

LUCIANA FERRARI GOUVÊA

**A inserção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pela luta à
garantia de direitos**

Assis

2020

LUCIANA FERRARI GOUVÊA

**A inserção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pela luta à
garantia de direitos**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Mestra em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Lemos de Souza

Bolsista: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Assis

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Laura Akie Saito Inafuko - CRB 8/9116

G719i Gouvêa, Luciana Ferrari
 A inserção da Política Nacional de Saúde Integral
LGBT pela luta à garantia de direitos / Luciana Ferrari
Gouvêa. Assis, 2020.
 175 p.

 Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Prof. Dr. Leonardo Lemos de Souza

 1. População LGBTQIA+. 2. Políticas públicas. 3.
Saúde. I. Título.

CDD 353.6081



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Assis



CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: A inserção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pela luta à garantia de direitos

AUTORA: LUCIANA FERRARI GOUVÊA
ORIENTADOR: LEONARDO LEMOS DE SOUZA



Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em PSICOLOGIA, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. LEONARDO LEMOS DE SOUZA
Departamento de Psicologia Social e Educacional / UNESP/Assis

Prof. Dr. SILVIO YASUI
Departamento de Psicologia Social e Educacional / UNESP/Assis

Profa. Dra. SANDRA ELENA SPOSITO
FUNPEPE / Penápolis/SP

Assis, 11 de outubro de 2019

À toda luta, coragem e resistência das/dos LGBTQIA+ para ser quem se é!

AGRADECIMENTOS

Neste momento, quero agradecer às redes de apoio, acolhimento, afago, “luz no fim do túnel” que recebi e ainda recebo neste intenso caminhar do mestrado.

Começo agradecendo ao meu pai José Carlos, que sempre me incentivou a sonhar meu sonho e não o dos outros e, com muita leveza, me mostrou que eu poderia ser quem sou. Saudades eternas! À minha mãe pelo apoio e por transpor barreiras em busca de me entender e me amar. E ambos por cuidarem de mim, passarem vários apuros, principalmente de saúde, e por se doarem para que eu estivesse aqui. Amo muito vocês!

Aos meus avós José, Santana, Geraldo e Francisca que foram o alicerce da nossa família e que, cada um da sua maneira, me mostraram a importância dos estudos, sempre me incentivando a não desistir. Amo vocês!

À minha irmã Mariana, por ser minha melhor amiga, me entender, apoiar e por ser um exemplo de força para conquistar os sonhos. Ao meu cunhado Rafael, por abrir espaço, em minha família, para que eu fale da temática LGBTQIA+ e pelo cuidado com minha irmã e sobrinhas. E às minhas sobrinhas, Júlia e Lívia, um dos meus maiores tesouros e que me dão esperança, leveza e me fazem acreditar que o mundo pode ser mais bonito. Amo vocês!

Às minhas famílias Ferrari e Gouvêa pelo incentivo, carinho, confraternizações e convivência. Vocês são muito importantes para mim. Amo vocês!

À Vó Maria e Zezinha pelo cuidado, convivência, conversas e cafés/almoços/jantares. Por me acolherem e me proporcionarem um lugar para morar e comer, quando mais precisei. Amo vocês!

À família Luqueti por me receberem tão bem como parte da família. Vocês são maravilhosas/os e muito amadas/os por mim!

Às minhas amigas de Botucatu: Gisele e Bruna, pelo incentivo e apoio em minhas decisões; pelos diálogos, risadas e choros.

Aos amigos de Assis: Liliane e Carmem pelo carinho e cuidado; Norberto, Maisa e Patrícia pela parceria; Paulinho pela generosidade e alegria; Mariana pelas conversas afetuosas; Maíra e Guilherme pelo apoio e amizade; Derly pela leveza, incentivo e trabalhos realizados em conjunto; Geralda por todo o carinho e cuidado. Obrigada aos amigos que construíram parcerias nesses momentos sombrios que estamos passando; Alison pelos momentos de descontração e ajuda com as traduções para o inglês. À amiga Analu, que me mostrou que eu era capaz de iniciar esse processo do mestrado, que me incentivou diariamente e fez com que eu acreditasse em mim. Sou muito grata!

Aos amigos que a Unesp Assis me proporcionou: Cíntia, pela nossa conexão desde a graduação, por me levantar (literalmente), pelos cafés, bolos, andanças de moto, choros, risos. Nossa ligação “de outro mundo” e cumplicidade fazem com que quilômetros de distância se tornem nada. Ao Bruno Pereira, por toda ajuda na graduação e mestrado, pelas aventuras em São Paulo, Brasília e pela vida, pelas confidências e conversas entusiasmadas ou chorosas. À Larissa Vicentini, pelas descobertas juntas, pela convivência de tantos anos na mesma república e por me mostrar a importância de olhar pra mim mesma e reconhecer minhas conquistas. À Mayara Freire, por estar presente sempre, pelos momentos na em nossa república, por sempre estar presente me ajudando, por me acompanhar desde o processo seletivo do mestrado e por dividir comigo sua família e vida. Ao Felipe, pelas risadas, conversas e por me mostrar que a vida pode ser o mais leve possível. Ao Caetaninho, tão novo e já nos inspira com sua força e calma. À Emily, pela convivência na república, pelo apoio fundamental (seu e de sua família) em muitos processos da minha vida e pela grande ajuda no processo de elaboração das entrevistas. À Mayara Curcio, pelas boas risadas diárias e pelo cuidado comigo, sempre!

As minhas/meus amigas/os da Pós-Graduação: Dani Mezzari, Juliana Garcia, Fábio Morelli, Molise, Eduardo, José, Tokuda, Ruth, Dani, Yasmin, Bia Porto, Clarck por me ajudar, acalmar e compor atravessamentos de vida e da minha pesquisa. Às/aos colegas que compõem o Grupo PsiCUqueer - Coletivos, Psicologias e Culturas Queer pelos diálogos e ações que me motivavam a continuar.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, pelo financiamento da pesquisa.

Ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, aos funcionários da Biblioteca e à Seção Técnica de pós-graduação pelo apoio acadêmico nos trâmites burocráticos. Aos professores que passaram pelas disciplinas em que participei no mestrado, pelo cuidado e exercício de dividir conhecimentos e vivências. Ao Diego, secretário do Departamento de Psicologia Social e Educacional por sempre estar disposto a me ajudar e orientar.

Ao meu orientador, Leonardo Lemos de Souza (Léo), pelos direcionamentos, apontamentos, conversas, orientações, paciência diante das minhas inseguranças, jantares, cafés, confidências sobre a vida. Agradeço imensamente a amizade, o acolhimento das minhas questões e a confiança que tem pelo meu trabalho, me inspirando a continuar lutando!

À banca de qualificação e defesa – Sandra Elena Spósito e Silvio Yasui – pelo cuidado com minha pesquisa e pelas imensas contribuições, que tanto nos ajudaram!

À Sara Mexko, pela contribuição com a elaboração das entrevistas.

Às Secretarias Municipais de Saúde que me acolheram e abriram espaço para dialogarmos sobre a temática LGBTQIA+, possibilitando a realização das entrevistas.

Agradeço ao meu companheiro Giovane por estar SEMPRE presente, não medindo esforços para que eu conseguisse realizar e vivenciar essa pesquisa. Seu cuidado diário, paciência, noites em claro, conversas em momentos intensos, abraços, saídas para comprar chocolates e doces, atenção e amor foram essenciais para mim. Sua força e coragem me inspiram. Te amo muito! E ao Benjamin, nosso filhote de patas, que tanto nos traz alegria e companheirismo nas noites em que me acompanhou sem dormir, durante minha produção deste trabalho.

E, por fim, à todas/os LGBTQIA+ com suas histórias, lutas, vivências, resistências que tanto me inspiram e motivam a nunca desistir de lutar e acreditar.

GOUVÊA, Luciana Ferrari. **A inserção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pela luta à garantia de direitos**. 2019. 175 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2019.

RESUMO

Este trabalho propõe a discussão acerca da constituição e aplicabilidade da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT (PNSI-LGBT) ao atendimento da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde de dois municípios do interior do estado de São Paulo. A PNSI-LGBT foi instituída, no Brasil, em 01 de dezembro de 2011, pela Portaria nº 2.836, com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBTQIA+, na tentativa de eliminar o preconceito a essa população, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, como sistema universal, integral e equitativo. Esta Política vem de encontro às demandas de atendimentos integrais e equânimes nos serviços públicos de saúde para os LGBTQIA+, atendendo às suas especificidades, bem como pela luta da garantia de direitos à serviços de saúde de forma igualitária. Foram realizadas entrevistas semi-direcionadas com as/os Secretárias/os Municipais de Saúde e/ou coordenadoras/es de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Unidades Saúde da Família (USF) sobre a implantação da PNSI-LGBT, seu desenrolar e quais ações efetivas no atendimento a essa população. Utilizamos como ferramenta metodológica a Genealogia Cartográfica, com a aproximação e complementaridade dos conceitos de Genealogia (proposto por Michel Foucault) e Cartografia (Gilles Deleuze e Félix Guattari). Através das experiências vivenciadas durante a elaboração e escrita deste trabalho, bem como com as entrevistas realizadas e seus atravessamentos podemos refletir acerca da necessidade de discussão e de elaboração de ações que dialoguem com a visibilidade da população LGBTQIA+ acerca das especificidades que envolvem o processo de garantia de saúde a elas/eles, bem como caminhar na criação, fortalecendo o cumprimento de Políticas Públicas que garantam tais direitos, fomentando maior diálogo sobre tal temática entre as/os profissionais da área, usuárias/os dos serviços e toda população.

Palavras-chave: População LGBTQIA+; Políticas Públicas; Saúde.

GOUVÊA, Luciana Ferrari. **The inclusion of the LGBT National Integrated Health Policy in the fight to guarantee rights**. 2019. 175 p. Dissertation (Masters Degree in Psychology). - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2019.

ABSTRACT

This work discusses the constitution and applicability of the National Comprehensive Health Policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals – LGBT (PNSI-LGBT) to the attendance of the LGBTQIA+ population in the health services of two municipalities in the interior of the state of São Paulo. The PNSI-LGBT was instituted, in Brazil, on December 1, 2011, approved by Ordinance nº 2,836, with the objective of promoting the integral health of the LGBTQIA+ population, in an attempt to eliminate prejudice against this population, contributing to the reduction of inequalities and the consolidation of the Brazilian Unified Health System as a universal, integral and equitable system. This Policy meets the demands of full and equal care in public health services for LGBTQIA+, taking into account their specificity, as well as the fight to guarantee rights to health services in an equal way. Semi-directed interviews were conducted with the Municipalities Health Secretaries, Coordinators of Basic Health Units and Family Health Units on the implementation of PNSI-LGBT, its development and what actions are effective in serving this population. Cartographic Genealogy was used as the methodological tool, with the approximation and complementarity of the concepts of Genealogy (proposed by Michel Foucault) and Cartography (Gilles Deleuze and Félix Guattari). Through the experiences lived during the elaboration and writing of this work, as well as with the interviews and their crossings, we can reflect on the need for discussion and elaboration of actions that dialogue with the visibility of the LGBTQIA + population about the specificity that involve guaranteeing health care to them, as well as moving towards the creation, strengthening the fulfillment of Public Policies that guarantee such rights, fostering a deeper dialogue on this theme between the professionals of the field, the users of the services and the entire population.

Keywords: LGBTQIA+ Population; Public Policies; Health.

SUMÁRIO

Introdução: Sejam bem vindas/os! Vamos à luta?.....	13
1. Enfrentamento 01 – Os Movimentos Sociais e Movimentos LGBTQIA+ em defesa da cidadania e dos direitos humanos.....	20
1.1. A construção da cidadania e a instituição dos direitos humanos.....	21
1.2. Os Direitos Humanos e as manifestações dos Movimentos Sociais no Brasil.....	29
1.3. Os 40 anos de história do Movimento LGBTQIA+ no Brasil: luta por direitos, visibilidade e reconhecimento.....	40
1.4. Atual cenário político-econômico brasileiro e o impacto nos direitos humanos e no Movimento LGBTQIA+.....	47
2. Enfrentamento 02 – Políticas Públicas e Saúde LGBTQIA+.....	51
2.1. Biopolítica e Governamentalidade: produções e ressonâncias nas Políticas Públicas.....	52
2.2. Contextualizando o Sistema Único de Saúde (SUS).....	65
2.3. Saúde LGBTQIA+ e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT).....	70
3. Enfrentamento 03 – Deslocamentos e atravessamentos na produção de material e cartografia de dados.....	81
3.1. Ferramenta metodológica.....	81
3.2. Produção de material e cartografia de dados.....	85
3.3. Diário de campo: aventurando caminhos e vivências.....	90

4. Cidadania e saúde LGBTQIA+ e suas implicações no cotidiano dos municípios do interior: tensionamentos e algumas considerações.....	107
5. Referências Bibliográficas.....	116
6. Anexos.....	125
6.1. Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	126
6.2. Modelo do Ofício-Convite para participação em pesquisa acadêmica.....	127
6.3. Transcrições das entrevistas.....	128
6.3.1. Entrevista 01: Coordenador de UBS - Município A.....	128
6.3.2. Entrevista 02: Secretária Municipal de Saúde - Município A.....	146
6.3.3. Entrevista 03: Secretária Municipal de Saúde - Município B.....	158
6.3.4. Entrevista 04: Coordenadora de UBS - Município B.....	168

Introdução: Sejam bem-vindas/os! Vamos à luta?

