executivo local. O PSOL e a Procuradoria Geral do Distrito Federal, a pedido de Rodrigo Rollemberg, ajuizaram no STF ações com o objetivo de derrubar o decreto legislativo (Batista, 2017, e Notícias STF - STF - Supremo Tribunal Federal, 2017). Com base no inciso IV do artigo 3º da Constituição Federal, o Plenário do Supremo Tribunal Federal decidiu ser inconstitucional do Decreto 2.146/2017, por unanimidade, entrando em vigor os termos da Lei 2.615 em novembro de 2020.

Também em 2017, o Governo do Distrito Federal editou o Decreto nº 37.982, de 30 de janeiro de 2017. Nele, é garantido o direito ao uso do nome social a pessoas trans na administração pública do DF (Decreto nº 37.982, 2017). Na mesma data, a Secretaria de Estado de Saúde do DF publicou a

Portaria nº 30 de 30 de janeiro de 2017, com o mesmo objetivo. Destaca-se, neste documento, que o nome social deve constar em prontuários e em chamadas orais para atendimentos. A inclusão do nome social nos registros pode ser feita no sistema da SES a qualquer momento por pedido do usuário, sem a necessidade da mudança prévia no registro civil (Portaria nº 30, 2017).

O Conselho Federal de Psicologia foi novamente impactado por mobilizações sociais e, em 2018, trouxe a Resolução nº1, de 29 de janeiro de 2018. Nela, a exemplo da Resolução 01/99, é orientado a profissionais da psicologia que usem suas atuações para promover reflexões para a eliminação da transfobia. São proibidas práticas de discriminação e preconceito a pessoas trans e travestis, assim como práticas que perpetuem a patologização destas identidades e ações de reversão, readequação ou reorientação de identidade de gênero (Conselho Federal de Psicologia, 2018). Esta medida do CFP representa vanguarda no cenário mundial de saúde mental, pois somente no ano seguinte a transexualidade deixou de ser considerada patologia pela OMS, em reedição do CID 11 ("OMS retira a transexualidade da lista de doenças mentais", 2019). No mesmo ano, o Supremo Tribunal Federal entendeu que, diante da omissão do Congresso Nacional para editar lei de criminalização da LGB-TQI+fobia, cabia àquela corte equiparar esta discriminação à cometida em atos de racismo (Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão 26, 2019).

As figuras a seguir ilustram o trajeto descrito.

Figura 1

Marcos nacionais de cidadania LGBTQI+

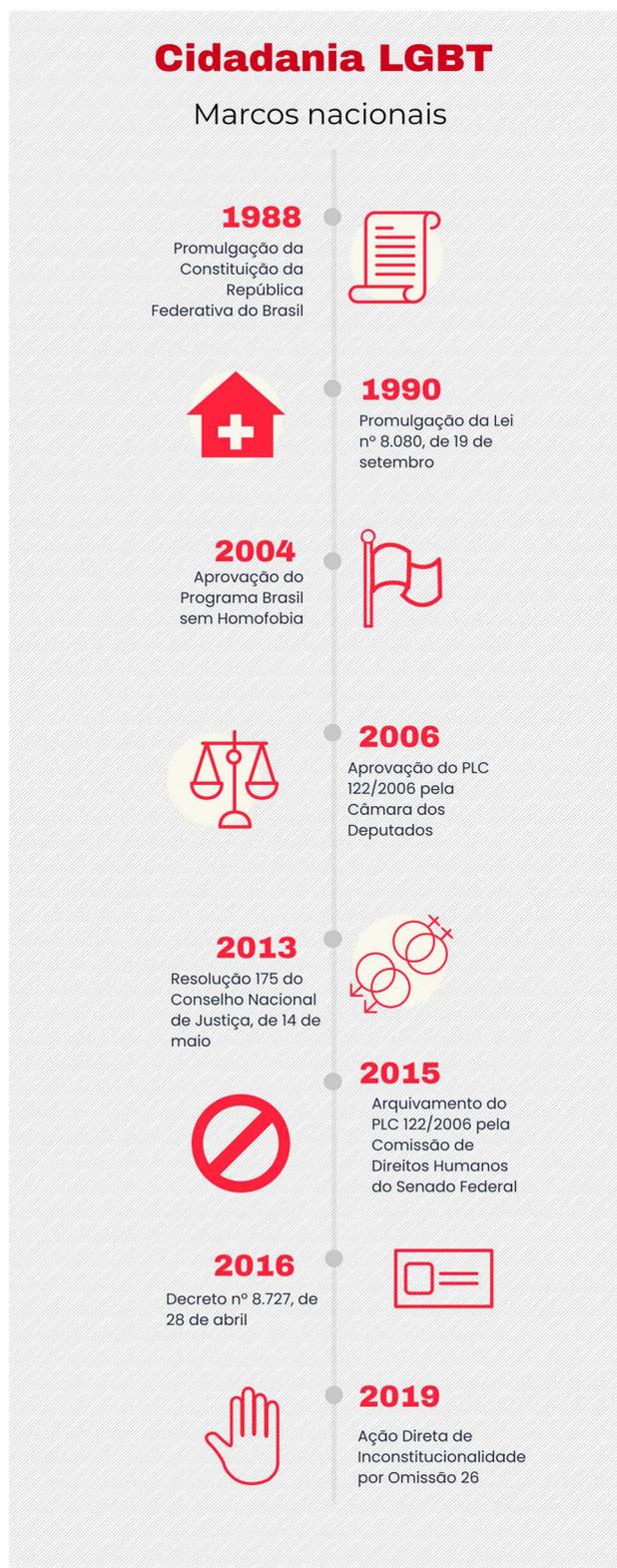


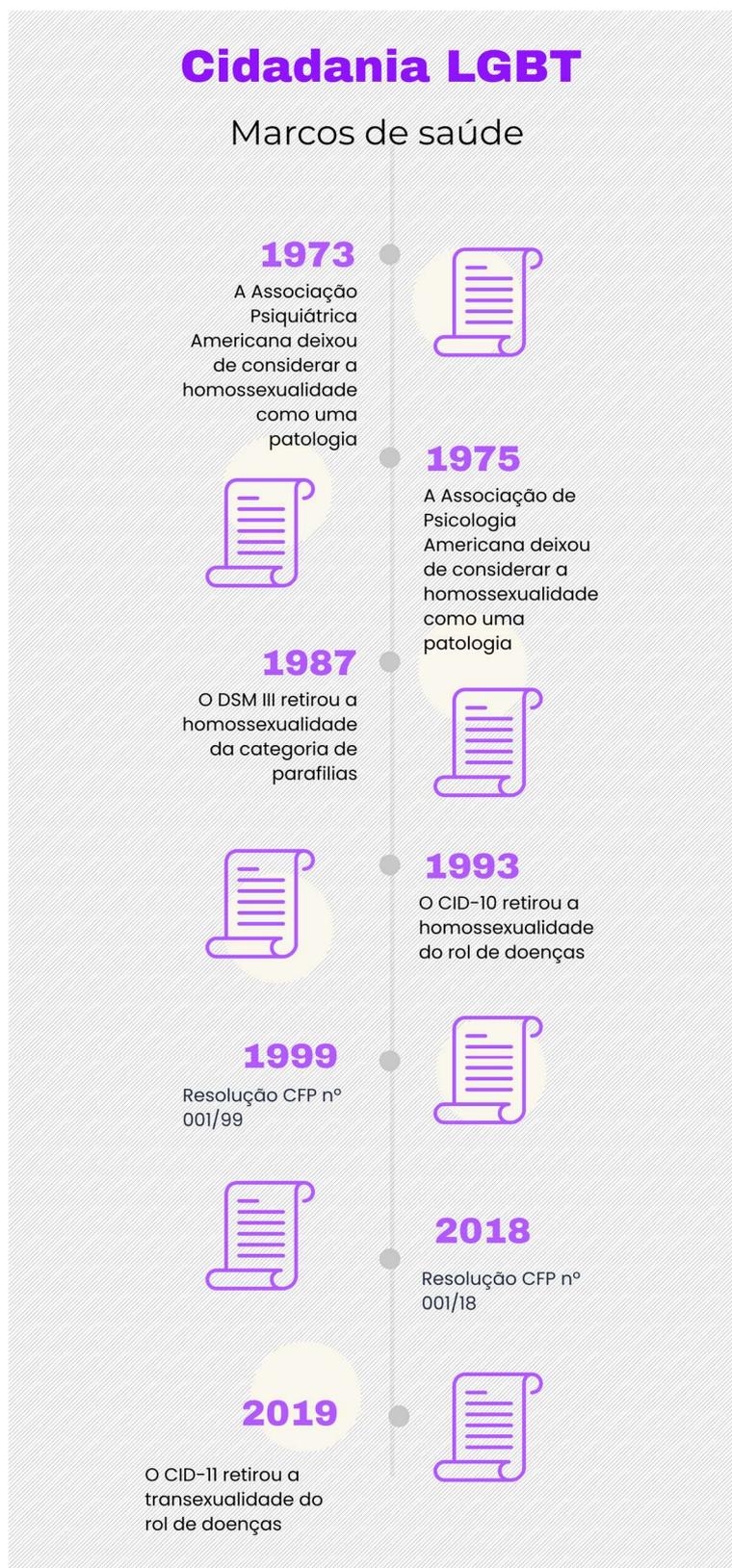
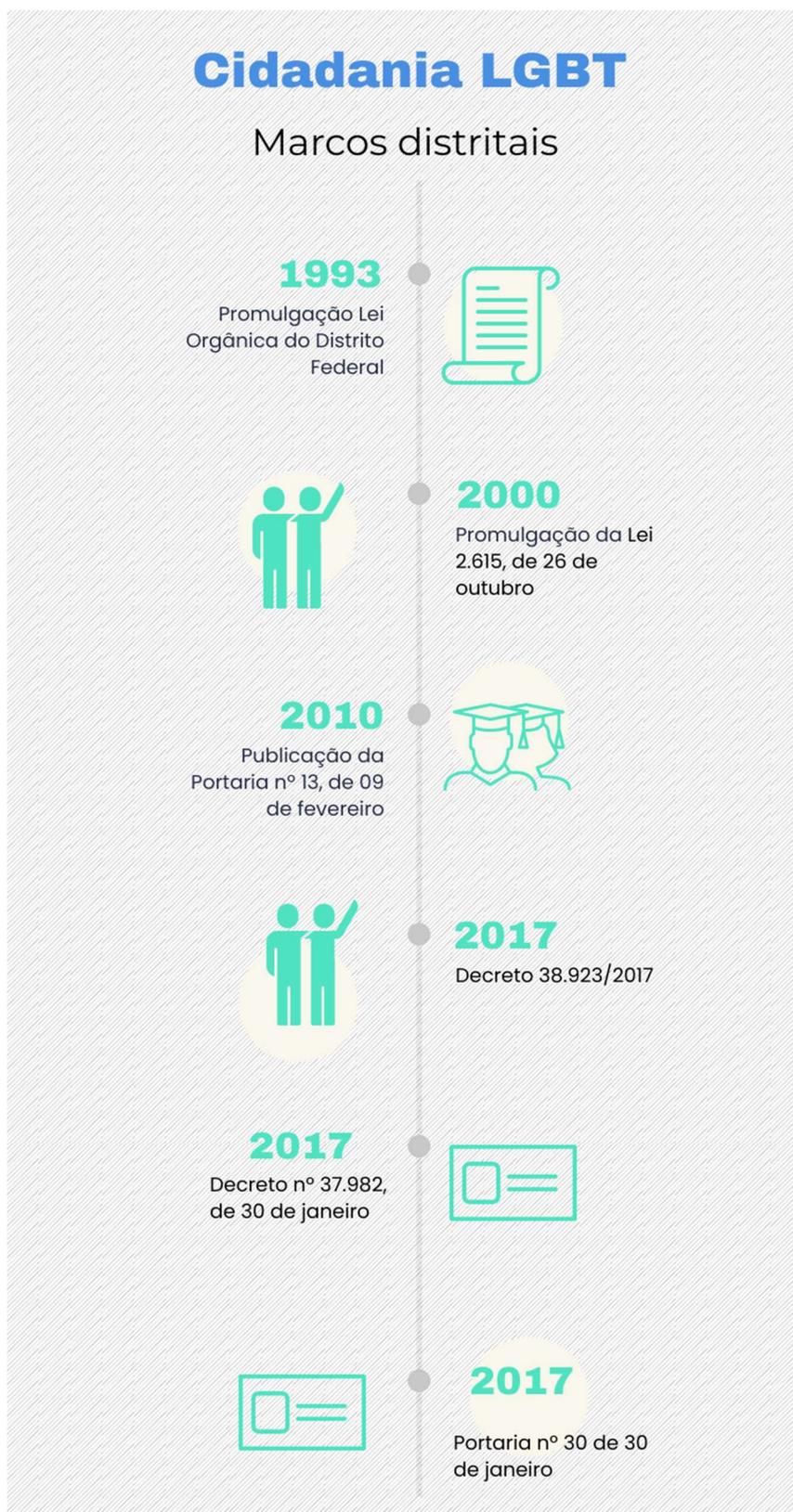
Figura 2*Marcos de saúde LGBTQI+*

Figura 3

Marcos distritais de cidadania LGBTQI+



Os marcos de cidadania para a população LGBTQI+, conforme observado, são numerosos. Enquanto pesquisadores, ativistas e representantes da sociedade civil, temos o dever de nos comprometermos com a manutenção e ampliação dos direitos destas pessoas, posicionando-nos frente a qualquer ameaça de retrocessos.

Capítulo 3 – Saúde LGBTQI+ e Compromisso Social da Psicologia

3.1 - Saúde LGBTQI+

A estruturação do Sistema Único de Saúde foi marcante na história brasileira, na medida em que propôs radical mudança em relação aos modelos anteriores de saúde. Se antes as perspectivas estavam centradas em hospitais, na proposta de cura e na figura das médicas, sendo os serviços organizados de tal forma que grande parte da população não tinha acessos a eles (Silva & Lima, 2005, em Mello et al., 2011), a Lei 8.080 de 1990 retomou preceitos da Constituição Federal recém promulgada para propor universalidade, integralidade e equidade. Esta tríade de princípios deve ser observada para a elaboração e efetivação de toda e qualquer política pública em saúde, especialmente aquelas voltadas para segmentos sociais marginalizados (Mello et al., 2011).

A sociedade brasileira é organizada em torno de preceitos heterocisnormativos, ainda na contemporaneidade. Enquanto cultura, reservamos o privilégio de definir as noções de certo e errado às pessoas adequadas aos referidos preceitos, que tendem a dar continuidade aos modelos de exclusão daquelas diferentes delas mesmas, regulando os corpos a partir de concepções binárias e biológicas de gênero. Assim, a população LGBTQI+ vê-se diante da demanda de reivindicar a efetivação de seus direitos, negados por uma sociedade conservadora, machista, fundada em valores religiosos e naturalizantes, capaz de aprofundar os estados de vulnerabilidade social também a partir de marcadores étnicos e econômicos (Prado e Sousa, 2017; Santos et al., 2015; Silva et al., 2017).

As profissionais de saúde brasileiras são socializadas em contexto LGBTQIfóbico, onde as diferenças entre orientação sexual e identidade de gênero são confundidas, concentrando a população LGBTQI+ em um grupo invisibilizado em suas particularidades. Estas profissionais são chamadas a refletirem sobre suas práticas, de forma a efetivar os princípios do SUS no atendimento destas pessoas (Angonese & Lago, 2017). Garantir e aprofundar os mecanismos de participação social, a fim de garantir que sejam ouvidas as vozes das cidadãs é apontada como maneira mais interessante de promover as mudanças necessárias ao Sistema Único de Saúde (Arán, Murta e Lionço, 2009). Tal

posicionamento somente é viável de ser concretizado na forma de políticas públicas se as gestoras partirem do pressuposto que saúde compreende a dimensão biológica do ser humano, mas também as dimensões históricas, sociais e culturais, estando o espectro saúde-doença sujeito à influência de dinâmicas coletivas, onde se inserem as sujeitas individuais (Mello et al., 2011).

Para efeitos de posicionamento epistemológico e profissional, adotar-se-á a definição de políticas públicas de Polejack et al. (2015). As autoras compartilham do entendimento de que “ações, programas, projetos, regulamentações, leis e normas” (p. 32) estatais desenvolvidas a partir do reconhecimento de desigualdades sociais e com a proposta de minimizá-las entram no escopo das políticas públicas. As agentes promotoras de tais propostas podem ser públicas, mas também atrizes da sociedade civil trabalhando em parceria com o Estado, tendo o desenvolvimento social como principal alvo (Polejack et al., 2015).

Complementando a proposta anterior, Gonçalves (2014b) delinea associação entre garantia de direitos e políticas públicas, nas dimensões de saúde, educação e lazer, por exemplo. Caracterizar tais políticas como públicas evidencia a concepção de que cabe ao Estado proteger os direitos das cidadãs, inclusive promovendo reparações históricas de dinâmicas de iniquidade, com a participação das pessoas diretamente interessadas e afetadas por tais. Outro fator capaz de proteger a estrutura democrática de nosso Estado é a participação social na propositura e na fiscalização de políticas públicas (Gonçalves, 2014b, Gonçalves, 2014c, e Polejack et al, 2015).

Políticas públicas são a concretização de projetos de governos, promovendo mudanças concretas na sociedade a partir do que foi pactuado e eleito em processo democrático, em medidas curtas, médias e longas de tempo. Considerando o aspecto democrático, é necessário firmar as políticas públicas para além dos mandatos de governos, estruturando projetos mais amplos de nações a partir da participação da própria população (Mello et al., 2011).

A fim de possibilitar a prática do controle social de políticas públicas, é necessário promover o processo de empoderamento das sujeitas na condição de cidadãs. Este processo passa pela educação

permanente das trabalhadoras, partindo de um compromisso social das categorias profissionais com a sociedade e com os serviços públicos, atravessa o reconhecimento das cidadãs enquanto pessoas capazes de exercer influência sobre o Estado e culmina com o exercício do protagonismo social, na forma de proposições e acompanhamento de políticas (Polejack et al., 2015).

Albuquerque et al. (2013), em revisão bibliográfica, correlacionam o estado de vulnerabilidade da saúde da população LGBTQI+ ao preconceito e à discriminação impostos a estas pessoas. Apesar de ser reconhecido o avanço de políticas de defesa de direitos, ocorrido a partir do começo da primeira década do século XXI, questiona-se os efeitos práticos destas propostas, visto que o Relatório de Violência Homofóbica (Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2016) reporta a prática de discriminação em atendimentos em aparelhos públicos de saúde.

Prado e Sousa (2017) ressaltam a importância das lutas dos movimentos sociais ocorridas durante o período da Ditadura Militar brasileira para a saúde da população LGBTQI+. As dinâmicas estabelecidas pelo governo daquela época reverberam até hoje na estrutura de nossa sociedade, como a negação de direitos a determinados segmentos da sociedade. Como resposta dos modelos higienistas ditatoriais, os movimentos sociais passaram a pautar noções diferentes para o conceito de saúde e propuseram acepções mais amplas, que englobassem propostas além da ausência de doenças, mas também a busca por bem-estar global, compreendendo também aspectos psicossociais (Prado & Sousa, 2017). O conceito de promoção da saúde (Czeresnia, 2009) aparece, então, enquanto pauta dos próprios movimentos sociais, associado à busca da redução dos efeitos das vulnerabilidades decorrentes da marginalização para estas pessoas (Prado & Sousa, 2017).

A publicação do Programa Brasil Sem Homofobia, em 2004, sinalizou interesse do governo federal em pautar políticas públicas voltadas para este seguimento populacional (Cardoso & Ferro, 2012). O Ministério da Saúde (2013) reconhece como as discriminações e violências motivadas por orientação sexual e identidade de gênero como fatores prejudiciais à saúde da população LGBTQI+.

A partir daí, institui-se a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT), construída em parceria com representantes do movimento LGBTQI+ brasileiro (Cardoso & Ferro, 2012), seguindo a proposta de equidade presente na Constituição e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde, acompanhando as pactuações feitas no BSH e tendo sido submetida a consulta pública antes da aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2013).

O posicionamento do governo brasileiro, à época, estava de acordo com os Princípios de Yogyakarta (2006). A partir desta pactuação, os Estados passaram a ser responsáveis pela garantia a serviços de alta qualidade nos âmbitos da saúde física e da saúde mental, em suas integralidades e de forma equitativa, sem preconceitos. Além disto, é dever estatal implementar políticas como o BSH, de combate a toda ordem de discriminações e marginalizações por orientação sexual e identidade de gênero, na medida em que estes problemas sociais se refletem em prejuízos para a saúde dos cidadãos. O Brasil reconheceu seu compromisso com os Princípios de Yogyakarta nos Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (Brasil 2010), assegurando a universalidade dos direitos sexuais.

A Portaria nº1.707, de 18 de agosto de 2008, do Ministério da Saúde, instituiu o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde. Os serviços oferecidos à população trans compreendem ações ambulatoriais, cirúrgicas e de cuidados ampliados, oferecidos em aparelhos de atendimento devidamente credenciados (Mello et al., 2011). No Brasil, há cinco hospitais que oferecem atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia (GO); Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre (RS); Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (RJ); Fundação Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (USP); e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em Recife (PE) (Melo et al., 2020). Além deles, 23 unidades de atendimento ambulatorial completam a rede nacional (Coordenação de Promoção de Equidade em Saúde integrante da Gerência de Programas Especiais da SES de Goiás, 2015).

No entanto, apesar da quantidade de aparelhos especializados no oferecimento de atendimento a partir do Processo Transexualizador, a população trans continua em situação de risco e vulnerabilidade, pois ainda falta integração entre os serviços. E, apesar da existência desses centros especializados, os tratamentos oferecidos não são integrados entre si e entre a rede (Melo et al., 2020).

A PNSI LGBT transversalizou as ações do Ministério da Saúde, tendo ações voltadas para formação, participação social, promoção da saúde, prevenção e reabilitação. Associada ao Programa Mais Saúde, a Política foi parte de proposta ampliada do Governo Federal de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade destes. No documento de instauração da PNSI LGBT, os autores dão destaque à determinação social em saúde, reconhecendo como processos de desigualdade social impactam nos estados de bem-estar dos cidadãos, principalmente aqueles que apresentam marcadores de marginalização (Ministério da Saúde, 2013).

As reflexões do Ministério da Saúde encontram eco na literatura especializada em saúde LGBTQI+ (Cardoso & Ferro, 2012). Para muitas autoras, é necessário haver redução drástica das desigualdades para a efetivação satisfatória de políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros. Esta mudança social deve considerar fatores de renda, classe social, raça/etnia, estrutura e acesso a serviços, entendidos como os Determinantes Sociais em Saúde (DSS), fatores influentes sobre situações de proteção e risco para a saúde de uma sociedade (Prado & Sousa, 2017).

A compreensão sobre os DSSs pode ser associada à escolha epistemológica de buscar compreender a humanidade a partir das relações estabelecidas entre as pessoas, que se constroem em processos mútuos de trocas e influências; uma sujeita não existe sem a outra. Os aspectos históricos, mais próximos ou mais distantes temporalmente, são fatores importantes a serem considerados, então (Bicalho et al., 2009).

Polejack et al. (2015) postulam que as próprias noções de saúde são influenciadas por aspectos históricos comunitários, econômicos, políticos e culturais e tais diferenças devem ser consideradas

na elaboração de políticas públicas. Desta forma, passa a ser viável a proposição de políticas públicas em saúde mais alinhadas com as demandas dos usuários (Melo et al. 2020).

Considerando os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, entende-se que o último só pode ser concretizado a partir da reflexão aprofundada sobre os DSSs, na medida em que seguimentos sociais específicos apresentam demandas em saúde particulares a suas realidades sociais. A população LGBTQI+ é alvo de discriminação, violência capaz de produzir estados de sofrimento e adoecimento, além de estar associada à ocorrência de mortes (Prado & Sousa, 2017).

Cardoso e Ferro (2012) abordam o tema da LGBTQI+fobia (denominada como homofobia pelos os autores). Identifica-se o ódio infundado e generalizado direcionado a um grupo de sexualidades dissidentes, caracterizado pela praticante de LGBTQI+fobia como anormal ou inferior. Estas concepções são propagadas e reforçadas entre cidadãos, a nível pessoal, e em veículos de mídia, de maior ou menor alcance, como televisão e internet (Cardoso & Ferro, 2012). Como agravante, a LGBTQI+fobia reforça e é reforçada por outras ordens de preconceitos e marginalizações, como o racismo e o machismo (Ministério da Saúde, 2013).

Partindo destas compreensões, a PNSI LGBT associa o desenvolvimento social a prestação satisfatória de serviços em saúde. A Política tem como objetivo geral a promoção integral da saúde da população LGBTQI+, que compreende a eliminação do preconceito dentro das instituições e a efetivação do princípio de equidade do SUS. Para tanto, são consideradas, entre outros aspectos, as determinações da 13^a Conferência Nacional de Saúde, principalmente as referentes à inclusão de variáveis de orientação sexual e identidade de gênero nas análises em saúde, as propostas do Governo Federal da época de reduzir os contextos de desigualdade social e a necessidade de ampliação de serviços de atenção à população LGBTQI+ (Ministério da Saúde, 2013).

Dentre os objetivos específicos, cabe destacar os seguintes:

- I - Instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;
- II - Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;
- III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
- V - Monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;
- XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;
- XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;
- XX - Reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;
- XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral; (Ministério da Saúde, 2013, pp. 20 e 21).

Planos, programas e projetos de saúde públicos voltados para a população LGBTQI+ devem observar as diretrizes propostas pela PNSI LGBT, tais como o respeito aos direitos humanos destas pessoas, a promoção de sua cidadania, a eliminação da LGBTQI+fobia, a redução dos sofrimentos destas pessoas, incluindo aqueles determinados socialmente, a proposição de ações de formação para profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção à saúde e fortalecimento da participação do movimento social nas decisões sobre esta população. (Ministério da Saúde, 2013).

O Distrito Federal, por seu caráter atípico em relação às outras unidades da federação, acumula competências estaduais e municipais. Desta forma, o DF tem a obrigação de planejar, implementar e avaliar as iniciativas decorrentes da PNSI LGBT, além de promover ações de capacitação de seus servidores sobre a saúde LGBTQI+. Também cabe ao Distrito Federal fazer mapeamento das

demandas em saúde destas pessoas e garantir condições de participação do movimento social nas proposições sobre a saúde LGBTQI+ (Ministério da Saúde, 2013).

Pode-se avaliar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT a partir de dois prismas. O primeiro deles é de destaque ao aspecto gregário dela, propondo reflexões sobre as práticas profissionais e inserindo contundentemente o princípio bioético da não-maleficência. Por outro lado, há críticas no sentido de que a PNSI LGBT não é abrangente o suficiente para abarcar pessoas fora do espectro binário de feminilidades e masculinidades, homossexualidades e heterossexualidades. Enquanto este modelo perpetuar-se, mantém-se aberto o espaço para concepções equivocadas a respeito das homossexualidades e transgeneridades como escolhas, enquanto as heterossexualidades e cisgeneridades são lidas como naturais e inatas (Prado & Sousa, 2017).

Passados oito anos após a publicação da PNSI LGBT, identificam-se desafios para a efetivação do direito à saúde. Em revisão integrativa, Prado e Sousa (2017) apontam a discriminação permanece como tema levantado pelas usuárias do SUS, a partir de relatos de violências e vulnerabilizações decorrentes da negação de direitos. O olhar limitado para as reivindicações de direitos sexuais como referentes apenas à experiência pessoal de sexualidade, ignorando outros aspectos como adoção, pensões a cônjuges e registros civis, fortaleceu a associação entre a população LGBTQI+ e a ocorrência de ISTs. Assim, outros aspectos de saúde destas pessoas continuam a ser ignorados e negligenciados e ainda não lhes é garantida a assistência integral (Prado & Sousa, 2017).

A parcialidade da assistência tem enquanto consequência direta a redução da procura dos serviços, negativamente correlacionada com a incidência e os agravos de quadros de adoecimento, decorrentes de condições ambientais, sanitárias e socioeconômicas. O padrão social heterocisnormativo empurra para as margens sociais uma parcela da população, tornando-a vulnerável em termos dos processos de saúde e doença (Laurentino, 2015). Destaca-se como as travestis e transgêneras podem buscar os serviços de saúde para o cuidado com questões além das referentes ao processo transexualizador (Mello et al, 2011)

3.2 Compromisso Social da Psicologia

A Psicologia brasileira, posicionada dentre outras áreas de saúde, deve colaborar com a proposição, implementação e manutenção de políticas públicas em saúde, tendo a defesa dos direitos humanos como norteadora de nossos trabalhos (Melo et al., 2020). A atuação da psicóloga dá-se no campo das subjetividades do encontro entre cidadãs, Estado, sociedade e políticas públicas. De forma prática, garantir a participação da sociedade na construção das ações que afetarão diretamente seus cotidianos é garantir o direito à subjetividade para estas pessoas. Incluir reflexões sobre subjetividades em propostas de políticas é reconhecer a relevância desta dimensão para a garantia de bem-estar social e pessoal (Gonçalves, 2014a).

Ao tratar-se especificamente a inserção da psicóloga no SUS, as atuações debruçam-se sobre as estruturas contemporâneas, políticas e sociais, que influenciam as construções de subjetividades, prezando pelo desenvolvimento interdisciplinar dos trabalhos. A Psicologia insere-se enquanto colaboradora da garantia de direitos no âmbito de políticas públicas de saúde (Polejack et al., 2015).

A subjetividade referida por Gonçalves (2014a) é aquela compartilhada entre as pessoas em suas interações no campo da coletividade, somente sendo possível ser experienciada no espaço criado entre as sujeitas. Esta configuração subjetiva compreende, também, os aspectos históricos que culminaram com o arranjo relacional observado (Gonçalves, 2014c). A Psicologia tem muito a contribuir neste processo, ao trazer possibilidades de compreensão dos processos de poder e opressão, de influências mútuas e de conflitos sociais, ao mesmo tempo em que busca trazer à tona as subjetividades das atrizes envolvidas. As psicólogas são convidadas a implicarem-se, também, no processo de análise histórica, tanto da Psicologia como campo científico, mas também de suas próprias formações, pensando sobre abordagens, técnicas e epistemologias escolhidas em determinados momentos do tempo (Polejack et al., 2015).

A Psicologia é área inserida em sociedade capitalista e, por isto, é diretamente influenciada por este modelo econômico, sendo as psicólogas participantes da divisão social do trabalho e estando

submetidas às condições capitalistas de exercício profissional, inclusive no desenvolvimento de suas técnicas. A prática psicológica não é e não deve propor-se a ser, portanto, neutra (Yamamoto, 2012). Para Moscovici (2003), não há possibilidades de se constituir um sistema geral sem vieses. A escolha de um compromisso para uma área profissional implica assumir posicionamento, sendo esperado o aparecimento de vieses quando se observa a relação entre grupos (psicólogas, por exemplo) e sociedades (Moscovici, 2003).

Gonçalves (2014a) traçou linha temporal das fases do capitalismo e as possibilidades abertas (em alguma medida) e fechadas para a consideração das múltiplas subjetividades presentes no campo social. A autora destacou como, na primeira etapa do capitalismo, a condição de sujeita estava associada ao exercício dos direitos civis e políticos, primando-se pela liberdade de escolha sobre o consumo. O parâmetro para avaliar-se o grau de bem-estar de uma sociedade era delimitado no nível das individualidades. Às cidadãs, cabia o dever moral de trabalhar, de forma a se encaixarem em modelo mercadológico de consumo e produção (Gonçalves, 2014a).

As áreas técnicas e científicas foram chamadas a participar da organização social capitalista na fase seguinte. As vidas particulares, inclusive os desejos, deviam satisfazer parâmetros públicos de ordenamento, sendo o Estado grande regulador comportamental. Para tanto, foram estabelecidas noções (limitadas) de normalidade, a serem aferidas por profissionais como as psicólogas. A estudante, a trabalhadora e a cidadã deveriam colaborar para o crescimento da sociedade ao se ajustarem às curvas de normalidade (Gonçalves, 2014a).

Esperou-se (e ainda se espera, em alguma medida) que a Psicologia viesse a descortinar uma suposta essência presente em cada pessoa e, a partir disto, oferecer ferramentas para tornar sujeitas mais dóceis (Bicalho et al., 2009). Os sintomas eram individualizados e práticas desconectadas de reflexões sobre as coletividades levavam ao enquadramento como patologia de questões sociais (Po-lejack et al., 2015). Este modelo contribuiu para que o acesso aos serviços prestados pela Psicologia ficasse limitado e, também, para que o corpo de conhecimento produzido pelas pesquisadoras da área

tivesse foco estreito e, principalmente, elitista, de forma que grande parcela da sociedade não recebia a assistência necessária (Yamamoto, 2012).

A Psicologia esteve, por muito tempo, associada aos interesses das elites econômicas, desinteressada a respeito das necessidades das camadas sociais menos privilegiadas. Os modelos teóricos eram importados de outras culturas e desenvolvidos a partir de um recorte limitado da população, contribuindo para a já mencionada individualização dos sintomas e para o enquadre de dinâmicas culturais como patológicas (Dimenstein, 2001).

Apesar ou por conta desta dinâmica, núcleos de trabalhadoras passam a se organizar para reivindicarem seus direitos, partindo do pressuposto que, se elas produziam a riqueza, elas também deveriam disfrutar do desenvolvimento promovido por seus esforços. Em termos de subjetividade, observa-se o aparecimento da ânsia por se ter direitos e de buscar atender as necessidades individuais, a partir dos próprios desejos. O reconhecimento de que tais desejos podem ser os mesmos de outras cidadãs torna possível a articulação de redes de defesa de interesses, especialmente de núcleos sociais marginalizados por, supostamente, estarem fora da normalidade exigida para a continuidade da produção capitalista (Gonçalves, 2014a). A luta organizada de trabalhadoras era e é movida pelo desejo de reparar ou reduzir as iniquidades, consequências diretas do capitalismo (Polejack et al., 2015).

Tem-se, como exemplo de tal organização, o Movimento LGBTQI+, pois as identidades destas pessoas foram classificadas como anômalas ou resultado de distúrbios por muito tempo pela própria Psicologia. O trabalho da psicóloga, sujeita mergulhada em relações de poderes da sociedade onde se insere, tem caráter político. Desconsidera-lo é fator de risco para o retorno ao paradigma de suposta neutralidade das ciências psi (Yamamoto, 2012).

O capitalismo limita as inserções sociais possíveis dos sujeitos, na medida em que as limita ao consumo e produção de riqueza. Romper com o modelo capitalista de produção pode culminar com a ampliação das possibilidades de subjetivação. A proposta deste sistema econômico foi e ainda

é pautada pela submissão das trabalhadoras às regras de normalidade homogênea, que não permite os processos individuais de compreensão dos eus (Bicalho et al., 2009).