*Tome minha boca pra que eu só fale
aquilo que eu deveria dizer
Tome a caneta, a folha e o lápis agora
que eu comecei a escrever
Que eu nunca me cale,
o jogo só vale se todas as partes puderem jogar.*

(Trecho da música Grito das Bee - Bia Ferreira¹)

Meu caminhar acadêmico iniciou-se em 2008 quando, ainda na minha cidade natal: Botucatu (interior de São Paulo), senti o forte desejo de adentrar a uma graduação em Psicologia, desejo este que estava guardado desde 2004, ano do término do meu ensino médio. Dentre tantas opções e locais, escolhi a Unesp de Assis, um pouco a contragosto dos meus pais, que se preocupavam com as condições financeiras de arcar com uma filha morando em outra cidade. Com esse objetivo, comecei a construção desse novo caminho em uma rotina exaustiva e esperançosa. Eu trabalhava período integral e freqüentava cursinho pré-vestibular noturno. Vale citar que um dos meus grandes incentivadores a estudar era meu avô materno e seu falecimento, neste mesmo ano, fez com que eu me dedicasse ainda mais a conseguir o que tanto ele me impulsionava.

Assim, consegui passar pelo vestibular e, em 2009, me mudei para Assis e me tornei graduanda em Psicologia por essa Universidade. Novidades, surpresas, saudades da minha família e cidade, novos amigos, experiências diversas, experimentações e muito aprendizado permearam meus 5 anos de graduação. Nessa etapa amadureci meus olhares acerca da vida, da minha profissão, da ética permeada por ela, fomentando – e ainda em construção – um olhar com viés mais

¹ Bia Ferreira é mulher, brasileira, negra e compositora de músicas relacionadas ao Feminismo e a Negritude. Letra da música disponível *online*.

humanitário, respeitoso e sensível às potências e necessidades humanas. Durante minha graduação, me deparei com as múltiplas expressões das sexualidades e gêneros – nunca antes vistas por mim -, bem como as diversas manifestações homofóbicas, bifóbicas, lesbofóbicas, transfóbicas, classistas, sexistas, heteronormativas, machistas e cisgêneras que tanto oprimiam meus amigos, conhecidos, colegas e a mim mesma, que faço parte dessa população! Sofrer por ser quem se é ou por buscar sua felicidade é uma das maiores injustiças, violências e atrocidades que já vivi e presenciei pelo ser humano. Logo eu, que estudo e trabalho com a Psicologia, uma ciência que acredita no ser humano, luto a cada dia para não assumir à humanidade esse caráter hostil e discriminatório engendrado nessas manifestações preconceituosas citadas anteriormente. É por acreditar na potência, continuo lutando e resistindo! Por saber que tantas e tantos LGBTQIA+² lutam diariamente pela sobrevivência e por uma sociedade mais justa e inclusiva, sendo constantemente marcados pelo estigma e aniquilamento de seus desejos, que não podemos nos calar.

Estudando sobre o assunto e sentindo na pele o impacto destrutivo da LGBTQIA+fobia na saúde mental dessa população, me lancei ao trabalho voltado à área da saúde, especificamente como psicóloga aprimoranda no Sistema Único de Saúde (SUS), de 2014 a 2015, através do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Saúde Mental e Saúde Pública, sendo bolsista da FUNDAP pelo IX Departamento Regional de Saúde (DRS) de Marília/SP. Foram intensos 3 meses de trabalho e aprendizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Assis e 9 meses na Unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) Vila Progresso, bairro periférico de Assis. Foi nesta ESF que me apaixonei pelo SUS. Tanta potência, bons contatos, construção e fortalecimento do trabalho em rede me fizeram vivenciar a importância da Atenção Básica na garantia de ações que fomentem a prevenção e promoção em saúde. É na Atenção Primária que conseguimos construir maiores

² Durante o texto utilizaremos a sigla LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexos, Assexuados e outros) por abranger as diversas formas de orientações sexuais e identidades de gênero. Só será utilizada a antiga sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) para nomes de Políticas, documentos, órgãos ligados ao governo e citações, que ainda a utilizarem, para manter a originalidade do(s) nome(s) e da informação.

espaços de diálogo, conscientização, participação social e Educação Permanente em Saúde. Eis aí sua grande potência!

Após finalizado o PAP e longe da Psicologia, me dediquei a trabalhar no SUS, agora no setor Secundário como fonte do meu sustento. Foram anos de trabalho mas a Psicologia me chamava a uma reaproximação. Então, decidi prestar a prova para o Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Unesp Assis. Mesmo cumprindo as 40 horas semanais do meu trabalho, fui em busca dessa reaproximação e, em 2017, fui aprovada por esse Programa. Através da orientação do Prof. Dr. Leonardo Lemos de Souza, e depois de muito diálogo, pude ter a oportunidade de relacionar dois assuntos que gosto, que me motivam, me impactam, me atravessam e dos quais sou apaixonada: População LGBTQIA+ e Saúde.

Vindo ao encontro desse desejo, tenho algumas vivências em órgãos públicos que prestam serviços em saúde e que também fizeram parte da grande motivação por esses temas como, por exemplo, uma experiência em um órgão especializado em Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), o qual pulou todas as questões de prevenção e uso do preservativo quando falei que, na época, estava em um relacionamento lésbico. Diante disso, notei certo despreparo e ignorância em relação as ISTs e às questões de saúde concernentes às/os LGBTQIA+ de um órgão que deve acolher essas demandas. Motivada por mais essa experiência, realizamos algumas leituras e pesquisas bibliográficas que nos propiciaram ter o conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT³). Fui movida a aprofundar meus estudos e trabalho acerca dessa temática.

Portanto, este trabalho é inspirado na necessidade de ampliar a discussão concernente à garantia da saúde da população LGBTQIA+ na utilização dos serviços de saúde, garantindo o acolhimento e atendimento dignos, levando em consideração as demandas e especificidades dessa população. Com isso, propõe-se elencar

³ Para facilitar a leitura, utilizaremos a sigla PNSI-LGBT para referenciar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

diretrizes para a produção de conhecimento a respeito do SUS e problematizar quais os direcionamentos éticos e políticos implicados na incorporação e implantação da PNSI-LGBT no cotidiano dos serviços em saúde e dessa população.

Tal discussão a respeito desses direitos também é norteadada pela Universalidade, a Integralidade e a Equidade⁴ - que são princípios e diretrizes do SUS - que tem a intencionalidade de lutar pela autonomia, pelo conhecimento de direitos e conscientização sobre o cuidado em saúde integral através da divulgação e discussão de políticas públicas.

A PNSI-LGBT foi instituída em 2011, pela Portaria nº 2.836, com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBTQIA+, na tentativa de eliminar o preconceito a essa população, contribuindo para a redução das desigualdades, atenção às especificidades e a consolidação do SUS como um sistema universal, integral e equitativo. Sendo assim, no que se refere à PNSI-LGBT:

A Política LGBT marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos. (BRASIL, 2011, p.10)

Mesmo com o embasamento de uma Política que direciona o acolhimento em saúde e atendimento equânime e integral à população LGBTQIA+, pode-se observar que é preciso fomentar os estudos a respeito dessa temática e da implementação desta Política de forma abrangente no território nacional. Diante de tantos discursos de ódio e preconceito, questioneimei-me se há o desconhecimento dos trabalhadores e usuários da saúde em relação aos objetivos, diretrizes e ações estabelecidas por essa Política. Comumente observa-se a falta de incorporação dos LGBTQIA+ em serviços de saúde, por medo, vergonha de possíveis retaliações, desconhecimento da política ou, até mesmo, pela falta de legitimação do direito de aparecer e ocupar esses espaços enquanto pessoas empoderadas de direitos. Quando falamos das/dos LGBTQIA+ e ocupar os espaços e exercer seus direitos, podemos discutir

⁴ Os princípios do SUS estão regulamentados na Constituição Federal de 1988 e reafirmados no capítulo II, artigo 7º da Lei 8.080/90.

sobre o direito de aparecer e regimes de aparição⁵ dessa população, conceitos cunhados por Judith Butler – filósofa estadunidense - , que configura aspectos fundamentais para a discussão do direito que elas/eles tem de fazer parte desses espaços, de serem vistas/os como cidadãos/ãos e acolhidas/os com suas especificidades, demandas e com a legitimidade que deveria lhes ser garantida, tirando o espectro dessa população precisar ficar à margem da sociedade.

Através da busca em *sites* do Ministério da Saúde (MS) e Ministério dos Direitos Humanos (MDH) e em biblioteca virtual de publicação científica (Portal de Periódicos Capes/MEC), me deparei com a dificuldade em encontrar periódicos e estudos que discutam a efetiva implementação e incorporação da PNSI-LGBT, segundo seu Plano Operativo (2012-2015), como política de Saúde Pública nos diferentes níveis de Atenção à Saúde em cidades do interior de São Paulo, especificadamente em cidades de pequeno porte (de 10.000 a 100.000 habitantes⁶).

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo geral identificar os direcionamentos éticos e políticos implicados na incorporação e implantação da PNSI-LGBT em ações dos serviços de Saúde do Setor Primário em dois municípios de pequeno porte, localizados no centro-oeste do estado de São Paulo, através da realização de entrevistas que darão pistas para o mapeamento dos discursos, ações cotidianas e protocolos de atendimentos para as/os LGBTQIA+. Os municípios serão identificados como A e B para manter o sigilo ético da pesquisa. Para tanto, ainda busca-se atingir os seguintes objetivos específicos: 1- Conhecer o que as/os Secretárias/os Municipais de Saúde e as/os coordenadoras/es das Unidades Básicas de Saúde-UBS e/ou Unidades de Saúde da Família-USF sabem a respeito da PNSI-LGBT, sua repercussão e descompassos nas práticas cotidianas enquanto luta para a garantia de direito à saúde integral da população LGBTQIA+; 2- Localizar com as/os Secretários Municipais e coordenadoras/es se houve e como se deu o processo de incorporação e implantação dessa Política e de seu Plano Operativo (2012-2015); 3- Descrever protocolos de atendimentos à população LGBTQIA+ nos

5 Os conceitos de direito de aparecer e regimes de aparição serão discutidos ao longo deste trabalho.

6 Segundo classificações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

serviços de Atenção Primária desses municípios, verificando se há e como são trabalhadas ações de prevenção, cuidado em saúde e Educação Permanente; 4- Identificar pontos de captura relacionados a compreensão e práticas discursivas concernentes à saúde integral da população LGBTQIA+; 5- Analisar os efeitos dessa Política enquanto dispositivo para despatologização das diversas manifestações das sexualidades.

Utilizarei como ferramenta metodológica a Genealogia Cartográfica (LE MOS *et al*, 2015), a qual sugere a aproximação e complementaridade dos conceitos de genealogia e cartografia propostos, respectivamente, por Michel Foucault, Gilles Deleuze e Félix Guattari, com a intenção de trabalharmos com novas maneiras de se fazer pesquisa em Psicologia e outros saberes. Faz-se necessário garantir, cada vez mais, o acolhimento desta população nos serviços de saúde de modo a propiciar maiores vínculos de acesso, aplicabilidade da PNSI-LGBT e luta da garantia de direitos à saúde integral, bem como atendimento igualitário para os LGBTQIA+.

Diante desses questionamentos, acredito ser relevante a construção de estudos e vivências a respeito da saúde dos LGBTQIA+ para o entendimento e conhecimento dos serviços de saúde oferecidos à esta população, bem como para propiciar maiores vínculos de acesso nestes serviços, legitimando a implementação da PNSI-LGBT, que emerge em defesa da busca por direitos e cuidados em saúde integral para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, e enfrentando preconceitos e estigmas marcados em relação a essa população. É importante comentar que a escolha do uso da palavra enfrentamento como forma de construir o corpo dos capítulos dessa dissertação se deu para marcar um local de resistência, de encarar criticamente as temáticas e problemáticas de frente, com firmeza, sem fugir ou conformar-se com o que está posto⁷; é questionar o inquestionável e, desse movimento, criar ações, redes, micropolíticas. Parte dessa criação também é atravessada (e escolhi expressar aqui) pela estética. Em cada Enfrentamento, as expressões artísticas – através de músicas e poemas – tem a intenção de nos trazer esses aspectos, intensificar nossa leitura e nos posicionar num campo de nutrir

⁷ Parte da definição da palavra enfrentamento foi retirada do Minidicionário da Língua Portuguesa Aurélio (ver Referências Bibliográficas).

nossa capacidade criativa para que, assim, possamos assumir uma postura criativa diante dessas temáticas.