Um fator que demanda especial atenção no momento de propositura de políticas públicas é o ponto de partida para tal. A intenção de reparação de erros pode levar à construção de política assistencialista. Por outro lado, ao buscar-se garantir os direitos de uma população, políticas promotoras de autonomia tendem a serem desenvolvidas. Fazer esta reflexão na contemporaneidade mostra-se pertinente diante do modelo econômico onde nos inserimos. Acentuadas dinâmicas de vulnerabilização social e ataques a direitos já consolidados, aliados e alimentados por estruturas trabalhistas cada vez mais frágeis caracterizam o neoliberalismo atual, capaz de mercantilizar, inclusive, o acesso a serviços tidos como básicos e essenciais, como saúde e educação (Gonçalves, 2014a).

Este cenário demanda, então, o incremento nas ações de defesas de direitos sociais. A literatura especializada discute como situações de fragilidade econômica, como perda de renda, afastamento do mercado de trabalho e suas consequências, acarretam, também, em rompimentos de vínculos sociais e redução da capacidade de acesso a rede de suporte (Wanderley, 1999, em Gonçalves, 2014a).

Tal cadeia de eventos pode tornar-se cíclica, dificultando a recuperação da sujeita social e colocando sobre ela estigma de pessoa que necessita de favores de terceiros quando, na verdade, ela está exercendo direitos fundamentais. Além disto, a necessidade de constante planejamento de como se manter furta da cidadã a possibilidade de engajar-se em outras atividades, empenhar outros esforços, inclusive os de participação social (Gonçalves, 2014a). Em organizações sociais pautadas em hegemonias, como é o capitalismo, é comum atribuir-se rótulos negativos para todos aqueles que não querem ou não podem se adequar às normas, de forma a gerar ojeriza ou o sentimento de dó (Bicalho et al., 2009). Questiona-se, então, às profissionais de Psicologia, qual papel assumimos enquanto agentes sociais e qual natureza conferimos aos serviços que prestamos.

O Conselho Federal de Psicologia, partindo do questionamento do papel social da profissão, passou a realizar seminários para pensar as possibilidades de inserções das psicólogas em políticas públicas, considerando o aumento do número de profissionais atuando nesta interface. A contribuição da Psicologia para a consolidação de novo projeto para a sociedade brasileira passa pelo processo de tirar o caráter elitista de nosso trabalho (Gonçalves, 2014b).

O reconhecimento da legitimidade científica da área permite afirmar que nossas contribuições técnicas devem estar disponíveis de forma ampla para a sociedade, levando em consideração a adequação das propostas às especificidades daquelas pessoas, a partir do arcabouço de conhecimento construído em tradições de pesquisa. O papel da pesquisadora em Psicologia interessa à proposta de compromisso social da área pois permite a renovação das técnicas, especialmente aquelas voltadas para pessoas que estiveram e ainda estão às margens da sociedade, evitando a aplicação irrefletida de práticas aquelas produzidas em tempos outros para pessoas outras (Yamamoto, 2012).

A formulação de um projeto ético e político de uma classe profissional permite a articulação dos fatores históricos, políticos e sociais do contexto onde se inserem as trabalhadoras e pesquisadoras. Yamamoto (2012) propõe uma unidade de diversas, ou seja, o comprometimento coletivo de uma classe, consciente de suas diversidades internas, em torno de concepções sobre a imagem que têm de si mesmas, objetivos compartilhados e modelos de relacionamentos com outras áreas técnicas e outros segmentos, especialmente as instituições sociais, sejam elas públicas ou privadas (Yamamoto, 2012). Para a consolidação desta proposta, deve-se gerenciar o desafio de conduzir o ofício psicológico de maneira privativa. Para Gonçalves (2014b), trabalhar com subjetividades somente é viável na medida em que se articulam os saberes de forma multidisciplinar, articulado com outras áreas de conhecimento.

A Psicologia, enquanto classe profissional, propôs-se a romper com os modelos individualizantes, naturalizantes e patologizantes para colocar seu conhecimento disponível para atender aos interesses da coletividade, posicionando-se politicamente. A partir dos anos de 1980, ações e

pesquisas focadas em comunidades e problemas sociais passaram a ser produzidas em maior escala, em momento contemporâneo à reabertura democrática do Brasil. Articulação nacional da categoria mostrou-se, gradualmente, necessária, incluindo também os espaços de formação de novas profissionais comprometidas com a defesa de direitos e da cidadania. Iniciava-se, assim, o Projeto de Compromisso Social da Psicologia (Polejack et al., 2015).

A definição de Paulo Freire para compromisso (1998, em Dimenstein, 2001) é interessante para a proposta trazida aqui. Freire defendeu que assumir compromisso significa posicionar-se no campo das ações concretas, a partir da capacidade de refletir e agir. A sujeita comprometida pode propor mudanças a partir de olhar crítico para as conjunturas sociais ao seu redor. Para as áreas de saúde, a profissional alinhada com o compromisso social de sua profissão está atenta para os fatores além dos sintomas trazidos pelas usuárias do serviço, acolhendo a história da pessoa atendida e, em parceria com ela, criando mudanças em seus contextos cotidianos (Dimenstein, 2001). A partir do momento que a Psicologia se compromete com a sociedade, compromete-se, também, com os agentes sociais determinantes para a retomada da nossa democracia, em um movimento de gratidão por isto.

Há praticamente vinte anos, em 2001, no I Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas, foi delineada a necessidade de mudança de foco da atuação psicológica em políticas de saúde. Partindo do reconhecimento das limitações em termos de formação profissional, os participantes do evento fizeram apontamentos sobre a distância entre a realidade brasileira e os conteúdos ministrados nas instituições de ensino superior, ainda focados nos modelos de atendimento clínico clássico, ajustado a demandas individuais e insuficiente para demandas sociais (Gonçalves, 2014b).

As edições seguintes do evento promoveram reflexões que associavam a atuação da psicóloga em políticas públicas à possibilidade de consolidação do compromisso da classe profissional com a promoção de mudanças sociais, universalizando o oferecimento dos serviços. O lugar privilegiado de acesso às subjetividades conferido às detentoras do título de psicóloga traz consigo dois potenciais: o de enriquecimento das atuações com movimentos sociais, por exemplo, mas também o dever de

trazer ponderações sobre a temática para a elaboração e implementação de políticas públicas (Gonçalves, 2014b).

Polejack et al. (2015) observam e relatam como as reflexões propostas a partir do Compromisso Social da Psicologia, desenvolvidas em espaços como os seminários nacionais da área, já produzem impactos na formação de novos psicólogos. Para as autoras, é possível identificar a mudança de posicionamento, sendo deixada de lado a perspectiva supostamente neutra de trabalho para abrir espaço para a incorporação de postura direcionada politicamente e engajada com as demandas sociais (Polejack et al., 2015).

A atuação profissional pautada no reconhecimento dos elementos conjunturais, sejam eles sociais ou políticos, permite reconhecer as demandas desenvolvidas a partir deles e a proposição de atendimento a elas. Diante disto, a defesa de um Sistema Único de Saúde universal, integral e equitativo está diretamente associada à defesa das instituições e da estrutura do Estado democrático de direitos (Gonçalves, 2014b).

Este ensejo influenciou a criação do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) (Gonçalves, 2014b). Fundado em 2006 como iniciativa do Sistema Conselhos de Psicologia, o papel do CREPOP é de qualificação dos trabalhos de psicólogas inseridas em políticas públicas, exercendo papel ético e político. O Conselho Federal de Psicologia, em parceria com as autarquias regionais, observaram o aumento do número de profissionais da atuando na área nas duas décadas anteriores, criando-se a demanda de aumento do escopo de conhecimentos técnicos no assunto. As publicações de referências técnicas são as etapas finais de trabalhos iniciados anos antes, a partir das investigações de marcos lógicos e legais sobre temas de interesse social, tais como população em situação de rua e as infâncias (Conselho Federal de Psicologia, 2019b).

Tratando-se de políticas públicas em saúde, as noções de promoção e prevenção estão articuladas com a consideração das condições de vida, tornando possível a superação do modelo assistencialista associado a atuações de cura e reabilitação. Tratando-se das possibilidades de trabalho para

as psicólogas, a superação da separação entre sujeitos e sociedade deve ponto de partida, na medida em que se coloca o primeiro como protagonista do processo, acolhido em suas possibilidades diversas de subjetividades (Gonçalves, 2014b). Os princípios fundadores do SUS, de equidade, universalidade e integralidade, proporcionam condições para a colocação em prática deste posicionamento. Questiona-se, inclusive, se determinadas práticas curativas estariam alinhadas com os princípios dos direitos humanos. A exemplo disto, temos as tentativas de “cura” da homossexualidade, praticadas pelos saberes psis por décadas (Bicalho et al., 2009).

Ser capaz de fazer o reconhecimento das relações de poder e opressão desenvolvidas na arena social torna-se habilidade indispensável para a psicóloga que deseje atuar nesta área. A interação entre fatores objetivos e subjetivos e a possibilidade de eles transmutarem-se mutuamente também devem ser observadas por esta profissional, a partir de articulação flexível com outros campos do saber (Gonçalves, 2014b). À psicóloga, não cabe o papel de “ortopedista social” (p. 32), mas sim a responsabilidade de trazer novas luzes para olhar-se as diferenças, retirando delas o caráter essencialmente negativo (Bicalho et al., 2009). Aspectos subjetivos como orientação sexual e identidade de gênero passaram a constituir fenômenos sociais na medida em que também passaram a ser marcadores de exclusão e violência, por exemplo.

A integralidade subjetiva culmina com a ideia da integralidade de direitos; ou seja, não dever-se-ia priorizar um conjunto de direitos em detrimento de outros. No entanto, o que se observa na sociedade contemporânea a negação do direito a ter-se direitos. A fim de evitar-se tal violação, a articulação de políticas públicas que impactem múltiplas dimensões de vida das cidadãs pode ser via de garantir-se o acesso universal aos avanços feitos pela humanidade e combater a desigualdade social. Nesta perspectiva, também é dever da psicóloga atuante a partir do compromisso social da profissão refletir e combater as naturalizações e descontextualizações históricas (Bicalho et al., 2009, e Gonçalves, 2014c), como por exemplo, as que associam a população LGBTQI+ à incidência aumentada

de ISTs. O direito a ter direitos pode ser compreendido como direito humano, também (Bicalho et al., 2009).

A proposta apresentada é compatível com o exercício da perspectiva crítica da Psicologia da saúde, pautada em metodologias qualitativas capazes de acessar as experiências das usuárias dos serviços, contextualizando o *continuum* saúde-doença com variáveis sociais, políticas, econômicas e culturais. O trabalho da psicóloga pode dar-se a partir da promoção de fortalecimento de redes e de fatores de proteção, o que contribui para o desenvolvimento das atividades de outras profissionais de saúde (Polejack et al., 2015). Da profissional, espera-se a capacidade de atuar respeitando diferenças culturais e subjetivas das usuárias do sistema (Dimenstein, 2001).

Dedica-se aqui espaço para discutir artigo de especial interesse para este estudo. Aragusuku e Lara (2019) organizaram revisão bibliográfica que articula o Compromisso Social da Psicologia e a Resolução 01/99 do Conselho Federal de Psicologia, marco nacional no combate à LGBTQI+fobia. O reconhecimento de como a Psicologia sido usada como instrumento de manutenção de opressões ao oferecer suporte técnico a ideologias hegemônicas (Dimenstein, 2001) serve como ponto de partida para a entender a proposta do estudo.

O campo político do Brasil, assim como outras democracias, é espaço para a articulação de setores conservadores para promover a exclusão da população LGBTQI+. O CFP, ao aprovar e publicar a Resolução 01/99, evidencia seu posicionamento diante da pauta, assumindo que a Psicologia não é prática neutra ou desimplicada dos embates político, de amplitude macro e microsociais (Aragusuku e Lara, 2019, Gonçalves, 2014, Yamamoto, 2012).

A história da profissão é marcada por processos de ajustamento das subjetividades, a partir de modelos naturalizantes e pretensamente universalizantes, desconectados das variáveis históricas e promotores de desumanização daquelas não “encaixadas” à norma, submetidas a vigilância constante (Bicalho, 2009). Tal atuação esteve associada ao modelo de profissão liberal, em atendimentos

individualizados, a partir das noções de patologias associadas unicamente à sujeita atendida (Gonçalves, 2014b).

A Lei 5.766/1971, ao instituir o Sistema Conselhos de Psicologia, atribuiu ao CFP as tarefas de orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão. A primeira gestão da autarquia, em 1973, determinou que não caberia ao Conselho Federal atuar em pautas políticas. Anos depois, durante o processo de reabertura democrática do Brasil, o Sistema passou a posicionar-se alinhado com perspectivas de defesa de direitos humanos e da democracia (Aragusuku e Lara, 2019).

O Movimento LGBTQI+, ator importante da resistência à Ditadura Militar, aproximava-se do Estado, no final dos anos de 1980 e início da década seguinte, e demandava políticas de proteção para a população representada por ele. Até aquele momento, não havia posicionamento oficial do CFP a respeito deste seguimento social, tendo o termo “homossexuais” aparecido pela primeira vez em publicação oficial da autarquia somente em 2001, associado a outros grupos alvos de discriminação, dois anos depois da publicação da Resolução 01/99 (Aragusuku e Lara, 2019).

O CFP, alinhado com publicações e posicionamentos de entidades como a OMS, publicou a Resolução 01/99 com o intuito de coibir as práticas “curativas” das homossexualidades. A elaboração do documento contou com a contribuição do Grupo Gay da Bahia, que denunciou propostas de “terapias de conversão” apresentadas no III Encontro Cristão sobre Homossexualidade por um coletivo de psicólogas e psiquiatras cristãs. A Comissão Nacional dos Direitos Humanos do CFP, criada pela Resolução 11/98, foi a responsável por organizar as deliberações e a escrita do documento em tela (Aragusuku e Lara, 2019).

Desta forma, o Sistema Conselhos de Psicologia passou a reconhecer como as práticas sexuais são construídas a partir de variáveis históricas e culturais, proibindo a patologização das homossexualidades nos atendimentos clínicos, em publicações, comunicações públicas ou eventos (Aragusuku e Lara, 2019). Bicalho (2009) reforça o posicionamento do CFP e dos CRPs ao delinear como as

experiências sociais não são dotadas de uma essência natural que deve ser seguida a fim de se adequar às normas.

No período do tsunami LGBT (Feitosa, 2018), observou-se aumento das reflexões, publicações e diretrizes relacionadas a diversidade sexual por parte do Conselho Federal de Psicologia, sendo as identidades de gênero também incorporadas aos debates. O Sistema Conselhos alinou-se com as propostas do BSH, promovendo ações como a campanha “Adoção, um direitos de todos e todas” (2008), iniciando a campanha “Despatologização das Identidades Travestis e Transexuais” (2014) e publicando a Resolução 01/18, semelhante à Resolução 01/99 ao proibir “terapias de conversão” para a população trans (Aragusuku e Lara, 2019), além de publicar, por meio da Comissão Nacional de Direitos Humanos e as comissões regionais, o livro “Tentativas de Aniquilamento De Subjetividades LGBTIs” (2019).

Capítulo 4 - Representações sociais, saúde e movimentos sociais

A Psicologia, em alguns de seus campos de estudo e pesquisa, como a Psicologia Social, destaca a comunicação como aspecto importante para a manutenção de relações interpessoais. Nas dinâmicas de comunicação, podem ser observados os desenvolvimentos de diversos fenômenos, dentro os quais destacam-se, para fins de contextualização epistemológica deste estudo, as representações sociais, que têm função de promover a aproximação entre integrantes de um meio social a partir do compartilhamento de noções familiares a elas, construídas e reconstruídas no processo de interação entre as sujeitas sociais (Daveen, 2003).

O conhecimento, à luz da Teoria das Representações Sociais (TRS), é construído na interação estabelecida entre seres humanos, enquanto eles compartilham seus sentimentos, desejos, necessidades e julgamentos, em expressões verbais e não verbais. A TRS postula que as representações são objetos de estudo para a pesquisa em Psicologia a partir da investigação de suas formações, mas também sobre como servem de bases para a construção de conhecimentos (Deveen, 2003). Ou seja, o conhecimento de senso comum compartilhado entre sujeitas sociais em suas relações cotidianas interessa às pesquisadoras da área (Bertoni & Galinkin, 2017).

O tema das representações sociais é estudado por grande gama de autoras na Psicologia. A definição mais consensual entre eles a respeito do fenômeno destaca o caráter essencial das interações entre atrizes sociais, com o objetivo de trazer para campo de familiaridade e compreensão eventos, ideias e comportamentos ainda desconhecidos, redesenhando os contornos da realidade. Destaca-se também a praticidade do processo, como maneira de exprimir, na forma de linguagem, o cotidiano de determinado grupo social, delimitado por tempo, história, espaço, economia e demais aspectos sociais (Bertoni & Galinkin, 2017; Caetano et al., 2007; Gomes et al., 2011, e Shimizu et al., 2015).

O propositor da TRS no campo da Psicologia, Serge Moscovici, sugere, enquanto ponto de partida para a compreensão das representações sociais, a tomada do pensamento como ambiente. O autor debate algumas crenças sobre as diferenças entre o pensamento científico, influenciado pelo

poder dos objetos e respondendo aos estímulos da realidade, e o pensamento primitivo, determinado pelas leis ilimitadas da mente humana, capaz de criar realidades. No entanto, o autor discorda desta diferenciação quase cartesiana, em posicionamento embasado na observação de como os seres humanos são capazes de não enxergar e interagir com coisas das quais estão diante, pois a percepção do mundo ao redor é mediada por classificações compartilhadas socialmente, capazes de ajustar nossas cognições. Tal acontecimento observa-se por exemplo, com populações marginalizadas, como a LGBTQI+ (Moscovici, 2003). A partir desta proposta, concebe-se a impossibilidade de acessarmos o mundo ao nosso redor sem sermos afetados pelas “distorções” decorrentes das representações sociais, na medida em que, por meio delas, acessamos os aprendizados de nossas próprias histórias, registrados em memória (Bertoni & Galinkin, 2017, e Moscovici, 2003).

Encontra-se alinhamento entre as propostas de Moscovici e de outros autores da Psicologia. O postulado de que as representações sociais são parte de cadeia mais ampla de percepções, opiniões e vidas (Moscovici, 2003) aproxima-se das reflexões de Anderson e Goolishian (1992) sobre como as únicas pessoas que sabem como se encadeiam esses elementos são exatamente quem os vive. Cabe à investigadora assumir papel de colaboradora para amplificar as vozes destas sujeitas.

Dupla natureza pode ser atribuída às representações sociais. A primeira delas, de caráter convencional, é aquela capaz de localizar e acomodar um conceito ou evento a uma dada categoria, a partir da qual desenvolve-se um modelo a ser compartilhado entre pessoas. Nota-se que, mesmo quando a categorização é inadequada, as sujeitas tentam promovê-la ainda assim, sob o risco de não assimilarem ou compreenderem o objeto diante delas (Moscovici, 2003). Bertoni e Galinkin (2017) destacam a necessidade de compreensão do contexto de surgimento de uma representação social, pois estas não se desenvolvem ou consolidam-se a partir da vontade de uma indivíduo apenas. O componente histórico e de memória é essencial para a compreensão do processo que culminou com a familiaridade de um construto para dado grupo social (Bertoni & Galinkin, 2017), estratégia mais frutífera do que simplesmente lutar contra as convenções (Moscovici, 2003).

Desta forma, as experiências individuais passam a ser compreendidas como parte de corpo coletivo e mais amplo de realidade, cujos limites são demarcados por convenções sociais, pois “pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos de acordo com um sistema que está condicionado [...] por nossa cultura. Nós vemos apenas o que as convenções subjacentes nos permitem ver e nós permanecemos inconscientes dessas convenções” (p. 35). O autor nos convida a não negarmos nossas convenções e preconceitos, mas entender como eles constituem nossas realidades (Moscovici, 2003).

O caráter prescritivo das representações corresponde à segunda natureza delas. Para o proponente da TRS, as representações exercem força sobre as pessoas capaz de encaminhá-las para o que podem pensar, afetando diretamente a capacidade de pensarmos dados assuntos, já que as representações determinam a disponibilidade de acesso a determinadas estruturas de pensamento. A prescrição tem sua força aumentada a partir do fator transgeracional, no desenvolvimento de cadeia de sistemas e imagens, estando a continuidade de uma representação associada à capacidade dela de explicar o presente e organizar a inserção das pessoas em suas próprias vidas (Moscovici, 2003).

As representações sociais são vias de internalização do pensamento coletivo, mediadoras dos contatos feitos por pessoas e todo o mundo ao redor delas, criadas em dinâmicas de cooperação, inclusive a partir de outras representações, e, quando robustas o suficiente, passam a transitar de forma aparentemente independente. Entender uma representação social demanda da pesquisadora compreender seus antecedentes sócio-históricos, somando à pesquisa investigação aprofundada sobre representações antecessoras, pois “quanto mais sua origem é esquecida e sua natureza convencional é ignorada, mais fossilizada ela se torna” (pp. 41 e 42), dificultando-se o aumento da consciência sobre ela e seus impactos sociais ((Bertoni & Galinkin, 2017, e Moscovici, 2003).

Esta proposta auxilia, inclusive, nos estudos sobre como se desenvolvem os processos de compreensão humana, já que, a partir deste enquadre epistemológico, entende-se que estes dão-se a

partir da comunicação social. Os desafios encarados por grupos de pessoas decorrem das construções comunicacionais estabelecidas por elas mesmas (Moscovici, 2003).

Pensar representações sociais é também pensar ciência, a partir da relação entre os chamados universos consensuais e reificados (Bertoni & Galinkin, 2017, e Moscovici, 2003), havendo funções diferentes para as representações sociais e o pensamento científico. As primeiras servem como meio de acessibilidade para a compreensão do mundo, a partir de pactos coletivos. Já o segundo objetiva-se a descrever e explicar o funcionamento de fenômenos independentes de nossos desejos, de forma que “as ciências são os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado, enquanto as representações sociais tratam com o universo consensual” (Moscovici, p. 52, 2003). Partindo-se desta distinção, poder-se-ia dizer que as profissionais de saúde se encontram num limiar entre dois universos, sendo o reificado correspondente ao saber técnico de suas profissões e o consensual associado às representações sociais desenvolvidas e encontradas em suas práticas cotidianas.

O campo do universo consensual é onde espera-se a experiência do conforto. A busca por familiaridade, então, mostra-se como meio para alcançar-se este objetivo, inclusive como meio de proteção para o incômodo advindo do desconhecido e das possibilidades de risco. O passado e suas construções tradicionais podem ser fontes abundantes de familiaridade, de forma a dar-se maior preferência por exercícios de resgate de memória do que os de dedução (Daveen, 2003, e Moscovici, 2003).

O processo de transicionar algo do campo não familiar para o familiar passa por dois subprocessos: ancoragem e objetivação (Bertoni & Galinkin, 2017). A ancoragem movimentada o conteúdo estranho para encaixá-lo em imagens e categorias já conhecidas para a sujeita, dando nomes a estes conteúdos, o que contribui para a redução do desconforto gerado pela incapacidade de compreensão de algo. A ancoragem também pressupõe julgamentos, em díades como autorização-desautorização, positivo-negativo, bom-ruim, o que pode vir a abrir espaço para o estabelecimento de preconceitos e estigmatizações. A atribuição de valor possibilita o posicionamento da pessoa diante de determinada

situação, conferindo a ela “consistência e realidade” (p. 67) (Moscovici, 2013) e abrindo espaço, para, por exemplo, a exigência e defesa de direitos fundamentais.

A objetivação, por sua vez, é elo entre os campos das abstrações e das concretudes, por meio da transformação em imagem de um conceito. Há imagens com maiores e menores capacidades de representar conceitos, tornando-se mais ou menos adequadas para cada demanda social. Um grupo de imagens associado a um grupo de ideias é chamado por Moscovici de núcleo figurativo, elemento facilitador para uma sociedade promover associações entre o concreto e o abstrato. Os núcleos figurativos são os geradores de clichês como “onde há fumaça, há fogo” e “como por uma espécie de imperativo lógico, as imagens se tornam elementos da realidade, em vez de elementos do pensamento” (p. 74) (Moscovici, 2003).

A escolha epistemológica da TRS mostra-se apropriada para o estudo em tela, então, na medida em que a compreensão de saúde e políticas públicas em saúde adotada aqui leva em consideração aspectos históricos e culturais. Esta pesquisa propôs-se a conhecer como as participantes organizam visões e inserções em seus mundos sociais, articulando conteúdos socioculturais com os históricos, compreendendo que elas reproduzem e são afetadas por representações sociais (Bertoni & Galinkin, 2017).

O campo de estudos de saúde pode beneficiar-se da TRS. Para Loyola (2013), a sociedade contemporânea está apegada ao modelo biomédico e as compreensões do espectro saúde-doença são diretamente afetadas por isto. A compreensão das representações sociais pode instrumentalizar as estudiosas para o conhecimento de como outros fatores, sejam eles religiosos, políticos ou relacionais, afetam os estados de bem-estar de uma população. Assim, aprofundar-se nas representações de caráter biomédico pode ser passo importante para adotarmos posicionamentos que considerem, também, as variáveis sociais envolvidas na determinação de saúde (Loyola, 2013).

Tratando-se da realidade brasileira, o acesso possibilitado pelo SUS aos serviços de saúde, partindo dos princípios da universalidade, igualdade e equidade, pode ser qualificado a partir da lente

das representações sociais, já que a diversidade é característica marcante das habitantes de país tão vasto quanto o nosso (Gomes et al., 2011). Ao promover-se análise sobre as representações sociais em saúde, ao longo da história do Brasil, observa-se como estas modificaram-se em paralelo com o desenvolvimento cultural da população, garantindo condições de ancoragens e objetivações particulares a cada contexto social (Caetano et al., 2007).

A constituição do SUS foi fruto dos esforços, também, dos movimentos sociais, que tinham o objetivo de efetivar a democratização do acesso aos serviços de saúde, como uma das estratégias necessárias para reduzir disparidades sociais e seus efeitos sobre a população. Os movimentos, enquanto “uma rede que pressupõe a identificação de sujeitos coletivos em torno de valores, objetivos ou projetos em comum” (p. 2), exerceram um de seus papéis característicos mais marcantes: questionar modelos hegemônicos de opressão, desenvolvidos a partir de condições sócio-históricas adequadas para tanto (Shimizu et al., 2015).

A identidade de um movimento social é identificável a partir da observação das demandas trazidas por seus integrantes e por sua ação política em busca da garantia de direitos (Shimizu et al., 2015). A publicação de política como a PNSI LGBT participa deste processo em relação à população LGBTQI+, por exemplo, representando aumento do apoio do governo a este segmento populacional. O Movimento LGBTQI+ é movimento social reconhecido na história brasileira, tendo participado de marcos de nossa democracia, como a oposição à ditadura militar visando a reabertura democrática.

A participação de movimentos sociais na implementação e manutenção do SUS convoca pesquisadoras a aprofundarem-se nas representações trazidas para o sistema. As compreensões sobre saúde são influenciadas, também, pelas representações, oriundas de contextos culturais diversificados. Enquanto protagonistas e especialistas de suas próprias inserções sociais (Anderson & Goolishian, 1992), as representantes de movimentos são (ou deveriam ser) participantes especiais do delineamento de políticas públicas de saúde, na medida em que fenômenos biológicos são interpretados e compreendidos a partir da lente das representações sociais (Shimizu et al., 2015).

A pesquisa de viés epistemológico localizado na pós-modernidade compreende haver limites para a compreensão científica, que se mostrou de no final dos anos 1970 com o fracasso da campanha global de erradicação da malária, escancarando a “falência da tecnologia diante de problemas de saúde com forte determinação social” (Oliveira, p. 49, 2000). A partir daí, mostrou-se necessária a incorporação, aos estudos e trabalhos, de reflexões sobre as subjetividades e coletividades, além do conceito de promoção da saúde, promovendo questionamentos sobre os modelos causais de perturbações do bem-estar das sujeitas, típico dos modelos exclusivamente biomédicos (Oliveira, 2000).

Os postulados em promoção da saúde e representações sociais guardam grande aproximação entre si. Pensar promoção da saúde é compreender como as variáveis sociais, culturais, políticas, históricas, ambientais, econômicas, urbanas, biológicas e comportamentais interferem diretamente sobre a experiência de bem-estar de uma pessoa. Atuar nestes campos demanda reflexões a partir da escuta das próprias cidadãs, partindo da premissa da saúde como bem comum (p. 53) (Oliveira, 2000).

Considerando a proposta de realidades múltiplas da TRS, a partir das representações de cada grupamento de pessoas, não é possível fazer distinção entre sujeitas e objetos, em se tratando de promoção da saúde, sendo as práticas de cuidado consigo e com o outro permeadas por representações sociais (Oliveira, 2000). Nenhuma prática é neutra, portanto, conforme postulado por Moscovici (2003), pois os julgamentos e escolhas estão imersos em representações da realidade vivida, marcada por vieses sociais e ideológicos, além das variáveis situacionais (Oliveira, 2000), como a atual pandemia de COVID-19.

Oliveira (2000), ao relacionar representações sociais e saúde, identifica três dimensões de análise. A primeira é individual, referente às compreensões de senso comum e pessoais experiências de saúde-doença. O fator de “autodeterminação” (p. 58) conduz a produção e assimilação de conhecimento e demanda das propositoras de políticas públicas a inclusão ativa das pessoas interessadas no processo de desenvolvimento e implementação de políticas. Conforme definido por Gonçalves (2014a), as subjetividades exercem influência sobre as compreensões cotidianas sobre saúde e doença.

Incorporar as representações sociais ao campo de pesquisa em políticas públicas e a implementação destas, em decorrência do proposto acima, constitui a segunda dimensão. Sendo as profissionais de saúde também sujeitas sociais, abordar suas representações sociais a respeito do serviço prestado e das usuárias constitui passo essencial para a melhoria da relação entre estas agentes, abandonando-se o posicionamento hierarquizado de supostos saberes hegemônicos detidos por apenas uma parte da diáde (Oliveira, 2000).

Por fim, o conhecimento comunitário sobre saúde interessa à terceira dimensão de interface entre a TRS e saúde. O empoderamento de comunidades passa pela compreensão de seus conhecimentos coletivos sobre saúde, garantindo o protagonismo destas pessoas sobre suas próprias vidas em termos de participação e decisão (Oliveira, 2000).

Capítulo 5 - Objetivos e relevância da pesquisa

A constituição atual dos serviços de saúde, compreendendo as usuárias, as profissionais e a sociedade ao redor, impactará diretamente a estrutura de saúde do futuro, com a possibilidade ou impossibilidade da efetivação e proteção dos direitos e da cidadania de determinados seguimentos sociais. A subjetivação de pessoas excluídas passa pela garantia de acesso a um sistema de saúde inclusivo (Polejack et al., 2015).

A Psicologia brasileira tem papel importante nesta dinâmica, enquanto propositora de ações protetoras dos direitos humanos, agente de controle social, participante de núcleos de gestão e produtora de conhecimentos. As psicólogas têm a possibilidade de acessar as subjetividades das usuárias dos aparelhos públicos, em parceria horizontal com profissionais de outras áreas de saúde, com o objetivo de desconstruir modelos marcados pelo preconceito (Polejack et al., 2015).

Considerando o Compromisso Social de nossa profissão, cabe também a nós desfazermos a dicotomia cartesiana de mundos internos (mentais) e mundos externos (sociedade), promovendo reflexões sobre as dinâmicas de possíveis retro influências entre ambos. A escuta da psicóloga é ferramenta essencial para a construção de políticas efetivamente alinhadas com as demandas sociais, articulando a cidadania nas fronteiras entre as vidas privada e pública. Assim, torna-se possível a superação do modelo assistencial em saúde (Polejack et al., 2015).

Partindo da proposta postulada por Mello et al. (2011), que a população LGBTQI+ tem seus direitos negados de forma sistemática em nossa sociedade, entende-se que a medida de consideração dos aspectos subjetivos alcançados por políticas públicas correlaciona-se com as possibilidades de transformações sociais. A Psicologia pode auxiliar na determinação da direção de novo projeto de sociedade (Gonçalves, 2014a). Este estudo alinha-se com a proposta de Gonçalves (2014b) enquanto uma das várias ferramentas possíveis para o resgate e o fortalecimento da cidadania da população LGBTQI+, ao trazer as vozes do movimento para expressarem-se aqui.

Moscovici (2003) sugere estratégia para lidar com as convenções sociais. Para o autor, é mais interessante conhecer a formação das representações sociais, inclusos aí os preconceitos sociais, do que apenas negar suas existências (Moscovici, 2003).

Atendendo ao chamamento de Gonçalves (2014c), este material propõe-se a incorporar o arcabouço de conhecimento para embasar a elaboração de políticas públicas em saúde com a participação de profissionais da Psicologia, colocando nossa prática disponível para a mudança social. O Ministério da Saúde (2013) convoca todos os setores da sociedade civil para lutar pela garantia do direito à saúde, combatendo as desigualdades e promovendo a cidadania.

Este estudo teve por objetivo geral a compreensão do acesso ao SUS pela população LGBTQI+ a partir do ponto de vista de representantes de movimentos sociais. Os objetivos secundários direcionavam-se para a compreensão da visão de integrantes de movimentos sociais sobre o papel do psicólogo na defesa do direito à saúde da população LGBTQI+, a investigação da relação estabelecida entre a população LGBTQI+ com a rede de saúde, a partir da experiência pessoal das representantes dos movimentos sociais e o mapeamento das representações sociais do papel da Psicologia para a população LGBTQI+.

Capítulo 6 - Método

De Bruyne (1995, em Minayo, 2009a) entende a ciência como campo amplo o suficiente para acolher as contribuições das ciências da natureza e as sociais. Fazer ciência, então, é menos sobre modelos e mais sobre uma ampla regulação pactuada entre semelhantes, inseridos em contexto histórico específico, garantindo ao conhecimento caráter de construção e aproximação (Minayo, 2009a).

Minayo (2009a) elenca a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade como atributos das questões sociais. Assim, tanto investigador quando sujeitos participantes da pesquisa (e leitores desta dissertação, também) têm a capacidade e a possibilidade de fazerem leituras e dar explicações para as suas ações e de quem estiver ao redor. As pessoas envolvidas neste processo podem desenvolver identidades entre si, a partir de características compartilhadas.

O acesso às questões sociais dá-se, na ciência, pela atividade da pesquisa e o objeto que busca ser compreendido pelas ciências sociais é qualitativo. Considerando a amplitude da complexidade da realidade, qualquer esforço de codificá-la seria insuficiente. Partindo deste ponto, compreende-se a impossibilidade de quantificação dos objetos de estudo e assume-se a possibilidade de aproximação deles (Minayo, 2009a).

A investigação qualitativa se diferencia, em sua epistemologia e prática, dos modelos quantitativos. Não há ensaios randômicos, não há grupos experimentais, não há evidências “duras” (Denzin & Lincoln, 2018). A Psicologia é chamada a se posicionar neste cenário, a fim de superar a ideia de que estudos sociais seriam “ameaça de poluição à pureza da psicologia científica” (Moscovici, 2003, p.12).

Autores como Creswell e Poth (2018) e Denzin e Lincoln (2018) questionam as pesquisadoras a respeito do papel de crítica social que pode ser exercido na investigação qualitativa. Investigação é o termo escolhido por Denzin e Lincoln (2018) para demarcar o afastamento dos paradigmas positivistas, a partir do acolhimento das possibilidades de incertezas, ambiguidades, liberdades e resistências. A contemporaneidade demanda estudos promotores de emancipação diante diferentes formas de

opressão e violações de direitos (Denzin & Lincoln, 2018). Além disto, considerando o aspecto de verdade atribuído a pesquisas científicas, é de suma importância que pesquisadoras observem atentamente as inserções possíveis de serem realizadas pelos participantes do estudo (Paulon et al., 2015).

Moscovici (2003), por sua vez, complementa e postula o fator interacional da produção de conhecimento. Para ele, a expressão do saber é influenciada pelos interesses dos humanos que o produzem, sendo o conhecimento advindo, então, das condições específicas às quais estão submetidos os estudiosos (Moscovici, 2003).

A dimensão onde se desenvolve a pesquisa qualitativa é a dos significados e dos componentes essencialmente abstratos da realidade social criada dos acordos compartilhados entre seres humanos (Gaskell, 2000, e Minayo, 2009a). Ao contrário do calor do Sol e da rigidez das rochas, dotados de existências independentemente de nossas crenças e valorações, há fatos cujas presenças dependem de humanos a acreditarem nelas (Searle, 1995). Searle (1995) batizou estes de fatos institucionais, dado que necessitam de instituições humanas para tomarem corpo.

Os fatos institucionais compõem estrutura social invisível, mas sustentada pelos propósitos atribuídos por nós a tais fatos. Esta invisibilidade é posta à investigadora (Searle, 1995) e, por isto, a pesquisa qualitativa volta-se para fazer perguntas sobre os significados, a serem interpretados, analisados e trabalhados por pesquisadoras (Minayo, 2009a).

O estudo relatado advém de uma investigação qualitativa. Isto significa que eu, enquanto autora, me localizei no mundo ao meu redor, promovendo alterações nas relações estabelecidas por mim e partir delas, nos locais onde ocorrem, busquei acessar os conteúdos relevantes para este trabalho, que seriam, posteriormente, lidos e interpretados por mim e minha equipe de pesquisa, sujeitas socialmente inseridas no contexto cultural brasileiro dos anos de 2018, 2019 e 2020 (Creswell & Poth, 2018, e Denzin & Lincoln, 2018).

A investigação qualitativa parte do pressuposto de que não há “evidências” dispersas pelo mundo aguardando serem coletadas por estudiosos. Ao contrário: evidências surgem a partir do

contato dos investigadores com o contexto ao redor, sendo por eles construídas e representadas, em parceria com os colaboradores do estudo, demandando posicionamentos éticos específicos. Não se é possível representar a realidade de forma objetiva (e talvez sequer devêssemos nos ater a esta proposta) (Denzin & Lincoln, 2018).

O caráter processual, portanto, pode ser entendido enquanto uma das mais marcantes características da investigação qualitativa. A investigadora tem sua própria história, suas próprias inserções de gênero, classe, etnia, credo, orientação sexual. Todas estas características dialogarão, constantemente, com o estudo produzido por ele e por sua equipe, nas fases de análise de literatura teórica, epistemológica e metodológica, coleta de dados, análise destes e produção escrita (Denzin & Lincoln, 2018).

Faz-se importante esta contextualização pois entende-se, aqui, que qualquer produção de conhecimento acadêmico é ideológica, não sendo possível construir ciência neutra. Isso dá-se pela inserção histórica das autoras, dotados de suas próprias visões de mundo. Principalmente no campo das ciências sociais, importam os olhares de investigadoras e participantes da pesquisa, a partir da relação criada entre estas sujeitas (Minayo, 2009a).

A colocação em campo da pesquisadora é profundamente influenciada por suas escolhas do que e como observar. Esta pessoa e as participantes da pesquisa criam “interferência” (p. 63) na realidade pesquisada, já inserida na pesquisa social como parte do conhecimento desenvolvido a partir da investigação (Minayo, 2009b). Gonçalves (2014c) destaca como a profissional da Psicologia não é apenas especialista num assunto. A autora reconhece a inserção social das participantes, intimamente entrelaçada com seu posicionamento político, categorizado por ela como uma necessidade e demanda por publicização deste. A psicóloga não é neutra (Gonçalves, 2014c).

O campo é o contexto onde o projeto de pesquisa, fase primeira de qualquer investigação, toma corpo. É ali onde aproximam-se a pesquisadora e a realidade sobre a qual se formulou pergunta. A curiosidade deve ser guia de quem faz pesquisa, pois possibilita constante ajuste entre o proposto

no projeto e o que se encontra no campo. Pode-se estabelecer, assim, relações de “intersubjetividades” (p. 63) entre pesquisadoras e participantes de pesquisa, das quais têm-se como resultado uma construção singular sobre a realidade pesquisada (Minayo, 2009b).

A base de qualquer pesquisa social são os dados sociais, desenvolvidos a partir da comunicação entre pessoas. A pesquisadora tem interesse, então, nas expressões espontâneas das pessoas escolhidos por ela para participarem do estudo (Bauer, Gaskell & Allum, 2000).

A partir desta proposta, é possível fazer a escolha do método de pesquisa. Dentre as possibilidades abertas dentro da pesquisa qualitativa, a entrevista talvez seja a mais utilizada (Gaskel, 2000), caracterizada por Minayo (2009b) como “técnica privilegiada de comunicação” (p. 64). Esta técnica parte do interesse da entrevistadora e tem como propósito trazer informações pertinentes ao tema de pesquisa eleito por ela. Esta técnica é de interesse das pesquisas sociais pois permite a descoberta de outros posicionamentos sobre o objeto pesquisado além dos propostos no projeto (Farr, 1982, em Gaskell, 2000), e possibilita o acesso às dinâmicas construídas entre as pessoas e seus contextos (Gaskell, 2000). Lefevre, Crestana e Cornetta (2003) explicam que pesquisas qualitativas acessam as dimensões simbólicas dos temas abordados. Assim, deve-se possibilitar aos participantes a expressão de suas experiências no contexto pesquisado, englobando suas percepções e sentimentos (Lefevre, Crestana & Cornetta, 2003).

A partir dos preceitos da Teoria das Representações Sociais (TRS), é possível localizar o objeto de interesse para esta pesquisa no limiar (nem sempre bem definido) entre sujeitas e a sociedade em que se inserem. Este posicionamento, assim como a inserção no campo qualitativo de pesquisa, também autoriza à pesquisadora sentir-se confortável para escolher um dentre uma variedade de métodos de investigação (Bertoni & Galinkin, 2017).

Uma entrevista pode tomar diversos formatos. Para este estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada, com o movimento entre perguntas abertas e fechadas, de forma a permitir às participantes falar de forma espontânea sobre os temas propostos, a partir de dinâmicas similares às

verificadas na sociedade de forma geral (Minayo, 2009b). De acordo com definição feita por Gaskell (2000), os procedimentos seguidos neste estudo têm “fim em si mesmos” (p. 65), na medida em que objetivou-se alcançar reflexões das entrevistadas sobre o contexto de interesse da pesquisa.

O roteiro de perguntas assume papel de convite à fala fluída da participante e, nesta dinâmica, a possibilidade de aprofundamentos de determinados pontos abre-se à pesquisadora. As pessoas envolvidas no processo da entrevista engajam-se numa dinâmica de troca de ideias, tendo como pontos de partida seus próprios contatos com a realidade social, contribuindo, cada um a seu modo, para a construção de conhecimento (Gaskell, 2000). A proposta subjacente às perguntas era construir corpo de conhecimento em parceria com as participantes e não sobre estas pessoas (Costa et al., 2012, em Paulon et al., 2015).

O contato com as participantes da pesquisa, pessoas também viventes de suas próprias histórias, é parte importante do trabalho da investigadora. No desenvolvimento das compreensões sobre investigação qualitativa, entendeu-se que as subjetividades de cada pessoa não podem ser acessadas com exatidão, já que este olhar é mediado pelas subjetividades da própria pesquisadora. Assim, pactua-se que as observações feitas se situam no mundo compartilhado por investigadora e colaboradora do estudo (Denzin & Lincoln, 2018).

O Discurso do Sujeito Coletivo foi escolhido como método de tratamento das informações. O DSC é construído a partir da análise e sistematização dos conteúdos verbais expressados livremente pelos sujeitos de pesquisa (Polejack, 2007). A entrevista pode ser uma forma de minimizar os desencontros na comunicação de posicionamentos pessoais, garantindo a espontaneidade essencial para o DSC (Lefèvre, 2017). Esta é uma técnica comumente utilizada em pesquisas qualitativas e, quando aprofundada, permite ao entrevistado apresentar suas visões sobre o mundo e como construiu sua relação com o passado (Gaskell, 2002 como citado por Polejack, 2007).

Participantes

Pretendia-se acessar quatro grupos do movimento LGBTQI+ reconhecidos no contexto do Distrito Federal e entrevistar pelo menos dois participantes de cada grupo. No entanto, em decorrência de dificuldades de agendamento de entrevistas e de falta de retorno dos contatos feitos pela equipe de pesquisa, não foi possível seguir o planejamento inicial. As participantes da pesquisa foram convidadas a partir do envio de e-mails, mensagens em aplicativos de chat instantâneo e telefonemas. Foram entrevistadas integrantes de grupos LGBTQI+s do Distrito Federal, reconhecidas por seus pares enquanto representantes significativos da população LGBTQI+, com atuações voltadas para cultura, política, saúde e educação.

A exemplo do que Fachinni (2018) observa sobre as pessoas frequentadoras dos Encontros Nacionais em Universidade sobre Diversidade Sexual e de Gênero, propiciadores de formações e vivências na temática, as participantes desta pesquisa também atuam de forma institucionalizada, em posições de controle social e proposição de políticas públicas. Não se objetivou fazer levantamento de opiniões, mas explorar “as diferentes representações sobre o assunto em questão” (p.68), de forma a potencializar o conhecimento sobre as possibilidades de posicionamento (Gaskell, 2000). A participação foi voluntária.

Critérios de inclusão

Foram considerados aptas para participar da pesquisa pessoas vinculadas a movimentos sociais e identificadas pelos seus pares como representativos das pautas por elas defendidas. A idade mínima estipulada para a participação foi 18 anos. Somente foram entrevistadas pessoas que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, firmando este compromisso com a assinatura dos documentos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para Fins de Pesquisa (anexos I e II, respectivamente)

Critérios de exclusão

Não participaram da pesquisa pessoas menores de idade e que não aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Instrumentos

Escolheu-se realizar entrevistas semiestruturadas com pessoas identificadas como representativas dos seguimentos sociais alvos desta investigação. Foram abordadas as seguintes temáticas: experiências no uso do Sistema Único de Saúde, demandas identificadas para que seja defendida a saúde da população LGBTQI+, observações sobre o acolhimento da população LGBTQI+ nos serviços de saúde, acesso à rede de saúde e as representações sociais de profissionais da saúde. O roteiro de entrevista pode ser encontrado no final desta dissertação, como ANEXO III.

A autorização dos participantes em participar da pesquisa foi considerada por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentando em conjunto com a autorização para gravação em áudio da entrevista. As respostas foram gravadas no aparelho celular da pesquisadora principal e, posteriormente, transcritas para análise.

Procedimentos

As participantes foram convidadas por meio de mensagens de texto em aplicativo de mensagens instantâneas para telefones celulares, e-mails e telefonemas. A equipe de pesquisa, composta pela pesquisadora responsável e suas assistentes, elaborou texto padronizado para enviar às possíveis entrevistadas, informando dados sobre a vinculação institucional do estudo, a professora orientadora, o objeto de pesquisa e, quando necessário, o nome da pessoa que intermediou o contato.

As entrevistas ocorreram em locais e horários de conveniência para as participantes, sendo todas elas realizadas no formato presencial e conduzidas pela pesquisadora responsável. Em média, os encontros duraram cerca de quarenta minutos. No início de cada um deles, a pesquisadora apresentou, novamente, a pesquisa e leu com os participantes o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (ANEXO I), além do Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para Fins de Pesquisa (ANEXO II). Todas as entrevistadas manifestaram acordo com as condições apresentadas em ambos os termos, assinando-os como forma de registro de concordância. Somente a partir deste momento iniciou-se todas as entrevistas, que foram gravadas em aplicativo de gravação de voz do celular da entrevistadora e posteriormente disponibilizadas unicamente para a equipe de pesquisa, com fins de transcrição. As folhas dos termos assinados e com o roteiro de entrevistas foram guardadas, ao término dos procedimentos, em envelope pardo, fechado e que permaneceu em poder da pesquisadora responsável.

Tratamento das informações

A literatura especializada na área afirma serem as entrevistas métodos adequados para a condução de pesquisas embasadas na TRS, pois permitem às participantes do estudo a expressão de posicionamentos e sentimentos a respeito do tema abordado. A análise dos dados (ou, como denominado aqui, tratamento das informações) acessará justamente as maneiras como se organizam os pensamentos e posicionamentos destas pessoas, inclusive a forma como são afetadas pela interação com seus pares e com o meio (Bertoni & Galinkin, 2017).

Esta pesquisa parte dos pressupostos que sistemas conversacionais são dinâmicos e que as sujeitas integrantes de tais sistemas são as especialistas sobre as referidas dinâmicas (Anderson & Goolishian, 1992). Por esta razão, escolheu-se tratar as informações a partir do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A pertinência desta proposta dá-se na medida em que se reconhece a fala como principal instrumento de trabalho da Psicologia (Polejack, 2007).

Lefevre et al. (2003) explicam que esta proposta é adequada para a “organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal” (p. 68). Os resultados desta análise são apresentados, em sua forma final, a partir de discursos elaborados em primeira pessoa, de forma a expressar a forma como um determinado grupo se posiciona em relação ao tema da pesquisa (Lefevre et al., 2003). A

articulação da fala em primeira pessoa do singular aponta para a presença da entrevistada e confere aos posicionamentos de todas as participantes da pesquisa representatividade em relação os grupos que pertencem (Polejack, 2007).

Fernando Lefèvre (2017), um dos autores do DSC, afirma ser possível utilizar o método de análise por ele proposto com tamanhos variados de amostra. Ele destaca a qualidade e representatividade em termos de “atores sociais relevantes” (p. 21) desta amostra de pesquisa enquanto fator mais relevante do que a quantidade de colaboradores do estudo. O autor também exalta como a diversidade dentre estes atores adiciona ganhos à investigação conduzida, na medida em que subjetividades diferentes são ouvidas e interagem em uma coletividade (Lefèvre, 2017).

Outros aspectos importantes para garantir a qualidade da análise são a espontaneidade, riqueza e a verdade presentes nos relatos. É responsabilidade da investigadora garantir espaço adequado para a o conforto da colaboradora do estudo. Dentre os procedimentos mais comuns escolhidos por pesquisadores que utilizam o DSC destaca-se a entrevista individual, adotada neste estudo (Lefèvre, 2017).

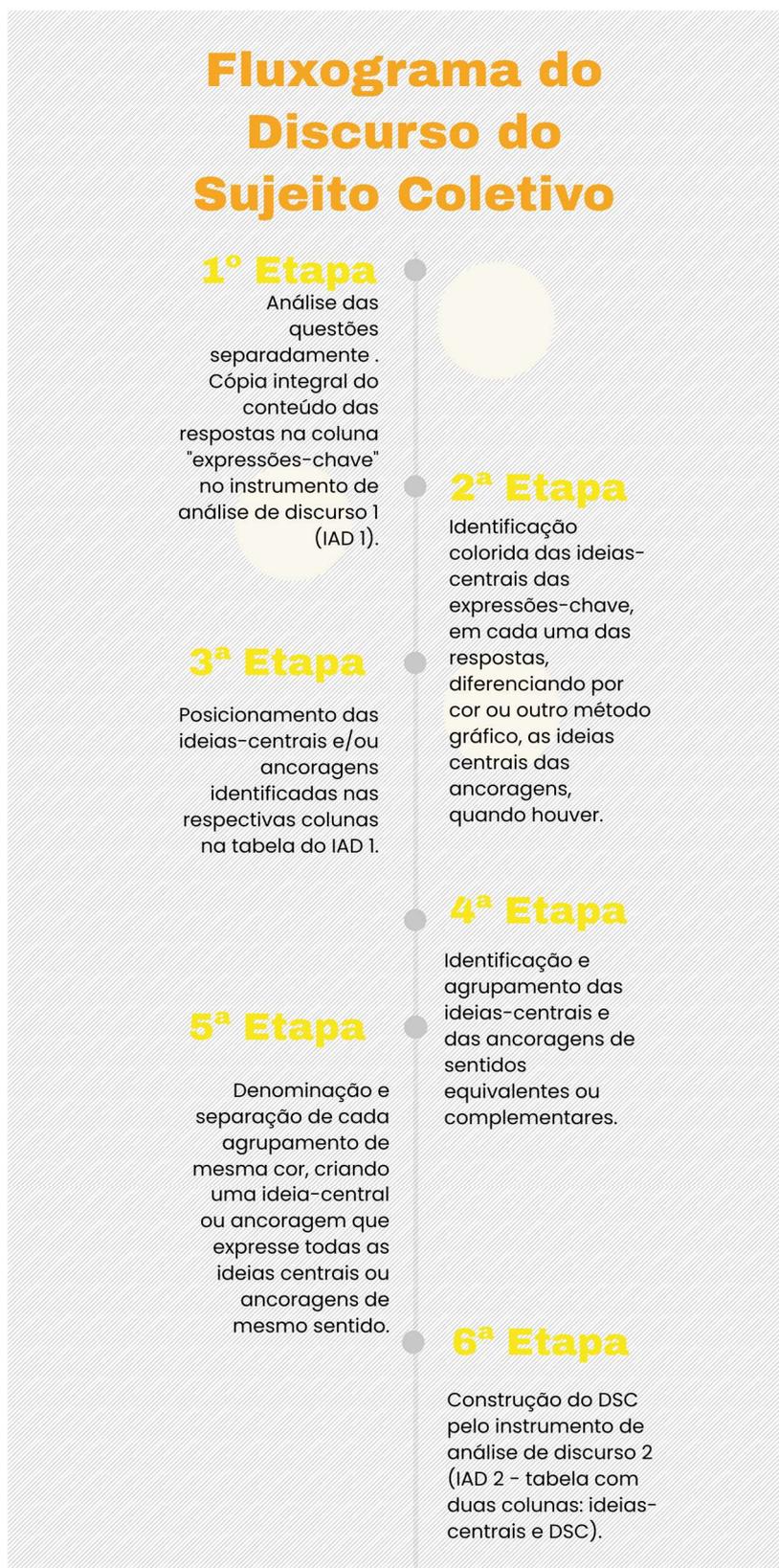
A análise de dados a partir da proposta do DSC exige à pesquisadora a observação de fases. Tendo enquanto ponto de partida a pergunta feita e o problema por ela abordado, seleciona-se, primeiramente, os trechos mais significativos. Nestes trechos, serão selecionadas as Expressões Chave (EC), a partir da problemática principal abordada na pergunta, buscando destacar a contribuição do entrevistado para a construção de uma compreensão do coletivo (Lefèvre, 2017).

Posteriormente, a partir da definição do(s) posicionamento(s) do sujeito entrevistado diante da problemática da pergunta, delineiam-se as Ideias Centrais (IC). A pesquisadora e sua equipe devem atribuir nomes sintéticos representativos dos sentidos trazidos pelo entrevistado. É possível, também, identificar Ancoragens (AC) na fala da entrevistada, ou seja, conteúdos decorrentes de repertório passado usados por ele para dar sustentação à sua argumentação, estando profundamente conectados com crenças e representações desenvolvidas por esta pessoa (Lefèvre, 2017).

As ICs e ACs que guardam similaridades de sentidos agrupam-se nas mesmas categorias. Recomenda-se que esta atividade seja feita por mais de uma investigadora da mesma equipe. As categorias, ECs, ICs e ACs semelhantes unir-se-ão, então, para a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), estruturado na forma de narrativa em primeira pessoa do singular que agregue os elementos mencionados, sendo retiradas as particularidades. Objetiva-se, assim, publicizar o pensamento de uma coletividade, facilitando a compreensão dos resultados da pesquisa para pessoas externas ao ambiente acadêmico. Considerando as propostas sociais desta pesquisa, este método de análise de dados mostra-se interessante na medida em que promove condições amigáveis para o estabelecimento de diálogos entre diferentes atores sociais. (Lefèvre, 2017). A figura 4, abaixo, demonstra como é realizado o processamento dos dados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo.

Figura 4

Fluxograma do Discurso do Sujeito Coletivo (Xavier, 2020, com adaptações)



6.1 - Revisão ética

O projeto de pesquisa que embasou este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais (CEP-CHS) da Universidade de Brasília. Intitulado “O Papel da Psicologia na Visão de Participantes de Movimentos Sociais em Defesa da Saúde Sexual da População LGBT+”, o projeto elencou o risco de mobilização afetiva e potencial desconforto psicológico às participantes por acessar conteúdos referentes às suas experiências de sexualidade. Levando estes aspectos em consideração, foram oferecidos acompanhamentos psicológicos no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília, a serem desenvolvidos pela pesquisadora titular. No entanto, nenhuma das participantes solicitou este serviço. O benefício destacado no projeto encaminhado ao CEP-CHS referia-se à contribuição do estudo desenvolvido para a melhoria de políticas públicas de saúde para a população LGBTQI+, partindo do princípio de equidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

Todas as pessoas envolvidas na condução da pesquisa leram e estavam cientes dos conteúdos das resoluções nº 510, de 07 de abril de 2016 e nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Assim, o estudo foi iniciado apenas após a aprovação do CEP-CHS, zelou-se pela privacidade e sigilos das informações obtidas e utilizadas, sendo estas usadas apenas para o presente estudo. Esta dissertação presta-se, em parte, ao compromisso de tornar públicos os resultados do estudo.

O parecer consubstanciado de número 3.444.950 do CEP-CHS atestou a aprovação da pesquisa. Os pareceristas julgaram haver adequação da proposta de pesquisa às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e Complementares. Ao final desta dissertação, constam o termo de consentimento livre e esclarecido e o roteiro de entrevista, como Anexo I e Anexo II, respectivamente.

Capítulo 7 - Resultado e discussão

Trinta e uma pessoas foram contatadas. Destas, realizou-se entrevistas com dez, sendo sete mulheres e três homens. A média de idade das participantes foi de 35 anos. As atuações delas distribuíam-se pelos campos de cultura, educação, saúde e política. Apesar de ter sido oferecida a possibilidade, nenhuma das participantes necessitou de encaminhamento para acompanhamento psicológico posterior às entrevistas. Houve maior adesão de participação na pesquisa por parte de pessoas trans, apesar de este fato não estar previsto no delineamento do método de pesquisa.

As entrevistas realizadas foram tratadas a partir da proposta do Discurso do Sujeito Coletivo. As reflexões desenvolvidas a partir de tal tratamento encontram-se a seguir. Destaca-se que a coletividade representada aqui é a de pessoas participantes do movimento LGBTQI+ do Distrito Federal, com atuações sociais reconhecidas por seus pares.

Para efeitos da preservação da fidedignidade em relação ao roteiro de entrevista utilizado e às respostas dadas pelas participantes, as siglas LGBT e LGBTQI+ também aparecerão nesta sessão.

Pergunta 1: Quais são as dificuldades específicas encontradas pelas pessoas do grupo representado por você? Quais são as dificuldades específicas encontradas pelas pessoas do grupo representado por sua filha/seu filho? (Obs.: pergunta feita para integrante do Mães Pela Diversidade).

Ideias centrais

IC 1	A gente tá passando por muitas dificuldades na comunidade LGBT
IC 2	Direito a ser tratada pelo nome pelo qual se identifica
IC 3	Existe uma transfobia do profissional de saúde atender uma pessoa trans
IC 4	Tem a violência no atendimento
IC 5	Ele com a fé dele e você com a sua crença
IC 6	Processo transexualizador não é apenas a transgenitalização

IC 1: A gente tá passando por muitas dificuldades na comunidade LGBT

DSC 1: A gente veio de um momento muito difícil político, a gente tá passando por muitas dificuldades sobretudo da comunidade LGBT, porque a gente tá vivendo uma crise complexa. As pessoas não têm dinheiro para pagar o metrô, para pagar um ônibus. “Ah, eu preciso de um emprego”. Mas não existe emprego. A gente sabe que tem alguns estigmas com relação a profissões, que eles acham que não são acessíveis em função de ser LGBTs. Tem trabalhos que são comuns entre eles, salão de beleza, a própria prostituição mesmo, no caso das travestis

IC 2: Direito a ser tratada pelo nome pelo qual se identifica

DSC 2: Tem o total desconhecimento dos profissionais de saúde, inclusive da própria população trans, que não sabe que tem direito a ser tratada pelo nome pelo qual se identifica. No acesso ao serviço, há risco de sofrer algum tipo de constrangimento com uso do nome social. No SUS existe um problema muito grande de não fiscalização do uso do nome social. Até hoje, existem servidores que acham que podem não chamar a pessoa pelo seu nome social, ou que não sabem que o nome social existe, não sabe o que é o nome social, por que que ele é importante, que ele não é uma frescura, que não é um apelidinho que a pessoa quer que você chame ela. Existem muitas meninas trans, travestis, que não saem de dia, que tem medo de ir para a padaria. Então você tá em um hospital, em um lugar que você vai ter que passar horas, sendo desrespeitada, porque as pessoas não sabem como te tratar, muitas vezes sendo chamada pelo nome que tá no registro e que não é o que você se identifica. Gritam João e aí a Maria levanta na frente de todo mundo, enquanto todo mundo ri para ela entrar no consultório. É muito difícil. Os profissionais alegam que elas não estão fazendo nada demais, porque está no documento, então é oficial.

IC 3: Existe uma transfobia do profissional de saúde atender uma pessoa trans

DSC 3: Saber que no início, da questão da passabilidade, a imagem ou a forma como eu quero ser reconhecido e o documento da identidade que eu tenho. Quando se trata de travestis e transexuais, as pessoas reclamam muito, “Ah, mas eu tenho medo porque principalmente as travestis elas são muito violentas”. Parece que a transexual é melhor do que a travesti, e as pessoas colocam “ah que a travesti é aquela que só anda nos esconderijos e à noite, e a trans não, é a que ascendeu e que minimamente está sendo aceita pela sociedade”. Essa violência que as pessoas reverberam é a violência que elas sofrem diariamente. Muita gente antes de levar um tapa, ele dá um tapa. A travesti é a violenta porque ela já chega gritando, ela já chega causando, ela já quer partir para cima e para briga, mas aí você perguntou que ela várias vezes teve naquele posto de saúde, não deixaram nem ela entrar? Eu acho que existe uma transfobia, além do desconhecimento, às vezes existe um nojo, do profissional de saúde ter que atender uma pessoa trans. Acho que o próprio ambiente: quando as pessoas trans estamos em ambiente que não seja necessariamente o da prostituição e somos reconhecidos enquanto pessoas trans, o ambiente já é constrangedor.

IC 4: Tem a violência no atendimento

DSC 4: O acesso à determinadas especialidades, porque eu vou continuar precisando de ir ao ginecologista. O quão constrangedor ou o quanto não existe expectativa disso. Quando você vai ligar para fazer a marcação de consulta no ginecologista e você tem que o tempo todo trazer à tona algo que pode envolver algum tipo de violação de direito, de constrangimento. Além disso tem a violência no atendimento com os médicos ginecologistas, que também não entendem que lésbicas não têm uma relação com homem e sim com uma mulher. Vem perguntas assim: “Ah sim, mas há quanto tempo você não tem relação?”, “Não, eu tenho relação”, “Ah sim, mas e aí, não tem relação com homem”. Seria bom ter a facilidade de poder procurar ginecologista e urologista, no caso das meninas. E poder procurar isso sem ter aquele escárnio que as pessoas fazem, de ficar fazendo piadinha

como "Ah não acredito que você é isso e que você tem isso entre as pernas". Se eu tô falando é porque tem e eu preciso do serviço, preciso acessar essa saúde sexual e para o meu bem-estar.

IC 5: Ele com a fé dele e você com a sua crença

DSC 5: E se essa pessoa também é de uma outra religião e chega com uma demanda teoricamente específica. Você tem que explicar para essa pessoa "Ó, eu entendo as suas questões de religião, mas nesse momento o que eu preciso fazer o procedimento", e aí é você que tem que decidir. Algumas coisas você enquanto profissional não precisa decidir, você tem que deixar a critério desse usuário. Porque se ele tem tudo isso e aí vai ficar ele com a fé dele e você com a sua crença, mas você não deixa de passar os procedimentos que você tá ali para passar. Já aconteceu de, no final de um atendimento, a profissional mandou um "Fica com Deus", e aí eu senti que esse "fica com Deus" tinha alguma coisa sendo comunicada ali. Então acho que as crenças espirituais que muitas vezes compõem, porque é naturalizado. É muito absurdo você entrar num consultório médico para falar sobre questão de prevenção sendo uma mina lésbica e sai lá com uma camisinha masculina e com panfletinho de pregação da igreja.

IC 6: Processo transexualizador não é apenas a transgenitalização

DSC 6: As pessoas trans hoje, em alguns lugares, já têm acesso ao processo transexualizador, mas o processo transexualizador não é só a transgenitalização, que é a retirada de gônadas. Pelo sistema único de saúde não ter condições de fazer o acompanhamento adequado, muitos acabam fazendo a opção de retirada só dos seios, porque a partir do momento que você faz a retirada das gônadas, principalmente de útero e ovário, você precisa fazer todo um acompanhamento hormonal e nem tudo se faz aqui no Brasil. Não é só tomar hormônio: é tomar um hormônio que se adeque ao teu corpo e fazer o acompanhamento do metabolismo. Já vi casos de pessoas terem que interromper o tratamento, que é algo muito doloroso para uma pessoa trans, porque o hormônio acabou

derrubando a imunidade. Antes de você fazer o processo de hormonização, você precisa fazer vários exames para ver qual é o que vai se adequar mais. Mas em alguns lugares ainda falta especialista. A maior dificuldade tem sido a parte de endocrinologia. A gente não tem como acessar a endocrinologia, tem fila de espera. É muito tempo e acaba que esses garotos ou garotas fazem a terapia hormonal por conta e aí podem envolver várias doenças. Quando a gente fala uma expectativa de 35 anos para população trans, principalmente para mulheres trans, você não tá falando só da questão da violência na rua, mas você tá falando também da questão da saúde. A população de travestis e transexual, ela sofre muito porque acaba se automedicando demais ou passando por processos absurdos. A trans ou as travestis não têm acesso a colocar uma prótese mamária pelo SUS, e aí ela acaba caindo no mercado clandestino, que vai colocar dentro desse corpo materiais que não são apropriadas, como o silicone industrial. Você faz porque a gente tem vários padrões, que você só é considerada a mulher se você tiver umas curvas. Daqui a pouco o silicone começa a dar problema e aí as pessoas são começadas a ser chamadas de monstros, por conta das deformidades que isso pode causar no corpo. O SUS ainda não conseguiu se debruçar sobre para tratar a questão. Pessoas vêm à óbito, porque o silicone num determinado momento, dependendo do material, se funde com a carne e necrosa, na região das nádegas e no seio, principalmente. A pessoa é desenganada, já tem um prazo para morrer e morrer sofrendo com aquilo. A gente também precisa acessar o cirurgião plástico. Existem profissionais interessados, mas ao mesmo tempo a galera que está sempre na gestão do hospital fala: "Não, isso não é mais importante do que fazer cirurgia numa pessoa que tem câncer". A gente tem que entrar com processo contra o GDF, para poder ter acesso a uma mastectomia, uma neofaloplastia, uma vulvoplastia, prótese de silicone. Isso acontece já para a população CIS. Quando a gente pleiteia esse direito, eles falam que não, que a gente está mutilando nosso corpo, que a gente está furando fila, sendo que eles nem colocam a gente numa fila. A gente não quer um privilégio. A gente quer estar na fila, a gente quer saber que está na fila. É um direito nosso, a gente também paga por isso e a gente tem que acessar esse serviço, não só população cis. A gente tem que

se fingir de cis, tem que mudar o gênero. E aí será que a cirurgia mesmo que vai mudar a minha vida, né? “Ah, mas como que a gente vai saber disso?” Tem psicólogo, tem psiquiatra. Se você faz um acompanhamento com esses profissionais você consegue entender isso. Eu preciso entender essa ideia de que eu não sou um corpo estranho. A gente sempre tenta despatologizar.

A PNSI LGBT ainda não é amplamente conhecida por profissionais da área de saúde (Nogueira & Aragão, 2019). Guimarães et al. (2020), em pesquisa realizada com enfermeiras de unidades básicas de saúde de um município no estado do Espírito Santo, identificou que setenta por cento das entrevistadas classificavam como nulo seus conhecimentos sobre a Política. A falta de conhecimento sobre os princípios da PNSI LGBT evidenciou-se com o desrespeito ao direito de uso do nome social pelas participantes da pesquisa capixaba, em consonância com o destacado pelas participantes da presente pesquisa, conforme IC 2. Apesar disto, havia interesse da enfermeiras em prestar atendimentos acolhedores a pessoas da população LGBTQI+, posicionando-se contrárias a práticas discriminatórias (Guimarães et al., 2020). Em estudo conduzido com travestis e mulheres trans, Cerqueira-Santos et al. (2010) identificaram constrangimento causado a estas usuárias do SUS pelo não uso do nome social em aparelhos de atendimento de saúde. O direito de ser identificada pelo nome escolhido também é afetado pelo medo de ser ridicularizada, por receio de este direito ser negado e por desconhecimento desta possibilidade, conforme relato de travestis em pesquisa desenvolvida por Cesaro (2016).

Agentes comunitários de saúde Goiânia foram entrevistados pela equipe de pesquisa de Guimarães, Cavadinha, Mendonça & Sousa (2017). As autoras do estudo também utilizaram o Discurso do Sujeito Coletivo como método de processamento dos dados e observaram que as agentes reconhecem a existência de demandas de saúde da população LGBTQI+, mas não identificam dificuldades de acesso, rotulando as políticas específicas como discriminatórias, sob a argumentação que não há nada além do normal quando trata-se da saúde deste seguimento populacional, em

posicionamento semelhante ao identificado em falas de trabalhadoras da saúde, na IC 6 da pergunta 1, ao abordarem o tópico de uma suposta fila “furada” por usuárias LGBTQI+.