É claro que, neste processo, muitos atravessamentos contribuíram para a construção desse trabalho, dos diálogos, idéias e discussões que vamos percorrer juntas/os. Não há como se colocar isenta ou separar o processo de pesquisadora com os atravessamentos cotidianos da vida, com os impactos corpóreos/psicológicos/sociais nos quais estamos imersos. Nestes escritos estão intensas e libertadoras descobertas que impactaram na minha vida amorosa, alegrias em dividir muitos aprendizados, felicidades em conquistar objetivos dos quais nunca imaginei, força de amigos e família que não me deixaram desanimar, risadas e MUITA superação. Também temos a reflexão nos momentos de desespero, desânimo, LGBTQIA+fobia, instabilidade em nosso cenário político-econômico, problemas de saúde e falecimento do meu pai, fato este que também me deu forças para continuar e para ser generosa comigo mesma, como ele era. Sem falar das dúvidas...Elas foram minhas grandes companheiras! Será que posso falar sobre LGBTQIA+? Faço mesmo parte dessa população mesmo depois de descobrir que me relaciono com um homem trans? Sou capaz de escrever? Qual meu papel de pesquisadora neste caótico cenário político-econômico? Vale a pena tudo isso?

Cada parte dessas experiências estão contidas, escritas ou não, sentidas ou não, neste trabalho. Muitos outros caminhos, vivências, experimentações e lutas serão percorridos, cartografados, construídos...E você está convidada/o!

1. Enfrentamento 01 - Os Movimentos Sociais e Movimentos LGBTQIA+ em defesa da cidadania e dos direitos humanos

*Os amores na mente
As flores no chão
A certeza na frente
A história na mão
Caminhando e cantando
E seguindo a canção
Aprendendo e ensinando
Uma nova lição*

*Vem, vamos embora
Que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora
Não espera acontecer*

(Trecho da música: Pra não dizer que não falei das flores⁸ – Geraldo Vandré)

⁸ Música composta por Geraldo Vandré no ano de 1968 e que teve sua execução proibida por muitos anos pois era hino de resistência do movimento civil e estudantil da época, que fazia oposição a ditadura militar do Brasil. (vide artigo “O Contexto e o Intertexto na música 'Pra não dizer que não falei das flores', de Geraldo Vandré”, de SANTANA, A. A et al., disposto nas Referências Bibliográficas).

Como diz no trecho citado da música de Geraldo Vandré, vamos percorrer com “a história na mão”, na tentativa de percorrer um movimento genealógico de discussão e diálogo rumo a compreensão de como se deu e ainda se dá - num movimento ininterrupto – a construção dos conceitos de Cidadania, Direitos Humanos, Movimentos Sociais e Movimentos LGBTQIA+. A história é feita por nós, por quem luta, vive, resiste, se empenha para mudar uma realidade. Esse trecho é um convite à ação, à realização e construção dessa e de novas histórias.

1.1. A construção da cidadania e a instituição dos direitos humanos

Segundo Jaime Pinsky, na Introdução do livro História da Cidadania (2003), a cidadania não se faz num processo estático, com conceitualização rígida. Ela se dá em concomitância com a época e o local, caracterizando-se como um conceito histórico. Sua prática se apresenta de diversas formas, moldado pelo impacto da época e da sociedade em questão, e vem se modificando nos últimos duzentos ou trezentos anos (PINSKY, 2003). Muitas características tidas como corriqueiras e naturalmente sociais como, por exemplo, o voto das mulheres na democracia ocidental, já foram grandes impasses subversivos à ordem. Baseado na garantia da cidadania e pela luta social que essas conquistas do exercício da cidadania foram se consolidando. O historiador Leandro Karnal também afirma o aspecto histórico do que é cidadania, enfatizando que “(...) a cidadania é uma construção histórica específica da civilização ocidental” (KARNAL, 2003, p. 136) e que essa construção vai se modificando no tempo-espço.

Uma vez que o espaço-tempo interfere na designação do que é cidadania, podemos nos perguntar: o que, de fato, é ser cidadã/cidadão? Uma das maiores concepções – digo uma das maiores pois este conceito não é estático e se transforma ao longo dos tempos – de que ser cidadã/cidadão pressupõe conseguir exercer os direitos civis, políticos e sociais. Ou seja:

Ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei: é, em resumo, ter direitos civis. É também participar no

destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Os direitos civis e políticos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, à uma velhice tranqüila. (PINSKY, 2003, p. 09).

Como dito anteriormente, as lutas sociais foram importantes impulsionadores para a instauração da cidadania, principalmente através das revoluções burguesas⁹ e, posteriormente, da Declaração dos Direitos Humanos, que romperam com princípio de legitimidade baseado nos deveres das/os súditas/os para se estruturarem como direitos das/os cidadãs/cidadãos. Após essas, muitas outras lutas foram travadas para a garantia do conceito e da prática da cidadania no mundo ocidental (PINSKY, 2003). Mesmo com todas as lutas e com grandes conquistas acerca da cidadania alicerçadas pela Revolução Inglesa (1640-1688), Revolução Americana (1776) e Revolução Francesa (1789-1799), não podemos esquecer que a Grécia Clássica serviu de modelo estético e político para iniciar uma idéia do termo cidadania, que foi criado em meio a um processo de exclusão, onde o sistema democrático ateniense excluía a participação das mulheres, escravos e estrangeiros. Nomear as/os cidadãs/cidadãos era uma maneira de apartar a maioria da participação e garantir, a minoria, a instauração de privilégios. Essa idéia é muito diferente do comumente utilizado atualmente, onde cidadania está em um processo de inclusão total (KARNAL, 2003).

Farei, a seguir, uma breve contextualização histórica dos alicerces da cidadania, para analisarmos quais os atravessamentos nas práticas de cidadania, desde seu surgimento até nossos dias.

Iniciando com a entrada na Idade Moderna, observa-se que há uma transição do feudalismo ao capitalismo na Europa centro-ocidental, com transformação do tradicionalismo na percepção teológica das coisas, da sociedade hierarquizada em privilégios de nascença, da continuidade de uma forma transcendental de entender a História e da noção de predestinação. Todos esses modos de pensamento deram lugar ao avanço da modernidade, o qual as pessoas se depararam com a força

⁹ Discutiremos mais sobre o assunto durante este trabalho.

crítica e otimista do saber científico; ele passou a traçar seu destino e ter a capacidade de explicá-lo, sendo que a descoberta das verdades depende do seu esforço criativo, e não mais de “verdades reveladas” de forma teleológica. O homem passa a ser sujeito agente da história (MONDAINI, 2003).

As idéias advindas com a Modernidade não combinavam com as difundidas, principalmente às/aos trabalhadores pobres do campo, de uma aceitação passiva do sofrimento que tinham como justificativa a purificação e caminho aos céus, bem como o fomento da virtuosidade de uma vida na profunda ociosidade, que dava segurança e tranquilidade para os nobres e Clero. Com essas novas idéias, era necessário o questionamento dos sistemas de estamental de privilégios e da percepção das desigualdades, que antes eram embasados nas idéias naturais - e tidas como eternas - da vontade divina. A grande ruptura e uma das mais significativas mudanças ocorridas nessa transição é a construção da consciência histórica de desigualdades, com as pessoas não mais como súditas, mas como cidadãos/cidadãos. Eis que a Era dos Deveres dá lugar a Era dos Direitos! (MONDAINI, 2003).

Contudo, segundo Mondaini (2003), o início para o desenvolvimento da cidadania foi no século XVII, quando ocorre a Revolução Inglesa, que é considerada a primeira revolução burguesa da história, com início em 1640 e término em 1688, dando origem ao primeiro país capitalista do mundo. Com o enfraquecimento do sistema feudal e o advento do capitalismo, era preciso fazer uma revolução. A partir da experiência histórica, a Inglaterra demonstrou que somente uma revolução política poderia trazer a tona uma revolução industrial. Inicialmente foi feita a revolução de forma brusca (1640) e, logo depois, de maneira conciliatória (1688). A burguesia consolidou seus valores através de uma monarquia com poderes limitados pois quem mandava era a burguesia revolucionária, que lutou pela autonomia frente ao poder real, através da guerra civil e afirmação de um novo sistema que criticava a exaltação do ócio e do gozo aos prazeres da vida. Com isso, fica evidente a força que as relações de produção capitalistas estabelecem com a organização político-sócio-econômica emergente. Nessas revoluções inglesas, o poder estatal – que mantinha a antiga ordem feudal - passou para uma nova classe

social – que constituiu o desenvolvimento do modo de produção capitalista. (MONDAINI, 2003). Além disso, os poderes estatais estavam inteiramente ligados à Igreja, fato que legitimava esses conflitos como sociais, políticos e religiosos. Todos esses movimentos e lutas por uma revolução, fizeram com que a Inglaterra construísse um novo modo de relação entre Estado/indivíduos e estabelecesse uma sociedade atenta aos seus direitos.

Foi precisamente na ultrapassagem dessa fronteira que se constituíram os primeiros passos daquilo que chamamos comumente hoje de “direitos humanos”. (...) Uma fronteira que, ultrapassada, nos abriu a possibilidade histórica de um Estado de direito, um Estado de cidadãos, regido não mais por um poder absoluto, mas sim por uma Carta de Direitos, um *Bill of Rigts*. Uma nova era descortinava-se, então, para a humanidade – uma Era dos Direitos. (MONDAINI, 2003, p. 129).

Segundo o autor citado, as idéias da cidadania liberal foram importantes precursoras nas conquistas de direitos, mas também tinham questões a serem avançadas e reformuladas pois foi uma cidadania excludente, diferenciando cidadãs/cidadãos ativos/os e com posses, das/os cidadãs/cidadãos passivas/os e sem posses. Então, há a necessidade histórica de considerar a inclusão das/os “despossuídas/os”. Neste sentido, nos séculos seguintes – e até hoje, observa-se a luta por igualdade política e social a ser conquistada não mais pelos liberais, mas contra eles, através das forças democráticas e socialistas (MONDAINI, 2003).

Quando abordamos o surgimento da cidadania, não podemos deixar de falar sobre mais uma revolução que implicou em uma nova concepção – que foi transformada ao longo do tempo - de cidadania e liberdade: a Revolução Americana. Segundo Karnal (2003),

(...) a constituição da liberdade e da cidadania dos EUA implicou uma hipertrofia de alguns fatos históricos e a supressão ou diminuição de outros, num extraordinário processo de invenção de memória e de uma tradição de liberdade. (KARNAL, 2003, p. 136).

A construção dos conceitos de liberdade e cidadania norte-americanos foi baseada no modelo estético e político excludente da Grécia, como já dito anteriormente, bem como nas condições da colonização, no discurso religioso, na

influência de outros pensadores, na Guerra de Independência contra a Inglaterra, construindo uma legislação com grandes marcas de desconfiança do Estado e reforçando a crença no indivíduo. Karnal (2003) ainda nos apresenta, seguindo neste sentido, que “todas as expressões da *Bill of Rights* indicam um mecanismo de defesa contra o Estado e contra a interferência estatal na vida do cidadão” (KARNAL, 2003, p. 145). Mesmo diante dessas problemáticas acerca da independência dos EUA e de sua estruturação dos conceitos de cidadania e liberdade, esse processo resultou na elaboração de uma Declaração de Independência com idéias básicas de concretização de muitos ideais do século XVIII como direito à vida, à felicidade, à liberdade e à igualdade entre todos (ODALIA, 2003).

Esses conceitos estipulados em 1776, que eram bastante limitados, foram sendo ampliados no período pós independência, na tentativa de transformar o individualismo que a própria cidadania impunha. Movimento que Karnal (2003) elege como ponto de resolução para obtenção do equilíbrio entre individualismo e vida em sociedade pois, em quase 230 anos de vida independente, os EUA não sofreram nenhum golpe de Estado e nenhuma reivindicação social que mudasse a forma da estrutura política. Mesmo com a organização política estável, houve momentos de certa censura na liberdade de expressão e de grupos de negros/os e índios/os que tiveram sua cidadania historicamente negligenciada, destacando a dificuldade estrutural dos EUA em compreender as/os imigrantes como cidadãos/cidadãs com os mesmos direitos que as pessoas norte-americanas. Aí se dá a dualidade da cidadania norte-americana: ao mesmo tempo que ela foi instituída com bases defensivas diante do Estado, ela continha a idéia de excepcionalidade norte-americana, com idéias ligadas ao dever nacional. “Uma cidadania inclusiva para alguns e excludentes para muitos” (KARNAL, 2003, p.153).

Percorrendo todo esse cenário histórico e o desenrolar das Revoluções Inglesa e Americana, podemos também citar a Revolução Francesa as quais, juntas, são a base dos acontecimentos que fortaleceram a idéia das pessoas como cidadãos e detentoras de direitos, estendendo-se a discussão aos próximos séculos até os dias atuais. No século XVIII, as pessoas começaram a perceber seu papel social e

histórico e a burguesia, que neste momento está em ascensão, percebe sua importância nas mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais naquela sociedade. Ainda neste século, a idéia da felicidade surge como meta a ser alcançada coletivamente – e não mais individualmente – aumentando as possibilidades de cada vez mais pessoas terem acesso a bens e serviços, fomentados pela Revolução Industrial. É claro que ainda havia injustiças e desigualdades, mas marca um período onde as pessoas criaram a idéia de poder sonhar com a construção de uma nova sociedade, na qual as desigualdades pudessem ser reduzidas e combatidas (ODALIA, 2003). Neste momento, acreditava-se em uma sociedade que pudesse ser igualitária e justa, tendo essas características como base para a conquista da felicidade. Segundo Odalia (2003), para os intelectuais da época, uma sociedade justa é aquela em que as leis e o direito nasçam com a própria pessoa, ou seja, são naturais a ela e só dependem dela ser uma pessoa e não de um resultado do desenrolar histórico, da vontade divina ou Estatal, como era tido anteriormente. Essa idéia pode se tornar inatista, indo na contramão do problema fundamental dos filósofos do séc. XVIII em conciliar razão e experiência e o filósofo Voltaire foi o que mais se aproximou desse equilíbrio.