Outras dificuldades de uso dos serviços de saúde enfrentadas pela população trans, conforme evidenciado na IC 6, referem-se à suposição reducionista de que suas necessidades estão ligadas apenas aos procedimentos de transgenitalização. Há profissionais da medicina que não tem conhecimento sobre a variedade de possíveis demandas de saúde destas pessoas, chegando a associar as identidades trans a transtornos mentais. Além disto, também falta aos profissionais da área conhecimento sobre os serviços de referência existentes nas redes de saúde locais (Negreiros, Ferreira, Freitas, Pedrosa & Nascimento, 2019).

A transfobia no atendimento foi identificada especificamente na IC 3 da pergunta 1 desta pesquisa. Novamente, os relatos das participantes encontram paralelos na literatura empírica sobre o assunto. O desconhecimento sobre as experiências subjetivas de pessoas trans está associado a atitudes (Aronson et al., 2015) negativas e equivocadas, como a ideia de que as identidades trans seriam um exagero da homossexualidade, devendo as pessoas trans aceitarem seus nomes de batismo, porque “pessoas normais que têm nome de homem sendo mulher” (Negreiros et al., 2019, p. 28).

Pergunta 2: Quais aspectos dificultadores relacionados especificamente à saúde sexual da população LGBT+ no atendimento pelo SUS?

Ideias centrais

IC 1	É fundamental rede capacitada para atender as pessoas LGBTs
IC 2	Essa moralização sempre atuou, eu acho que agora ela só tá mais oficializada
IC 3	Os profissionais precisam saber sobre pessoas trans e intersexuais
IC 4	Elas estão invisíveis dentro do sistema de saúde
IC 5	A condição da sexualidade da mulher ainda é um tabu na sociedade

IC 1: É fundamental rede capacitada para atender as pessoas LGBTs

DSC 1: Acho que precisa de mais ambulatórios especializados no atendimento de pessoas trans. Na rede, direto falta gel lubrificante. Pra os meninos que fazem a hormonização é importante o gel lubrificante porque há um ressecamento vaginal. Aqueles que fazem uso de forma de penetração tem essa dificuldade e aí tem que ficar comprando lubrificante, nem sempre é tão barato. Camisinha até tem mas eu acho que isso deveria ser um pouco mais liberado 'pras' pessoas. Lógico que no postinho tem, mas é um pouco desconfortável isso de saúde sexual. Acho que é fundamental rede capacitada para atender as pessoas LGBTs, que tem questões específicas de saúde que precisam de atendimento adequado e a gente não tem. Serviços especializados e políticas para determinadas populações não é segregação. Você só está trabalhando quais diferenciações existentes dentro da população humana.

IC 2: Essa moralização sempre atuou, eu acho que agora ela só tá mais oficializada

DSC 2: Eu acho que a gente está vivendo um problema, a partir desse novo governo federal, que é um moralismo que impede, por exemplo, que se debata de uma forma científica as ISTs, com vários ataques à política de combate às ISTs. A gente precisa falar de sexo e as várias formas de viver a sexualidade, porque não adianta você falar de sexo só pensando numa relação pênis e vagina, entre duas pessoas heterossexuais. Então se você faz isso, você tira uma parcela enorme da população que não vai estar recebendo essa informação. Por que a população trans no Brasil 32 a 34% vive com HIV? Porque não se fala. Nem antes desse governo atual se falava sobre sexo com pessoas trans. Quando se fez uma cartilha de prevenção às ISTs, específicas para homens trans, foi um "bafafá", porque aí "Ah não, tá incentivando ideologia de gênero". É muito difícil por essa moralização do debate. Essa moralização sempre atuou, eu acho que agora ela só tá mais oficializada, mais sem vergonha mesmo.

IC 3: Os profissionais precisam saber sobre pessoas trans e intersexuais

DSC 3: Os profissionais de saúde, em geral, precisam saber que existem mulheres com próstata, Papanicolau para homens. Muitos ginecologistas não sabem quais são os cuidados que se devem ter com uma neovagina, uma vagina obtida através de cirurgia. É muito difícil achar um endócrino que atende uma pessoa trans, porque tem medo, "Ah se eu fizer alguma coisa errada eu vou perder o meu registro de medicina". Como um homem trans, o mais desafiador tem sido o ginecologista. Até você falar que você é um homem trans e que você precisa acessar o serviço da ginecologia que é tão importante para a gente, que ainda tem vagina. Isso precisa ser mais comentado na academia. Acho que isso está aumentando, mas ainda as pessoas não se formam sabendo que tem que estudar sobre isso.

IC 4: Elas estão invisíveis dentro do sistema de saúde

DSC 4: As principais problemáticas elas envolvem as lésbicas, por conta dessa questão de atraso de você ter um diagnóstico correto, por conta da lesbofobia institucional. A expectativa de alguns ginecologistas de que, se é sexo entre mulheres, então não há uma exposição, que sexo entre mulheres não é sexo, apagamento do sexo. Não há uma abertura para se pensar o que que é a atividade sexual entre essas pessoas, como é a vida sexual de uma mulher trans com um homem trans, que seria vista como um casal hétero. Talvez estejam se expondo, por falta de informação. Quando eu preciso falar que eu sou uma mulher lésbica, para ginecologista, para dermatologista, inclusive, receio ser violentada e não ter a minha experiência legitimada. Já aconteceu de ir ao ginecologista e ele perguntar ou presumir ou fazer perguntas do tipo: "você tem vida sexual ativa? Você faz o uso de preservativo? Você toma anticoncepcional?" E eu dar respostas na negativa. "Então como você se previne?" e eu dizer "Eu não transo com homens". Como se dá esse fluxo de transmissão de DSTs entre mulheres, ou em corpos que tem vaginas. São comentários ainda normativos. Não é só a questão da orientação sexual, mas é a questão da prática, a partir de onde vai fazer uma análise. Tem mulheres lésbicas

que podem contrair ISTs e não podem, depende da prática que elas vão ter. Só que as médicas e os médicos em geral não conseguem lidar com isso, então eles passam da perspectiva que ele já tem ali uma lista de exames, que eles vão passar, “Se é lésbica eu vou passar esses exames aqui, se é hetera eu vou passar esses exames aqui”. É muito difícil fazer um diagnóstico dessas mulheres, porque elas estão invisíveis dentro do sistema de saúde. É um enclausuramento pela invisibilização, não por ser LGBT

IC 5: A condição da sexualidade da mulher ainda é um tabu na sociedade

DSC 5: A condição da sexualidade da mulher ainda é um tabu na sociedade para dentro do sistema de saúde. Quando você fala de saúde sexual, hoje em dia, você tá falando de um governo que tá dizendo nas assembleias internacionais que quer vetar qualquer coisa que esteja relacionada aos direitos e à saúde sexual das mulheres, que quer vetar qualquer coisa que esteja direcionada a questão de gênero. A única visão que a gente pode ter com um governo que faz esse tipo de discurso é entender que acabou a política de prevenção e o planejamento familiar, e para nossa população que já não tinha acesso, agora tem menos ainda.

A lesbofobia institucional foi apontada na IC 4 como uma das grandes barreiras para a efetivação do direito à saúde sexual para mulheres lésbicas. Este embaraço é identificado, também, por pesquisadoras de diferentes partes do Brasil. Mulheres lésbicas de Porto Alegre (RS) destacaram a necessidade de serem pensadas políticas de prevenção a ISTs para além de atividades sexuais com a participação de pênis. Nesta mesma pesquisa, participantes relataram a crença de profissionais de saúde sobre como o sexo entre mulheres supostamente não teria riscos para o desenvolvimento de infecções sexualmente transmissíveis (Cerqueira-Santos et al., 2010). Tal fala está em consonância com o destacado por participantes desta pesquisa ao abordarem o desconhecimento de profissionais de saúde sobre os fluxos de contágio por ISTs entre corpos com vaginas.

Na concepção de Cerqueira-Santos et al. (2010), a boa qualidade do vínculo estabelecido entre profissional de saúde e usuária colabora para o aumento da qualidade do atendimento prestado. A partir desta ideia, as autoras argumentam como o foco hétero-cis das ações de promoção da saúde sexual feminina perpetua preconceitos contra as experiências fora deste eixo binário. Além disto, a falta de preparo para abordar temas ligados às sexualidades preocupa, na medida em que assuntos de importância vital para as usuárias deixam de ser abordados. Desta forma, as mulheres (trans e cis) sentem-se desencorajadas de falarem abertamente sobre suas práticas sexuais (Cerqueira-Santos et al., 2010), temendo não terem suas experiências legitimadas pelas profissionais.

A desconsideração das sexualidades de mulheres lésbicas manifesta-se, também, na distribuição insatisfatória de insumos, em termos de qualidade dos materiais e da quantidade oferecida às cidadãs. Desta forma, ONGs e movimentos sociais passam a ser fontes de suporte para estas pessoas (Cerqueira-Santos et al., 2010). A lesbofobia afeta a produção de pesquisas. Considerando a ansiedade associada ao ato de informar a sexualidade, poucos estudos são desenvolvidos com estas pessoas (Araújo, Galvão, Saraiva & Albuquerque, 2006)

Pergunta 3: Como você avalia as ações de promoção da saúde sexual da população LGBT+?

Ideias centrais

IC 1	Eu acho que é muito deficitário. Eu não vejo nada sobre saúde LGBT+
IC 2	Confusão entre identidade de gênero e orientação sexual
IC 3	Os grupos socialmente discriminados são tidos como um estereótipo, uma generalização de preconceito
IC 4	As ações são muito pontuais. Sempre quando tem é sobre IST

IC 1: Eu acho que é muito deficitário. Com relação à saúde LGBT é inexistente

DSC 1: Eu acho que é muito deficitário, fraquíssimas. Precisava ter um trabalho mais eficiente, não só promoção da saúde, mas de orientação, de encaminhamento, de divulgação. Você não vê mais fazendo propaganda como é que funciona a questão das próprias infecções sexualmente transmissíveis. Nem no carnaval não tem mais. Hoje a gente tem uma portaria transexualizadora, que atende pessoas transexuais e travestis, a gente também tem uma política pública da saúde da população LGBT. Mas só que muitos desses mecanismos estão criados como teoria; na prática eles não funcionam ou eles não existem. Eu vou no posto e eu não vejo nada sobre saúde LGBT+. Não tem oficina, não tem roda de conversa, não tem absolutamente nada. A impressão que eu tenho é de que deixa esse povo adoecer para lá. Coisas muito tímidas e sem eficiência, uma distribuição de camisinha, preservativo masculino, preservativo feminino, sem explicar para que exatamente ele serve. Com relação à saúde LGBT é inexistente. Avaliando no geral, não é bom.

IC 2: Confusão entre identidade de gênero e orientação sexual

DSC 2: Eu acho que um dificultador para pensar nos direitos sexuais, especificamente da população trans, existe uma confusão muito grande entre o que seja identidade de gênero e o que seja a orientação sexual. Quando a gente fala de pessoas trans é sempre tido como se a transgeneridade já fosse a sexualidade delas. As pessoas são diferentes entre si, é por isso que uma mulher cis é diferente outra mulher cis, uma mulher trans é diferente de outra mulher trans, tem a mulher trans que é mais masculinizada, tem a mulher trans que é mais feminilizada, tem a mulher trans que é lésbica, tem a mulher trans que é heterossexual

IC 3: Os grupos socialmente discriminados são tidos como um estereótipo, uma generalização de preconceito

DSC 3: Os grupos socialmente discriminados, em geral, são tidos como um estereótipo, uma generalização de preconceito. Você esquece que existem mulheres trans que são só ativas sexualmente,

existem mulheres trans que são só passiva sexualmente ou que são versáteis ou que ficam só com mulheres. As mesmas possibilidades que as pessoas cisgênero tem de viver a sua sexualidade, de viver o seu corpo nós pessoas trans também temos. É um problema sempre achar que as mulheres trans tem problema com a sua genitália. A gente também só discute para pessoas trans heterossexuais, mulheres trans que ficam com homens, sendo que isso talvez nem seja uma realidade majoritária. Acho que falta reconhecimento de que uma mulher trans, antes de iniciar a sua terapia hormonal, poderia congelar o seu sêmen, porque talvez no futuro ela queira ser mãe. Quando você começa a receitar testosterona para ele, acho que é a necessidade de falar "Olha, então, isso pode atrofiar o seu útero, isso pode te deixar um homem estéril, você tem interesse em gerar uma criança? Você tem interesse em congelar óvulos?". A possibilidade que as pessoas trans inclusive constituam família é muito rara.

IC 4: As ações são muito pontuais. Sempre quando tem é sobre IST

DSC 4: As ações são muito pontuais. Só tem um aparelho especializado, é só em tal lugar porque tem um médico que sensibiliza com a causa trans ou LGBT. Não tem tido uma ação por parte do governo GDF e junto com o SUS para população LGBT. Sempre quando tem é sobre IST, de dar preservativo e de fazer PrEP e a gente tem que pensar de que essa população não é uma população que sempre vai ser doente, por mais que tenha todos os estereótipos de que é uma população onde a incidência de IST é maior. É uma população que também pode ter gente que não tem esses problemas e precisa de outros acessos, de outra política pública de saúde de fácil acesso. A gente também tem asma, a gente também precisa acessar dentista, a gente também precisa acessar ginecologista. Eu acho que fica sempre muito focado na AIDS e mantendo esse estereótipo.

A aglutinação de identidade de gênero e orientação sexual foi identificada pelas participantes da pesquisa como fato dificultador para a prestação de bons atendimentos pela rede pública de saúde, na IC 3. A dificuldade de compreensão das diferenças entre estas dimensões foi verificada,

também, por Guimarães et al. (2020), em falas proferidas por profissionais de saúde permeadas de normatizações morais e religiosas sobre as sexualidades e expressões de gênero, em desrespeito aos princípios éticos das profissões de saúde e de laicidade do Estado democrático de direito do Brasil.

As identidades trans são invisibilizadas nas falas de gestoras em saúde, que associam as vivências destas pessoas à homossexualidade e atribuem a elas julgamento de abjeção por não se adequarem a padrões cisnormativos (Gomes, Sousa, Vasconcelos & Nagashima, 2018). Araújo et al. (2006) entendem que a inserção das profissionais de saúde em contextos socioculturais marcados pela LGBTQIfobia contribui substancialmente para a problemática de confusão entre identidades de gênero e orientações sexuais, sugerindo que sejam implementadas ações de educação para a modificação de tal cenário.

Políticas de educação voltadas para profissionais de saúde seriam benéficas, também, para reduzir os estigmas da associação entre população LGBTQI+ e ISTs. Na IC 4, as participantes da pesquisa queixaram-se em relação a tal vinculação, iniciada na década de 1980, com a epidemia de aids no Brasil e persistente até a contemporaneidade. Há médicos que sustentam a crença falsa que pessoas LGBTQI+ possuem múltiplos parceiros sexuais e, por esta razão, apresentam maiores índices de ISTs (Guimarães et al., 2020; Negreiros et al., 2019; Nogueira & Aragão, 2019).

Pergunta 4: Como você avalia a atuação dos profissionais de saúde quanto à promoção da saúde sexual da população LGBT+? Quais aspectos devem ser revistos?

Ideias centrais

IC 1	O comportamento é de te prescrever e de encher de remédio. É uma política de fazer morrer
IC 2	Depende de um movimento voluntário de profissionais que se sensibilizam
IC 3	O que eu vejo são atividades autônomas dos movimentos sociais

IC 4	Não tem uma política forte no Brasil de saúde sexual para ninguém
IC 5	Os profissionais do SUS estão desempenhando um trabalho legal
IC 6	Precisa de uma formação, para toda a cadeia

IC 1: O comportamento é de te prescrever e de encher de remédio. É uma política de fazer morrer

DSC 1: Os profissionais de saúde são uma classe muito elitizada, é uma classe que visa muito dinheiro. O SUS é lindo no papel, mas aí na prática você não faz isso valer a pena. Será que era com isso que você tinha que trabalhar? Será que esse dinheiro tá valendo um tantão a pena assim? Você também não estudou uma vida inteira para ganhar um salário-mínimo, mas aí você vê vários profissionais reclamando, "Aí a gente ganha tão mal, a gente ganha tão isso". Mas você não a realidade de um paciente seu, que ganha um salário-mínimo e sustenta uma casa com sete pessoas e aí você quer que essa pessoa chegue rindo no seu consultório, dizendo "Não, eu só tô aqui com uma dor de barriga, eu vim ver o que que você queria para mim". O comportamento é de te prescrever e de encher de remédio, num país onde a renda não permite que você compre esses remédios que são caros. Tem esse desmonte do sistema público, desse fornecimento gratuito de remédios e aí a pessoa fica sem opção. Ele não vai comprar o remédio, então ele vai ficar pior, ele vai adoecer mais, ele vai morrer. Tem alguns autores que tem chamado essa movimentação política contemporânea de uma necropolítica. Sequer eles olham nos olhos, entendeu? E se for LGBT, então? Afeminado? Ou uma lésbica masculinizada, você acha que vai ter um atendimento digno? Eu acho que falta algo na medicina desse país que realmente precisa ser humanizada, porque eu não vejo esse atendimento humanizado.

IC 2: Depende de um movimento voluntário de profissionais que se sensibilizam

DSC 2: Sempre a gente está dependendo do voluntarismo das pessoas. Existem pessoas que têm esse interesse, que vão atrás, que se tornam excelentes profissionais. São poucos profissionais que

têm sensibilidade para trabalhar com pessoas LGBTs, por exemplo, que é o caso de um determinado estabelecimento especializado, a gente fica escolhendo os profissionais para tentar ir para lá. Tem alguns médicos, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, endócrinos que têm vontade de trabalhar e tem formação para isso, só que a rede está sempre com todo trâmite burocrático, então você acaba não conseguindo levar profissional. É triste que essas pessoas tenham que fazer um movimento voluntário, que não exista uma condição do próprio sistema de saúde para gerar essa vontade nas pessoas. O sistema nunca vai proporcionar que eles se especializem nisso. Quando essas pessoas querem atender a população LGBT, elas têm que dedicar mais tempo para estudar, tem que, às vezes, brigar na sua área de trabalho para poder atender essas pessoas, às vezes, elas têm que atender essas pessoas escondido. Atendem essas pessoas em serviços que não são voltados para elas. Se o seu supervisor, o seu superior, souber que tá atendendo pessoas trans em um serviço que é voltado para outra questão elas vão sofrer represália. A gente poderia inventar um mecanismo de que eu também receberia melhor de acordo com o meu desempenho, que não coloque 'num' processo explorador, de precisar ter vários plantões. Com a dedicação do meu atendimento, poderia ter um bônus. Quando você tem um profissional sensível a causa, que entende do seu público em específico, esse profissional provavelmente está muito sobrecarregado. Ele nunca é um profissional que consegue também fazer um atendimento de qualidade, que ele acaba se tornando uma referência e os usuários só querem ser atendidos por aquele profissional.

IC 3: O que eu vejo são atividades autônomas dos movimentos sociais

DSC 3: O que eu vejo são atividades autônomas dos movimentos sociais. Vejo o grupo das minas feministas que vão dar uma oficina de ginecologia autônoma, ou que vão fazer uma roda de conversa para falar sobre prevenção de DST entre as lésbicas, formas de se proteger, porque até a camisinha, tudo é muito falocêntrico. Eu vejo muito mais na militância dos movimentos sociais. Não vejo essa promoção de saúde. A gente também não tem nenhuma clínica especializada na gente, que

é uma coisa para o futuro que a gente pode pensar em fazer. Quem vai ter que fazer vai ser a comunidade e não o governo.

IC 4: Não tem uma política forte no Brasil de saúde sexual para ninguém

DSC 4: Atualmente a gente não tem uma política forte, de fato, no Brasil de saúde sexual para ninguém. Até a questão do planejamento familiar é muito difícil. Foi um debate que a gente chegou a fazer a muito tempo, de que o planejamento familiar dentro dessa questão da reprodução assistida deveria ser algo inclusive acessível para nós. É um debate bem complexo, porque a primeira coisa que a pessoa pensa é que a questão do planejamento familiar ela é só distribuir preservativos. E, para a mulher, é o preservativo e o anticoncepcional e aquele anticoncepcional geral para todo mundo. Aí depois a mulher tem todos aqueles problemas e é porque está tomando o anticoncepcional de qualquer jeito. Atualmente, nem todo mundo tá distribuindo gel. Tem essa campanha pela mudança no preservativo feminino. Uma das práticas de prevenção na relação entre mulheres para o sexo oral é o uso da chamada barreira e o preservativo feminino ele é mais agradável para fazer a barreira do que o preservativo masculino, que tem um gosto bem "ruinzinho". O preservativo feminino o material dele tem maior qualidade. O atual governo, desde o governo Temer, eles queriam substituir esse atual preservativo feminino que a gente tem, que é mais caro, mas é que tem qualidade, por um preservativo que é inferior a camisinha, ele é mais fino e ele parece bem frágil.

IC 5: Os profissionais do SUS estão desempenhando um trabalho legal

DSC 5: Num determinado estabelecimento especializado, é completamente diferente, a gente conversa, com profissionais que são muito dedicados, que se cria um vínculo de fato. E são profissionais do SUS. Eles estão lá porque eles quiseram estar, é um tema que eles tiveram interesse em trabalhar. Não são profissionais que estão necessariamente sempre com medo de falar alguma coisa errada e você ir para outro. Os profissionais do SUS estão desempenhando um trabalho legal. Fui no

postinho e tive prontidão acesso, o postinho é incrível, é muito rápido, tem todos os profissionais, você consegue encaminhamento rápido, exame rápido. Foi uma experiência muito boa, de disponibilidade, o que não tinha de remédio me encaminharam no sentido de “olha, eu consigo uma receita sim, se você comprar a gente aplica” Não tenho reclamações em relação ao atendimento, os profissionais são muito bons.

IC 6: Precisa de uma formação, para toda a cadeia

DSC 6: Faltam profissionais adequados, tanto nos postos especiais de atendimento, tanto quanto na rede de saúde normal do SUS. Se você é um homem trans e precisa ir ao ginecologista, a gente não vai ter o ginecologista que atenda um homem trans e tem um monte de outras implicações. Algumas disciplinas optativas que estão acontecendo agora, por uma nova geração de pesquisadoras e pesquisadores que estão querendo falar sobre isso, mas é muito difícil ainda na academia. Precisa de uma formação, tanto para os profissionais, quanto para os atendentes, não é só o médico, mas a enfermeira, o atendente, toda a cadeia. O médico vai estranhar, fazer perguntas que embaraçam a pessoa, que deixa a pessoa vulnerável. A gente já se deparou com profissionais de saúde que dizem o seguinte: “Eu sei atender uma mulher hétera, cis, eu sei atender uma mulher trans, mas numa consulta com uma mulher bissexual eu não sei o que eu faço”. Eu acho que é a necessidade de reformular o binário na cabeça dos profissionais, que não conseguem entender a natureza das existências, da pluralidade. É sair do ponto de partida muito arrogante de que todas as pessoas são heterossexuais, de que todas as pessoas são cisgênero, e de que essa é a existência normal. É inadmissível, muitas vezes você ter esses preconceitos porque você não acha que aquele outro tem o mesmo direito que você. Eu tenho me incomodado muito com como as nossas existências LGBTQI+, são sempre objeto de estudo, como se a gente fosse muito peculiar. Eu acho que os profissionais precisam entender é que nós não somos objetos curiosos, inusitados. É realmente sentar na cadeira e estudar a existência com as quais você às vezes não teve contato, porque é muito chato você se sentir um animal,

um objeto do zoológico. Eu acho que precisa haver um trabalho educativo, a começar nas escolas, e a partir daí se expandir para que até os profissionais escolham de fato serem médico não por status, mas por realmente uma questão de empatia com a profissão, que é você cuidar de vidas e de mortes. Eu acho que as pessoas precisam entender que a gente está lidando com o ser humano. Do lado de lá existem os sentimentos, emoções, angústias, ansiedades, do mesmo jeito que do lado de cá. O termo LGBT é muito generalista; cada recorte tem suas demandas muito específicas. As pessoas falam "Ah, mas a gente vai ter que mudar a sigla toda vez para incluir um nome?". A gente vai, a gente vai ter que estudar, porque são pessoas, e ela querem ter sua existência reconhecida, e a gente vai ter que mudar a sigla quantas vezes forem necessárias.

A sobrecarga associada ao interesse individual de prestar acolhimento para a população LGBTQI+ foi identificada pelas participantes da pesquisa na IC 2. Esta sobrecarga acarreta prejuízos para usuárias e profissionais. Em pesquisa realizada por Cerqueira-Santos et al. (2010) com 24 pessoas da população LGBTQI+ em Porto Alegre, foi apontado como a qualidade dos atendimentos é afetada pelas condições de trabalho para as equipes de saúde, além de ser reconhecido o empenho das profissionais sensibilizadas às demandas de saúde dessas pessoas. Ademais, profissionais cansadas e sobrecarregadas tendem a atentarem-se em menor medida para a sensibilização de seus trabalhos e não tem condições de qualificarem-se sobre, por exemplo, a PNSI LGBT (Nogueira & Aragão, 2019).

A necessidade de melhoria das formações (IC 6) é temática reconhecida por usuárias do SUS e por profissionais. As agentes comunitárias de saúde colaboradoras da pesquisa de Albuquerque et al. (2019) demonstraram interesse em aprimorarem seus conhecimentos sobre a PNSI LGBT, pois sentem-se inseguras para abordar pacientes integrantes da população LGBTQI+. As profissionais do estudo de Cerqueira-Santos et al. (2010) associam, equivocadamente, o conceito de equidade com a ideia de tratamento indiscriminado para todas as usuárias, que identificam medo das

profissionais de serem preconceituosas em seus atendimentos nas tentativas de abordar homogeneamente as demandas das pacientes.

As servidoras de unidades básicas de saúde do estudo de Cerqueira-Santos et al. (2010) traçam conexão entre o preconceito no atendimento e a falta de capacitação adequada das equipes para a prestação de atendimentos satisfatórios para a população LGBTQI+. Elas também propuseram conferir às profissionais sensibilizadas para este trabalho o papel de multiplicadoras de conhecimentos em seus ambientes de trabalho. As usuárias entrevistadas pela equipe sugeriram a ampliação das ações de capacitação para todas as trabalhadoras dos serviços de saúde (Cerqueira-Santos et al., 2010), assim como também foi sugerido pelas participantes da pesquisa relatada aqui.

Morais Neto et al. (2020) desenvolveram estratégia de ensino sobre saúde LGBTQI+ durante a pandemia de COVID-19. As autoras relataram experiência bem-sucedida em universidade, a partir da disciplina optativa de Atenção à Saúde da População LGBT adaptada para ser ministrada a partir de atividades síncronas e assíncronas.

O ambiente de estudos criado virtualmente contribuiu para que estudantes LGBTQI+ sentissem-se seguros e confortáveis para compartilharem suas vivências pessoais com os colegas (Morais Neto et al., 2020). Estas pessoas qualificam o debate sobre questões de seus cotidianos, contribuindo para a produção de conhecimento no tema. O acolhimento de estudantes LGBTQI+ é fator essencial para a permanência destas pessoas na academia e, como consequência, o aumento da qualidade dos estudos desenvolvidos sobre esta população.

O formato virtual também possibilitou a participação de palestrantes de diversas regiões do país. As avaliações da disciplina tiveram enquanto objetivo principal contribuir com a comunidade de fora da universidade, tendo sido produzidos vídeos, cartilhas e um podcast (Morais Neto et al., 2020).

As formações nas áreas de saúde devem considerar alguns fatores. A IC 1 remete-nos ao aspecto elitista associado às formações médicas no Brasil. No entanto, as Diretrizes Curriculares

Nacionais dos cursos de Medicina preconizam que a portadora do diploma deve ter a competência de compreender os contextos socioculturais e suas influências sobre a saúde a quem for prestar serviços, além de acolher a pluralidade e a diversidade. No estudo de Negreiros et al. (2019), no entanto, os profissionais afirmaram terem tido contato com reflexões sobre saúde LGBTQI+ apenas em disciplinas optativas, sobre sexualidade ou como tópicos em matérias de Psiquiatria, com focos específicos em patologias e disfunções (Negreiros et al., 2019).

Pergunta 5: Como é a sua experiência enquanto usuário do Sistema Único de Saúde?

Ideias centrais

IC 1	Eu uso o SUS
IC 2	O que dificulta pra população LGBT é a questão de vergonha e de não saber se vai ser bem tratado ou não
IC 3	Eu não poderia ser atendida por qualquer pessoa

IC 1: Eu uso o SUS

DSC 1: Eu uso o Sistema Único de Saúde. Aqui no Distrito Federal, tem um serviço especializado que é o único equipamento de saúde em que eu faço um acompanhamento continuado. Lá tem psicóloga, psiquiatra, endócrino, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermagem, técnica em enfermagem, agora tem uma fonoaudióloga voluntária. Também uso o postinho perto da minha casa.

IC 2: O que dificulta pra população LGBT é a questão de vergonha e de não saber se vai ser bem tratado ou não

DSC 2: O que dificulta pra população LGBT é a questão de vergonha e de não saber se vai ser bem tratado ou não. Eu vejo várias meninas trans, lésbicas e bissexuais negligenciando sua saúde

ginecológica ou o que for. A gente fala para ir no médico, mas a pessoa não quer ir, porque “ah, mas eu só trans vão me excluir por conta disso, vão tirar sarro de mim”. É uma experiência de violência, muitas vezes, então, que você desanima e dá vontade de você não ir mais. Um ciclo de agravos. Então você não tem o atendimento específico e quando você tem o atendimento específico, na maior parte deles, ele é violento e aí faz a pessoa não ir mais. A saúde só vai ficando comprometida. É sempre esse receio de ser violentada. Eu acho que isso intimida as pessoas a acessar o sistema de saúde. Já ouvi relatos muito violentos, inclusive em serviço especializado, de pessoas que teoricamente deveriam estar muito capacitados para lidar com aquele público específico e que não estavam. Esse medo de expor o seu corpo torna muito vulnerável o lugar de saúde. Os profissionais que ocupam esses lugares já são colocados nesse lugar de muito saber, de muita hierarquia e aí você já se sente muito vulnerável nesse contexto. Essa população não é acreditada nesse serviço. Então eu não vou sair da minha casa morrendo de dor para chegar 'num' posto e o vigilante não respeitar o meu nome social ou não deixar eu entrar.

IC 3: Eu não poderia ser atendida por qualquer pessoa

DSC 3: A minha concepção de mulher lésbica é que ser lésbica é uma identidade política. Em termos de sexualidade, eu sou homossexual, me relaciono com pessoas do mesmo gênero, sexo. Mas eu acho que a identidade lésbica é uma identidade política. Eu sinto que eu não poderia ser atendida por qualquer pessoa. Pode ser uma dificuldade em termos de saúde mental, de encontrar identificação nesses profissionais, de identificar capacitação, eu também acho que os profissionais de saúde mental não têm conhecimento suficientemente sobre essa área, para compreender. Então, no quesito saúde mental isso pode ser algo muito importante, eu sinto, não só para as mulheres lésbicas, mas para a comunidade LGBT, no geral.

As participantes desta pesquisa relataram o uso de diferenciados aparelhos do SUS no Distrito Federal (IC 1). Dentre as travestis que contribuíram para a pesquisa de Cesaro (2016), identificou-se que 90% delas também acessavam estabelecimentos públicos de saúde. Elas destacaram que, de forma geral, suas demandas não foram supridas e sofreram violências nos atendimentos (Cesaro, 2016).

“Essa população não é acreditada nos serviços” foi uma das formas que as participantes escolheram para falar sobre a falta de efetividade nos atendimentos de saúde no DF (IC 2, pergunta 5). Tal violação de direitos encontra paralelos com os resultados da pesquisa de Nogueira e Aragão (2019), que identificaram dinâmica de distanciamento entre profissionais e usuárias, havendo baixos níveis de importância atribuídos pelas primeiras às saúdes das segundas.

Pergunta 6: Ser integrante da população LGBT+ já influenciou atendimentos prestados a você na rede pública de saúde? De qual forma?

Ideias centrais

IC 1	A gente tem vários relatos de discriminação, da questão de recusa de atendimento
IC 2	Tem alguns medos
IC 3	Se dependesse de qualquer outro equipamento para ter atendimento eu não iria
IC 4	“LGBT é promíscuo e vem aumentar nossa fila”
IC 5	Profissionais precisam saber fazer avaliação de risco da população LGBT

IC 1: A gente tem vários relatos de discriminação, da questão de recusa de atendimento

DSC 1: A gente tem vários relatos de discriminação, da questão de recusa de atendimento e na dificuldade de prestar queixa. Muitas vezes o profissional age com agressividade, às vezes alguns

procedimentos machucam mais do que deveriam, e a pessoa pensa "não mas é assim mesmo, é necessário, ele tava tentando me ajudar". A pessoa em tal posição de vulnerabilidade não consegue nem fazer a denúncia diante de alguma violação que ela sofre dentro do sistema de saúde. Quando a gente tá falando de serviço de saúde público, eu não posso escolher qual pessoa eu vou atender, porque o serviço público tá ali para atender a sociedade em geral. Ainda existe muito "Ninguém mandou você ser assim, então se você tá sofrendo isso, isso não é meu problema!"

IC 2: Tem alguns medos

DSC 2: Tem alguns medos. Eu tenho transtorno psicológico. Se eu tiver em algum outro momento da minha vida passar por mais uma internação psiquiátrica, como é que eu vou ser tratada? Eu vou ter que ficar reclusa, em um ambiente só com pessoas cisgênero. Então na minha cabecinha de pessoa trans já está a questão de que eu não posso mais me internar, isso não é mais um direito meu. Eu não quero ter essa experiência porque eu sei que vai ser uma experiência péssima, seja no sistema público ou privado, seja pelos profissionais que não vão saber me atender, seja pelas outras pessoas que vão estar ali reclusas, e que vão ser transfóbicas. Às vezes a gente já sabe que a gente vai sofrer um constrangimento e a gente nem vai no médico. Qualquer coisa que envolva um profissional de saúde ter que trabalhar meu aparato sexual, aí eu já prefiro não ir no médico, eu dou outros jeitos. Eu não queria que tivesse ambulatório trans, porque o que eu queria era chegar no hospital e ser atendido, chegar no posto de saúde e ser atendido por um endócrino, o que for, e ter os meus hormônios de forma correta, ele olhar os meus exames e fazer todo acompanhamento perto de casa. E aí por diversas vezes eu já me vi doente e de não ir para o posto de saúde sabendo que eu não ia ser bem-visto e bem tratado.

IC 3: Se dependesse de qualquer outro equipamento para ter atendimento eu não iria

DSC 3: Eu tenho acompanhamento por causa de um serviço especializado, porque se eu dependesse de qualquer outro equipamento para ter atendimento psicológico, psiquiátrico, endocrinológico, eu acho que eu não iria. O ambulatório em si é uma criação justamente só para pessoas trans, já é um serviço bem especializado. É uma reparação histórica, igual tem cotas para negro. Antes, as pessoas chegavam no posto de saúde para ver um endócrino, ou um clínico médico geral que seja, se você fosse trans você nem era atendido, eles se negavam a atender você. As pessoas acham que é um privilégio, acham que "Ah você tá furando fila", mas se você parar para pensar, a gente nunca teve nem o direito de entrar nessa fila. A desculpa que eu escutei durante anos, tanto na rede pública como na rede privada, é que "Ai, é que a gente não tem estudo sobre isso e aí a gente não pode fazer isso". Mas aí você sabe que as pessoas estão se automedicando, e aí qual é a diferença de você começar a atender um paciente e dali gerar um estudo. Porque você vai tá fazendo uma pessoa mais feliz, com menos comorbidades, porque se ela consegue minimamente acessar aqueles hormônios, e era daquilo que ela tanto precisava, provavelmente ela não vai precisar acessar um psicólogo porque isso não vai causar problemas de entendimento, porque ela já conseguiu resolver aquilo com o uso dos hormônios. No consciente de massa, minoria é menos, é pouco, que não precisa ser atendido porque não é a maioria. Eu vejo também que é horrível são profissionais de saúde questionando a existência de determinados serviços, no sentido de "como que o governo gasta com o ambulatório trans e não gasta com ambulatório de diabetes?". Ninguém está dizendo que a diabetes não é importante, mas dentro do espectro da vivência da transexualidade, da travestilidade, existem questões que não é o ambulatório de diabetes que vai atender. Quem é pessoa transexual, travesti, precisa de determinados outros tipos de atendimento, como psicológico principalmente, psiquiátrico, justamente porque a gente tem uma sociedade que adoce essas pessoas.

IC 4: "LGBT é promíscuo e vem aumentar nossa fila"

DSC 4: Já tive algumas experiências ruins por ser LGBT. "Ah, LGBT é promíscuo, vocês ficam transando aí, depois vem aqui aumentar nossa fila". A primeira porta que é indicada é da área de IST da unidade de saúde. Eu acho que existe um estereótipo difundido na população geral que associa a população LGBT a uma maior incidência de transmissão de ISTs. Isso estigmatiza e marginaliza uma população, colocando essas pessoas num patamar de que elas não podem acessar outros serviços. Elas não sentem dor de dente, elas não sentem dor de cabeça, elas não têm dor de barriga. E aí se eu procuro esse mesmo serviço, para poder fazer essas testagens, se meus resultados são negativos, isso gera um espanto para essa pessoa, porque se espera que eu tenha alguma coisa. A gente tem uma leitura do ato sexual a partir de um parâmetro muito heteronormativo. Não existe nenhum interesse para melhoria ou para a diminuição dos dados de HIV e aids, é só uma grande mentira. Talvez seja uma das maiores políticas públicas da população LGBT, mas ela peca completamente em vários fatores e por isso a gente tá onde a gente tá.

IC 5: Profissionais precisam saber fazer avaliação de risco da população LGBT

DSC 5: Pode não estar óbvio que o sujeito é homossexual ou que o sujeito é trans. Eu acho que falta para os profissionais e para a população, às vezes, acesso em específico a incidência de determinado fenômeno naquela população. O profissional, do mesmo jeito que ele precisa saber da incidência de determinados fenômenos de saúde específicos para diabéticos, por exemplo, precisa saber fazer avaliação de risco, de acordo com o perfil do usuário dessa população.

O medo de sofrer violências nos serviços de saúde (IC 2) é fator preocupante, na medida que contribui para uma baixa procura por aparelhos de atendimento, mesmo em situações graves. A manifestação de comportamentos LGBTQIfóbicos faz com que as usuárias não se sintam acolhidas nos estabelecimentos, dificultando a comunicação sobre fatores importantes, como suas orientações sexuais e identidades de gênero, e a execução de procedimentos de maior ou menor complexidades

(Albuquerque, Botelho & Rodrigues, 2019; Cerqueira-Santos et al., 2010; Cesaro, 2016; Guimarães et al., 2017; Guimarães et al., 2020; Morais Neto et al., 2020; Negreiros et al., 2019).

A observação feita na IC 4, “LGBT é promíscuo e vem aumentar nossa fila”, convida-nos a pensar sobre os julgamentos de moralidade atrelados à população LGBTQI+ nos serviços de saúde. Guimarães et al. (2020) contribuem para a discussão deste problema, ao retomarem os estigmas lançados sobre esta população na década de 1980, durante a epidemia de aids. As sociedades brasileiras da época e a contemporânea sustentam crenças de que lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, pessoas transgêneras, pessoas *queer* e pessoas intersexo vivem de forma pecaminosa (a partir de uma perspectiva cristã de avaliação) e, por isso, devem ser castigadas (Guimarães et al., 2020; Silva, Finkle & Moretti-Pires, 2019). Reduz-se a gama de atendimentos oferecidos, pois supõe-se que qualquer busca que estas pessoas façam em unidades de saúde estão ligadas ao tratamento de ISTs (Cerqueira-Santos et al., 2010).

Pergunta 7: Quais outros aspectos relacionados a esta temática você gostaria de destacar?

Ideias centrais

IC 1	Faltas que a gente tem no SUS
IC 2	A psicologia ajudou a fomentar muito, inclusive na constituição das identidades que a gente tem hoje
IC 3	Acho que dá para melhorar o serviço

IC 1: Faltas que a gente tem no SUS

DSC 1: Eu queria destacar as faltas que a gente tem no SUS. A gente precisaria de mais serviços de referências não centralizados, porque hoje a gente tem um serviço especializado, que trata sobre várias questões ambulatoriais dessa população. A gente tem um único serviço especializado que fica

aqui no Plano Piloto, o que dificulta sobremaneira a vida das pessoas que moram na Ceilândia, em Taguatinga, em Planaltina. Para vir para o Plano Piloto você tem que pagar passagem e é caro. Um determinado serviço especializado foi criado fez dois anos. As pessoas que começaram a hormonização há dois anos já estão precisando das cirurgias e a rede pública não tem quem faça. Tem hospital que pode fazer essa cirurgia, ele tem cirurgia plástica, mas ele não atende a população trans. Então a gente precisa qualificá-lo para que faça cirurgias. Não é só uma questão de saúde física, mas é também uma questão de saúde mental para população. A gente também precisa poder usar o posto de saúde. Às vezes a gente não precisaria ter que ir ao serviço especializado porque está gripada. Ter uma fiscalização de como essas pessoas estão sendo tratadas, o que que precisa mudar. Talvez um controle social. A gente não tem um conselho de política LGBT no DF. Esse conselho poderia estar fiscalizando esses equipamentos públicos para saber como que está sendo o atendimento, para fazer sugestões. Muitas vezes, você vai ter que correr atrás de milhões de exames e muitas vezes esses exames também não tem na rede. Se você tem essa necessidade, você vai recorrer a rede privada para fazer esses exames e trazer para o SUS. O sistema de saúde é caótico no Brasil inteiro, a acessibilidade é muito ruim. Nunca tem vaga, nunca tem médico, é o problema básico do SUS. O principal problema é uma falta de investimento, que é generalizada no SUS.

IC 2: A psicologia ajudou a fomentar muito, inclusive na constituição das identidades que a gente tem hoje

DSC 2: No movimento LGBT, grande parte do que alicerçou o que a gente é hoje, foi justamente a psicologia. A psicologia ajudou a fomentar muito, inclusive na constituição das identidades que a gente tem hoje, inclusive as identidades políticas. A gente discute orientação sexual enquanto heterossexual, bissexual e o homossexual, mas a gente tem uma série de outras identidades que se formaram como identidades políticas. A gente vive um momento em que o discurso é para se retomar os procedimentos de cura gay e reversão sexual. A política de saúde mental que vem se construindo

é uma política muito assustadora para a gente. As comunidades terapêuticas, como espaços de atendimento é mais complexo ainda, porque são casas financiadas com dinheiro público, a maioria relacionada à alguma organização ou associação religiosa e ainda fazem terapia de reversão sexual. A maioria das pessoas que passaram por tem muito medo de falar. Eles implantam terror na mente da pessoa, para que as pessoas tentem negar aquilo que elas são. Com a resolução do Conselho a gente ainda tem alguma segurança, mas essa não é uma segurança completa, porque quando você tem espaços, que são espaços ditos terapêuticos, que em tese não poderiam fazer aquele tipo de coisa, mas fazem porque também são espaços religiosos, você tá dizendo que a gente tá sem saída, porque sempre tem uma brecha ali que faz com que vulnerabiliza a nossa saúde. Hoje a saúde mental ela é um ponto muito forte para a população LGBT, por causa dessa nossa vulnerabilidade, principalmente de quem é menor. Na questão da Psicologia, a gente ainda passa pelo não reconhecimento da bissexualidade enquanto orientação sexual. O que a gente tem são pacientes em que é dito a eles que ou é uma fase transitória que em determinado momento ele vai se tornar ou hétero ou homossexual.

IC 3: Acho que dá para melhorar o serviço

DSC 3: Acho que dá para melhorar o serviço. Em determinado serviço especializado, está com uma deficiência enorme, não tem psicólogo e tem só um endocrinologista. As pessoas acham que a gente sai de casa e fala “hoje eu quero ir no médico, porque eu não tenho mais nada para fazer”. E muitas vezes você vê profissionais que te atendem de uma forma super mal-educada. Eu chego no médico e o médico pergunta "ai o que que você tem?". Se eu soubesse o que eu tinha, eu iria na farmácia, comprava o remédio indicado e ficaria na minha casa. Muitas vezes a gente fica no chão, fica em pé, não tem um lugar específico para você ficar. O sistema não conversa entre si. Até os dias de hoje, as catalogações são manuais, de prontuário que não é eletrônico. Não tem como você sempre que for atendido sair com o seu prontuário debaixo do braço. Para marcar uma consulta, uma

desculpa que a gente escuta muito é que o sistema está fora do ar, e aí você não consegue fazer uma marcação de consulta.

O IC 1 acessa as faltas identificadas pelas usuárias no SUS de forma ampla. Relatos similares são encontrados em outras pesquisas sobre o assunto, como a de Cerqueira-Santos et al. (2010). O segundo ponto abordado foi o papel da Psicologia como área parceira da garantia de direitos da população LGBTQI+. Esta noção, aliada ao compromisso social da profissão, parece estar presente nas atuações de psicólogas, ao se entenderem como multiplicadoras de reflexões de combate à LGBTQIfobia, mobilizando-se para o aprimoramento quando se deparam com temáticas desconhecidas (Anzolin & Moscheta, 2019).

Por fim, a responsabilização individual e consideração dos DSSs marcaram a IC 3. Atendimentos dessensibilizados são identificados pelas participantes desta e outras pesquisas (i.e.: Cerqueira-Santos et al., 2010). Há profissionais que abordam as orientações sexuais e identidades de gênero como escolhas individuais, atrelando a culpa por agravos de saúde somente à usuária. Os julgamentos morais lançados sobre a população LGBTQI+ coloca estas pessoas em uma categoria diferente de minoria social: se, por um lado, idosos e crianças são vistos como sujeitas que não escolheram colocarem-se em posição de vulnerabilidade, a mesma consideração não é dispensada a lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, pessoas transgêneras, pessoas *queer* e pessoas intersexo (Gomes et al., 2018). As usuárias também são culpabilizadas pela ineficiência dos serviços, sob a alegação de praticarem discriminação contra o próprio seguimento social onde inserem-se, além de supostamente não aceitarem suas identidades e orientações (Anzolin & Moscheta, 2019).

As razões que as afastam dos serviços não são consideradas pelas profissionais de saúde a partir do ponto de vista global, desconsiderando os DSSs. Algumas profissionais partem da noção de saberem inferir quais são as necessidades das pacientes a partir de suas expressões estéticas (i.e.: pessoa lida como mulher vestida de maneira masculinizada). Também há a atribuição de culpa às

usuárias por ficarem chateadas ao serem desrespeitadas em suas subjetividades e posicionarem-se contrárias a práticas discriminatórias (Negreiros et al., 2019).

Capítulo 8 – Compartilhamento de reflexões

Considerando o aspecto transversal de algumas reflexões suscitadas nos discursos das sujeitas coletivas, serão apresentadas, a seguir, discussões sobre os grandes temas levantados nesta dissertação.

8.1 - Aparelhos de atendimento e suas especificidades

As entrevistadas destacaram o acesso aos aparelhos de atendimento em saúde como ponto de dificuldade em suas experiências com o SUS, nos diversos níveis de assistência de definidas pelo Ministério da Saúde brasileiro a partir do grau de complexidade. A atenção básica, identificada na fala das participantes como os postos de saúde, é a porta de entrada do SUS, prestando atendimentos continuados e servindo como referência comunitária em saúde (Aguilera et al., 2013).

O Ministério da Saúde, por meio da implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB-SUS 91, iniciou processo de conferência de maior responsabilidades para estados e municípios em termos de garantia de acesso aos serviços do SUS. As gestoras compreenderam, naquele momento, que a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde passaria pela descentralização das ações de saúde concentradas anteriormente sob o poder federal (Ministério da Saúde, 2001).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS NOAS-SUS 01/2001 regulamentou, então, a regionalização dos serviços de saúde, buscando garantir, em específico, o princípio da equidade. Cada unidade da federação, inclusive o Distrito Federal, foram incumbidos do dever de elaborar plano diretor de regionalização a partir do reconhecimento de necessidades em saúde de suas populações, para garantir atendimento adequado e satisfatório em todos os níveis de complexidade de atenção. Próximo ao local de residência das cidadãs, em perímetro circunscrito nas regiões de saúde, deveriam ser oferecidos serviços mínimos, tais como assistência pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento do desenvolvimento infantil, ações de promoção em saúde e prevenção de

doenças, atendimento a adoecimentos agudos comuns e o oferecimento de medicamentos pela Farmácia Básica (Ministério da Saúde, 2001).

As unidades básicas de saúde são aparelhos de grande importância para o fluxo de atenção integral à população, por assumirem o papel de primeiro e mais disponível contato das comunidades com a rede de saúde, a partir de onde serão realizados os encaminhamentos e orientações para atendimentos especializados. Por esta razão, é essencial que as profissionais atuantes no nível primário de atenção saibam acolher e atender a população LGBTQI+ em suas demandas. Podemos pensar, por exemplo, na população trans: as procuras que estas pessoas fazem nos serviços de saúde nem sempre estão relacionadas a aspectos do Processo Transsexualizador, tendo demandas outras, tais como a prevenção de cáries (Melo et al., 2020).

O Ambulatório Trans oferece serviços de média complexidade. O atendimento prestado neste aparelho de saúde é oferecido por profissionais especializados em determinadas áreas clínicas, em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Para a realização do trabalho, são usados recursos tecnológicos para diagnósticos e tratamentos que não estão disponíveis para todos os municípios brasileiros (Aguilera et al., 2013, e Ministério da Saúde, 2001). Desta forma, a assistência de média complexidade envolve uma rede articulada de encaminhamentos intermunicipais (ou, no caso do Distrito Federal, inter-regionais). O atendimento em média complexidade também deve ser planejado levando em consideração as características populacionais do contexto de instalação do serviço (Ministério da Saúde, 2001).

A inauguração do Ambulatório Trans do Distrito Federal, nas dependências do Hospital Dia da entrequadra 508/509 Sul, em 14 de agosto de 2017, foi marco para a população trans local. Representantes de entidades estatais, como a Secretaria de Estado de Saúde do DF, das Defensorias Públicas local e da União e do Centro de Referência Especializado da Diversidade Sexual, Religiosa e Racial (CREAS Diversidade), trabalharam em parcerias com representantes do movimento LGBT distrital para discutir a implementação do Ambulatório, durante o ano de 2016. Os serviços

prestados compreendem, dentre outros, os de psicologia, psiquiatria, assistência social, ginecologia e urologia. O encaminhamento para o aparelho dá-se pelas unidades básicas de saúde e pelo CREAS Diversidade. Além disto, as pessoas interessadas podem acessar o serviço por demanda espontânea (Moll & Damaceno, 2017). No ano de 2020, o Ambulatório Trans passou a receber repasses diretos do Ministério da Saúde para oferecer seus serviços aos cerca de quinhentos pacientes em atendimento, residentes no DF e no entorno. O credenciamento garantido ao Ambulatório é um dos passos para a ampliação da gama de atendimentos oferecidos, como, por exemplo, o desenvolvimento de terapias hormonais (Secunho, 2020).

O CREAS Diversidade, apesar de estar vinculado à Secretaria do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos, também é aparelho de interesse para esta pesquisa. As profissionais acolhem pessoas vítimas de discriminações múltiplas, inclusive LGBTQI+fobia, oferecendo suporte jurídico, psicológico e de assistência social. As cidadãs que buscam o serviço podem ser inscritas em programas sociais, participarem de cursos e serem encaminhadas para a rede de saúde pública local (Sarmiento, 2017).

Melo et al. (2020) discutem a necessidade de rede de suporte às cidadãs que funcione de forma integrada. Políticas governamentais são uma das formas de promover a defesa de direitos individuais e coletivos em saúde. Para o Ministério da Saúde, em sua Carta dos Direitos dos Usuários, diferentes segmentos sociais têm demandas de saúde particulares, sendo exigidas do Estado brasileiro a implementação de serviços específicos, tais como os oferecidos pelo Ambulatório Trans (Melo et al., 2020).

Apesar da proposta de garantia de serviços de qualidade acessíveis universalmente a todas as cidadãs brasileiras, presente na lei de implementação do SUS (Lei 8.080, 1990) e na SUS NOAS-SUS 01/2001 (Ministério da Saúde, 2001), as participantes da pesquisa não observam esta demanda na prática.

As entrevistadas entendem que o serviço pode melhorar, na medida em que ampliem-se as disponibilidades de agendamentos de procedimentos como exames e da oferta de medicamentos pela rede pública. A diminuição do tempo de espera para atendimentos seria sanada conforme fosse aumentado o quadro de profissionais. Os atendimentos seriam avaliados como melhores se houvesse maior humanização do serviço, passando por locais adequados de espera e internação até o atendimento acolhedor por parte dos profissionais.

O Brasil oferece à população Assistência Farmacêutica, cobrindo os medicamentos essenciais, em atendimento sistêmico e multidisciplinar. A descentralização do SUS afetou também esta assistência, sendo de responsabilidade das secretarias de estado de saúde fazer sua gestão local de forma mais eficiente e satisfatória, considerando a gama ampla de necessidades de saúde entre as unidades da federação (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

No Distrito Federal, o fornecimento de medicamentos pela rede pública dá-se pelas farmácias das unidades básicas de saúde, pelo componente especializado da assistência farmacêutica (comumente conhecido como farmácia de alto custo) e pelas farmácias de média complexidade. Cada um dos três âmbitos tem protocolos e exigências específicos para o fornecimento de medicamentos à sociedade (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2020).

As farmácias das unidades básicas de saúde oferecem medicamentos voltados para o tratamento dos adoecimentos atendidos nos aparelhos do SUS de atenção primária. Grande parte do material é adquirido pela SES-DF. Os tratamentos de doenças raras e crônicas são feitos, em parte, pelo atendimento no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que tem três núcleos no DF, na Asa Sul, em Ceilândia e no Gama. Para as pacientes do nível secundário de assistência, há o atendimento nas farmácias de média complexidade. Estes casos não são urgentes, demandando a atenção de profissionais especializados e podem decorrer de encaminhamentos feitos por aparelhos da atenção básica (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2020). No entanto, apesar da previsão em

lei e das pactuações nacionais de assistência farmacêutica, a população LGBTQI+ ainda não tem suas demandas em saúde integralmente atendidas neste sentido, conforme relato das entrevistadas.

8.2 - Formação das profissionais

A necessidade de melhoria da formação das profissionais de toda a rede é tema da IC 6 da pergunta 4 (“Precisa de uma formação, para toda a cadeia”). As participantes da pesquisa observaram que o atendimento prestado em aparelhos gerais e no Ambulatório Trans podem ser melhorados com a promoção de espaços de formação sobre a população LGBTQI+ para as profissionais. Elas destacaram como a academia ainda trata a saúde LGBTQI+ como tema optativo dentre as disciplinas oferecidas. Desta forma, compreende-se que as profissionais que “estão desempenhando um trabalho legal” estejam “provavelmente muito sobrecarregadas” (IC 5 e IC 2, pergunta 4, respectivamente), já que elas dependem, muitas vezes, dos próprios esforços para garantir atendimentos adequados às demandas trazidas por usuárias LGBTQI+s.

Pensar a formação de trabalhadoras da saúde envolve refletir sobre o sistema educacional brasileiro. Bicalho et al. (2009) destaca como, para a formação em Psicologia, apenas a graduação não é suficiente para formar profissionais acolhedoras para os temas trazidos pela população LGBTQI+, especialmente porque esta área, a partir do firmamento de compromisso social com o povo brasileiro, busca não oferecer respostas únicas e universais; pelo contrário, a psicóloga alinhada com os princípios éticos da profissão busca trazer mais questionamentos do que respostas, mais perguntas do que soluções, em posicionamento que possibilita o cuidado de subjetividades diversas (Bicalho et al., 2009). Na contemporaneidade, as áreas de saúde ainda não dispõem de espaços satisfatórios para as reflexões sobre as temáticas LGBTQI+. Como consequência, tem-se a prestação de atendimentos inadequados e a posteriores dificuldades de comunicação entre usuárias e profissionais e inibição da procura dos serviços de saúde (Melo et al., 2020).

A circunscrição do sistema educacional brasileiro em contexto LGBTQIfóbico tem reconhecida associação com a formação de profissionais preconceituosas. Ou seja: mudanças sociais amplas são necessárias para promover efetivas mudanças no Sistema Único de Saúde quando se trata dos cuidados com a população LGBTQI+, de forma a serem reformadas as representações sociais

(Moscovici, 2003) associadas a este seguimento populacional, movendo o foco das perspectivas heterocisnormativa e ampliando para a compreensão das diversidades de identidades de gênero e orientações sexuais (Cardoso & Ferro, 2012). O Estado brasileiro reconhece esta demanda e orienta, no Programa Brasil Sem Homofobia, a promoção de espaços de formação e sensibilização continuadas para as profissionais de saúde em todo o território nacional (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004).

As convenções compartilhadas socialmente, como a LGBTQIfobia, não são forças irresistíveis e impossíveis de serem revistas; na verdade, o ganho de consciência sobre elas pode ser passo inicial para fazer escolhas diante das determinadas exigências impostas pela sociedade. A promoção da educação permanente é proposta essencial para permitir às profissionais a reaproximação e a possibilidade de re-familiarização diante de temáticas entendidos por elas como erradas, inadequadas ou imorais. Assim, seus repertórios de familiaridade ampliam-se a partir de um processo gradual de ancoragens e reajustes de representações sociais, possibilitando, inclusive, maior conforto ao entrar em contato com os conteúdos antes entendidos como ameaçadores (Moscovici, 2003). É possível, sim, refletir e questionar parâmetros de organização social heterocissexistas, possibilitando o combate à discriminação (Cardoso & Ferro, 2012) e assegurando os direitos da população LGBTQI+.

Além das reflexões promovidas pelas operadoras e gestoras nacionais em saúde, os códigos de ética profissionais, aliados às resoluções das autarquias de regulamentação de classes, podem ser guias interessantes para a atuação. As profissões de saúde comprometem-se com a não discriminação em seus atendimentos. Os princípios do SUS também são pontos de partida interessante para a reflexão de posturas profissionais. Tomando a autonomia enquanto exemplo pode-se questionar a pressuposição da heterossexualidade, ao compreende-se que cabe a cada sujeita identificar sua orientação sexual (Melo et al., 2020).

As propostas da bioética principialista também podem contribuir para a mudança de cenário. Os princípios de beneficência, não-maleficência, respeito à autonomia e justiça são guias de reflexão

sobre julgamentos e preconceitos presentes no exercício profissional (Melo et al., 2020). A imposição de crenças pessoais sobre o atendimento em saúde fere a ética das profissões de saúde (Prado e Sousa, 2017).

Em consonância com as propostas anteriores, elege-se como prioridade pensar saúde partindo de compreensões sociais das experiências de bem-estar e de adoecimento. Contextualizar quem acessa os serviços é meio para garantir a esta pessoa seu papel como sujeita de sua própria vida, dotada de faculdades de pensamento crítico e do poder de autodeterminação. A Psicologia e suas profissionais são convidadas a participar da promoção de autonomia das usuárias do SUS, em exercício essencialmente político (Polejack et al., 2015), seguindo o compromisso social da profissão.

O SUS foi fundado para atender aos interesses públicos de saúde. Por esta razão, conceber o binômio saúde-doença como dialética coletiva, influenciada pela afirmação ou negação da cidadania, passou a ser demandado das profissionais (Motta e Carvalho, 2015). Ao pensar-se na população LGBTQI+, a educação permanente é forma de garantir a integralidade do atendimento na medida em que é uma das formas de “responder ao bem-estar da população” (Motta e Carvalho, 2015, p. 81).

Um das atribuições do SUS é a ordenação dos cursos de formação na área, mas o cenário da prática é diferente. As observações das participantes encontram paralelos na literatura especializada, que identifica como as formações em saúde atendem a chamamentos mercadológicos, estando afastados das necessidades do Sistema Único de Saúde e de suas usuárias (Motta e Carvalho, 2015). Conforme destacado pelas participantes da pesquisa, as profissões de saúde formam classes profissionais elitizadas, pouco conscientes sobre o cotidiano de cidadãs menos favorecidas economicamente.

Processos contínuos de qualificação de profissionais são necessários para a área da saúde, pois os trabalhos desenvolvidos neste campo articulam aspectos técnicos e aspectos relacionais, especialmente em dinâmicas de escuta. A qualidade da relação estabelecida entre usuária e profissional está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada, tornando educação em saúde indispensável, com o requisito de que esta seja desenhada a partir do conhecimento de necessidades sociais da

população, das potencialidades de articulação de rede de serviços públicos e as possibilidades técnicas (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

A comumente denominada Educação Continuada é estratégia mais utilizada para este fim. No entanto, ela apresenta limitações, por estar fundada no modelo escolar bancário e tradicional, com relações rígidas entre professores e estudantes (Motta & Carvalho, 2015), apresentando um “catálogo” descontextualizado de cursos, afastado dos cotidianos de trabalho (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Ações baseadas na Educação Continuada tendem a ser mal-recebidas pelas trabalhadoras, dado o fato de estas não conseguirem associar os conteúdos ao fazer profissional (Motta & Carvalho, 2015).

A Educação Permanente em Saúde representa conjunto de estratégias para o gerenciamento de alguns dos desafios apresentados até aqui, enquanto contexto propício para exercício de reflexões de cunho ético e político. Tais estratégias podem abordar temas relacionados a aspectos técnicos e teóricos dos fazeres profissionais, assim como aqueles ligados à organização do trabalho e dinâmicas institucionais (Ceccim, 2005). A Educação em Saúde é um dos diversos processos possíveis para a qualificação de trabalhadoras da área (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2010).

Os fundamentos freireanos da pedagogia crítica e libertadora sustentam a Educação Permanente. Busca-se, assim, estabelecer relações horizontais entre as atrizes envolvidas no processo educacional, valorizando as contribuições de experiências pregressas, objetivando a transformação social. As ações educativas desenvolvidas, então, podem ser melhor contextualizadas profissional, ética e politicamente (Motta & Carvalho, 2015).

O desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde deve estar atrelado ao reconhecimento das constantes mudanças em dinâmicas sociais, promovendo o pensamento crítico e a experimentação para as profissionais, incorporando suas vivências de afeto e subjetividade (Ceccim, 2005). As demandas em saúde da população LGBTQI+ não são novidades. Atender estas pessoas de forma adequada e acolhedora é reconhecer como todo um seguimento social apresenta experiências

do espectro saúde-doença que refletem seus modos de vida, atravessadas, inclusive, pelo preconceito e pela violência de uma sociedade LGBTQIfóbica.

A organização do Sistema Único de Saúde apresenta alguns desafios para a implementação de ações de educação permanente. O aprendizado sobre como atuar em equipes aliado ao reconhecimento dos contextos de trabalho como propícios para o exercício constante de aprendizado de profissionais e de instituições podem constituir vias para superar as dificuldades impostas pela distribuição desequilibrada de profissionais (concentrada em grandes centros e escassa em outras localidades), pelo isolamento promovido por especialismos e pelo centramento no modelo hospitalar de assistência (Ceccim, 2005).

Ceccim (2005) associa a educação permanente em saúde à garantia do direito de acesso a esta, ao postular que:

“ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais [...] ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde” (Ceccim, 2005, p. 163, grifo da autora)

O desenvolvimento de estratégias de Educação Permanente em Saúde deve ser distribuído nas diversas fases de formação profissional, iniciando-se na graduação, ramificando-se para as residências multiprofissionais e pós-graduações e continuando na educação técnica. Em todas estas etapas, é essencial permear as atividades com reflexões sobre direitos das cidadãs e a promoção dos princípios do SUS (Ceccim, 2005). A partir do reconhecimento da responsabilidade das instituições com a garantia de qualidade dos serviços, decorre o compromisso ético-político de formações em saúde comprometidas com o Sistema Único de Saúde e com a sociedade brasileira (Ceccim & Feuerwerker, 2004)

Os aparelhos de atendimento do SUS são organizados por níveis de complexidade e especialidade da atenção. Como forma de assegurar os princípios do Sistema, a educação em serviço mostra-se valorosa, ao promover reflexões sobre o trabalho desenvolvido em contextos distintos, abarcando as idiosincrasias da gestão, da atenção, do ensino e do controle social locais. As profissionais são convidadas a pensarem e refletirem criticamente sobre suas atuações cotidianas inseridas em dinâmicas socioculturais mais amplas (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2010) e tais reflexões poderiam reduzir, por exemplo, o desgaste enfrentado por pessoas trans que são encaminhadas para serviços do Processo Transsexualizador quando buscam atendimentos para outras questões de saúde.

Considerar as demandas dos serviços, as necessidades da população e das profissionais permite planejar estratégias de educação com ganhos duradouros para todas as envolvidas, incorporando as ideias de interinstitucionalidade e locorregionalização e articulando as formações com atrizes sociais relevantes para os temas abordados (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2010). A partir desta proposta, integrantes de movimentos sociais, como o LGBTQI+ podem ser agentes de formação, trazendo para os espaços de educação a experiência de protagonismo sobre as demandas que chegam aos serviços de saúde.

A educação em saúde pode desenvolver ou melhorar as habilidades das profissionais de saúde em reconhecerem as usuárias dos serviços enquanto sujeitas de direitos. Em movimento dialético, a população também passa a reconhecer as estratégias de cuidados voltadas a ela, promovendo a autonomia destas pessoas na relação com o SUS e empoderando as operadoras de controle social (Ceccim, 2005), ou seja, as participantes dos debates, da elaboração e da fiscalização das políticas do Sistema (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Esta proposta permite-nos inferir que, na medida em que a população LGBTQI+ entender-se como vista, cuidada e acolhida pelo SUS, pode-se aumentar sua proximidade com os serviços, garantindo a integralidade do atendimento, além de possivelmente reduzir o medo de sofrer violências nos atendimentos e os agravos de saúde decorrentes da resistência destas pessoas de procurarem os aparelhos de assistência.

Outro desafio identificado para a estruturação de políticas de educação permanente em saúde é o já mencionado especialismo, fenômeno identificado nos serviços e nos espaços de formação profissional. Na medida em que se parte apenas do corpo de conhecimento desenvolvido por uma área do saber para propor estratégias de educação, há o risco de desenhar-se planos de ensino limitados à assistência de modelo individual, curativista, unicausal, mecânica e biomédico (Motta & Carvalho, 2015), encadeados em linha de eventos de caráter prescritivo sobre as ações das profissionais e descontextualizados da vida de trabalho. Assim, uma parte dos desafios, notadamente os de cunho social, encontrados nos serviços continuam sem propostas de reflexão e gerenciamento (Ceccim, 2005).

Após anos de inserção limitada aos ambientes hospitalares, as psicólogas da saúde atualmente encontram-se em outros contextos do SUS. Estas profissionais, inseridas na em Núcleos de Apoio à Atenção da Família e outros aparelhos da Atenção Básica, têm contato privilegiado com as cidadãs, o que possibilita trabalhos embasados na perspectiva do sofrimento mental como fenômeno determinado, também, por fatores sócio-históricos. No entanto, cabe o questionamento sobre quais ferramentas e habilidades são desenvolvidas nas formações das psicólogas, assim como de outras trabalhadoras da saúde. A forma de ingresso no serviço público é discutida na literatura, sendo os concursos processos seletivos que privilegiam formações generalistas. Quando da aprovação, as candidatas costumam ser alocadas a partir de critérios outros que não aqueles relacionados a suas experiências profissionais, ocasionando desencontros entre as necessidades dos aparelhos de atendimento e os serviços oferecidos pela profissional (Motta & Carvalho, 2015). Ou seja, o problema não é unicamente a formação, mas a forma como são alocadas as profissionais. Isso pode levar à sobrecarga já mencionada, na medida em que pode ser que existam poucas profissionais com habilidades de manejo satisfatórias às demandas da população LGBTQI+ em cada serviço.

Os conhecimentos específicos de cada área são essenciais, mas não representam a totalidade das necessidades de educação em saúde, na medida em que falham em abarcar as subjetividades, tanto de profissionais quanto de usuárias, pois “a formação tecnoprofissional, a produção de

conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras somente fazem sentido quando têm relevância” (Ceccim & Feuerwerker, 2004, p. 47). A valorização dos afetos, associada à reflexão sobre representações sociais, deve ser um dos aspectos abordados, pois, assim como as usuárias do SUS, as trabalhadoras do sistema também são sujeitas sociais, com suas próprias experiências de vida sociais e de inserções históricas, dentro e fora de suas atividades profissionais (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005).

Gonçalves (2014) explicou-nos o compromisso social firmado entre a Psicologia e a sociedade brasileira, como campo de pesquisas e trabalhos acolhedores às subjetividades, sendo os saberes psíquicos possíveis colaboradores para a melhoria dos processos de educação permanente das profissionais de saúde. Esta parceria pode ser estabelecida a partir da proposta da problematização das práticas, construída “vivência e/ou reflexão sobre as práticas vividas, que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações” (Ceccim, 2005, p. 165, com adaptações).

A profissional da Psicologia tem papel importante no SUS pois possui capacidades para compreender as interações de atores sociais e instituições (escolas, igrejas, família...) e os impactos destas dinâmicas no desenvolvimento da saúde mental. O olhar destas trabalhadoras é valioso para a promoção de reflexões sobre relações estabelecidas nos aparelhos do SUS, sendo facilitador da promoção de bem-estar e da garantia de direitos de usuárias e trabalhadoras, incorporando considerações sobre variáveis sociais exteriores, tais como sociais, de raça/etnia, orientação sexual e identidade de gênero. A integração das leituras histórico-culturais à avaliação das pacientes permite-nos evitar a individualização e a patologização de problemas sociais (Motta e Carvalho, 2015).