Com a possibilidade real da igualdade se tornar norte para essa sociedade, há a necessidade de tornar pública a declaração de que “todos os homens nascem iguais”, fomentando que todos vivam em paz e harmonia e com o intuito de erradicar os problemas sociais enfrentados na época. Junto a essa prerrogativa, observa-se que a Revolução surge baseada na Liberdade, igualdade e fraternidade, como luta às opressões daquela sociedade e como forma de garantir uma sociedade mais justa e igualitária (ODALIA, 2003). Revolução esta que se dá como resultado de um processo histórico desde o fim da Idade Média, com os reis assumindo o poder político em detrimento dos senhores feudais, e o aparecimento da Monarquia Absolutista. Os reis, vendo os príncipes, arquiduques, duques, marqueses e condes como possíveis ameaças a tomarem seu lugar, voltaram-se para as/os camponesas/camponeses e burguesas/burgueses buscando suporte político e, com isso, oferecendo novos direitos e abolindo muitos pontos da legislação anterior, que

fomentou um aumento na liberdade para estes comercializarem e terem suas próprias terras. Com isso, as servidões - uma das principais características do feudalismo - começaram a ser abolidas progressivamente até a Revolução (ODALIA, 2003). Essa luta ainda é vigente e tão atual pois ainda restam resquícios dessa servidão na configuração das nossas sociedades.

Segundo o autor, um dos grandes marcos da Revolução Francesa é a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Diferentemente da Declaração americana, esta pretende ser universal e alcançar toda a humanidade, o que abalou as monarquias dos países vizinhos da França. Esse documento surge como forma de apaziguar os efeitos da anarquia, dos conflitos e matança indiscriminada que não conseguiam ser controlados pelo poder real que, se sentindo pressionado, convoca os chamados Estados Reais – instituição política que englobava deputados representantes dos Nobres, do Alto Clero e do Terceiro Estado (plebeus) com o objetivo de intervir como uma assessoria nos períodos de crise com o desejo da igualdade civil - para se reunirem em Versalhes. Odalia (2003) salienta que esta reunião foi marcada por intensa segregação dos deputados representantes dos Nobres e do Alto Clero em relação ao Terceiro Estado pois estes reuniam-se separadamente e com certa censura em relação ao assunto que, foi enfatizado por Luis XVI no discurso inaugural, deveria ser apenas a votação do orçamento do Estado, sem qualquer inovação política.

Neste momento, há um cenário de fome, miséria e eventos políticos, em Paris. A população busca tentativas de tomar para si o poder político e, essa pressão, culmina na queda de um símbolo marcante do antigo regime: a Bastilha¹⁰, no dia 14 de julho de 1789 (data escolhida para comemoração da Revolução Francesa). Após, o Terceiro Estado declara-se Assembléia Nacional e, com o apoio do Clero, querem garantir todo o poder político. Em represália, Luis XVI fecha a reunião dos Estados Gerais e os deputados fazem juramento de só se separarem depois de uma nova constituição no país. Pressionado por esse cenário e não conseguindo usar a força armada (uma vez que esta começa a não obedecer mais

¹⁰ Segundo ODALIA (2003), a Bastilha era o local onde os inimigos do rei ficavam encarcerados.

suas ordens), Luis XVI aceita as imposições que caminham para uma nova constituição e convoca nova assembléia com os Nobres, Clero e Terceiro Estado, o qual finalmente transforma-se numa Assembléia Constituinte (ODALIA, 2003).

Antes mesmo da formulação dessa nova constituição francesa, o Terceiro Estado proclama a Declaração dos Direitos do Homem, em 26 de agosto de 1789, que é um acontecimento significativo garantido pela revolta popular e que caminha no processo de garantir às pessoas a cidadania e seus direitos civis são preservados por lei. Mas, segundo o historiador francês Albert Soboul (*apud* Odalia, 2003), essa declaração é uma obra da circunstância, pois é dotada de dubiedades, ausências, restrições e contradições em alguns casos, dando direitos a algumas/alguns e não citando outras/os, como é o caso de garantir propriedade dar direito à propriedade mas não citar essa questão relacionada às/aos miseráveis sem propriedade. Conforme Odalia nos aponta, nesta Declaração temos assegurados os direitos civis da/o cidadã/cidadão, mas também há o claro estabelecimento de seus limites.

Se ao cidadão é assegurado o direito de falar e escrever, imprimir e publicar, não lhe cabe o direito de ofender ou desobedecer o que é normatizado pela lei. E esta é, sem dúvida, uma restrição bastante ponderável, pois coloca a lei acima dos direitos de cidadania, tão recentemente alcançados. (ODALIA, 2003, p. 167).

Mesmo com alguns entraves, a Declaração dos Direitos do Homem teve um papel essencial por ser um dos precursores de uma declaração nascida da luta social e de reivindicações em busca da transformação de uma sociedade. Era o início de um novo período! Por outro lado, também provocou um descontentamento e invasão da França por austríacos e ingleses na tentativa de salvar Luís XVI, que acabou sendo guilhotinado. Com o líder Robespierre, houve muitos assassinatos em massa e a guilhotina acabou sendo lembrada como um dos símbolos mais sinistros da revolução, marcando o período do Terror (1793-1794) (ODALIA, 2003).

Tendo por base os breves caminhos traçados até aqui e ao analisarmos toda a história das revoluções citadas temos um contexto acerca da constituição da cidadania - através de muita luta social e resistência – e que quando se vê

ameaçada, impulsiona a consagração dos direitos humanos para enfrentar o genocídio daquela época. Outro importante ponto a salientar nesta reflexão é que o direito à saúde (um dos principais temas deste trabalho) foi uma conquista galgada pelo estabelecimento e exercício da cidadania, que elege todas as pessoas enquanto iguais, perante a lei, para usufruir do direito à saúde. Segundo Odalia (2003), vale ressaltar que toda forma de revolução traz consigo seus desarranjos, seus inimigos internos e externos, suas dualidades. A conquista pela cidadania e, posteriormente, dos direitos humanos não é diferente! Ao olharmos a história, houve muita luta e ações de defesa da cidadania para que os direitos sejam estabelecidos, defendidos e exercidos por todos. E este cenário ainda continua!

1.2. Os Direitos Humanos e as manifestações dos Movimentos Sociais no Brasil

Como vimos anteriormente, a cidadania, em dado momento histórico, fica ameaçada e abre caminho para a constituição e defesa dos direitos humanos na tentativa de garantir direitos básicos como saúde, educação, moradia, segurança, entre outros. Segundo definição da Organização das Nações Unidas (ONU) no Brasil:

Os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. Os direitos humanos incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre e muitos outros. Todos merecem estes direitos, sem discriminação. (ONU BRASIL, 2019).

Diante do falacioso imaginário coletivo – tão presente em nosso cenário brasileiro - de que os direitos humanos são voltados, apenas, em favor das pessoas pobres, é preciso reconhecer a importância da constituição e abrangência dos direitos humanos em âmbito mundial para, assim, adentrarmos na realidade brasileira, sua incorporação e ressonâncias desses direitos atrelados à expressiva luta dos movimentos sociais em favor dessa defesa.

Mesmo antes da criação da ONU, havia algumas organizações mundiais, já citadas anteriormente, que visavam o estabelecimento de movimentos em luta à paz e aos direitos humanos. É importante lembrar que a ideia de que os direitos humanos teriam papel fundamental na paz mundial já havia sido cogitada na Inglaterra no final do século XVII, com a Lei de *Habeas Corpus* (1679)¹¹ e com *Bill of Rights* (1688), bem como nos Estados Unidos, com a Declaração da Independência (1776) e na França, com a Declaração de 1789 (AGI, 1979)¹². No final do século 19, observa-se que alguns países criaram alianças internacionais para se unirem em relação a diversos assuntos, como é o caso, por exemplo, da criação da União Telegráfica Internacional, conhecida hoje como União Internacional de Telecomunicações – ITU (1865) e da União Postal Universal – UPU (1874), as quais, atualmente se tornaram agências do Sistema das Nações Unidas. Em conformidade com esse movimento de unificação entre diversos países, foi realizada, no ano de 1899, a primeira Conferência Internacional para a Paz, em Haia (Holanda), com o intuito de elaborar formas para a resolução pacífica de conflitos, prevenção de guerras e codificação das regras de guerra. Sendo assim, foi criada a Liga das Nações, em 1919, sob o Tratado de Versalhes, mas que não teve êxito e deixou de existir devido seu fracasso na tentativa de evitar a II Guerra Mundial, acontecimento importante na História Mundial, que devastou povos e países, marcado pelo número de mortes, holocaustos e violações dos direitos humanos. (ONU Brasil, 2019).

Após seu término, e diante do exponencial impacto que as Grandes Guerras causaram no mundo, diversas lideranças internacionais se reuniram e criaram a ONU, em 24 de outubro de 1945, com os objetivos de promover a cooperação internacional; manter a segurança e paz mundial; fomentar os direitos humanos; auxiliar no desenvolvimento econômico e no progresso social; proteger o meio ambiente; prover ajuda humanitária em casos de fome, desastres naturais e conflitos

¹¹ Ver artigo de FARIAS, Flávio Rocha; JESUS, Silmenne Natalie Gomes de. Direitos Humanos e habeas corpus. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 73, fev 2010.

¹² No item 1.1. deste trabalho faço uma breve contextualização destes documentos.

armados, bem como impedir que novos conflitos mundiais aconteçam (ONU Brasil, 2019).

Tendo em vista a emergência de estabelecer um Tratado oficial que norteasse o reconhecimento e garantia de direitos humanos, a ONU elaborou, através de seus representantes culturais e jurídicos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), sendo proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) no dia 10 de dezembro 1948, em Paris, através de seu representante francês, o jurista Renê Cassin, que redigiu a declaração. Seu objetivo era que tais normas alcançassem todos os povos e protegessem os direitos humanos de todas as nações, sem quaisquer exclusões, acreditando-se que a paz mundial somente seria alcançada se todos os povos respeitassem igualmente os direitos humanos. A configuração da DUDH é composta por um preâmbulo e 30 artigos que ressaltam temáticas e direitos como igualdade, dignidade humana, liberdade, moradia, alimentação, ensino, entre outros temas que defendem o respeito e, neste contexto pós Guerras Mundiais, dão rumo e esperança diante de tal massacre. Sendo assim, a instauração da DUDH como documento mundial pela luta da vida, dos povos e raças se dá em consonância com as necessidades instauradas naquele momento, com a tentativa imediata de estabelecer um ideário que garantisse, independente do país e das circunstâncias, condições mínimas de sobrevivência, paz, respeito, igualdade e liberdade para qualquer ser humano. Atualmente, a sede oficial da ONU encontra-se na cidade de Nova York, com escritórios espalhados em Genebra, Nairóbi e Viena, com 193 Estados-membros, tornando-se uma importante organização diretriz de normas de direitos internacionais (ONU Brasil, 2019).

Através da DUDH, as lutas pelos direitos fundamentais foram reconhecidas mundialmente, marcando inicialmente a história dos direitos humanos. Mas esse processo de elaboração e constituição de documentos concernentes aos direitos das pessoas continuaram sendo construídos e adotados, endossando ainda mais o aparato de documentos oficiais para a discussão e luta pelos direitos humanos. Com isso, desencadeou-se um movimento maciço de elaboração de documentos, tais como: Convenção para a Prevenção e a Repressão do Crime de Genocídio (1948),

a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979), a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006), entre outras. Além destes, a ONU nos apresenta, ainda, outros documentos que constituem a Carta Internacional dos Direitos Humanos: o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (e seus dois Protocolos Opcionais sobre procedimento de queixa e sobre pena de morte) e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, junto com seu Protocolo Opcional. Além desses, podemos observar sua influência no posicionamento do país sobre os direitos humanos, mesmo que tardiamente. Na Constituição Brasileira de 1946 (anterior a DUDH) encontramos alguns trechos que citam uma “prevalência dos direitos humanos”. Mas, somente na Constituição de 1988 (40 anos após a elaboração da referida Declaração) que podemos constatar a efetiva implantação desse termo e temática de forma oficial (ONU BRASIL, 2019).