A perspectiva do Quadrilátero da Formação para a Área de Saúde configura proposta para o enfrentamento dos desafios apresentados, desenhado a partir dos componentes ensino, gestão, atenção e controle social (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Os propositores entendem que o ensino deve estar articulado com o movimento estudantil no reconhecimento do caráter político das organizações que

o compõem, em diversas instituições em todo o território nacional. A gestão e a atenção extrapolam o aspecto tecnicista, articulando os conhecimentos técnicos das áreas de saúde e as reflexões sobre alteridade, promoção da saúde e as variadas formas que toma o ato de cuidar. O controle social é exercido pela comunidade, nas ações de pessoas que são, ao mesmo tempo, usuárias do SUS e atrizes sociais (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

O Quadrilátero parte da noção de que os saberes em saúde não podem ser reificados, no sentido dado por Moscovici (2003). Ao contrário, os trabalhos decorrentes de tais saberes devem ser Vivos (Merhy e Franco, 2003), ou seja, estruturados na interrelação entre aspectos relacionais e tecnológicos, tornando o contexto dos serviços adequados para o exercício de autonomia das usuárias (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Observa-se aspecto cíclico: cidadãs empoderadas para influenciar as formulações de políticas de cuidado trazem, constantemente, novas demandas para o SUS, que deve estar em movimento igualmente constante de aperfeiçoamento, que passa pela formação de suas profissionais, e tal aperfeiçoamento empodera as cidadãs para assumirem posições de controle social do Sistema.

Ceccim (2005) delineou o quadrilátero da formação em saúde de qualidade. Para o autor, o primeiro passo necessário é avaliar como é desenvolvido o processo de educação das profissionais, observando se os aspectos biologicista e bancário são a base de organização pedagógica, de forma a privilegiar modelos hegemônicos de saúde; no lugar, devem ser desenvolvidas formações promotoras do exercício reflexivo e crítico sobre os conteúdos abordados e sobre o contexto social. Esta formação também deve ser descentralizada e despida de caráter elitista; ao contrário, deve privilegiar reflexões sobre as subjetividades envolvidas nos processos de cuidado. Posteriormente, em segunda fase, propõe-se a humanização do contato com pacientes, partindo das perspectivas de integralidade e equidade. A formação de uma rede integrada de serviços é a possibilidade seguinte, estruturada a partir da satisfação das usuárias. Por fim, esta rede pode integrar-se ao cenário de movimentos sociais

locais, de forma a incorporar as contribuições destas atrizes sociais para o constante processo de melhorias do sistema (Ceccim, 2005).

A falta de exercícios de reflexividade sobre os contextos em que se inserem os serviços de saúde contribui para a falta de humanização no atendimento, vivida pelas entrevistadas quando as profissionais de saúde não se importam com suas particularidades e prescrevem tratamentos desconectados das procuras feitas por elas. Favorecer o Trabalho Vivo na organização de fluxos profissionais poderá culminar com o delineamento de propostas de tratamento promotoras da autonomia da paciente sobre sua própria vida, a partir da consideração de sua história de vida, sua inserção socioeconômica, seus valores pessoais e repertório de autocuidado. O objetivo compartilhado entre profissional e usuária é o ganho de bem-estar e qualidade de vida para a segunda, colocada na posição de protagonista (Merhy & Franco, 2003). As pessoas que acessam os serviços de saúde não são apenas organismos onde dão-se processos patológicos, muito menos objetos de desenvolvimento de procedimentos médicos (Ceccim, 2005).

Cidadãs protagonistas de seus processos de saúde são sujeitas capazes de assumirem posição de avaliadoras dos serviços prestados a elas, em dinâmica promotora de aproximação entre o SUS e a população, cujas necessidades passam a ser reconhecidas e consideradas. Os processos avaliativos do sistema devem ser compreendidos pelas trabalhadoras como parte da construção constante de serviços melhores, de forma a engajá-las ativamente no desenvolvimento de suas atividades profissionais. Assim, aumenta-se a responsabilização destas pessoas com suas colegas de trabalho, o compromisso com as instituições públicas e, principalmente, o cuidado no acolhimento das usuárias. Por fim, torna-se viável desvincularmo-nos dos modelos higienistas de saúde, garantindo a efetivação dos princípios do SUS (Dimenstein, 2001).

O SUS depara-se, então, com o contínuo desafio de atuar de forma condizente, articulada e integral diante as transformações e necessidades sociais (Motta & Carvalho, 2015), sendo responsabilidade atribuída ao Sistema pelo artigo 200 da Constituição Federal de 1988 a ordenação os

processos de formação na área (Ministério da Saúde, 2009) Por esta razão, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a partir de considerações sobre integrar “o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde” (p. 1) e sobre o potencial da Educação Permanente para dar continuidade às transformações trazidas pela Reforma Sanitária Brasileira, fortalecendo as relações institucionais e o controle social. A PNEPS é estratégia do SUS para o desenvolvimento das profissionais de saúde, contando com a contribuição de representantes de movimentos sociais ligados à área, conforme preconizam os artigos 1º e 2º da Portaria nº 198/GM (2004).

As propositoras da Política estavam alinhadas com as reflexões desenvolvidas por pesquisadoras do temo, destacando a necessidade de alinhar os processos de capacitação com as necessidades da sociedade brasileira, a partir da “problematização dos processos de trabalho” (p. 8) e da articulação da rede de serviços de atendimento, composta por serviços básicos, ambulatórios de especialidade e hospitais, constituindo espaços acolhedores para histórias de vida. Ao estabelecer a PNEPS, o Ministério da Saúde objetivou desenvolver política sólida de formação para as profissionais do SUS, abrangendo formações técnicas, cursos de graduação, especializações, residências multiprofissionais, pós-graduações, educação em serviço, além do movimento estudantil e gestores em saúde. Os Polos de Educação Permanente para o SUS seriam referências para o desenvolvimento de estratégias educacionais (Portaria nº 198/GM, 2004) se não tivessem sido afetados pelos cortes de recursos destinados para a saúde.

As ações desenvolvidas a partir da PNEPS devem considerar as especificidades das regiões onde serão desenvolvidas, de forma a contribuírem para o combate às desigualdades sociais e a utilizarem os recursos já disponíveis. Ações de capacitação podem ser parte das estratégias de educação

permanente, entendida pelo Ministério como proposta global implementada a partir da análise dos serviços onde será desenvolvida (Ministério da Saúde, 2009).

A expectativa do Ministério da Saúde com a PNEPS era a de melhorar o desempenho das trabalhadoras de todas as instâncias da saúde. O desenvolvimento de novas habilidades também se encontra no horizonte de expectativas, aliado a mudanças de gestão e atendimento em resposta a demandas sociais (Ministério da Saúde, 2009). Entretanto, observa-se que, na última década, a PNEPS deixou de ser prioridade para o Ministério da Saúde com, redução dos investimento na área.

O governo do Distrito Federal tem como responsabilidade para com a Educação na Saúde formular e promover a gestão dos processos educacionais em seu território, oferecendo as estruturas necessárias para tanto. Também cabe ao DF promover mudanças nas formações de base das profissionais, além de propor ações de conhecimento sobre o SUS (Ministério da Saúde, 2009).

O Distrito Federal possui Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS-DF). O documento reconhece o caráter ético e político da Educação Permanente em Saúde e parte deste pressuposto para firmar compromisso de incremento da humanização nos processos de atenção e aumento das possibilidades de acesso, com atividades de educação presenciais, semipresenciais ou remotas, em momentos quando as estudantes são encorajadas a colocarem-se de forma autônoma e ativa (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2019).

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal tem seis hospitais de ensino, certificados de acordo com a legislação do Programa de Certificação de Hospitais de Ensino, estando o Hospital Regional de Brasília e o Hospital Regional da Asa Norte dentre eles, reconhecidos por prestarem, inclusive, serviços de alta complexidade. Estes aparelhos desenvolvem atividades do Plano Distrital de Saúde, a partir do qual organizam-se todas as atividades de saúde do DF. Nas Redes de Atenção delineadas neste plano, identifica-se a necessidade de promover a formação das profissionais da SES-DF e cabe à Subsecretaria de Gestão de Pessoas organizar este trabalho (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2019).

A Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) é promotora do trabalho de educação em saúde no DF, abarcando a Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAPSUS), Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) e a Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB) ("Criação da EAPSUS", 2020). A FEPECS objetiva, por meio de suas ações educativas, melhorar a qualidade do serviço de saúde prestado no DF pelos profissionais da SES (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2019).

Seguindo diretrizes do Ministério da Saúde, os objetivos e metas do PEPS são definidos a partir de critérios de relevância do problema, urgência, factibilidade e viabilidade (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2019). Dentre 25 notícias encontradas no portal eletrônico da EAPSUS, incluindo informes sobre calendários, conferências e temas abordados nas atividades da Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, não há menções à população LGBTQI+, durante o ano de 2020. Observa-se, no entanto, o interesse da instituição em temáticas sociais em informes como aquele sobre web conferência sobre equidade na saúde em cenário de racismo estrutural, além de outra conferência direcionada para o enfrentamento da COVID-19 no Complexo Prisional da Papuda ("Notícias", 2020). Questiona-se, diante disto, como os atores envolvidos nas ações educativas avaliam as demandas da população LGBTQI+ a partir dos critérios estipulados pelo Ministério da Saúde

8.3 - Reflexões sobre trabalho

A falta de formação adequada (IC 6, pergunta 4) pode levar à sobrecarga das profissionais que se importam com o atendimento da população LGBTQI+ (IC 2, pergunta 4), pois cabe a elas, individualmente, aprimorarem seus trabalhos e, na falta de colegas que tenham o mesmo interesse, acabam sendo pontos de referência para as usuárias. Gaspodini e de Jesus (2020) discutem o tema ao argumentarem como o valor atribuído pelas operadoras de saúde ao bem-estar de grupos marginalizados relaciona-se com a qualidade dos serviços prestados. As autoras destacam como a oferta de procedimentos de “cura” ou “reversão” de orientações sexuais não heterossexuais, assim como buscas por “causas” para tais orientações, o desrespeito aos nomes, prenomes e pronomes escolhidos por pessoas trans, entre outras práticas são indícios de como os estudos e formações sensíveis a estas subjetividades ainda são superficiais e raros. Como consequência, a profissional encontra espaço aberto para colocar em práticas suas crenças pessoais, sejam elas acolhedoras ou hostis à população LGBTQI+ (Gaspodini & de Jesus, 2020) e reflexos dos seus contextos de formação, participantes do processo de tornar familiar o que é novo e desconhecido (Moscovici, 2003).

O ofício da saúde é tema de estudos como o desenvolvido por Merhy e Franco (2003). Os interesses pessoais destas trabalhadoras influenciam diretamente em suas performances profissionais, criando no momento de atendimento tensões no encontro com as vontades das usuárias do sistema, com as expectativas e desejos de gestoras e com políticas públicas consolidadas para a área. A partir da proposta destas autores, depreende-se que o modelo de assistência é fruto das pactuações que o antecedem, de acordo com as autorizações ou interditos colocados para a atuação das profissionais e para o acesso das usuárias (Merhy & Franco, 2003). Contextualizando a proposta das autoras, poder-se-ia associar a sobrecarga das trabalhadoras engajadas à falta de condições de trabalho adequadas para o oferecimento de assistência satisfatória a população LGBTQI+.

As assistências em saúde partem de concepções filosóficas e profissionais, influentes no tipo de atendimento oferecidos, determinando procedimentos, expectativas e instrumentos envolvidos no

trabalho. Debater e refletir sobre as concepções que embasam a atuação das profissionais do SUS, primando pelo aspecto multidisciplinar desta discussão abre espaço para o acolhimento de complexidades envolvidas nos processos de saúde e doença das cidadãs (Merhy & Franco, 2003).

O fluxo de atendimento em saúde passa por tecnologias materiais, como os instrumentos de trabalho, e por tecnologias não materiais, ou seja, o conhecimento técnico das profissionais (Gonçalves, 1994, em Merhy & Franco, 2003). É possível adicionar a esta equação também o conhecimento relacional no momento da prestação de cuidados. As relações criadas a partir do contato particular, subjetivo e momentâneo entre usuária e profissional de saúde, onde as pessoas que se encontram criam entre si o cuidado a ser desenvolvido. Esta são as tecnologias leves em saúde (Merhy & Franco, 2003). A Psicologia, com suas vias privilegiadas de acesso às subjetividades, como proposto por Gonçalves (2014), pode participar da produção de fluxos de atendimento em políticas públicas de saúde mais humanizados. É possível identificar correlação entre a adoção de posicionamento assistencialista com a ideia de que é necessário consertar os cotidianos das usuárias do sistema, enquanto, por outro lado, a autonomia destas pessoas pode ser protegida na mesma medida em que se entende a saúde integral como direito (Gonçalves, 2014a).

Os modelos assistencialistas estiveram organizados a partir das perspectivas biomédicas, conferindo à consulta médica a o caráter de principal forma de atendimento. Outras demandas da população e a contribuição de outros saberes técnicos ficaram submetidas a esta hierarquia por muito tempo. Para a mudança deste paradigma, Merhy e Franco (2003) propõem estruturar o cuidado a partir do Trabalho Vivo, em contraposição ao Trabalho Morto, sendo o primeiro aquele desenvolvido a partir das dinâmicas desenvolvidas no momento do trabalho e o segundo aquele referente a modelos e estruturas determinados anteriormente. O Trabalho Vivo está associado às tecnologias leves, relacionais, promotoras do acolhimento das subjetividades e da criação de formas de cuidado alinhadas com o cotidiano e valores de quem é recebida nos serviços de saúde. Atender a partir de tecnologias

leves é proposta para garantir o protagonismo e autonomia das usuárias do SUS (Merhy & Franco, 2003).

Existe diferença entre papéis assumidos por profissionais de saúde e usuárias do sistema. A partir disto, as primeiras prestam serviços a partir de um corpo de conhecimento indisponível, até certa medida, para as segundas. Tal distinção provém do que Moscovici (2003) chamou de universos reificados, ou aqueles produzidos pelos saberes técnico-científicos e acessados a partir de credenciais “meritocráticas” como os títulos profissionais (médica, psicóloga, engenheira...), e os universos consensuais, organizados a partir de compreensões do senso comum e das representações sociais. Considerando a natureza do trabalho em saúde, é viável entender as profissionais da área como ocupantes do limiar entre os universos reificados (ciências e tecnicidades) e os universos consensuais (representações sociais). Associando a proposta de Merhy e Franco (2003) e Moscovici (2003), é possível enriquecer o Trabalho Vivo a partir do exercício constante de conscientização sobre as representações sociais envolvidas no contato entre trabalhadoras e usuárias do SUS.

Por que ainda é necessário haver interesse pessoal de profissionais da rede de saúde pública para que seja oferecido atendimento de qualidade para a população LGBTQI+? O quanto do modelo biomédico ainda permeia as estruturas de prestação de cuidados em saúde? Numa organização social capitalista, caracterizada pela marginalização de setores populacionais para dar continuidade ao sistema de produção de riquezas para minorias, o descarte de pessoas é parte de tal processo. Aqueles que não se encaixam não geram interesse da grande engrenagem e são taxados como inúteis, fator relacionado ao acentuamento dos processos de exclusão e de produção de sofrimento (Gonçalves, 2014).

Retoma-se, então, a importância de promover espaços de formação em saúde alicerçados nas noções de direitos humanos. A partir da leitura proposta por Gonçalves (2014), pode-se questionar quais são as noções de direitos abordadas nas formações das profissionais do SUS. O que vem sendo debatido? Para Bicalho et al. (2009) a garantia de direitos também assegura às cidadãs a participação

na vida social de suas comunidades, a partir do exercício de atividades de educação, de trabalho, de lazer, entre outras, fortalecendo suas subjetividades (Bicalho et al., 2009).

Não é interessante nem para a usuária e nem para o sistema a responsabilização individual de profissionais interessadas e sobrecarregadas na atenção, porque isto não gera um encadeamento dos encaminhamentos dentro da própria rede. Por isto, devem ser seguidos os preceitos da PNSI LGBT, para que as usuárias tenham assistência integral em saúde, como preconiza a Política e os princípios do SUS. Propõe-se, então, colocar o Trabalho Vivo como ponto de partida para a organização dos atendimentos, de onde se desenvolverão propostas que abarquem, também, tecnologias do Trabalho Morto. Desta maneira, é possível criar fluxos de cuidado, que atendam de forma global as demandas das usuárias e, assim, assegurar a integralidade da atenção em saúde não só para a população LGBTQI+, mas também para todas as brasileiras (Merhy & Franco, 2003). A proposta de ajustes dos fluxos de cuidado deve ser desenvolvida considerando a participação e o controle sociais, como preconizado pela lei que instituiu o Sistema Único de Saúde (Lei 8.080, 1990).

8.4 - Determinantes sociais em saúde

Os DSS são reconhecidos pelo Ministério da Saúde como variáveis significativas para o desenvolvimento de estados de adoecimento ou saúde. Deve-se considerar os impactos da violência, da discriminação e da exclusão sobre a saúde de pessoas LGBTQI+ ao acentuarem situações de vulnerabilidade. A PNSI LGBT tem enquanto um de seus objetivos específicos coletar e analisar dados de atravessamento da saúde da população LGBTQI+, como relações étnico-raciais e territoriais. Assegurar o direito de uso do nome social de pessoas trans, seguindo orientação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, e reduzir os impactos da discriminação sobre a saúde mental de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneras, queer e intersexuais, a partir de ações de promoção e prevenção, também eram objetivos da Política decorrentes de reflexões sobre os DSS (Ministério da Saúde, 2013). Nenhuma destas propostas configuram privilégios para estas pessoas, mas apenas são reconhecimento do Ministério da Saúde sobre os efeitos deletérios para a saúde destas cidadãs decorrentes da LGBTQIfobia.

Pensar a qualidade dos serviços de saúde prestados pode ir além de aprimorar os atendimentos feitos pelo SUS. Ao falarem sobre os sistemas fora do ar, que não se interconectam, a falta de condições adequadas de transporte público e sobre distancias entre os serviços (IC 3, pergunta 7), as participantes falam sobre problemas de todo o Distrito Federal. As usuárias dos sistemas públicos distritais de transporte, educação, saúde e lazer vem sendo, gradativamente, desqualificadas socialmente e expulsas da participação social. A vulnerabilidade social, assim, perpetua-se de forma cíclica, sistêmica (Gonçalves, 2014) e interseccional (Crenshaw, 1991, em Gaspodini & de Jesus, 2020). As diferenças sociais, marcadas por aspectos como gênero, etnia, classe social, orientação sexual, credo, identidade de gênero, acesso a emprego, entre outros entrelaçam-se, neste movimento, produzem ordens particulares de exclusão e opressão (Cardoso & Ferro, 2012; Gaspodini & de Jesus, 2020). Ou seja: uma mesma cidadã pode ser atravessada por combinações únicas de marcadores de marginalização (Bicalho et al., 2009), tornando sua subjetivação única a partir de variáveis coletivas

A população LGBTQI+ é identificada por pesquisas na área de saúde mental como vulnerabilizada, a partir de DSSs, e em risco do desenvolvimento de sofrimentos psíquicos, manifestados na forma de depressão, ansiedade, comportamento suicida e transtornos alimentares (Cardoso & Ferro, 2012). Cabe ressaltar que a inserção de uma pessoa na população LGBTQI+ não configura fator de risco para a saúde mental; as variáveis relacionadas ao adoecimento destas pessoas decorrem das exclusões e opressões impostas a elas por sociedades LGBQIfóbicas, como a brasileira. Por esta razão, à psicóloga exige-se a não individualização ou culpabilização sobre os sofrimentos trazidos a ela pelas pessoas que buscam seus serviços, a fim de não se perpetuarem dinâmicas de exclusão social (Bicalho et al., 2009).

8.5 - Despreparo da rede para atender a população LGBTQI+

A primeira ideia central da pergunta 2 confronta-nos com a avaliação de incapacidade do SUS para acolher a população LGBTQI+. O julgamento das participantes da pesquisa encontra eco na literatura especializada da área. Em suas falas, há relatos de como ainda se deparam com a colocação de rótulos de anormalidade sobre elas, sendo necessário o constante exercício da afirmação de seus direitos como cidadãs e como usuárias dos aparelhos de atendimento em saúde. O preconceito é mecanismo de violação do bem-estar destas pessoas. Profissionais movidas por preconceitos violam o princípio da integralidade do atendimento quando, por exemplo, atuam a partir da perspectiva que associa a população LGBTQI+ direta e unicamente às ISTs (Prado e Sousa, 2017).

O Governo Federal, ao publicar o Programa Brasil sem Homofobia, no ano de 2004, reconheceu como a violência voltada para a população LGBTQI+ impacta diretamente a saúde destas pessoas. Um dos objetivos do Programa era aprimorar a educação dos agentes públicos, partindo do pressuposto de não discriminação em nenhum serviço oferecido (Melo et al., 2020). A proposta especializou-se com a PNSI-LGBT (Ministério da Saúde, 2013). No entanto, conforme discutido, os impactos das ações educativas não têm sido observados pelas participantes da pesquisa.

Muitas dos temas encontrados nas respostas das participantes referem-se a experiências enfrentadas diretamente pelas pessoas trans, tais como “direito a ser tratada pelo nome pelo qual se identifica” (IC 2, pergunta 1) e “existe uma transfobia do profissional de saúde atender uma pessoa trans” (IC 3, pergunta 1). Deve-se considerar, para a discussão dos temas levantados por esta pergunta, a distribuição dos participantes da pesquisa. Das dez participantes, quatro eram pessoas trans, sendo duas mulheres e dois homens.

O Processo Transexualizador (PrTr) tem objetivos diversos. O documento elegia como prioridade o cuidado integral com a saúde da população trans brasileira. Para alcançar tal meta, uma das estratégias eleitas foi o incremento de informações distribuídas para profissionais da saúde e para a sociedade em geral, a fim de aumentar o conhecimento sobre pessoas trans. As intervenções

decorrentes do Processo deveriam ser estruturadas a partir de equipes multidisciplinares, desde o atendimento em atenção básica até a atenção especializada (Melo et al., 2020). Passados treze anos desde o lançamento do PrTr, à luz de relatos sobre o desrespeito ao nome social, dificuldades para agendamento de consultas de endocrinologia e sobre a existência de transfobia no atendimento, questiona-se o impacto que esta política teve.

“Direito a ser tratada pelo nome pelo qual se identifica” foi reivindicado pelas participantes da pesquisa na IC 2 da pergunta 1 ao se referirem ao desrespeito a este direito quando estão nos locais de atendimento do SUS no DF. Elas destacam a falta de fiscalização, de conhecimento sobre e de compromisso por parte das servidoras com o uso do nome social. Profundo desconforto psicológico é relatado pelas usuárias, ao sentirem-se expostas em recepções, filas de espera, corredores e consultórios.

A PNSI LGBT garante o direito ao uso do nome social a todas as usuárias do SUS (Ministério da Saúde, 2013). A nível federal, o Decreto Presidencial nº 8.727, reconheceu a identidade e o nome social de pessoas trans, obrigando a todos os servidores públicos federais o uso do nome social das pessoas que assim o desejarem (Decreto nº 8.727, 2016). No âmbito distrital, o Decreto nº 37.982, de 30 de janeiro de 2017 (Decreto nº 37.982, 2017) e a Portaria nº 30 de 30 de janeiro de 2017 (Portaria nº 30, 2017) garantem o mesmo direito em todos os âmbitos da administração pública do DF, inclusive nos serviços de saúde.

Autoras como Arán, Murta e Lionço (2009) apontam o respeito ao nome social como fator importante para a saída do modelo médico de atendimento a pessoas trans e desenvolvimento de acolhimento suficiente para garantir a segurança da usuária para dar continuidade ao acompanhamento em saúde em determinados serviços. O uso do nome social também está associado à garantia dos princípios de integralidade, universalidade e equidade do SUS (Arán, Murta e Lionço, 2009).

O Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal destaca o caráter de direito do uso do nome social, apontando como ele reflete escolha pessoal do que melhor representa a sujeita. O

desrespeito a esta escolha é causa de sofrimento psicológico e constrangimento. O CRP 01 orienta que, sempre que a profissional de saúde tiver dúvidas sobre como se referir a uma usuária do sistema, pergunte a esta pessoa de qual forma ela sente-se confortável para ser tratada (Meneses et al., 2020).

Retoma-se, aqui, a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. A humanização, acolhimento e a não-discriminação por orientação sexual e identidade de gênero são aspectos a serem considerados por todas as profissionais da rede. É direito de toda usuária ser chamada por seu nome social (Melo et al., 2020). Apesar disto, Melo et al. (2020), em revisão integrativa, observaram relatos congruentes com os produzidos pelas participantes desta pesquisa: o nome social não é respeitado no SUS.

O Ministério da Saúde caracteriza do desrespeito ao uso do nome social como violência e, por tal razão, coloca a inclusão do nome social nos registros de saúde como fator indispensável da PNSI LGBT. A Política propõe, neste sentido, ações de formação continuada para as profissionais de saúde sobre a promoção da autoestima da população LGBTQI+ (Ministério da Saúde, 2013).

A afirmação contida na IC 3 da pergunta 1 direciona nosso olhar para a transfobia que permeia muitos dos atendimentos prestados às pessoas trans. A passabilidade referida pelas participantes remete ao binarismo do sistema sexo-gênero, que despoja de cidadania as pessoas não encaixadas nesta lógica. Tal binarismo determina associação inescapavelmente direta entre marcadores fisiológicos de sexo, performances sociais de gênero e atração afetivo-sexual por pessoas do sexo oposto; ou seja, determina vidas cisgêneras e heterossexuais. Esta perspectiva, conforme discutem pesquisadoras trans, desconsidera a importância das dinâmicas sociais para o desenvolvimento em termos de gênero, identidade, sexualidade e afetividade. Trazer variáveis históricas e culturais para debater identidades de gêneros e orientações sexuais permite acolher, por exemplo, as não-binaridades, intersexualidades. (Gaspodini & de Jesus, 2020).

O sistema binário de sexo de gênero possibilita a ocorrência de processo de violência relacionadas a sexo e a gênero, que segue o seguinte fluxo: ciscentrismo, cisgenerismo/cissexismo e violência extrema contra pessoas trans e intersexo. A associação direta entre sexo biológico e gênero (visão

de mundo ciscentrista) faz com que apenas as identidades cis sejam lidas como aceitáveis (cisgenerismo/cissexismo) e autoriza a sociedade a violentar pessoas não encaixadas neste padrão, aprendido por crenças compartilhadas socialmente (Gaspodini & de Jesus, 2020), na forma de representações sociais (Moscovici, 2003) do que significa ser uma cidadã “normal”.

As falas de participantes sobre como são tratadas com preconceitos e a partir de estereótipos pelas profissionais de saúde apontam para a limitação do acesso à assistência integral preconizada pela PNSI LGBT. Seria possível supor como, por exemplo, as dificuldades relacionadas ao atendimento na área de endocrinologia decorreriam de leitura insatisfatória realizada por gestora para as necessidades de saúde da população trans. Estariam também estes preconceitos atrelados as falhas de formação deste profissionais?

Moscovici (2003) aponta para distância existente entre as opiniões formadas pelo senso comum e as ideias advindas do pensamento científico (universo reificado). O autor destaca como o senso comum parte das buscas por familiaridade e familiarização com tópicos novos, a partir de conhecimentos partilhados entre pessoas e seus pares sociais. Quanto mais distantes (e até mesmo de difícil compreensão) forem as ideias científicas, mais acentua-se as distâncias entre as duas instâncias de olhares para o mundo. A inacessibilidade do conhecimento científico/acadêmico traz prejuízos para toda a sociedade; enquanto as pessoas continuarem a olhar a academia enquanto olímpicos, com suas deidades inalcançáveis, os sentimentos de não-pertencimento e exclusão, aliados a rótulos pejorativos como “ignorante”, “burra” e “irracional”, alimentarão a aversão ao conhecimento produzido por cientistas (Moscovici, 2003). Cabe à academia refletir sobre si e sobre como comunica-se com a sociedade, em relações de trocas de conhecimento, que provavelmente afetarão os atendimentos prestados na rede de saúde à população LGBTQI+.

O confronto com o não-familiar traz à superfície as estruturações de nossos posicionamentos frente ao cotidiano. O sentimento de medo emerge, associado à perspectiva de ameaça de desequilíbrio dos alicerces de nossas crenças e, reativamente, tendemos a rejeitar o novo (Moscovici, 2003).

Pode-se entender o medo como sentimento com considerável potencial de mobilização afetiva, atuante tanto na perspectiva das profissionais de saúde e das usuárias do sistema; enquanto as primeiras podem temer o contato com o desconforto proveniente do contato com o não-familiar, as segundas podem guardar consigo o receio de serem novamente vítimas de preconceitos e violências no ambiente de atendimento em saúde.

O conceito de ancoragem, trazido da Teoria das Representações Sociais, auxilia-nos a compreender a organização dos preconceitos enfrentados pela população LGBTQI+ nos serviços de saúde. A ancoragem é o fenômeno que ocorre quando, em contato com tema desconhecido, a sujeita o categoriza e classifica junto a outros que guardem características similares. A partir daí, cada objeto, cada pessoa, cada evento ganham valorações (positivas e negativas), a partir dos quais as sujeitas se relacionarão com integrantes daquela mesma categoria, como se todas fossem iguais devido ao fato de estarem numa mesma categoria (Moscovici, 2003). A valoração de uma ancoragem é influenciada pelo meio social e suas compreensões compartilhadas. Num meio social LGBTQIfóbico, as ancoragens em relação à população LGBTQI+ tendem a ser negativas. A participação de psicólogas nos processos de elaboração e implementação de fluxos de educação permanente para profissionais de saúde mostra-se interessante, contanto que as primeiras se insiram no processo como parceiras da dinâmica de evidenciação das ancoragens e categorias usadas para classificar usuárias do sistema de saúde e promover formas de reformar as representações.

O fenômeno da lesbofobia institucional está fundado na colocação da heterossexualidade como orientação sexual normativa, na invisibilização e na marginalização de outras orientações, supostamente inferiores à norma. A centralização e normalização da heterossexualidade é observável na sociedade de diversas maneiras, inclusive em práticas de violência. Autoras da área identificaram como o heterocentrismo (crenças sobre a suposta superioridade da heterossexualidade) pavimenta caminho para o heterossexismo (invisibilização e estigmatização de orientações sexuais além da

heterossexualidade) culminando na violência praticada contra lésbicas, gays, bissexuais, pansexuais e assexuais (Gaspodini & de Jesus, 2020).

A prática da lesbofobia institucional é mapeada na literatura. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), cerca de 40% das mulheres lésbicas não informam suas orientações sexuais; as que realizam tal comunicação observam que as consultas médicas são mais breves do que deveriam e os profissionais deixam de solicitar exames importantes (Ministério da Saúde, 2013). Além disto, o mapeamento da violência homofóbica é desafiador e os casos são subnotificados por falta de monitoramento e compilação de dados satisfatórios (Cardoso & Ferro, 2012).

A dificuldade de efetivação de práticas educativas voltadas para a população tem sido reforçada por ações políticas em todo o território nacional. O projeto de governo da atual gestão federal promove pautas conservadoras e, dentre elas, encontra-se a proibição do debate sobre sexualidade, gênero, identidades e diversidade nos ambientes escolares, a partir da argumentação que estes assuntos devem ser abordados exclusivamente por núcleos familiares (Melo et al., 2020).

O Ministério das Mulheres, da Família e dos Direitos Humanos, encabeçado pela pastora e ativista evangélica Damares Alves, aumentou o nível de vulnerabilização da população LGBTQI+ ao retirá-la do grupo de proteção do governo, sob a alegação que as políticas de diversidade sexual e de gênero ameaçam a integridade da família brasileira (Melo et al., 2020). Este exemplo ilustra a intersecção entre as ideias centrais 2 e 3 da pergunta 2 (“Essa moralização sempre atuou, eu acho que agora ela só tá mais oficializada” e “Os profissionais precisam saber sobre pessoas trans e intersexuais”), na medida em que o fechamento dos debates e das ações informativas sobre a população LGBTQI+, em específico a população trans, baseado no fenômeno denominado como moralização pelas participantes, reduz os espaços de aprendizado das profissionais de saúde sobre as pessoas trans e intersexuais.

Faz-se necessário, aqui, explicitar a quais pessoas nos referimos quando falamos sobre a população trans, sendo elas travestis, transexuais e transgêneros. Ao acessarem os serviços de saúde,

estas pessoas buscam atendimentos além daqueles oferecidos pelo Processo Transsexualizador, conforme observado pelas participantes da pesquisa. Além disto, mesmo as buscas pelo PrTr deparam-se com desafios. A falta de profissionais específicos, como psiquiatras, urologistas, ginecologistas e endocrinologistas é empecilho para a continuidade dos tratamentos (Perucchi et al., 2014, em Melo et al., 2020). Além disto, muitas profissionais atuam na perspectiva reducionista de associação exclusiva entre os procedimentos de transgenitalização e o PrTr, sendo estes apenas uma fração das possibilidades de cuidados com a saúde de pessoas trans (IC 6, pergunta 1). Cabe destacar que a experiência subjetiva destas pessoas com seus corpos é única, estando a adequação de escolhas de procedimentos a serem realizados alinhada com as expectativas e necessidades socioafetivas de cada cidadã (Freire et al., 2013, em Melo et al., 2020). Novamente, os preceitos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Ministério da Saúde, 2013) não são devidamente observados na prática de prestação de assistência. As consequências são seriíssimas, como o uso de silicone industrial por pessoas trans que não tiveram acesso a cirurgias plásticas realizadas com segurança pelo SUS e os agravos à saúde causados pelo material (Perucchi et al., 2014, em Melo et al., 2020).

As pessoas trans talvez sejam as mais expostas a violações de direitos, quando observamos a população LGBTQI+ e o acesso aos serviços de saúde, na medida em que procuram por serviços de nível elevado de complexidade e, desde a entrada até a saída, passam por discriminações decorrentes de preconceitos étnico-raciais, de classe social, de nível educacional e apresentação estética. As reivindicações feitas por mulheres e homens trans são no sentido de serem incluídas no SUS, a partir do direito que elas têm de serem tratadas de forma respeitosa e humanizada em serviços com estrutura de acolhimento adequada às necessidades das usuárias (Mello et al., 2011). O Ministério da Saúde, ao instituir a PNSI LGBT e Processo Transsexualizador, previu orçamento para as ações voltadas à população LGBTQI+, a partir do reconhecimento de necessidades específicas destas pessoas (Ministério da Saúde, 2013). Ao contrário do que dizem falas preconceituosas, elas não exigem privilégios, nem furam fila no sistema e nem causam prejuízos a outras usuárias.

A previsão orçamentária específica para ações direcionadas a pessoas LGBTQI+ pode ser fator de proteção para sérios agravos à saúde delas. A realização e a disponibilização ampla para as interessadas de procedimentos plásticos pelo Sistema Único de Saúde, seguindo protocolos de segurança, reduz os casos de agravos causados pelo uso de silicone industrial. Esta estratégia é interessante para o próprio sistema, na medida em que também é reduzida a necessidade de atendimentos para as pessoas que tiveram complicações pela injeção do material em seus corpos. Além disto, o uso de hormônios feminilizantes ou masculinizantes sem o devido acompanhamento médico pode causar danos irreversíveis às pessoas trans. Por outro lado, a realização dos procedimentos de cirurgia plástica traz ganhos de proporções inestimáveis: o bem-estar psicológico promovido pela identificação entre identidade e corpo biológico (Ministério da Saúde, 2013).

As participantes da pesquisa asseveraram que há posturas profissionais que afetam diretamente a percepção de acolhimento ou de afastamento de suas necessidades em contextos de atendimento de saúde (IC 3, pergunta 5). Este tema é sensível para a Psicologia, na medida em que atuamos diretamente com as subjetividades. O formato mais conhecido de nossa atuação profissional é no setting clínico psicoterapêutico individual, sendo tal popularização promovida por nós mesmas, ao posicionarmos nossas contribuições para as construções de cuidado a partir deste modelo hegemônico. Algumas profissionais sentem-se empoderadas a partir desta atuação, ao entender nela o diferencial do trabalho da psicóloga (Dimenstein, 2001). Desta maneira, contribuímos para a manutenção dos papéis que nos aprisionam quando inseridas em equipes multidisciplinares e que limitam a qualidade da assistência prestada às usuárias, reforçando determinada representação social sobre toda uma categoria profissional, a partir de imagens, performances e significados atribuídos à classe das psicólogas (Bertoni & Galinkin, 2017).

Apesar de ser preconizado o princípio da equidade enquanto uma das três bases do SUS (Lei 8.080, 1990), as usuárias são interpeladas com questionamentos sobre o porquê da implementação de serviços como os prestados pelo Ambulatório Trans, como se estes prejudicassem a assistência a

outras demandas em saúde. Mesmo neste aparelho, ainda há limitações de atendimento, como a impossibilidade da condução de terapias hormonais. Há dois problemas envolvidos neste processo: a exposição a riscos na administração das substâncias sem a supervisão de equipe de saúde e a dificuldade para a compra de materiais de qualidade, dados os preços elevados deles.

As IC 2 da pergunta 6 (Tem alguns medos) aborda o desencorajamento para a procura pelos serviços do SUS. As usuárias são demandadas, constantemente, a explicarem suas orientações sexuais e identidades de gênero para profissionais que desconhecem as necessidades da população LGBTQI+ e parte da heterocissexualidade assumida para estruturarem seus trabalhos. A comunicação empobrecida entre profissionais e usuárias influencia o silenciamento sobre assuntos de vital importância, como aqueles relacionados à saúde sexual (Melo et al., 2020), contribuindo para, por exemplo, o aumento da incidência de doenças como câncer de mama e colo de útero entre mulheres lésbicas e bissexuais (Cardoso & Ferro, 2012).

As reflexões propostas por Moscovici sobre representações sociais auxiliam-nos a compreender as consequências da dinâmica descrita acima. Tudo aquilo que não é familiar a uma pessoa ou a um grupo desencadeia experiências de espanto e alarme, expondo as representações sociais e sentimentos subjacentes, talvez sendo o medo o mais comum deles. Ao depararem-se com o desconhecido, as pessoas temem perder suas referências de interação com o mundo e os confortos decorrentes delas, experienciando profundo desconforto. Uma das reações possíveis é a rejeição da alteridade, do diferente, por ela configurar ameaça ao bem-estar afetivo daquelas pessoas (Moscovici, 2003).

A população LGBTQI+ é recebida nos serviços de saúde com discriminação, conforme evidenciado nas respostas à pergunta 6, pelas ICs 3 (Se dependesse de qualquer outro equipamento para ter atendimento eu não iria) e 4 (“LGBT é promíscuo e vem aumentar nossa fila”). A existência de aparelhos especializados no atendimento destas pessoas é questionada pela sociedade em geral. No entanto, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT organiza-se a partir do reconhecimento

dos determinantes sociais em saúde, de forma que a discriminação e a exclusão são consideradas variáveis essenciais para articulação e implementação de políticas públicas em saúde. Em decorrência de tal reconhecimento, o Estado brasileiro tem a obrigação de promover estratégias de redução das desigualdades e promoção da equidade de direitos em saúde para estas pessoas (Ministério da Saúde, 2013), sendo o Ambulatório Trans uma das concretizações deste dever estatal.

8.6 - ISTs e população LGBTQI+

Persiste na contemporaneidade o mito sobre a suposta maior incidência de ISTs dentre a população LGBTQI+ (IC 4, pergunta 3). Esta crença falsa decorre da limitação dos cuidados em saúde para estas pessoas apenas ao tratamento e prevenção de ISTs, no passado, fazendo com que, no presente, institucionalizasse-se a discriminação (Laurentino, 2015), somada às violações de direitos vivenciadas nos ambientes domésticos, profissionais, escolares e culturais, associadas ao aumento do sofrimento psicológico destas pessoas (Cardoso & Ferro, 2012).

A literatura especializada classifica este tratamento diferenciado como LGBTQI+fobia, passível de punições equivalentes às aquelas aplicadas em casos de racismo (Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão 26, 2019), em desacordo com os preceitos éticos das profissões de saúde (Prado e Sousa, 2017).

Os estudos mais recentes aboliram o conceito de “grupos de risco” e passaram a considerar concepções de vulnerabilidades (Wohlgemuth, 2020) para delinear estratégias de combate ao contágio por ISTs. Desta forma, é possível compreender o aumento de casos de HIV/aids no Brasil, principalmente entre pessoas homossexuais, como consequência da falta de informações, da promoção de debates qualificados sobre o assunto e sobre os estigmas ainda atrelados a estas pessoas, fatores especialmente acentuados nos últimos anos, com o avanço de pautas conservadoras no campo sócio-político nacional e desmonte de políticas de saúde sexual sob o pretexto de não afronta a família tradicional brasileira (Melo et al., 2020).

Questiona-se como a população LGBTQI+ vê sua relação com o SUS. Se a porta de entrada é apenas a de ISTs, quais acolhimentos podem ser esperados deste Sistema? Qual segurança existe para acessar os serviços?

Para Moscovici (2003), ver-se na primeira pessoa do singular (eu) permite à pessoa entender-se como incluída nos contextos que ocupa; por outro lado, ser vista como terceira pessoa do plural (elas) traz a ideia de falta de agência, de desrespeito à identidade, de colocação em lugares

que não foram voluntariamente escolhidos. A organização da vida social passa pela categorização de pessoas e situações, a partir de julgamentos positivos e negativos desenvolvidos ao longo da história de cada sujeita. Estabelecemos paralelos entre o contexto presente e os protótipos de nossos passados, buscando entender se há ou não semelhanças entre ambos (Moscovici, 2003).

Estariam as profissionais de saúde partindo de uma suposta figura prototípica de uma integrante da população LGBT para estruturarem seus trabalhos? Considerando os princípios da bioéticas (Melo et al., 2020) e os códigos de ética profissionais da saúde (Prado e Sousa, 2017), devemos olhar para a pessoa que busca o serviço em suas particularidades, buscando entender a experiência subjetiva do adoecimento e as possibilidades subjetivas de saúde.

8.7 - Laicidade

Os princípios da laicidade são bases para a constituição de estados republicanos e democráticos, como o brasileiro, garantindo o exercício do direito à crença e à não crença a todas as cidadãs (Torres, 2015). Além disto, a constituição laica de um estado também oferece balizas para discussões geradoras de conflitos entre concepções científicas e religiosas, como, por exemplo, as liberdades sexuais e reprodutivas (Malavolta, 2015).

Observa-se, na contemporaneidade brasileira, o avanço de ações de cunho fundamentalista religioso cristão como respostas autoritárias e, em algumas situações, violentas a ganhos de direitos por grupos vistos como minimamente “desviantes” das leituras feitas da Bíblia por determinados líderes religiosos. Estas ações são encontradas em templos e nos espaços políticos e públicos, como no Congresso Nacional e no Palácio do Planalto, em movimentação contrária ao princípio constitucional de separação entre o Estado Brasileiro e as religiões. Há distinção entre estados pluriconfessionais e estados laicos. Nos estados pluriconfessionais, o direito à fé sobrepor-se-ia aos demais; por outro lado, tal direito é igualado aos demais em estados laicos, de forma que a supressão de garantias constitucionais não é justificada por liberdades de culto, protegendo-se, inclusive, o direito a não professar fé alguma (Malavolta, 2015).

Os aparelhos de atendimento em saúde, assim como os locais de gestão e planejamento de ações para a área, na condição de repartições públicas, não podem servir para a prática de atividades de cunho religioso, sob a alegação de que aquelas cidadãs incomodadas podem retirar-se. O caráter laico do Estado brasileiro garante a liberdade de profissão de fé em ambientes propícios para tal, como templos, casas, centros, catedrais. Esta separação espacial garantiria, inclusive, a segurança das pessoas congregadas para realizarem suas práticas religiosas sem perturbações (Malavolta, 2015).

Torres (2015) caracteriza como precária a laicidade brasileira, pois, na visão do autor, ao cristianismo foi dado “passe livre” nas instituições públicas, desde escolas até tribunais, passando pelos parlamentos. Considerando a colonização católica no Brasil e a recente transição do nosso estado de

confessional para estado laico, princípios cristãos estão profundamente arraigados no cotidiano das brasileiras, de forma que estas não problematizam a precariedade de nossa laicidade. Assim, partindo de uma base de organização social cristã heterocisnormativa, somente as sexualidades e identidades de mulheres e homens cis e heterossexuais são validadas (Torres, 2015).

O limiar das liberdades religiosas encontra-se nas fronteiras de outras liberdades. O pacto de laicidade brasileiro é contrariado nos momentos em que se instrumentaliza a liberdade religiosa para promover a opressão, a violência, o preconceito e a exclusão social de setores sociais inteiros, como a população LGBTQI+, violando os exercícios de cidadania destas pessoas (Malavolta, 2015).

Por algumas décadas, a Igreja Católica pautou seu posicionamento diante das liberdades sexuais na prática da tolerância, significando que, apesar de categorizar os comportamentos sexualmente dissidentes como pecaminosos e patológicos, aceitava-se a convivência com as “doentes e pecadoras”, colocados em estratos sociais de subalternidade. Na prática, estas pessoas eram cerceadas do acolhimento social, religioso e familiar necessários para socializações saudáveis (Torres, 2015).

Os discursos anteriormente baseados em tolerância modificaram-se e abriram espaço para empreitadas de recrudescimento de direitos da população LGBTQI+ (Malavolta, 2015; Torres, 2015). Por um lado, os grupos fundamentalistas religiosos que ocupam as bancadas parlamentares afirmam que cabe às famílias a educação em sexualidade de crianças e adolescentes (Melo et al., 2020); por outro lado, estas famílias são incentivadas por ideias fundamentalistas a cortarem vínculos com familiares LGBTQI+. O impedimento da realização da IV Conferência LGBT, promovido pelo Congresso Nacional, falas sobre cores gendradas proferidas pela ministra dos direitos humanos e a escalada de violências contra o primeiro parlamentar brasileiro gay, forçado ao exílio são fatos meramente ilustrativos do nível de intolerância praticada no Brasil contemporâneo contra a população LGBTQI+.

O trabalho com saúde tem suas peculiaridades quando se trata da laicidade. Sendo a escuta importante ferramenta de atuação, espera-se abertura para as alteridades, respeitando-se as diversidades subjetivas possíveis, fortemente influenciadas por fatores sociais. Para a Psicologia, esta

expectativa transforma-se em preceito ético da profissão. Da psicóloga, não se espera concordância moral ou coincidência de vivências com as pessoas cuidadas por ela para que seja oferecido o acolhimento embasado na ética e nas técnicas da área, comprometida socialmente com a sociedade brasileira (Lionço, 2020).

O Código de Ética Profissional do Psicólogo orienta às profissionais a apenas atuarem em situações que requerem dela capacidades afetivas e competências técnicas já incorporadas a seus repertórios (Conselho Federal de Psicologia, 2005). Desta forma, está em consonância com a ética da profissão recusar serviços incompatíveis com as habilidades da psicóloga.

A objeção de consciência, compreendida como recusar-se à prestação de assistência por motivos morais (Diniz, 2013, em Lionço, 2020), tem fundamento no artigo 5º, inciso VII, da Constituição Federal de 1988, sendo direito de todas as profissionais de saúde. No entanto, este direito também é fronteiro a outros, como o da assistência em saúde, sendo vetado às trabalhadoras deixar cidadãs desassistidas, devendo atenção alternativa ser prestada (Lionço, 2005).

O direito à liberdade religiosa não pode colocar em risco o direito fundamental à vida, pois “dogmas religiosos e convicções morais de profissionais não a eximem da responsabilidade sobre intervir para a garantia do direito à saúde das pessoas, devendo garantir que sua objeção não implique na interdição do acesso de outrem a cuidados em saúde” (Lionço, 2020, s.p.). Por esta razão, faz-se essencial a defesa do estado laico

A educação é eleita, novamente, como via para a redução dos prejuízos causados pelos problemas apresentados aqui. Catroga (2006, em Torres, 2015) aponta a educação como fortalecedora do aspecto laico do Estado brasileiro. Este estudo, sugere, então, a inclusão de reflexões sobre o assunto nas estratégias de educação permanente para profissionais de saúde, sendo as psicólogas possíveis facilitadoras destas ações.

8.8 - Violência LGBTQIfóbica

Em consonância com a equiparação feita pelo Supremo Tribunal Federal entre a LGBTQIfobia e o crime de racismo, entende-se aqui este preconceito concretizado em comportamentos baseados em atitudes aversivas em relação à identidade de gênero e/ou orientação sexual de outrem, de forma que possam ser causados prejuízos físicos, morais, sexual, patrimonial, além de sofrimento psicológico (Aronson, Wilson, Akert & Sommers, 2015; Gonçalves et al., 2020)

O relatório de violência LGBTQIfóbicas mais recente do Governo Federal foi publicado em 2018, com dados referentes ao ano anterior. O Grupo Gay da Bahia possui tradição na publicação de relatórios anuais sobre o tema e, em 2020, lançou documento trazendo dados sobre 2019. De 2000 a 2019, 4809 pessoas foram assassinadas por razões LGBTQIfóbicas no Brasil, sendo 2017 o pico de casos, somando 445 óbitos. Entre os anos de 2006 e 2013, os números reduziram-se. Em 2019, esta soma chegou a 329 pessoas. No Distrito Federal, houve 3 assassinatos de pessoas LGBTQI+ em 2019, correspondendo a 0,91% do total nacional (Grupo Gay da Bahia, 2020).

O relatório do GGB postula que, mesmo figurando entre os líderes mundiais no número de violências LGBTQIfóbicas, o Brasil, na figura de seus governos federal, estaduais e municipais, não se mobiliza para o enfrentamento deste problema social. Além dos assassinatos, a população LGBTQI+ brasileira também é vítima de agressões físicas (objetos cortantes, chutes, socos...), violência sexual, tentativas de homicídio (estupro corretivo contra lésbicas, por exemplo), violências psicológicas, agressões verbais e negações variadas (empregos, serviços em estabelecimentos públicos e privados), perpetradas, por exemplo, em ambiente doméstico, ambiente profissional, de atendimento em saúde e vias públicas, havendo “relação entre o local do crime e a profissão da vítima. [...] Os LGBTQI+ tendem a ser mais agredidos em casa, pontos de prostituição, saídas de bares, através de contatos via aplicativos de paquera” (p. 42) (Grupo Gay da Bahia, 2020).

No entanto, os números identificados na pesquisa do GGB trazem alguns problemas. Faltam dados governamentais consistentes, havendo considerável subnotificação dos casos. Além disto, os

dados existentes são incoerentes entre si, em decorrência da falta de padronização da coleta, sendo sugerida a criação de protocolo único para a compilação destas informações (Gonçalves et al., 2020).

O aspecto interseccional de opressões verifica-se quando se discute a violência LGBTQIfóbica. A aproximação da norma heterossexual, cisgênera, branca, masculina e de classe alta serve como fator de proteção contra estas violações de direitos. Além destas características pessoais, a fragilização de vínculos familiares, de trabalho, de educação e saúde tende a gerar ciclos de vulnerabilidade e exclusão. Por esta razão, transversalizar as reflexões sobre o assunto, englobando políticas públicas de saúde, cultura, transporte, educação e segurança é essencial para garantir qualidade de vida a estas pessoas (Gonçalves et al., 2020).

A partir das reflexões trazidas pelo Grupo Gay da Bahia (2020) e por Gonçalves et al. (2020), é possível compreender o receio demonstrado pelas participantes de sofrerem violências nos aparelhos de assistência em saúde, na medida em que a agressão contra a população LGBTQI+ é parte da cultura brasileira. Symmy Larrat, no prefácio do livro “A Violência LGBTQIA+ no Brasil” (Gonçalves et al., 2020), associa a negação da existência e da cidadania de populações marginalizadas é um dos pilares da construção da nossa sociedade. Destaca-se a observação feita pelo GGB a respeito da publicização dos casos de violência pela mídia, onde os nomes sociais não são respeitados e mostram-se imagens explícitas das violências (Grupo Gay da Bahia, 2020), dando continuidade ao ciclo de violações de direitos.

8.9 - Falta de investimentos no SUS

Destacou-se a falta de investimentos feitos na área de saúde. As observações de Dimenstein feitas em 2001 encaixam-se no contexto encontrado dezoito anos depois: diante das dificuldades decorrentes da escassez de recursos e da precariedade das condições de trabalho, as profissionais tornam-se apáticas e frustradas em seus cotidianos de trabalho (Dimenstein, 2001).

O subfinanciamento do SUS agravou-se nos últimos cinco anos. O Conselho Nacional de Saúde identificou que a aprovação da Emenda Constitucional 95 acarretou a perda de vinte bilhões de reais em aportes financeiros para a saúde, sendo superior a quatrocentos bilhões de reais a projeção total de prejuízos ao final de vinte anos, causando impactos graves na saúde da população brasileira de forma geral (Ascom CNS, 2020), como observou-se durante a pandemia de COVID-19, especialmente virulenta em relação às populações marginalizadas.

Os problemas para a efetivação de políticas de educação permanente estão relacionados com a falta de investimentos na área de saúde, considerando o financiamento das escolas profissionais feito pelo Sistema Único de Saúde. Trabalhadoras despreparadas e sem conhecimentos básicos necessários para o atendimento da população LGBTQI+ tendem a afastar as usuárias do sistema, que temem não serem atendidas de forma adequada. De acordo com a Rede Feminista de Saúde (2006, em Cardoso & Ferro, 2012), atendimentos dessensibilizados para as experiências de mulheres lésbicas e bissexuais levam à exposição de contaminações por ISTs. Além disto, a Rede identifica o desconhecimento delas sobre formas de contágio por ISTs em relações com outras mulheres como especialmente perigoso, decorrente do mito de que não há riscos à saúde em práticas sexuais entre mulheres. Esta ideia falsa, por sua vez, está associada à falta de pesquisas aprofundadas e detalhadas sobre o cotidiano e a vida afetiva-sexual destas pessoas, principalmente das lésbicas (Cardoso & Ferro, 2012).

Apesar do tempo decorrido desde a publicação de Dimenstein (2001), as reflexões do estudo permanecem atuais. A falta de investimentos e recursos afeta a performance profissional das

trabalhadoras da saúde, inseridas em aparelhos de atendimento sucateados e com baixas perspectivas de melhorias nos próximos anos, com efeito da Emenda Constitucional 95, aprovada em 2010 (Ascom CNS, 2020), potencializando a percepção das participantes sobre as faltas percebidas no SUS (IC 2).

Fica prejudicado o cumprimento dos objetivos específicos da PNSI LGBT, especificamente o VIII, referente à redução dos danos à saúde destas pessoas ocasionado pelo uso de drogas e substâncias sem o devido acompanhamento profissional (Ministério da Saúde, 2003). As pessoas trans, novamente, são vulnerabilizadas a partir da limitação de acesso a procedimentos, acompanhamentos multiprofissionais e medicamentos. Recorrer ao trabalho das bombadeiras (pessoas que aplicam em outras silicone industrial com fins estéticos) e realizar uso amador de hormônios pode ser compreendido como tentativa de acessar por vias próprias o atendimento de necessidades não supridas no sistema de saúde. Por outro lado, há correlação positiva entre a qualidade de acolhimento satisfatório das pessoas trans nos serviços de saúde ao ganho bem-estar, decorrente da garantia de completa experiência identitária com seu gênero Cardoso e Ferro (2012).

8.10 - Atuação dos movimentos sociais

No entanto, ainda é insuficiente a participação do Estado na efetivação de direitos e políticas públicas voltadas para a população LGBTQI+. Como herança dos anos de redução de ações estatais e aumento da participação de ONGs (Feitosa, 2018), ainda hoje recai sobre os movimentos sociais a responsabilidade de cuidar de suas integrantes (IC 3, pergunta 4). Questiona-se o papel operado atualmente por esses movimentos em contraste com a atuação ideal deles. Alguns autores, como Shimizu et al. (2015) identificam que a responsabilização dos movimentos sociais por garantir a efetivação de direitos de determinados setores sociais pode ser prejudicial para o cumprimento do princípio de equidade em saúde, dado o fato que nem todos os movimentos têm o mesmo nível de organização política e também devendo ser considerada a pulverização de movimentos na contemporaneidade, a partir de afirmações específicas de inserções sociais e interações com o meio (Shimizu et al., 2015).

Destaca-se como um dos ganhos da parceria desenvolvida entre movimentos sociais e o sistema de saúde do Distrito Federal o credenciamento do Ambulatório Trans, em 2020. Este é um passo essencial para a resolução do problema de falta de procedimentos de redesignação genital para pessoas trans no DF, identificado na IC 3. O credenciamento também autoriza ao hospital a condução de hormonioterapias, com recursos próprios, garantindo qualidade de vida para as pacientes (Secunho, 2020).

Capítulo 9 - Considerações finais

O presente estudo objetivou compreender o acesso ao SUS pela população LGBTQI+ a partir do ponto de vista de representantes do movimento social no Distrito Federal. Além disto, objetivou-se compreender a visão de integrantes do movimento sobre o papel da psicóloga na defesa do direito à saúde sexual da população LGBTQI+, investigar a relação estabelecida entre a população LGBTQI+ com a rede de saúde, a partir da experiência pessoal das representantes do movimentos e mapear as representações sociais do papel da Psicologia para a população LGBTQI+.

A consideração feita com mais ênfase pelas participantes da pesquisa foi sobre a importância da mudança das representações sociais sobre a população LGBTQI+, suas necessidades, suas experiências de vidas e suas particularidades a partir de ações educativas para as trabalhadoras de saúde. Compreendeu-se que estas mudanças devem começar nos momentos iniciais das formações em saúde e continuar durante todo o percurso profissional, sendo a educação permanente em saúde grande aliada do processo.

Os aparelhos de atendimento em saúde são percebidos como pouco acolhedores e, por vezes, ameaçadores à integridade afetiva, social e física da população LGBTQI+. Discriminações de várias ordens são praticadas nestes ambientes, desde as portarias até os consultórios. Além disto, o alcance do atendimento prestado é limitado quando colocado em paralelo com a dimensão das necessidades e demandas trazidas por estas pessoas para o SUS, em dinâmica diretamente associada à precariedade e à descontextualização das formações em saúde.

A Psicologia foi entendida como área parceira para a efetivação de direitos da população LGBTQI+. As reflexões sobre subjetividades, afetividades e identidades promovidas por profissionais da área contribuíram para a demarcação de espaço social, embora reconheça-se que ainda estamos distantes da plena efetivação de cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, *queer*, travestis, pessoas transgêneras, pessoas transexuais e pessoas intersexo.

A pesquisa sobre o movimento social, no entanto, encontrou fatores dificultadores. As informações eram escassas e difusas. Em algumas situações, fontes diferentes faziam afirmações distintas sobre a proposta de ações de um mesmo grupo. Além disto, faltam informações e publicações oficiais, estando grande parte delas presentes em perfis de redes sociais. Mesmo alguns sites oficiais apresentavam desafio, na medida em que alguns estavam em manutenção, outros estavam abandonados há tempos.

A inserção prévia das participantes no ativismo do movimento social, variável do desenho de pesquisa, acarretou limitações já esperadas para o estudo. O enquadre dos olhares destas pessoas não abarca a complexidade do tema da saúde LGBTQI+ no Distrito Federal. A inserção política no movimento traz leituras sobre aspectos específicos das subjetividades LGBTQI+, a partir das representações sociais desenvolvidas no contexto de ativismo. Questiona-se como seria o diálogo com pessoas não inseridas nesta dinâmica. Sugere-se, também, às futuras pesquisadoras do tema que dialoguem com as gestoras do SUS local, as profissionais de saúde, a fim de pensar o SUS e as críticas necessárias a partir do olhar de quem presta e organiza os serviços, a partir do reconhecimento das potências e limitações do sistema. A partir de sugestões de Paulon et al. (2015), entende-se que seria interessante fazer convite para o delineamento de pesquisas futuras para as trabalhadoras e usuárias do sistema, incorporando suas experiências para o enriquecimento das discussões desenvolvidas, dando destaque para as visões destas pessoas.

Deve ser revista a distribuição de representantes da população LGBTQI+, considerando que, neste estudo, houve maior representatividade de pessoas trans, tanto homens como mulheres. Não houve entrevistas com pessoas intersexo e pessoas assexuais. Proporcionalmente, houve pouca participação de pessoas gays e lésbicas.

A partir do olhar das representações sociais (Moscovici, 2003), foi possível pensar propostas para a melhoria da formação das profissionais da rede de saúde, seguindo orientações e diretrizes locais, tais como as portarias distritais que instituem o direito ao uso nome social nos serviços

públicos, e nacionais, como a PNSI LGBT. Também foi possível identificar pontos específicos de limitação de acesso aos serviços, seja por falta de recursos públicos para tanto, mas também por conta da baixa qualidade do acolhimento prestado à população LGBTQI+.

Além disto, considerando o momento histórico da pandemia de COVID-19, entre os anos de 2020 e 2021, é necessário compreender como foi afetada a população LGBTQI+, considerando fatores como empregabilidade, acesso a serviços (educação, cultura, lazer e saúde). Em junho de 2020, a #voteLGBT e a Box 1824 realizaram pesquisa sobre os impactos da pandemia sobre esta população e identificaram que 43% das entrevistadas tiveram suas saúdes mentais afetadas. O sentimento de solidão e a dificuldade de adaptação às novas exigências de cotidiano também foram listadas como desafios enfrentados por estas pessoas, especialmente problemáticos no caso de quem ficou sem dinheiro ou trabalho (11% e 7%, respectivamente) (Gonçalves et al., 2020).

Os aspectos dificultadores identificados pelas participantes podem ser sanados a partir de algumas reflexões. A primeira delas é sobre a própria organização do trabalho e dos papéis desempenhados no Sistema Único de Saúde. Quanto mais distantes forem as pessoas responsáveis pela gestão daquelas que concretizam os atendimentos, menor será a qualidade dos serviços prestados à população. A estruturação fabril do modelo assistência favorece o Trabalho Morto em detrimento do Vivo (Paulon et al., 2015), sendo também necessário desfazer a lógica dos especialismos (Ceccim, 2005), alienadores das profissionais nas relações com suas colegas de trabalho. Existe possibilidade de a Psicologia ser colaboradora neste processo, com profissionais articuladoras de reflexões sobre relatividade histórica de noções tidas como verdade e a incorporação de contradições e incertezas aos atendimentos (Polejack et al., 2015).

Merhy e Franco (2003) observam correlação entre a predominância do Trabalho Vivo e o aumento da qualidade da assistência. O cuidado desenvolvido a partir do Trabalho Vivo funda-se no encontro entre profissional e usuária, cuja história de vida e subjetividades são consideradas para o delineamento planos de tratamento, considerando as estratégias de autocuidado já consolidadas no

repertório dela, em dinâmica fortalecedora da autoestima e a autonomia (Merhy & Franco, 2003). O Trabalho Vivo promove, também, a autonomia das profissionais, autorizadas a articular conhecimentos técnico-científicos às suas próprias experiências, de forma reflexiva empoderadora para lidar com os desafios de seus trabalhos, mais complexos do que poderiam prever os livros texto (Dimenstein, 2001).

Ações de educação permanente para profissionais da saúde poderiam contribuir para reduzir os impactos deletérios sobre a qualidade dos serviços prestados a partir do desconhecimento sobre a diferença entre identidade de gênero e orientação sexual, advindo de uma sociedade LGBTQIfóbica, conforme discutido anteriormente. Além disto, a Psicologia, como área que trabalha a partir das subjetividades (Gonçalves, 2014), pode assumir papel colaborativo nos atendimentos multidisciplinares, sendo as psicólogas profissionais articuladoras das diversidades afetivas, sociais, históricas e culturais das usuárias, a fim de traçarem-se planos de tratamento adequados a suas individualidades.

As travestis têm suas identidades reduzidas a estigmas sociais, frequentemente sendo culpabilizadas individualmente por problemas sistêmicos. Gaspodini e de Jesus (2020) propõem mudança na forma de acolher pessoas nos serviços de saúde, abandonando-se o paradigma de buscar as causas para as identidades não-cisgêneras e para as orientações não-heterossexuais, em dinâmicas que promovem a exclusão e marginalização; pelo contrário, o ideal é buscar compreender em quais contextos estas cidadãs estão inseridas, sendo consideradas as possibilidades de construção de bem-estar e também os fatores que contribuem para o sofrimento delas (Gaspodini & de Jesus, 2020).

Sugere-se às gestoras em saúde a implementação de políticas de navegadoras de pares. Estas pessoas são integrantes de uma comunidade-chave que passaram por processos de saúde similares àqueles das usuárias de um determinado serviço (Karwa et al., 2017) e são, posteriormente, convidadas e treinadas para oferecer acolhimento, promover bem-estar e auxiliar suas semelhantes nos entremeios do sistema de saúde. A literatura especializada, principalmente de origem estadunidense, correlaciona a presença de navegadoras de pares ao aumento da qualidade dos serviços em saúde, na

medida em que elas trazem credibilidade, confiança e esperança para as usuárias, além de oferecerem apoio emocional, instrumental e informacional, tornando-as modelos para quem está em tratamento (Cabassa, Camacho, Vélez-Grau & Stefancic, 2017).

A inclusão de navegadoras de pares em equipes multiprofissionais pode ser interessante para o gerenciamento da influência de variáveis intervenientes sobre o acompanhamento de saúde, pois o treinamento destas profissionais é feito de forma a considerar aspectos socioculturais envolvidos no espectro saúde-doença. Nos Estados Unidos e nos países da África Subsaariana, há experiências positivas de adesão aos tratamentos de pacientes com HIV a partir da implementação de estratégias de navegadoras de pares (Karwa et al., 2017). Em relação a pacientes com adoecimentos mentais severos, também se observa resultados animadores de tais estratégias, como o aumento do senso de empoderamento, especialmente quando pares fornecem informações baseadas em evidências científicas (Cabassa et al., 2017).

Estudo realizado por Reback, Clark, Rüniger e Fehrenbacher (2019), em Los Angeles demonstrou que a implementação da navegação de pares em programa de assistência ao uso de profilaxia pré-exposição (PrEP) ao risco de contágio de HIV entre mulheres trans e homens que fazem sexo com outros homens esteve correlacionada à maior adesão e continuidade da prevenção, em comparação ao grupo de pessoas que optou por não receber o acompanhamento. As autoras destacaram que a proximidade das experiências de vida entre usuárias do serviço e navegadoras favoreceu a adesão à estratégia de cuidado na medida em que reduziu os desconfortos associados ao estigma social imputado a mulheres trans e homens que fazem sexo com outros homens (Reback et al., 2019).

Connolly et al. (2020) identificaram resultados similares a Reback et al. (2019). Neste estudo, associou-se a presença das navegadoras de pares ao aumento de bem-estar geral de pessoas inseridas na população LGBTQI+ em estratégias de atenção básica, tratamento de aids, uso de hormônios para adequação de identidade de gênero e uso da PrEP (Connolly et al., 2020).

O trabalho das navegadoras de pares pode ser desenvolvido individualmente, em duplas ou equipes de navegadoras ou em parceria com profissionais especializados da área de saúde, como enfermeiras ou assistentes sociais. A formação requerida das navegadoras é variável, havendo profissionais que concluíram o Ensino Médio e outras que participaram de curso de formação específico para a atuação com pares (Cabassa et al., 2017).

Considerando o aspecto profissional do trabalho das navegadoras de pares, é necessário incluir mecanismos de defesa de direitos trabalhistas na elaboração de políticas em saúde que incluam a atuação delas. No caso do estudo conduzido por Karwa et al. (2017), as navegadoras eram quatro pessoas que conviviam com HIV e seus contextos de trabalho eram organizados de forma a reduzir as chances de contágio por infecções oportunistas. Além disto, o trabalho era estruturado considerando os períodos necessários de ausência para tratamento de saúde e a relação estabelecida com as usuárias do serviço. As quatro trabalhadoras do estudo foram contratadas formalmente, recebendo salários por seus serviços (Karwa et al., 2017).

Karwa et al. (2017) também identificaram que a estratégia de navegadoras de pares contribuiu para o aumento do número de pacientes do programa onde estavam inseridas, para a melhora da documentação das usuárias e da testagem para HIV. O aumento do número de usuárias do serviço de saúde também aumentou para outras especialidades do hospital, como a ginecologia e a obstetrícia. Este resultado pode ser interessante para a redução do medo de sofrer violências nos atendimentos oferecidos pelo SUS, relatado pelas participantes desta pesquisa. A segurança trabalhista também pode melhorar a relação com outras trabalhadoras do serviço, que poderão passar a referenciar o trabalho das navegadoras de pares, fortalecendo a rede de suporte interna do aparelho e a rede local de saúde, a partir do reconhecimento das navegadoras de pares como integrantes das equipes (Karwa et al., 2017).

A pesquisa em ciências sociais exige implicação da pesquisadora, desde o projeto até a finalização do relato de pesquisa. Eu fui e continuo a ser afetada, construída e reconstruída pelas leituras,

relatos, reflexões e ideias (Paulon et al., 2015) que me acompanharam nos últimos dois anos da minha vida, tendo a certeza de que continuarei a ser tocada por eles nos dias futuros de minha atuação como psicóloga.