Após a Constituição Federal de 88, a década de 90 foi marcada por diversas leis e documentos que garantem direitos à população, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com a garantia e estabelecimento de ações em favor dos direitos da criança e do adolescente, e o Sistema Único de saúde (SUS), garantindo a execução dos direitos à saúde integral da população, ambos implementados em 1990. Já em 1997, foi instituída a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, já tendo estatuto de Ministério Federal. No governo da presidente Dilma Roussef, em outubro de 2015, através da Medida Provisória n.º 696, esta Secretaria foi unificada com as secretarias de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e de Políticas para as mulheres, formando o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (MMIRDH). Em 2016, o presidente interino Michel Temer extinguiu o MMIRDH e o recriou, em 2017, como Ministério dos Direitos Humanos (MDH). Após as eleições presidenciais de 2018 e a posse do atual presidente do Brasil, Jair Messias Bolsonaro, o MDH foi transformado em Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), tendo como ministra a educadora, pastora evangélica e advogada Damares Alves (PORTAL MMFDH, 2019).

Quando retomada a discussão inicial deste Enfrentamento na atual realidade brasileira, observa-se que, ainda hoje, muitas sombras perpassam o debate acerca dos direitos humanos e de sua relevância para a garantia de vida equânime e mais justa social, política e economicamente para todas/os. Após a legitimação dos direitos humanos, através da implantação da DUDH na década de 40, a discussão sobre os movimentos sociais intensificou-se e abriu espaço para que as classes sociais fortalecessem um movimento de luta em favor da garantia de diversos direitos, pautados na dignidade e respeito humanos.

Segundo Gohn (2000), é difícil elaborar uma conceituação sobre o que é um movimento social, uma vez que há diversas interpretações a seu respeito e pela multiplicidade de sua composição e lutas. Através do mundo globalizado, os movimentos sociais migraram da esfera da produção para a luta por problemas e ideais da cultura, gerando movimentos relacionados a gênero, raça, nacionalidades, entre outros. Entretanto, a autora apresenta o argumento do ex-líder estudantil francês, Daniel Cohn-Bendit, atribuindo uma determinação econômica nos movimentos sociais, o que consiste em relacionar diretamente o cenário econômico com as demandas dos movimentos sociais de cada época. Sendo assim, há dois tipos de análises sobre a sociedade: o primeiro, de âmbito mais culturalista (ênfatisando os movimentos sociais) e o segundo, levando em consideração o aspecto classista (mais voltado para as classes sociais e suas contradições, bem como para as estruturas econômicas e seus conflitos). Apresentados esses termos, a autora defende uma outra posição a qual apresenta a importância da relação entre esses dois aspectos para uma compreensão mais ampla do que é um movimento social:

Defendemos uma terceira posição, que destaca a importância da cultura na construção da identidade de um movimento social, mas concebe os movimentos segundo um cenário pontuado por lutas, conflitos e contradições, cuja origem está nos problemas da sociedade dividida em classes, com interesses, visões, valores, ideologias e projetos de vida diferenciados. Entendemos que a análise sobre os movimentos sociais não pode ser separada da análise de classe social, mas também não podemos resumir os movimentos a algo determinado pelas classes. (GOHN, 2000, p. 11).

Aqui reflete-se a amplitude da dimensão dos movimentos sociais, desmistificando a idéia de sua constituição por pessoas que defendem seus interesses particulares, descolado da realidade do seu entorno, cegos às demandas econômico-sociais de seus integrantes (que apresentam realidades bem distintas entre si) e da realidade social a qual está inserido.

De acordo com Gohn (2000), para o estabelecimento de um movimento social, é necessário que este grupo se constitua enquanto um coletivo social, com uma identidade em comum e com os mesmos objetivos. Juntamente a esses aspectos, identifica-se que seus membros têm uma realidade anterior à essa aglutinação com os outros, levando em conta suas experiências e heranças culturais com as demandas de reivindicações e lutas desse grupo. Reivindicações, estas, que pressupõem um movimento amplo e geral, em busca das conquistas desses e para esses grupos. É através da ação que os movimentos sociais se expressam e dão voz às suas causas. Não há movimento social estático, parado, inerte! Em consonância a esse movimentar-se, e para fortalecermos a rede de significações sobre os movimentos sociais, tem-se a coletivização desses movimentos, levando em conta que “um protesto (pacífico ou não), uma rebelião, uma invasão, uma luta armada, são modos de estruturação de ações coletivas; poderão ser estratégias de ação de um movimento social, mas sozinhos não são movimentos sociais” (GOHN, 2000, p. 12). Entre essas características, encontra-se, também, a necessidade de cartografar a localidade onde ocorre a ação coletiva, fator que traz a tona seu caráter democratizador: um espaço não-institucionalizado, sem referências à esfera pública ou privada, levando em conta que estes espaços estão na esfera pública não-governamental ou não-estatal. Assim sendo, a socióloga caracteriza os movimentos sociais como ações dos homens na história, com caráter cíclico, através de uma *práxis* que envolve o fazer – com as ações sociais - e o pensar – com as idéias que motivam e fundamentam essas ações.

Conforme apresentado por Souza & Machado (1997), no Brasil, na década de 80, observa-se o início de um período de maior luta dos trabalhadores para a garantia desses direitos, com a formação da Central Única de Trabalhadores (CUT), em 1983. Esse movimento sindicalista conquistou autonomia e garantiu espaços

onde os trabalhadores urbanos e rurais obtiveram melhorias na qualidade de vida e de trabalho, bem como a exigência de espaço para representação popular nas decisões de âmbito nacional, com a apresentação de projetos junto ao Congresso Nacional, enfatizando a importância da representatividade dos trabalhadores diante do Estado e do capital privado. Podemos citar, ainda, outros exemplos de representatividade da autonomia dessas classes, como a Central Geral de Trabalhadores (CGT) e a Força Sindical.

Mesmo com a intensificação da luta dos movimentos sociais e de classes, é sabido que não foi somente a partir da década de 80 que tais discussões foram iniciadas. Já nas décadas de 10 e 20 concretizaram-se movimentos grevistas que foram às ruas para reivindicar direitos trabalhistas e melhorias nas condições de vida da classe operária. O Estado, por sua vez, reprimiu as manifestações, defendendo uma possível ordem, indo a contramão à luta pelas reivindicações dessa classe, tratando tal demanda como “um caso de polícia” (SOUZA & MACHADO, 1997, p. 105). Com tal posicionamento do Governo, surge o imaginário de criminalização dos movimentos sociais, marginalizando-os e desqualificando suas lutas e conquistas; imaginário este que permanece até hoje!

Pode-se destacar, na história do Brasil, que no campo também ocorreram perseguições por parte do Estado, culminando nas Guerras de Canudo e Contestado, as quais o Estado almejava ditar a ordem e a sociedade civil não poderia subvertê-las. Essa tentativa de contenção estatal não foi impeditiva para que os movimentos sociais se calassem. Revoltas urbanas, guerras camponesas, manifestações das classes médias e classes operárias foram impulsionadoras para o processo que encerra a Primeira República no Brasil (1889-1930). Com a Revolução de 1930, o Estado reorganiza suas relações com a classe trabalhadora e com os movimentos sociais, em relação ao trabalho, assumindo o papel de intermediário entre os trabalhadores e seus patrões. Surge, então, a legislação trabalhista como forma de permear e organizar essa relação. No Estado de Vargas, a partir de 1930, houve a imposição do estado como tutor da sociedade, enfatizando a opressão contra grupos opositores e que não se aliavam ao governo. Em 1943, houve a elaboração da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), regulamentando

as relações de trabalho no Brasil, luta que teve como pano de fundo a pressão dos movimentos sociais perante o Estado (SOUZA & MACHADO, 1997).

Gohn (2000) fala que no período entre 1945-1964, o Brasil passou por um regime político mais populista, impactando e fortalecendo as lutas dos movimentos sociais, que também foi impulsionada por uma conjuntura da redemocratização do país junto a um cenário internacional mais favorável a essa situação, com o desenvolvimento da sociedade de consumo. No início da década de 60, surgiram diversas greves no país, fomentando muitos grupos e movimentos como o Movimento dos Agricultores Sem-Terra (MASTER) – antecessores do atual Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terras (MST), o Movimento de Educação de Base (MEB) e a União Nacional dos Estudantes (UNE), que esquematizavam a luta por garantias daquela época. Entretanto, com o Golpe de 64, as mobilizações populares enfraqueceram-se e os movimentos de resistência foram poucos, diante da enorme repressão e violação de direitos no Brasil. No período de 1964 até meados dos anos 70, o país avançou pouco em relação a efetivação dos movimentos sociais, vivenciando momentos de altos e baixos (SOUZA & MACHADO, 1997).

Quando resgatamos a história dos movimentos sociais em favor das lutas pela saúde, temos como marco o Movimento da Zona Leste (localizado em São Paulo capital), no ano de 1976, instaurado através da iniciativa do clube de donas de casa que encaminhou um abaixo-assinado à Secretaria Estadual de Saúde com reivindicações para efetivação de serviços públicos de saúde no bairro em que residiam (Jardim Nordeste), para garantir o direito a atendimento em saúde gratuito a todos os cidadãos que moravam naquele bairro. O posto foi inaugurado em 1978, mas com reclamação da população pela falta de atendimento médico. Sendo assim, o movimento decidiu criar um Conselho de Saúde, o qual todos os moradores (inclusive os analfabetos) tinham o direito de voto direto, com a divulgação de fotos e currículos das/os candidatas/os. Dessa votação, 8 mil dos 15 mil moradores participaram, já formando a idéia de uma participação social nos serviços de saúde. A iniciativa de englobar todos os moradores na votação teve caráter precursor da luta pelo direito de voto aos analfabetos, finalmente alcançada na Constituição de

1988. Após essa potente experiência, o Movimento da Zona Leste se organizou e, em 1983, realizou o Encontro das Comissões e Conselhos de Saúde da Zona Leste, onde participaram 150 cidadãos de 37 bairros. Neste Encontro, foram aprovadas as seguintes medidas: ampliação e melhoria nos Centros de Saúde, construção de hospitais públicos e pronto-socorros, implantação do pronto-socorro do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e oficialização regimento dos Conselhos (a curto prazo); saneamento básico e organização de um Conselho Regional da Saúde (a médio prazo); e, a longo prazo, o fim dos convênios com a Medicina de lucro, efetivação do atendimento público à saúde de forma igualitária e com qualidade e a participação da população na fiscalização e controle do funcionamento de todos os serviços de saúde, com a participação da população (TOLEDO & SABROZA, 2013). Entendia-se que, a partir da mobilização e organização social, o cenário político poderia ser alterado e a garantia pelo direito à saúde, pública e para todos, poderia ser construído e alcançado.

No país, vinha uma onda de lutas pela garantia de direitos às/aos cidadãs/cidadãos. Desde o ano de 82, com a primeira eleição com voto direto de governadores desde o Golpe de 64, abriu-se um caminho de possibilidades de instaurar a Democracia no Brasil, nos dois próximos anos, tivemos o Movimento Diretas Já, iniciando o fim do período de regime militar no Brasil. Assim sendo, a iminência dos movimentos sociais no início dos anos 80 fez com que endossassem as relações entre governo, sociedade civil e setor privado, trazendo à tona a importância da luta dos movimentos sociais e classes operárias para a garantia de direitos e afirmando o espaço dessas/es trabalhadoras/es e cidadãs/cidadãos na negociação direta com seus patrões e governantes pela efetivação de tais direitos (SOUZA & MACHADO, 1997).

Vale ressaltar que nesse momento histórico do Brasil rumo à democracia, o diálogo aumenta em busca de um esboço do que, posteriormente, seria o SUS. Neste cenário, o Movimento da cidade de São Paulo influenciou muitas lutas, discussões e reivindicações e muitas das propostas levantadas por ele foram discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Também temos, por volta de 1983, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado

mediante pressão do movimento feminista que reivindicava a instituição de um programa público de controle da fecundidade no Brasil. Essa conquista abriu caminho para a luta pela saúde sexual e reprodutiva, mesmo marcada pela dificuldade que as mulheres tinham para arcar com os custos para utilizar dos métodos contraceptivos. Ainda sobre a saúde sexual e reprodutiva, esta década foi marcada pela epidemia do HIV/AIDS e as organizações que lutavam pelos direitos das/os soropositivos conquistaram o reconhecimento civil e certo resgate ao respeito e à dignidade das/os homossexuais, isto é, resgate à sua cidadania, como cidadãos que precisam ter seus direitos humanos preservados. Tantos outros movimentos de luta contra as estigmatizações sociais surgiram nesta época como, por exemplo, o Movimento de Reintegração dos Atingidos por Hanseníase (MORHAN), que afetam as parcelas mais empobrecidas da população (TOLEDO & SABROZA, 2013).

Conforme Gohn (2000), de 1984 a 1988, houve grande mobilização do país em busca de uma nova Constituição e os movimentos sociais, que começaram a emergir desde o final dos anos 70, conquistaram muitos direitos que estavam em pauta na época. Com esse cenário de grande ação da sociedade em favor de conquistas e garantias sociais, o país começa a sofrer com a crise internacional do capitalismo, deparando-se com grande número de desempregados, reestruturações no mercado de trabalho, enfraquecimentos dos sindicatos e aumento significativo dos trabalhos informais. Com essa instabilidade no cenário brasileiro e mundial, os movimentos sociais enfraqueceram-se e suas demandas, como também as dos sindicatos, não eram mais para a garantia de novos direitos, mas para a permanência dos direitos já adquiridos.

Com o processo de redemocratização, ocorreu uma separação entre os movimentos e as iniciativas de um grupo – que era apoiado no Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), nas instituições de ensino e na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) – foram constituindo o Movimento da Reforma Sanitária. Esse processo político o qual o país atravessava abriu espaço para a participação desse grupo de modo a resolver a crise do sistema médico

previdenciário brasileiro e que só foi superada com a aprovação do direito à saúde na Constituição de 1988 e no SUS, em 1991¹³ (TOLEDO & SABROZA, 2013).

Já no final dos anos 90, surge o terceiro setor que luta não mais contra a exclusão, reivindicando cidadania e direitos sociais, mas pela inclusão e integração das/os excluídas/os que o sistema mesmo gera. A partir do ano 2000, os movimentos sociais, nacionais e internacionais, se fortalecem e endossam a luta contra a globalização e suas ressonâncias. É nesta época que o movimento indígena intensifica a defesa pela demarcação de suas terras, o MST ganha maior força e visibilidade, o movimento estudantil reivindica soluções acerca do desemprego e da corrupção, os professores iniciam greve, os caminhoneiros lutam por menores valores em pedágios e melhores condições de trabalho, entre outros movimentos que se articulam em favor de suas demandas. É assim que diversas categorias sociais (idosas/os, mulheres, população indígena, negras/os, crianças, LGBTQIA+) “que até então eram esquecidas, isoladas e desconsideradas, passaram a exercer o que a sociedade conquistou: o direito a ter direitos” (GOHN, 2000, p. 21).

Neste cenário, o terceiro setor, que já vem se constituindo desde a década de 80 com ações pela luta por direitos, se consolida enquanto união de representações civis, ONGs, organizações, associações comunitárias de vizinhanças, fundações, entidades filantrópicas e “empresas cidadãs”. Articulado com alguns tipos de movimentos sociais, o terceiro setor funciona como um associativismo atuante no poder local e foi construído por meio de transformações no campo das ONGs, dos movimentos sociais e das associações filantrópicas e comunitárias, marcando seu aspecto multifacetário, heterogêneo e complexo e contraditório, uma vez que inclui tanto entidades progressistas como conservadoras, mas que convergem em um ponto: todos defendem a busca pela cidadania.

Conforme nos aponta a autora citada acima, temos que elucidar o impacto do terceiro setor nos movimentos sociais, e que resultam num movimento de confusão e fusão com estes. Entretanto, definitivamente, o terceiro setor traz um olhar

¹³ No Enfrentamento 2 deste trabalho traço uma contextualização mais ampla acerca do SUS.

diferenciado a respeito das ações coletivas de participação social e luta por direitos, fomentadas pelos movimentos sociais.

O terceiro setor não substitui a forma movimento social - típica das ações coletivas de protesto, resistência e lutas que vigorou nos anos 80 (até porque esta forma ainda é muito forte na área rural). Ele se alimenta das conquistas dos movimentos sociais, principalmente as que foram consolidadas no plano da lei. Mas uma parcela dele retraduziu as práticas daqueles movimentos para práticas de cunho despolitizado e reelaborou os objetivos das ações coletivas, de lutas contra a exclusão social gerada pelo modelo econômico para frentes de trabalho que buscam a inclusão e a integração social no modelo econômico atual, nos moldes propostos pelo governo e agências de financiamento. (GOHN, 2000, p. 37).

Portanto, com os movimentos sociais são alavancas de manifestações populares pelo protagonismo da sociedade civil enquanto organização democrática para a construção de um espaço público diferente do modelo neoliberal, baseado a partir de exclusões e injustiças. A garantia por esses espaços democráticos e com lugar à participação popular deve ser, cada vez mais, fortalecida e consolidada, através de conselhos, fóruns, plenárias e outros possíveis meios a serem inventados. Tudo isso compõem o universo dos movimentos sociais.

E, lembrando um alerta de Rancière (1995), ao criticar as formas de participação não emancipadoras, criadas apenas para estabelecer consensos e controles, que diz que nesses casos a participação política é confundida com o consenso, e a política deixa de ser “a reivindicação da parte dos que não têm parte, a uma intervenção de expedientes”. (GOHN, 2011, p. 357).

1.3. Os 40 anos dos Movimentos LGBTQIA+ no Brasil: luta, visibilidade e reconhecimento de seus direitos

O cenário internacional tem grande influência para o início do ativismo homossexual no Brasil. Os anos 60 e 70 foram marcados por manifestações de violência, repressão e conflitos da Guerra Fria, que culminaram na instituição de movimentos de contracultura, compostos por jovens que politizavam o corpo, o prazer (com a inclusão de substâncias psicoativas como o LSD e a maconha) e a

liberdade sexual (com importância para as práticas homoeróticas). Junto a isso, ocorre, em 1969, a Revolta de *Stonewall*, marco na história do Movimento Homossexual internacional, que muda a postura das pessoas se relacionarem com a homossexualidade: de vergonha para orgulho, do medo para a afirmação identitária (FEITOSA, 2018).

Como apresentado anteriormente, no Brasil, entre as décadas de 70 e 80, podemos observar diversas transformações políticas e econômicas que impulsionaram a atuação dos movimentos sociais e organizações da sociedade civil em busca de direitos à cidadania, de visibilidade de classes tidas como minoritárias, de maior participação política, de justiça social, bem como pela luta por reconhecimento. Neste cenário, a comunidade LGBTQIA+ também se organizou e, em 1978, instaurou o marco inicial na história da redemocratização do país e, também, na história dos movimentos LGBTQIA+: a criação do Movimento Homossexual Brasileiro (MHB). Em abril deste ano, a imprensa alternativa, jornalistas, intelectuais e artistas homossexuais se organizaram e publicaram a primeira edição do jornal mensal “Lampião da Esquina” (no Rio de Janeiro), com circulação nacional. Seus editores pretendiam lidar com questões relacionadas a homossexualidade, mas também firmar vínculos com outros grupos “minoritários” como negras/os, indígenas, mulheres e representantes do movimento ecológico. (MACRAE, 2018). Neste mesmo ano, em maio, foi realizada a primeira reunião do “Somos – Grupo de Afirmação Homossexual” (em São Paulo), organizado pelo MHB. Ambas as ações fomentaram a discussão crítica e política acerca das pessoas LGBTQIA+ no Brasil (GREEN *et al.*, 2018).

Tais ações tiveram efeitos libertadores para essa população, que teve sua voz abafada pela ditadura militar no Brasil. Enquanto outros países do mundo e da América Latina fizeram movimentos de eclosão de movimentos homossexuais no final da década de 60, com o espírito juvenil rebelde de 68, o Brasil foi marcado por um atraso de uma década, em relação a essa onda internacional de libertação e contracultura diante dos regimes ditatoriais que permeavam os países. Além da repressão a expressão, a ditadura marcou uma época de maior atenção dos militares por temas relacionados à sexualidade, pois acreditavam que essa temática

estava relacionada com a segurança nacional e seu controle atrelado à manutenção da moral e dos bons costumes, enaltecendo a família com núcleo tradicional, monogâmica, patriarcal e heterossexual (GREEN *et al.*, 2018). Nada muito diferente do que vemos atualmente!

A existência pública dessa população já é ato político por si só. Seus corpos, modos de se relacionar, expressões e desejos se apresentam como formas de lutas, mesmo antes do surgimento da sigla “LGBT”, da criação dos grupos Somos e Lamião da Esquina, ambos citados anteriormente. As ações dessa população já eram vistas e sentidas como posicionamentos políticos que não devem ser desmerecidos ou invisibilizados, mas é através dos marcos históricos de 1978 que nomeamos o início oficial da luta coletiva e organizada do movimento social LGBT brasileiro. A partir disso, o movimento homossexual tornou-se Movimento LGBT, alcançando, com o passar dos anos, discussões com as políticas governamentais, com a mídia e com a sociedade civil, pela reivindicação de direitos negados ou violados, de visibilidade, reconhecimento e espaço enquanto cidadãos/cidadãos.

Segundo Feitosa (2018), podemos compreender a história dos Movimentos LGBTQIA+ através de discussão de “três ondas” históricas. A primeira onda tem início em 1978, com os eventos já citados anteriormente, e termina no ano de 1983. Nesse período, o diálogo com o Estado era muito conturbado e este era visto como inimigo do Movimento LGBT, o que contribuiu para que os movimentos sociais (LGBTQIA+ e outros) tomassem um caráter mais comunitarista e antiautoritário. Além dessa dificuldade no diálogo com o Estado, houve também uma expressiva redução da quantidade de grupos e o aparecimento de dificuldades advindas pela epidemia HIV/AIDS, impactando diretamente o ativismo LGBTQIA+ e dando maior foco em mudanças mais amplas de cunho social em favor da garantia de direitos dessa população. Mesmo diante de tantas demandas e tentativas de aproximação do Movimento com o Estado, pode-se afirmar que foi através da epidemia da AIDS que essa interação foi estabelecida, em favor do combate a essa doença.

Neste momento, com tentativas de diálogo da sociedade civil com o Estado e com a decadência da ditadura, uma força democratizante começou a surgir e a dar base para a discussão acerca da participação social, que posteriormente foi iniciada

na Constituição Federal de 88. Com isso, observou-se a participação social LGBTQIA+ na formulação das primeiras políticas governamentais voltadas ao combate da epidemia da AIDS. Temos, então, a “segunda onda” (1984-1992) do Movimento LGBTQIA+ no Brasil, marcada por uma maior participação social dos ativistas LGBTQIA+ em relação ao Estado. Diferentemente da primeira onda, a qual a relação de estados mais envolvidos nas causas LGBTQIA+ era entre Rio de Janeiro-São Paulo, neste momento o eixo passa a ser fortalecido pelo maior diálogo ente Rio de Janeiro-Nordeste, com a atuação dos grupos Triângulo Rosa e Grupo Gay da Bahia (FACCHINI, 2018).

A movimentação pela não discriminação por orientação sexual foi levada a Constituinte de 88, colocando o termo orientação sexual como usual categorização, apaziguando os mitos da categoria homossexualidade como um substantivo. Também é de extrema necessidade citar que, ainda na década de 1980, mais especificamente em 1985, o Conselho Federal de Medicina (CFM) retira o termo “homossexualismo” do código de doenças utilizado no Brasil, após uma campanha coordenada pelo Grupo Gay da Bahia e articulada com outros grupos. A retirada do sufixo *ismo*, que denota doença, deveria dar outra posição ético e profissional para o cuidado e acolhimento desta população na área da saúde e em outras áreas. Além disso, “a tomada da homossexualidade como substantivo parece selar o processo de ‘construção da igualdade’ e da produção cotidiana da figura do homossexual militante” (FACCHINI, 2018, p. 318).

As ações democráticas pós ditadura, que resultaram na Constituição de 88, não foram expressivas o bastante para evitar a Reforma do Estado, nos anos 90, sob a administração dos ex-presidentes Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso (FHC). Essa Reforma trouxe medidas rígidas de privatização de órgãos estatais, redução de investimentos públicos e a inserção de responsabilidades civis a cargo do mercado e da sociedade civil, fazendo com que muitos movimentos sociais se transformassem em Organizações Não-Governamentais (ONGs), esvaziando-se de seu caráter crítico e reivindicatório. Eis o terceiro setor! O Movimento LGBTQIA+ não escapou dele e, neste momento,

multiplicam-se os grupos, ou seja, as ONGs que conformariam tal movimento e duram até hoje (FEITOSA, 2018).

Segundo Simões e Facchini (*apud* Feitosa, 2018), esse movimento caracteriza-se como “reflorescimento”, expressão utilizada para explicar que mesmo através das ONGs, os militantes têm posturas características dos movimentos sociais através da pressão que exercem sobre o Estado e realizam as manifestações e intervenções pela luta por direitos. Entretanto, “o Movimento LGBT, principalmente por causa de sua heterogeneidade, nunca adotou completamente o formato de ONG ou de coletivos informais, mas sim um misto dos dois” (FEITOSA, 2018, p. 441). Observa-se, ainda, que a grande transferência de recursos estatais e de agências internacionais para ONGs LGBTQIA+ contribuíram para fortalecimento dessas organizações, tendo como exemplos, o financiamento do Ministério da Saúde para encontros de militância LGBTQIA+ e a contribuição de muitas instituições para a realização das Paradas de Orgulho LGBTQIA+.

Tendo em vista esses acontecimentos do início da década 90, Facchini (*apud* FEITOSA, 2018) caracteriza a “terceira onda” do Movimento LGBT (1992-2005). Neste período nasce a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), com a conquista das primeiras legislações anti-homofóbicas em alguns estados e municípios. Além dessas conquistas, temos o projeto de lei enviado à Câmara dos deputados, sobre a parceria civil entre pessoas do mesmo sexo. A relação e diálogo entre o Movimento LGBTQIA+ e o Estado se ampliam e, concomitantemente a isso, são experimentadas as primeiras experiências da criação de conselhos de políticas públicas e são vivenciadas as primeiras experiências do Orçamento Participativo em governos municipais administrados pelo PT. Portanto, essa etapa é marcada por uma grande participação social e cogestão da sociedade civil e ativistas LGBTQIA+ na esfera pública.