A reflexão sobre o acolhimento e a permanência de pessoas da população LGBTQI+ nos ambientes educacionais está profundamente associada à implicação pessoal da pesquisadora no processo de pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. A literatura aponta disparidade entre os anos de educação formal concluídos por pessoas hétero e cis e pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transgêneras, transexuais, *queer* e intersexo. Cesaro (2016), em pesquisa com travestis que atuavam como profissionais do sexo, identificou que nenhuma delas havia ingressado ou concluído o ensino superior. O autor associa as violências sofridas nas escolas ao abandono dos estudos (Cesaro, 2016). Além disto, as violências cometidas nos contextos familiares, sociais e de trabalho estão diretamente associadas à evasão escolar e vulnerabilidades socioeconômicas (Faria & Modena, 2020; Garcia, 2013; Menezes, 2018). A partir destas observações, a autora, finalmente, sugere a elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para a manutenção da população LGBTQI+ nas escolas para que, dentre outros possíveis ganhos sociais, estas pessoas tenham oportunidades ampliadas de desenvolverem pesquisas sobre suas próprias experiências e de seus semelhantes, nos mais variados campos do conhecimento científico. Este seria um compromisso de reparação histórica da sociedade brasileira para com a população LGBTQI+.

Por um mundo onde sejamos socialmente, iguais, humanamente diferentes e totalmente livres

Rosa Luxemburgo.

Referências bibliográficas

- Ação Direta de Inconstitucionalidade 5740 (2017, 04 de setembro). Relatora: Carmen Lucia. Recuperado a partir de <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5222232>
- Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão 26 (2019, 13 de junho). Relator: Celso de Mello. Recuperado a partir de <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/tesesADO26.pdf>
- Aguilera, S., França, B., Moysés, S., & Moysés, S. (2013). Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Revista De Administração Pública*, 47(4), 1021-1040. <https://doi.org/10.1590/s0034-76122013000400010>
- Albuquerque, M., Botelho, N., & Rodrigues, C. (2019). Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 14(41), 1758. doi: 10.5712/rbmfc14(41)1758
- Albuquerque, G. A., Garcia, C. D. L., Alves, M. H. J., Queiroz, C. M. H. T. De, & Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde Em Debate*, 516–524. <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000300015>.
- Anderson, H., & Goolishian, H., (1992). The Client is the Expert: A Not-Knowing Approach to Therapy. In McNamee, S., & Gergen, K. J. (Eds.). *Therapy as social construction* (Vol. 10). Sage.
- Angonese, M., & Lago, M. C. D. S. (2017). Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e Sociedade* (26), 256 - 270.
- Anzolin, B., & Moscheta, M. (2019). Sentidos sobre Diversidade Sexual e o Trabalho de Psicólogas na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 39(spe3). doi: 10.1590/1982-3703003228644
- Aragusuku, H., & Lara, M. (2019). Uma Análise Histórica da Resolução nº 01/1999 do Conselho Federal de Psicologia: 20 Anos de Resistência à Patologização da Homossexualidade. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 39(spe3). <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228652>
- Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde coletiva* (14), 1141-1149.

- Araújo, M., Galvão, M., Saraiva, M., & Albuquerque, A. (2006). Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. *Escola Anna Nery*, 10(2), 323-327. doi: 10.1590/s1414-81452006000200022
- Aronson, E., Wilson, T., Akert, R., & Sommers, S. (2015). *Social psychology* (9ª ed.). Pearson.
- Ascom CNS. (2020). *Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causada EC 95/2016*. Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de <http://ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causada-ec-95-2016>.
- Assembly, U. G. (1948). Universal declaration of human rights. *United Nations General Assembly*, 302(2).
- Associação Lésbica Feminista de Brasília - Coturno de Vênus - Fundo Brasil*. Fundo Brasil. Recuperado em 6 de setembro de 2020, de <https://www.fundobrasil.org.br/projeto/associacao-lesbica-feminista-de-brasilia-coturno-de-venus/>.
- Bauer, M., Gaskell, G., & Allum, N. (2000). Qualidade, quantidade e interesses no conhecimento - evitando confusões. In M. Bauer & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som* (7ª ed., pp. 17-35). Petrópolis: Editora Vozes.
- Batista, V. (2017). *PGDF ajuíza ADI contra decreto legislativo que susta efeitos da lei anti-homofobia – Blog do Servidor*. Blog do Servidor. Recuperado em 28 de agosto de 2020, de <https://blogs.correiobraziliense.com.br/servidor/pgdf-ajuiza-adi-contra-decreto-legislativo-que-susta-efeitos-da-lei-anti-homofobia/>.
- Bernardi, I. (2006). *Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº122, de 2006. Altera a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, dá nova redação ao § 3º do art. 140 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e ao art. 5º da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências*. Recuperado de <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/79604/pdf>
- Bertoni, L., & Galinkin, A. (2017). Teoria e métodos em representações sociais. In L. Mororó, M. Couto & R. Assis, *Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias* (pp. 101-122). Ilhéus: Editus.
- Bicalho, P., Cassal, L., Magalhães, K., & Geraldadini, J. (2009). Formação em Psicologia, direitos humanos e compromisso social: a produção micropolítica de novos sentidos. *Boletim Interfaces Da Psicologia Da UFRRJ*, 2(2), 20-35.
- Brasil. (2010). PNDH-3 - Eixo 3 - Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades. Recuperado de <https://pndh3.sdh.gov.br/portal/sistema/navegacao-eixo/eixo/3#>

- Bulgarelli, L. (2018). Um impeachment, algumas tretas e muitos textões: notas sobre o movimento LGBT brasileiro pós-2010. In J. Green, R. Quinalha, M. Caetano & M. Fernandes, *História do movimento LGBT no Brasil* (pp. 487-499). São Paulo: Alameda.
- Cabassa, L., Camacho, D., Vélez-Grau, C., & Stefancic, A. (2017). Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 80-89. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.09.021
- Caetano, D., Mendonça, V., Barbosa, A., Martins, S., & Lopes, K. (2007). Representações Sociais em Saúde: a divergência na realidade. *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO - trabalhos completos*.
- Canabarro, R. (2013). História e direitos sexuais no Brasil: o Movimento LGBT e a discussão sobre cidadania. *Anais Eletrônicos Do II Congresso Internacional De História Regional*.
- Cardoso, M., & Ferro, L. (2012). Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 32(3), 552-536.
- Ceccim, R., & Feuerwerker, L. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65.
- Ceccim, R. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161-177.
- Ceccim, R. (2010). A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. *Caderno Saúde Mental*, 3(21), 67-90
- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P., Rocha, K., Moura, A., Barbosa, L., & Hermel, J. (2010). Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Revista Interamericana De Psicologia/Interamerican Journal Of Psychology*, 44(2), 235-245.
- Cesaro, C. (2016). Políticas Públicas de saúde à População LGBT: Percepção das travestis que se prostituem diante da realidade da cidade de Confresa – MT. *Aceno*, 3(5), 223-241.
- Companhia de Planejamento do Distrito Federal. (2017). *Um olhar sobre a população LGBT no Distrito Federal*. Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN).
- Connolly, M., Dankerlui, D., Eljallad, T., Dodard-Friedman, I., Tang, A., & Joseph, C. (2020). Outcomes of a PrEP Demonstration Project with LGBTQ Youth in a Community-Based Clinic Setting with Integrated Gender-Affirming Care. *Transgender Health*, 5(2), 75-79. doi: 10.1089/trgh.2019.0069
- Conselho Federal de Psicologia. (1999). *Resolução nº1, de 22 de março de 1999*.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*.

- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução nº1, de 29 de janeiro de 2018*.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019a). *Tentativas de Aniquilamento de Subjetividades LGBTIs*. Brasília
- Conselho Federal de Psicologia. (2019b). Conheça o Crepop - CREPOP. Recuperado de <http://crepop.pol.org.br/conheca-o-crepop>, em 11 de fevereiro de 2019
- Conselho Nacional de Combate à Discriminação. (2004). *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Conselho Nacional de Justiça. Resolução 175, de 14 de maio de 2013 (2013). Dispõe sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, entre pessoas do mesmo sexo.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). *Assistência farmacêutica no SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Conselho Regional de Psicologia do DF. (2019). CRP 01/DF promove fim de semana de atividade com o tema "Direitos Fundamentais e a Saúde Mental." Recuperado em 13 de setembro de 2020, de <https://www.crp-01.org.br/notices/8471>.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília.
- Coturno de Vênus*. Facebook.com. Recuperado em 6 de setembro de 2020, de https://www.facebook.com/pg/coturno.devenus/about/?ref=page_internal.
- Creswell, J., & Poth, C. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design* (4ª ed.). Los Angeles, CA: Sage.
- Criação da EAPSUS*. EAPSUS. (2020). Recuperado de <http://www.eapsus.fepecs.edu.br/index.php/institucional/criacao-da-eapsus>.
- Daveen, G. (2003). Introdução. In S. Moscovici, *Representações sociais - investigações em psicologia social* (1ª ed.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. (2016, 28 de abril). *Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional*. Distrito Federal, Brasília.
- Decreto nº 37.982, de 30 de janeiro de 2017. (2017, 30 de janeiro). *Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas trans – travestis, transexuais e transgêneros - no âmbito da Administração Pública direta e indireta do Distrito Federal*. Distrito Federal, Brasília.

- Decreto nº 38.292, de 23 de junho de 2017. *Dispõe sobre a criação, composição, estruturação e funcionamento do Conselho Distrital de Promoção dos Direitos Humanos e Cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Recuperado de http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/64a9715e4cd743e696a88bf15aaae406/exec_dec_38292_2017.html. Distrito Federal, Brasília.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2017). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In N. Denzin & Y. Lincoln, *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5th ed., pp. 29-71). Los Angeles: SAGE.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia Em Estudo*, 6(2), 57-63.
- Diniz, D. (2013). *Carta de uma orientadora: o primeiro projeto de pesquisa*. Brasília: Letras Livres.
- Disque100*. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. (s.d.). Recuperado em 1º de outubro de 2020, de <https://www.gov.br/mdh/pt-br/disque100>.
- Distrito Drag*. Facebook.com. Recuperado em 6 de setembro de 2020, de https://www.facebook.com/pg/distritodrag/about/?ref=page_internal.
- Facchini, R. (2018). Múltiplas identidades, diferentes enquadramentos e visibilidade: um olhar para os 40 anos do movimento LGBT. In J. Green, R. Quinalha, M. Caetano & M. Fernandes, *História do movimento LGBT no Brasil* (pp. 311-329). São Paulo: Alameda.
- Faria, M., & Modena, C. (2020). A luta é coletiva, mas a resistência é individual? Violências vivenciadas e estratégias de enfrentamento construídas pela comunidade universitária de lésbicas, gays, travestis, transexuais e outras identidades. *Revista Baiana De Saúde Pública*, 42(3). doi: 10.22278/2318-2660.2018.v42.n3.a2935
- Feitosa, C. (2018). A participação social nos 40 anos do Movimento LGBT brasileiro. In J. Green, R. Quinalha, M. Caetano & M. Fernandes, *História do Movimento LGBT no Brasil* (pp. 435-448). Alameda.
- de Freitas Silva, N. (2015). Ditadura e Homossexualidades: conexões, visibilidades e desafios. *Verdade, Justiça e Memória RE-VISTA*. Recuperado em 30 de setembro de 2020 de <http://www.revistavjm.com.br/artigos/ditaduraehomossexualidadesconexoesvisibilidadesedesafios/>
- Garcia, M. (2013). Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Temas Em Psicologia*, 1005-1019. doi: 10.9788/tp2013.3-ee13pt

- Gaskell, G. (2000). Entrevistas individuais e grupais. In M. Bauer & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som* (7ª ed., pp. 64-89). Petrópolis: Editora Vozes
- Gaspodini, I., & de Jesus, J. (2020). Heterocentrismo e ciscentrismo: crenças de superioridade sobre orientação sexual, sexo e gênero. *Revista Universo Psi*, 1(2), 33-51.
- Guimarães, R., Cavadinha, E., Mendonça, A., & Sousa, M. (2017). Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. *Tempus Actas De Saúde Coletiva*, 11(1), 121-139. doi: 10.18569/tempus.v11i1.2327
- Gomes, A., Oliveira, D., & Sá, C. (2011). O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 64(4), 631-638.
- Gomes, S., Sousa, L., Vasconcelos, T., & Nagashima, A. (2018). O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde E Sociedade*, 27(4), 1120-1133. doi: 10.1590/s0104-12902018180393
- Gonçalves, A., Spinelli, A., Ferrazzo, B., de Carvalho, B., Batista, C., & Monteiro, E. et al. (2020). *A Violência LGBTQIA+ no Brasil*. São Paulo: FVG Direito SP.
- Gonçalves, M. (2014a). A dimensão subjetiva do campo social das políticas públicas. In M. Gonçalves, *Psicologia, subjetividade e políticas públicas* (pp. 59-68). São Paulo: Cortez Editora.
- Gonçalves, M. (2014b). A presença da psicologia nas políticas públicas. In M. Gonçalves, *Psicologia, subjetividade e políticas públicas* (pp. 92-109). São Paulo: Cortez Editora.
- Gonçalves, M. (2014c). Por uma presença crítica da psicologia nas políticas públicas. In M. Gonçalves, *Psicologia, subjetividade e políticas públicas* (pp. 109-112). São Paulo: Cortez Editora.
- Green, J., Quinalha, R., Caetano, M., & Fernandes, M. (2018). 40 anos do movimento LGBT brasileiro. In J. Green, R. Quinalha, M. Caetano & M. Fernandes, *História do movimento LGBT no Brasil* (pp. 9-13). São Paulo: Alameda.
- Grupo Gay da Bahia. (2020). *Mortes Violentas de LGBTQIA+ no Brasil - 2019*. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia.
- Guimarães, N., Sotero, R., Cola, J., Antonio, S., & Galavote, H. (2020). Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Revista Eletrônica De Comunicação, Informação E Inovação Em Saúde*, 14(2). doi: 10.29397/reciis.v14i2.1712
- Instituto Brasileiro de Transmasculinidade DF (Ibrat-DF) - *Guia Gay Brasília*. Guia Gay Brasília. Recuperado em 3 de setembro de 2020, de https://www.guiagaybrasil.com.br/roteiro/cidadania/instituto-brasileiro-de-transmasculinidade-df-ibrat_df#/0.

- Ibrat - Instituto Brasileiro De Transmasculinidades* (s.d.). Facebook.com. Recuperado em 3 de setembro de 2020, de https://www.facebook.com/pg/institutoibrat/about/?ref=page_internal.
- Instituto Cultura Arte Memória LGBT* (s.d.). Instituto.lgbt. Recuperado em 3 de setembro de 2020, de <http://instituto.lgbt/old/index.html#about>.
- Karwa, R., Maina, M., Mercer, T., Njuguna, B., Wachira, J., & Ngetich, C. et al. (2017). Leveraging peer-based support to facilitate HIV care in Kenya. *PLOS Medicine*, 14(7), e1002355. doi: 10.1371/journal.pmed.1002355
- Laurentino, A. (2015). *Políticas públicas de saúde para a população LGBT: da criação dos SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT* (Dissertação de mestrado). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
- Lefèvre, F. (2017). *Discurso do sujeito coletivo. Nossos modos de pensar, nosso eu coletivo* (1ª ed.). São Paulo: Andreoli.
- Lefevre, A. M. C., Crestana, M. F., & Cornetta, V. K. (2003). A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU", São Paulo-2002. *Saúde e Sociedade*, 12, 68-75.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Lei nº 2.615 de 26 de outubro de 2000. Determina sanções às práticas discriminatórias em razão da orientação sexual das pessoas. Recuperado de www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/50573/Lei_2615_26_10_2000.html
- Lei Orgânica do Distrito Federal, de 8 de junho de 1993 (1993). Diário Oficial do Distrito Federal de 9 de junho de 1993, Brasília-DF
- Lionço, T. (2020). Artigo da Comissão Especial de Psicologia e Laicidade do CRP 01/DF: Objeção de consciência e reconhecimento das alteridades: uma reflexão ética sobre a escuta psicológica laica. Recuperado de <https://www.crp-01.org.br/notices/8681>
- Loyola, M. A. (2013). Representações sociais e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2176-2177.
- Mães pela Diversidade*. Mães pela Diversidade. Recuperado em 6 de setembro de 2020, de <https://maespeladiversidade.org.br/>.
- Malavolta, A. (2015). Liberdades religiosas e liberdades sexuais e reprodutivas em um Estado Laico. In H. Nardi, P. Machado & R. Silveira, *Diversidade sexual e relações de gênero nas*

- políticas públicas: o que a laicidade tem a ver com isso?* (pp. 39-59). Porto Alegre: Deriva/Abrapso.
- Matias, D. (2007). Psicologia e orientação sexual: Realidades em transformação. *Análise Psicológica*, 1(XXV), 149-152.
- McRae, E. (2018). Identidades homossexuais e movimentos sociais urbanos no Brasil da "Abertura". In J. Green, R. Quinalha, M. Caetano & M. Fernandes, *História do movimento LGBT no Brasil* (pp. 39-62). São Paulo: Alameda.
- Mello, L., Perilo, M., Braz, C., & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud Y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 9, 7-28.
- Mello, L., Avelar, R. B. D., & Maroja, D. (2012). Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Sociedade e Estado*, 27(2), 289-312.
- Melo, I., Amorim, T., Garcia, R., Polejack, L., & Seidl, E. (2020). O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Psicologia E Saúde*, 63-78. doi: 10.20435/pssa.vi.1047
- Meneses, S., Reis, S., Duarte, S., & Baére, F. (2020). *Acolhimento às pessoas LGBTQI+ nos serviços de saúde*. Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal.
- Menezes, L. (2018). Transfobia e racismo: articulação de violências nas vivências de trans. *BIS: Boletim Do Instituto De Saúde*, 19(2), 62-76.
- Merhy, E., & Franco, T. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde Em Debate*, 27(65).
- Minayo, M. (2009a). O desafio da pesquisa social. In M. Minayo, S. Deslandes & R. Gomes, *Pesquisa social - teoria, método e criatividade* (28ª ed., pp. 9-29). Editora Vozes.
- Minayo, M. (2009b). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In M. Minayo, S. Deslandes & R. Gomes, *Pesquisa social - teoria, método e criatividade* (28ª ed., pp. 61-77). Editora Vozes.
- Ministério da Saúde. (2001). *Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS NOAS-SUS 01/2001*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2013). *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Moll, G., & Damaceno, M. (2017). *População trans passa a contar com ambulatório específico no DF*. Agência Brasília. Recuperado em 8 de outubro de 2020, de <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2017/08/14/populacao-trans-passa-a-contar-com-ambulatorio-especifico-no-df/>.
- Morais Neto, A., Tagnin, L., Araújo, A., Sousa, M., Barra, B., & Hercowitz, A. (2020). Ensino em Saúde LGBT na Pandemia da Covid-19: Oportunidades e Vulnerabilidades. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 44(suplemento 1). doi: 10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200423
- Moscovici, S. (2003). O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici, *Representações sociais - investigações em psicologia social* (1ª ed.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Motta, A., & Carvalho, W. (2015). Psicologia e políticas públicas em saúde: a Psicologia no SUS - reconhecer potencialidades e aprimorar competências. In L. Polejack, A. Vaz, P. Gomes & V. Wichrowski, *Psicologia e políticas públicas em saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios* (1ª ed., pp. 79-94). Rede UNIDA.
- Negreiros, F., Ferreira, B., Freitas, D., Pedrosa, J., & Nascimento, E. (2019). Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 43(1), 23-31. doi: 10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075
- Nogueira, F., & Aragão, T. (2019). Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários(as) e profissionais de saúde. *Saúde E Pesquisa*, 12(3), 463-470. doi: 10.17765/2176-9206.2019v12n3p463-470
- Notícias*. EAPSUS. (2020). Recuperado de <http://www.eapsus.fepecs.edu.br/index.php/noticias>.
- Notícias STF - STF - Supremo Tribunal Federal*. Stf.jus.br. (2017). Recuperado em 28 de agosto de 2020, de <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=349800>.
- Notícias STF - STF - Supremo Tribunal Federal*. Stf.jus.br. (2019). Recuperado em 27 de agosto de 2020, de <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=414010>.
- Oliveira, D. (2000). Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como participe do cotidiano em saúde. *Revista De Ciências Humanas*, Edição Especial Temática, 47-65.
- Oliveira, I. (2019). A psicologia em números | Infográfico. Recuperado em 25 de agosto 2019, de <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>
- Oliveira, L. (2017). Quem tem medo de sapatão? Resistência lésbica à Ditadura Civil-Militar (1964-1985). *Periódicus - Revista De Estudos Interdisciplinares Em Gêneros E Sexualidades*, 7(1).

- OMS retira a transexualidade da lista de doenças mentais*. ONU Brasil. (2019). Recuperado em 14 de setembro de 2020, de <https://nacoesunidas.org/oms-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-mentais/>.
- Orgulho, B. (2020). Parada do Orgulho LGBTQ+ de Brasília agora faz parte do calendário oficial do DF [Blog]. Recuperado em 10 de setembro 2020, de <https://brasiliaorgulho.lgbt/parada-do-orgulho-lgbts-de-brasilia-agora-faz-parte-do-calendario-oficial-do-df/>.
- Paulon, S., Schenkel, J., Righi, L., Protazio, M., Gonçalves, C., & Soares, L. et al. (2015). Pesquisa-intervenção participativa: uma aposta metodológica na articulação saúde mental-atenção básica. In L. Polejack, A. Vaz, P. Gomes & V. Wichrowski, *Psicologia e políticas públicas em saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios* (1ª ed., pp. 141-155). Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Polejack, L. (2007). *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique* (Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília).
- Polejack, L., Totugui, M., Gomes, P., & Conceição, M. (2015). Atuação do psicólogo nas políticas públicas de saúde: caminhos, desafios e possibilidades. In L. Polejack, A. Vaz, P. Gomes & V. Wichrowski, *Psicologia e políticas públicas em saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios* (1ª ed., pp. 31-50). Rede UNIDA.
- Portaria nº 13 (2010, 09 de fevereiro). Determina a inclusão do nome social de travestis e transexuais nos respectivos registros escolares de todas as instituições educacionais da rede pública de ensino do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal nº29, Brasília-DF
- Portaria nº 198/GM (2004, 13 de fevereiro). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências
- Portaria nº 30 (2017, 30 de janeiro). Dispõe sobre a utilização do nome social para a pessoa que se autodenomina travesti, transexual, transgênero e intersexo no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá providências. Diário Oficial do Distrito Federal nº22, Brasília-DF
- Prado, E., & de Sousa, M. (2017). Políticas públicas e a saúde da população LGBTQ+: uma revisão integrativa. *Tempus - Actas De Saúde Coletiva*, 11(1), 69-80.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1895>

- Projeto que criminaliza homofobia será arquivado*. Senado Federal. (2015). Recuperado em 27 de agosto de 2020, de <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/01/07/projeto-que-criminaliza-homofobia-sera-arquivado>.
- Queiroz, E. (2019). *Veja calendário de Paradas do Orgulho LGBT 2019 do DF - Gay1*. Gay1. Recuperado em 6 de setembro de 2020, de <https://gay1.lgbt/2019/06/veja-calendario-de-paradas-do-orgulho-lgbt-2019-do-df.html>.
- Quem somos - Brasília Orgulho*. Brasília Orgulho. Recuperado em 6 de setembro de 2020, de <https://brasiliaoorgulho.lgbt/quem-somos/>.
- Reback, C., Clark, K., Rünger, D., & Fehrenbacher, A. (2019). A Promising PrEP Navigation Intervention for Transgender Women and Men Who Have Sex with Men Experiencing Multiple Syndemic Health Disparities. *Journal Of Community Health*, 44(6), 1193-1203. doi: 10.1007/s10900-019-00705-x
- Santos, A. R. D., Santos, R. M. M., Souza, M. L. D., Boery, R. N. S. D. O., Sena, E. L. D. S., & Yarid, S. D. (2015). Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. *Revista Bioética (Impressa)*, 23(2), 400-408.
- Searle, J. (1995). Las piedras angulas de la realidad social. In J. Searle, *La construcción de la realidad social* (pp. 21-47). Barcelona: Paidós.
- Secretaria Especial de Direitos Humanos. (2016). *Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: ano 2013*. Brasília. Recuperado de <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/RelatorioViolenciaHomofobicaBR2013.pdf>
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2019). *Relatório Plano de Educação Permanente em Saúde - PEPS*. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2020). Fornecimento de medicamentos. Saude.df.gov.br. Recuperado em 8 de novembro de 2020, de <http://www.saude.df.gov.br/fornecimento-de-medicamentos/>.
- Secunho, R. (2020). *DF tem seu primeiro Ambulatório Trans credenciado pelo SUS*. Agência Brasília. Recuperado em 8 de outubro de 2020, de <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/08/30/df-tem-seu-primeiro-ambulatorio-trans-credenciado-pelo-sus/>.
- Shimizu, H., Silva, J., Moura, L., Bermúdez, X., & Odeh, M. (2015). A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2899-2910. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20592014>

- Silva, A., Finkle, M., & Moretti-Pires, R. (2019). Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. *Trabalho, Educação E Saúde*, 17(2). doi: 10.1590/1981-7746-sol00197
- Silva, J. W. S. B. da, Nobre, C. N., de Carvalho Bezerra, H. M., Duarte, K. V. N., & de Macedo Quinino, L. R. (2017). Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. *Espaço para Saúde*, 18(1), 140-149. <https://doi.org/10.5433/15177130-2017v18n1p140>.
- Sobre*. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Recuperado em 3 de setembro de 2020, de <https://antrabrazil.org/sobre/>.
- Sobre*. Mães pela Diversidade. Recuperado em 6 de setembro de 2020, de <https://maespeladiversidade.org.br/sobre/>.
- Supremo Tribunal Federal*. Portal.stf.jus.br. (2020). Recuperado em 28 de agosto de 2020, de <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5222232>.
- Torres, M. (2015). A importância da laicidade para liberdade sexual e sexualidades im/possíveis em contextos heteronormativos. In H. Nardi, P. Machado & R. Silveira, *Diversidade sexual e relações de gênero nas políticas públicas: o que a laicidade tem a ver com isso?* (pp. 105-128). Porto Alegre: Deriva/Abrapso
- Trindade, R. (2018). A invenção do ativismo LGBT no Brasil: intercâmbios e ressignificações. In J. Green, R. Quinalha, M. Caetano & M. Fernandes, *História do movimento LGBT no Brasil* (pp. 227-236). São Paulo: Alameda.
- Uma trajetória em defesa das pessoas mais vulneráveis - Fábio Felix*. Fábio Felix. Recuperado em 3 de setembro de 2020, de <https://fabiofelix.com.br/uma-trajetoria-em-defesa-das-pessoas-mais-vulneraveis/>.
- da Veiga, L., & Romanini, M. (2017). Armário de vidro: (re)conhecendo as políticas e os direitos sexuais da população LGBT. *Psicologia Argumento*, 35(89).
- de Vênus, C. (2010). [Blog]. Recuperado em 6 de setembro de 2020, de <http://coturnodevenus.blogspot.com/>.
- Viapiana, T. (2020). STF anula decreto que sustou efeitos de lei anti-homofobia no Distrito Federal. Consultor Jurídico. Recuperado de <https://www.conjur.com.br/2020-nov-22/stf-anula-decreto-sustou-efeitos-lei-anti-homofobia-df>.
- Wohlgemuth, M. G. C. L. (2020) *Fatores de risco e proteção para infecção pelo HIV na perspectiva de estudantes universitários* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília].

- Xavier, E. (2020). *Comunicação de notícias difíceis em um hospital universitário: desafios e possibilidades na formação médica* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília].
- Yamamoto, O. H. (2012). 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? *Psicologia ciência e profissão*, 32, 6-17.
- Yogyakarta Principles. (2006). Yogyakarta.

ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O acesso à saúde e o papel da Psicologia na visão de participantes de movimentos sociais da população LGBT+” de responsabilidade de Izabella Rodrigues Melo, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, sob orientação da Profa. Dra. Larissa Polejack. O objetivo desta pesquisa é conhecer a avaliação de representantes de movimentos sociais LGBT+ sobre políticas públicas de saúde sexual voltadas para esta população. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, arquivo de gravação em áudio e filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista, que consistirá em perguntas abertas sobre sua avaliação dos serviços de saúde, tanto enquanto agente político quanto como usuário do sistema de saúde. A entrevista será registrada por gravação em áudio.

É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Caso o procedimento mobilize demasiadamente algum conteúdo afetivo causando mal-estar e configurando necessidade de intervenção psicológica, a pesquisadora se responsabiliza pelo oferecimento de apoio psicológico até que a situação seja normalizada.

Espera-se com esta pesquisa resgatar o protagonismo da comunidade LGBT+, valorizando suas experiências. Desta maneira, essa pesquisa busca promover empoderamento e consciência política para atuar em prol da saúde, favorecendo o acesso a direitos e discutindo prioridades em promoção de saúde e visibilidade

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 061 99985-4002 ou pelo e-mail izabella.rmelo@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes pelo envio via e-mail da dissertação, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/CHS. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do e-mail do CEP/CHS cep_chs@unb.br ou pelo telefone (61) 3107-1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra você.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, _____ de _____ de _____
cep_ih_modelo_tcle

ANEXO II: Termo de autorização para utilização de som de voz para fins de pesquisa

Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____,
autorizo a utilização do meu som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “O Papel da Psicologia na Visão de Participantes de Movimentos Sociais em Defesa da Saúde Sexual da População LGBT+” sob responsabilidade de Izabella Rodrigues Melo, vinculada ao Programa de pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Meu som de voz pode ser utilizado apenas para a análise de dados por parte da equipe de pesquisa.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do meu som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, dos meus sons de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____

cep_ih_modelo_termo_de_autorizacao_para_utilizacao_de_imagem_e_som_de_voz

ANEXO III: Roteiro de Entrevista

1. Quais são os desafios observados por você para a garantia de qualidade nos serviços de saúde para a população LGBT+?
2. Quais são as dificuldades específicas encontradas pelas pessoas do grupo representado por você?
3. Quais aspectos dificultadores relacionados especificamente à saúde sexual da população LGBT+ no atendimento pelo SUS?
4. Como você avalia as ações de promoção da saúde sexual da população LGBT+?
5. Como você avalia a atuação dos profissionais de saúde quanto à promoção da saúde sexual da população LGBT+? Quais aspectos devem ser revistos?
6. Como é a sua experiência enquanto usuário do Sistema Único de Saúde?
7. Ser integrante da população LGBT+ já influenciou atendimentos prestados a você na rede pública de saúde? De qual forma?
8. Quais outros aspectos relacionados a esta temática você gostaria de destacar

Perguntas específicas para representante do Mães Pela Diversidade

1. Quais são os desafios observados por você para a garantia de qualidade nos serviços de saúde para a população LGBT+?
2. Quais são as dificuldades específicas encontradas pelas pessoas do grupo representado por sua filha/seu filho?
3. Quais aspectos dificultadores relacionados especificamente à saúde sexual da população LGBT+ no atendimento pelo SUS?
4. Como você avalia as ações de promoção da saúde sexual da população LGBT+?
5. Como você avalia a atuação dos profissionais de saúde quanto à promoção da saúde sexual da população LGBT+? Quais aspectos devem ser revistos?
6. Como é a sua experiência da sua filha/do seu filho como usuário do Sistema Único de Saúde?
7. Ser integrante da população LGBT+ já influenciou atendimentos prestados à sua filha/ao seu filho na rede pública de saúde? De qual forma?
8. Quais outros aspectos relacionados a esta temática você gostaria de destacar?

ANEXO IV: Mapeamento de organizações LGBT no Distrito Federal

Nome	Público atendido	Propostas	Natureza da instituição	Data de fundação	Local de atuação
Conselho Distrital de Promoção dos Direitos Humanos e Cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Decreto nº 38.292)	População LGBT do Distrito Federal	Asseguramento do exercício da Cidadania à população LGBT, encaminhamento de denúncias e representações de às autoridades competentes, estudos e propostas de soluções para os problemas referentes à defesa de direitos	Governamental, ligado à Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos – SE-DESTMIDH	23 de fevereiro de 2017	Distrito Federal
Gabinete 24 ("Uma trajetória em defesa das pessoas mais vulneráveis - Fábio Felix", s.d.)	População do Distrito Federal	Cuidado com demandas sociais, como o transporte público e acesso à saúde. Proposta de ser referência no atendimento e acolhimento às denúncias de violação de direitos	Parlamentar, da Câmara Legislativa do Distrito Federal	1º de janeiro de 2019	Distrito Federal

Instituto Cultura Arte Memória LGBT (Instituto Cultura Arte Memória LGBT s.d.)	População LGBT do Distrito Federal	Produção e apoio de ações de pesquisa, difusão cultural, preservação de patrimônio, garantia de acesso da população LGBT à cultura	Organização da sociedade civil	03 de dezembro de 2016	Distrito Federal
Instituto Brasileiro de Transmasculinidade (IBRAT) (Ibrat Instituto Brasileiro De Transmasculinidades s.d.)	População de homens trans do Distrito Federal	Promoção da cidadania, promoção de pesquisas científicas e grupos de estudo, promoção de ações de visibilidade, incentivo à formação profissional, encaminhamentos de saúde, jurídicos e de assistência social.	Organização da sociedade civil	02 de julho de 2013	Nacional, com representação no Distrito Federal
Associação Nacional de Travestis e Transexuais (AN-TRA) (Sobre, s.d.)	População de mulheres trans do Distrito Federal	Campanhas positivas sobre a população trans, colaboração com redes de suporte social, denúncias de preconceito	Organização da sociedade civil	Dezembro de 2000	Nacional, com representação no Distrito Federal

		por identidade de gênero e orientação sexual, apoio a ações de prevenção do HIV/Aids e outras ISTs, apoio a ações de melhoria da qualidade de vida das pessoas trans, incentivo a educação formal.			
Associação Lésbica Feminista de Brasília – Coturno de Vênus ("Associação Lésbica Feminista de Brasília - Coturno de Vênus - Fundo Brasil", s.d)	População de mulheres lésbicas do Distrito Federal	Oficinas de formação sobre a Lei Maria da Penha, tabulação de dados de violência e mapeamento do cumprimento da lei no Distrito Federal	Organização da sociedade civil	29 de agosto de 2005	Distrito Federal
Mães pela Diversidade ("Sobre", s.d.)	População LGBT do Distrito Federal	Aumento da visibilidade da população LGBT e suas demandas, promoção de arte e cultura,	Organização não governamental	2014	Nacional, com representação no Distrito Federal

		conexão com redes de suporte social			
Coletivo Brasília Orgulho ("Quem somos - Brasília Orgulho", s.d.)	População LGBT do Distrito Federal	Promoção da Parada do Orgulho LGBT de Brasília e ações sociais para a população LGBT, como o acolhimento de denúncias de preconceito	Organização da sociedade civil	1998	Distrito Federal
Distrito Drag ("Distrito Drag", s.d.)	População LGBT do Distrito Federal	Formações de drag queens e promoção da cultura LGBT no Distrito Federal	Organização da sociedade civil	2017	Distrito Federal