Em 2002, temos o fim da “terceira onda” do Movimento LGBT, juntamente com o término do mandato presidencial FHC, e a entrada do governo Lula (2003-2010), que deixará, de forma muito mais evidente e próxima, a relação entre o Movimento LGBTQIA+ e os setores do Estado, através do engajamento desses ativistas como gestores de uma nova política pública para LGBTQIA+ e de uma

maior abertura e disponibilidade para diálogo, por parte do Governo Federal, a respeito dessa temática. Motivados por essa aproximação, nasce, em 2004, o Programa Brasil sem Homofobia (BSH), iniciando um pacote de ações afirmativas em parceria com o Movimento LGBTQIA+, que disponibilizavam financiamento para a criação de Centros de Referência LGBT. Além disso, temos a 1ª Conferência Nacional GLBT, em 2008, com a presença do ex-presidente Lula, que visibilizou a discussão sobre as demandas LGBTQIA+, reconhecendo e dando espaço à escuta da sociedade civil e de LGBTQIA+ para a elaboração de políticas públicas para este segmento. Muitos foram os ganhos desta Conferência, como o lançamento do Plano Nacional LGBT; o Conselho Nacional LGBT; a criação da Coordenação-Geral de Promoção de Direitos LGBT na estrutura burocrática da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e a mudança da sigla “GLBT” para “LGBT”, com o intuito de fortalecer politicamente o segmento de lésbicas. Além disso, em 2010, temos a instalação, através da normativa da então Ministra de Direitos Humanos Maria do Rosário, do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), que representa o Movimento LGBTQIA+ no controle e discussão sobre políticas públicas no âmbito federal (FEITOSA, 2018).

A 2ª Conferência Nacional LGBT aconteceu em 2011, no governo da Dilma Roussef (2011-2016), exercendo não mais o papel prioritário de construção e estabelecimento de políticas públicas LGBTQIA+, mas sim com a função de monitorar essas políticas por meio de balanços sobre as ações levantadas na 1ª Conferência, discutindo suas implantações e efetivações. Esta Conferência abrangeu mais cidades do interior e ampliou a participação de militantes e da sociedade civil em relação a primeira. Mais recentemente, temos a 3ª Conferência Nacional LGBT, ainda sob o mandato de Dilma Roussef em 2016, com uma das maiores reivindicações do Movimento LGBTQIA+ como tema principal: a criminalização da homofobia. Também temos a aprovação a moção de apoio à Lei de Identidade de Gênero (Lei João W. Nery - N. 5002/2013), de autoria do Deputado Federal Jean Wyllys (PSOL-RJ) e Erika Kokay (PT-DF), visando ampliar direitos específicos de travestis e transexuais. Além destas pautas citadas, temos a

assinatura do decreto nº 8727 reconhecendo o uso de nome social de travestis e transexuais na administração pública federal e a deliberação do termo “LGBTfobia” em substituição ao termo homofobia, englobando todas as formas de violência com as diversas expressões de sexualidades e gêneros.

Eis que em 2016, o país se deparou com o impedimento ilegítimo da Presidenta Dilma, chamado por Golpe de 2016, que desmotivou e estremeceu a participação e ações do Movimento LGBTQIA+ na luta por suas demandas, tendo em vista o início de movimentos reacionários e refratários do novo Governo Federal de Michel Temer em relação ao estabelecimento à garantia de direitos, políticas públicas e participação social concernentes ao segmento LGBTQIA+. Conforme Feitosa (2018), em setembro de 2016 aconteceu o I Seminário Nacional de Controle Social e Políticas Públicas LGBT, organizado pelo Conselho Nacional LGBT, com o objetivo de refletir acerca dos obstáculos e limitações da participação social no atual cenário. Já neste Seminário, algumas entidades do Conselho Nacional LGBT se desligaram da interlocução governamental, como por exemplo, a Central de Movimentos Populares (CMP) e a ABGLT. Outras instituições participativas também pararam com suas ações, como é o caso do Comitê Técnico de Cultura LGBT do Ministério da Cultura.

Com tamanhas incertezas, desmotivação e negação de legitimização de direitos, os movimentos sociais, e também o Movimento LGBTQIA+, estão enfraquecidos e se questionam acerca de sua participação social (em específico esse segmento em questão) e se os espaços para tais ações, como o CNCD e as Conferências Nacionais, serão mantidos e terão espaço para que a luta por direitos continue. Tais preocupações do Movimento LGBTQIA+ e seus ativistas só cresceram com o resultado das eleições presidenciais de 2018, que elegeu o Deputado Federal Jair Messias Bolsonaro (Partido Social Liberal-PSL) para comandar o país de 2019 a 2022. Mas não somente os movimentos sociais e o Movimento LGBTQIA+ estão ameaçados, mas também uma vasta gama de políticas públicas que garantem direitos básicos às/aos cidadãs/cidadãos. A seguir, discorreremos sobre algumas considerações em relação aos direitos humanos e às políticas públicas diante do atual Governo Federal.

1.4. Atual cenário político-econômico brasileiro e o impacto nos direitos humanos e nos Movimentos LGBTQIA+

*Amanhã há de ser
Outro dia...
Hoje você é quem manda
Falou, tá falado
Não tem discussão, não
A minha gente hoje anda
Falando de lado
E olhando pro chão, viu.*

(Trecho da música: Apesar de você - Chico Buarque)

Diante de ameaças de desmonte de diversas políticas públicas que garantem direitos às/aos cidadãs/cidadãos, englobando também os LGBTQIA+, resultado da atual administração do Governo Federal, é necessário fomentar uma discussão baseada na criticidade, em concordância com a realidade política-econômica-social do Brasil, como forma de impulsionar nossa luta em defesa desses direitos, da participação dos movimentos sociais e pela liberdade dessa população de se garantir enquanto existência.

Faz-se necessário relembrar o dever, enquanto cidadãs/cidadãos e, particularmente, profissionais da área da Psicologia, de basearmos nossas ações e lutas de acordo aos parâmetros que nos propõe o III Princípio fundamental do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005), onde diz que “O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural”.

Neste cenário, há a iminente ameaça de esvaziamento e banimento de políticas públicas sociais, incluindo o SUS, que é uma das maiores políticas nacionais de reconhecimento e garantia de direitos. Tal movimento está sendo

impulsionado pelo nosso atual Governos Federal, que também já excluiu sete pastas ministeriais, dentre elas: Transportes, Portos e Aviação Civil; Indústria, Comércio Exterior e Serviços; Esporte; Cidades; Cultura; Trabalho e Segurança Pública (CRP, 2018).

Esse é apenas um exemplo da afetação de um governo mais conservador em relação aos direitos humanos e sua repercussão em ações públicas. Sendo assim, a população LGBTQIA+ teme por cenários obscuros em relação à sua segurança e aos seus direitos básicos. Utilizaremos, aqui, o SUS como exemplificação da atual ameaça vivenciada. Como já vimos anteriormente, o SUS foi concebido em meio à luta pela redemocratização do país na época da Ditadura Militar, através de um processo de construção social amplo, onde a “saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), baseados na Constituição Federal. Pois bem, esse direito está ameaçado! O processo de desmonte do SUS é um reflexo da inversão dessa lógica a qual o Estado é o principal responsável de disponibilizar e fomentar instrumentos legais e aparatos públicos para a prevenção e promoção de saúde. Atualmente, os interesses caminham para a implantação de um Estado mínimo, com interesses capitalistas, onde a saúde passa a ser um produto comercializado pela iniciativa privada (convênios). Empresas essas que lucram com a precarização das políticas públicas e regulam cada vez mais na responsabilização do Estado na garantia de saúde da população (CRP, 2018).

Sim, a democracia, a participação social, os direitos humanos, a luta dos movimentos sociais e a garantia por direitos da população LGBTQIA+ estão à margem das prioridades do Governo Federal. O presente momento torna-se preocupante, uma vez que vemos e ouvimos discursos de intolerância e ódio enaltecidos e propagados por muitos governantes através de falas que propagam exclusão, violência, desigualdades e opressões (CRP, 2018).

Para maior compreensão do atual momento político-social em que o Brasil se encontra, é necessário estendermos esse olhar ao cenário internacional e a nossa história enquanto colonizados para compreendermos o momento político do Brasil. Desde 2008 estamos atravessando uma crise econômica mundial, que veio juntamente à uma crise política e também à uma crise social. Já historicamente, o

Brasil é um país que foi colonizado com bases em desigualdades, ódio, racismo, genocídio. Podemos observar que, infelizmente, ainda sucumbimos à essas heranças. Na eleição presidencial brasileira de 2018, observa-se, com frequência, que o discurso de ódio propagado de forma aberta e clara nas ruas, praças, escolas, mídias, entre outros (CRP, 2018-19). Segundo a revista Psi, do Conselho Regional de Psicologia SP: “Por todo o Brasil e em diferentes níveis se sente o clima de tensão política que teve as recentes eleições como a ponta *o iceberg*” (CRP, 2018-19, p. 22).

Neste movimento de desmonte e desarticulação das ações voltadas à garantia de direitos, os fascismos e microfascismos se instauram nas relações diante das movimentações acerca das políticas públicas, roubando nosso direito a ser, a desejar, a ter voz e decidir sobre nossos modos de relacionamentos com as diversas manifestações de sexualidades e existências. Sendo assim, o fascismo se caracteriza pelo “esvaziamento da subjetividade” e “se lançam nas ideias mais fáceis de aderir” (TIBURI, 2016).

Em relação aos direitos humanos, pode-se observar que no *site* do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, encontramos seu Regimento Interno, publicado no Diário Oficial pela Portaria nº 306, de 18 de setembro de 2018. Este Regimento continua como diretriz para o atual Ministério, sendo um documento o qual constam as normas de organização, secretarias e competências a serem seguidas, especificando onde serão distribuídas suas ações. Inicialmente neste documento, observa-se que o item “Categoria e Competência” conforme segue:

Art. 1º O Ministério dos Direitos Humanos, órgão da administração pública federal direta, tem como área de competência os seguintes assuntos: I - formulação, coordenação e execução de políticas e diretrizes voltadas à promoção dos direitos humanos, incluídos: a) direitos da cidadania; b) direitos da criança e do adolescente; c) direitos do idoso; d) direitos da pessoa com deficiência; e) direitos da população negra; f) direitos das mulheres; g) direitos dos migrantes; h) direitos dos povos tradicionais; e i) direitos da população em vulnerabilidade social; II - articulação de iniciativas e apoio a projetos voltados à proteção, à promoção e à educação dos direitos humanos; III - promoção da integração social das pessoas com deficiência; IV - exercício da função de ouvidoria nacional em assuntos relativos aos direitos humanos, da cidadania, da criança e do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência, da população negra e das mulheres; V - formulação, coordenação, definição de diretrizes e articulação de políticas

para a promoção da igualdade racial, com ênfase na população negra, afetados por discriminação racial e demais formas de intolerância; VI - combate à discriminação racial e étnica; VII - formulação, coordenação, definição de diretrizes e articulação de políticas para a promoção do respeito às pessoas idosas; e VIII - formulação, coordenação, definição de diretrizes e articulação de políticas públicas para as mulheres, incluídas as atividades antidiscriminatórias e voltadas à promoção da igualdade entre homens e mulheres. (REGIMENTO INTERNO DO MDH, 2018).

Diante disso, constata-se que a população LGBTQIA+ não está contemplada como um dos públicos a serem prioritários nas ações políticas, uma vez que não há sua demarcação documental e oficial como competências do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Em junho de 2019, através do Decreto 9.759/2019, muitos Conselhos foram extintos, dentre eles o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT (CNCD/LGBT). Na atual conjuntura deste Ministério, a população LGBTQIA+ não tem local oficializado de luta ou garantia de direitos humanos básicos. Segundo Decreto 9.673, de 2 janeiro de 2019, que instaura o Organograma do referido Ministério, temos as Secretarias Nacionais relacionadas às temáticas: Políticas para mulheres; para a família; direitos da criança e do adolescente; da juventude; políticas de promoção da igualdade racial; proteção global; direitos da pessoa com deficiência; promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa. Abaixo das Secretarias, encontram-se os Conselhos Nacionais, os quais repetidamente não encontramos a população LGBTQIA+ elencada (MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS, 2019). Sendo assim, essa população não tem alguma expectativa e/ou garantia política de que seus direitos serão tidos como focos de ações de iniciativa governamental, elaborando políticas que garantam ações voltadas à garantia de seus direitos.

A defesa da garantia dos direitos humanos e direitos à cidadania, no Brasil, não deve ser ameaçada por qualquer tipo de posicionamento político e/ou partidária das/os governantes. Vê-se um movimento de tentativa de desarticulação desses direitos, principalmente das classes tidas como minorias, diante de falas, posicionamentos, Plano de Governo do atual presidente, que não contempla essa temática, e do MMFDH, que não inclui uma Secretaria ou Coordenadoria com a temática LGBTQIA+ em seu Organograma. Nossa luta continua...

*Apesar de você
 Amanhã há de ser outro dia
 Você vai ter que ver
 A manhã renascer
 E esbanjar poesia
 Como vai se explicar
 Vendo o céu clarear
 De repente, impunemente
 Como vai abafar
 Nosso coro a cantar
 Na sua frente.*

(Trecho da música: Apesar de você - Chico Buarque)

2. Enfrentamento 02 – Políticas Públicas e Saúde LGBTQIA+

Dívida Eterna

*Minha vida
 É uma luta política
 Sobrevivi com pouca de vida
 Que foi deixada pra garantir o capitalismo*

*Metade da vida roubada
 Por uma ciência falsa
 Que não se preocupa com nossa identidade
 Disfarça no sofrimento uma desigual igualdade*

*Aos negros e negras
 Lhes devem a alma
 Séculos de patriarcado
 Não nos pagam nunca
 Aumentam apenas nosso ódio*

*As minhas irmãs e irmãos
 Sem identidade e corpos saudáveis
 O futuro é lindo, porque deixará no passado*

*O gosto amargo do transfeminicídio
Do infinito labirinto
Que esconde a mais linda flor
Que no caminho broxou
Por não ter padrão*

*Dívida permanente
A morte não é recompensa
Na guerra entre as classes
Seremos a linha de frente
É um campo de batalha
Todos os dias nosso ódio reacende
Contra o Estado e a polícia
Somos conscientes*

Virgínia Guitzel¹⁴

2.1. Biopolítica e Governamentalidade: produções e efeitos nas Políticas Públicas

Neste momento, iniciarei uma abordagem sobre a relação entre Biopolítica e Governamentalidade – temas explanados pelo filósofo Michel Foucault - seus efeitos e produções na discussão das políticas públicas, incluindo políticas públicas de saúde, como dispositivos que estão interligados a tais temáticas. Segundo Pelbart (2003), a o conceito de biopolítica foi utilizado pela primeira vez por Foucault na Conferência “O nascimento da Medicina Social”. realizada no Rio de Janeiro, em 1974. Esta conferência tinha como principal objetivo discutir o decorrer da história da medicina e indagar se esta sempre foi social, coletiva e não centralizada e singularizada no indivíduo. A Medicina Moderna surgiu no século XVIII e era caracterizada como uma prática social que possuía a tecnologia do corpo, tendo apenas o foco no individual, que valorizaria essa relação médico-doente. Sendo assim, Foucault aposta na hipótese de que o capitalismo, em vez de ter

¹⁴ Virgínia Guitzel é brasileira, travesti e militante da juventude Faísca - Anticapitalista e Revolucionária. Poema disponível em: www.esquerdadiario.com.br.

transformado a medicina coletiva em privada, fez exatamente o contrário. Ocorreu, então, a socialização da medicina, pois o corpo tornou-se força de produção, força de trabalho, existindo o interesse, sobretudo, de controlar a sociedade através do sujeito, investindo-se primeiro no âmbito biológico, somático e corporal para, só adiante, controlar as consciências e ideologias.

Segundo Foucault (1979), há três etapas da formação da medicina social: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho. A medicina de Estado, datada do começo do século XVIII na Alemanha, período em que se forma a ciência do Estado, o qual se torna objeto de estudo e conhecimento. Com o rápido desenvolvimento da ciência do Estado, surge a necessidade de elaboração de inquéritos sobre os recursos e o funcionamento dos estados que compunham a Alemanha, que ainda encontrava-se dividida, com intenso clima de conflitos. Com o mercantilismo tomando conta da prática econômica e social da época e para melhorar o controle da produção e da quantidade de população ativa é desenvolvida a política médica de Estado, com maior rigor na observação da morbidade, solicitando a quantidade de médicos e hospitais em diversos locais da Alemanha, além do registro dos diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos. Conforme Pontes (2007), outros processos vieram através dessa política: a organização do saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação central e integral de vários médicos numa nova organização estatal. Essa medicina de Estado não tinha o foco em garantir a força de trabalho, mas sua principal atenção era no corpo dos indivíduos enquanto força do Estado, propondo-se a ser a mais estatizada e coletivizada da época.

Essa medicina de Estado que aparece de maneira bastante precoce, antes mesmo da formação da grande medicina científica de Morgani e Bichat, não tem, de modo algum, por objeto a formação de uma força de trabalho adaptada às necessidades das indústrias que se desenvolviam neste momento. Não é o corpo que trabalha, o corpo do proletário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos, certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos. E essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver. (FOUCAULT, 1979, p.108-109).

A segunda etapa da formação da medicina moderna se dá com a medicina urbana, em meados do século XVIII, na França. Com seus métodos de vigilância e criação de um poder político para esquadrihar/controlar a população, ela nada mais é que um “aperfeiçoamento do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII”. (FOUCAULT, 1979, p. 115). Com seus múltiplos territórios heterogêneos, a vigilância e o controle da circulação de coisas (especialmente, pela água e pelo ar) se consolidam, espalhando a idéia do medo de contaminações como a lepra, que fomenta a exclusão de corpos em relação a outros tidos como saudáveis e a peste, com o maior controle nas cidades. (FOUCAULT, 1979). Neste ponto, observa-se a exclusão e reclusão de indivíduos em razão de uma questão relacionada à saúde, marginalizando-os do convívio com os demais e com a sociedade. E, ainda podemos encontrar tais movimentações nos dias atuais!

Por fim, a última a ser comentada é a medicina da força de trabalho, na Inglaterra durante a segunda metade do século XIX. Para Foucault,

A medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último. Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização. (FOUCAULT, 1979, p. 120).

Com foco nos pobres e trabalhadores, que constituem a grande força de trabalho no Desenvolvimento Industrial, este momento é propício para colocar essas pessoas como ameaças de perigo para a saúde da população. Tal idéia foi embasada num respaldo político, pois a população tinha força necessária para participação em revoltas e pelo aparecimento da cólera de 1832, que fez crer no perigo de suas presenças na cidade, culminando na divisão do espaço urbano em bairros de pessoas ricas e bairros de gente pobre. Então, a medicina na Inglaterra era um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas, que suscitou grande revolta entre a população e resistência popular na Inglaterra, bem como já acontecia em outros países. Dentre as três, essa medicina foi a que mais vingou pois

relacionou a assistência médica ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e o esquadramento geral da saúde pública. (PELBART, 2003).

Já em 76, Foucault fala sobre o conceito de biopolítica no último capítulo da obra “História da sexualidade I: A vontade de saber” e em uma aula publicada com o nome “Em defesa da sociedade”, situando-o dentro de uma estratégia mais ampla chamada de biopoder. Com tal elucidação, Foucault entende que o poder não está situado numa estrutura dada, posse ou instituição (principalmente o Estado), mas é um poder como potência relacional capaz de suscitar e produzir objetos e verdades, ou seja, o poder “é o nome que atribuímos para uma situação estratégica complexa numa sociedade dada” (Foucault, 1976, p. 123). O Estado não é o ponto inicial da constituição das relações de poder, mas é considerado somente mais uma das formas terminais da sedimentação entre as forças microfísicas que engendram esse processo. (CANDIOTTO, 2010).

O biopoder está relacionado com o poder de soberania, apontando sua relação intrínseca com a vida e a morte Enquanto no poder de soberania (datado entre o final do século XVII e início do século XVIII) o soberano decide qual súdito vai morrer e, conseqüentemente, tem o poder de decidir quem ele deixa viver; no biopoder, inverte-se a lógica e o que está em decisão é quem faz viver e quem deixa morrer. Com isso, na soberania, o súdito deve sua morte ao soberano, mais que sua própria vida! No poder absoluto da soberania temos a centralidade na morte, como mecanismo de retirada, de extorsão, de extração de bens, vidas, corpos e sangues, exercendo um poder negativo sobre a vida. Entretanto, foi observado, ainda no poder da soberania, que a morte representa a perda de seu aspecto de relações de poder do soberano com seu súdito, pois nela consiste o momento no qual essa pessoa escapa a qualquer poder. Sendo assim, esse poder de decisão sobre quem vai morrer passa para o movimento de fazer viver, tornando a morte um acontecimento sem importância. (PELBART, 2003).

Na época clássica, com essa transferência no regime geral do poder, enaltecendo o fazer viver e deixar morrer, o poder passa a se apoiar não mais na extração, mas no poder de incitação, reforço, controle, vigilância e otimização das forças que ele submete. Neste regime centralizado na vida, quando a morte é

exigida, tem-se a justificativa de defender e salvar outras vidas como, é o caso, das guerras, que não são mais em nome de um soberano ou para defender a soberania de um Estado, mas para proteger a existência e garantir a sobrevivência de uma população, alçada na estratégia do Estado, concretizando a lógica biológica. “É o discurso da vida, da sobrevida, da sobrevivência.” (PELBART, 2003, p. 02).

Para Foucault (*apud* Pelbart, 2003), o fazer viver é característico do “biopoder”, que se reveste de duas formas principais: a disciplina e a biopolítica. A disciplina (analisada em *Vigiar e Punir*) é datada do século XVII e consiste no adestramento, docilização de corpos, otimização de forças e integração em sistemas de controle, sendo inserida nas escolas, hospitais, fábricas, entre outros, sempre focada no homem-corpo e em sua multiplicidade como indivíduos sujeitos à vigilância. A biopolítica, surge no século XVIII e baseia-se na gestão da vida sobre a população, como espécie e não somente como população, a qual está centrada não mais no corpo-máquina mas no corpo-espécie e no suporte de processos biológicos que envolvem modos de controle sobre a população, agora como massa global.

Daí uma tecnologia de dupla face a caracterizar o biopoder, por um lado as disciplinas, as regulações, a anátomo-política do corpo, por outro a biopolítica da população, a espécie, as performances do corpo, os processos da vida – é o modo que tem o poder de investir a vida de ponta a ponta. Ao lado do sujeitamento dos corpos através das escolas, colégios, casernas, ateliês, surgem os problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação, imigração. Ainda separados no início, a disciplinarização dos corpos e a regulação da população acabam confluindo (PELBART, 2003, p. 03).

Sendo assim, temos situado a biopolítica como um mecanismo muito bem engendrado que exerce seu poder sobre os corpos e dita quais corpos são passíveis de viver e quais vidas valem a pena serem vividas. Foucault apresenta que para uma sociedade capitalista, é o biopolítico que importava antes de tudo, o biológico, o somático, o corporal. O corpo é uma realidade biopolítica e a medicina é uma estratégia biopolítica (PELBART, 2003). Portanto, o corpo torna-se uma realidade biopolítica e a Medicina é uma estratégia que serviu e serve para o controle deste corpo. (FOUCAULT, 1979 *apud* PONTES, 2007).

Se formos nos respaldar por conceitos que dêem aparato para ampliarmos nossa análise sobre como os corpos, vida, morte e processos de saúde são atravessados e disciplinarizados, podemos também nos aproximar do conceito de governamentalidade e, junto ao biopoder – e biopolítica – endossar uma discussão mais voltada à produção desses processos e como esta apresenta um caráter produtor de subjetividades e relações.

Foucault, em seu curso no Collège de France, realizado em 1978 e publicado em 1979, abordou a relação entre segurança, povo e governo, avançando na explanação do conceito de governamentalidade, tão importante para a compreensão de como se dão os modos de governo do outro e governo de si. No final do século XVI e início do século XVII, houve grande mudança no modo de governar, a qual não se baseia mais nos moldes herdados pela Idade Média, com seus princípios ligados às virtudes morais tradicionais (sabedoria, justiça, respeito a Deus), à prudência e à reflexão, que denotam à soberania. Mas passam para a arte de governar a partir da racionalidade como base e princípio, isto é, a governamentalidade racional do Estado.

Para percorrermos o processo genealógico desta análise conceitual, o filósofo inicia comentando que na Idade Média existiam tratados que aconselhavam o príncipe sobre maneiras de se comportar, de exercer o poder, de ser aceito pelos súditos, de introduzir o respeito a lei de Deus, entre outros direcionamentos a serem seguidos. A partir do século XVI até o final do século XVII, há vários tratados que apresentam mais o intuito de conselhos, tampouco de ciência de política, mas como arte de governar. Mas, no século XVI, a superação do sistema feudal, o processo de instauração dos grandes Estados territoriais, administrativos, coloniais e a Reforma, seguida da Contra-Reforma impulsionaram o problema relacionado ao governo, com questionamentos de como se deveria governar e ser governado, até que ponto, quais métodos e objetivos. Esse movimento apresentava diversas questões que envolviam o problema do governo das almas e das condutas (tema da pastoral católica e protestante); problema do governo das crianças (problemática relacionada à pedagogia, que surge no século XVI); problemas do governo de si mesmo e problemas do governo dos Estados pelos príncipes.

Não basta somente entendermos o ato de governar, é preciso nos aprofundar na definição do que se entende por governo. Para isso, Foucault utiliza-se da obra *O Príncipe*, de Maquiavel que foi tão reverenciada por seus contemporâneos, bem no contexto onde desaparece toda a literatura da arte de governar; mas também tão rejeitada por outros, com a volumosa literatura anti-Maquiavel. Neste contexto, Foucault argumenta que temos uma espécie de retrato negativo do pensamento de Maquiavel, um Maquiavel adverso. Na obra, o príncipe é caracterizado por uma relação de singularidade, exterioridade em relação a seu principado pois o recebe por herança/aquisição, mas não faz parte dele; sendo que os laços que unem o principado a esse príncipe são marcados por violência e tradição, sem nenhuma ligação fundamental, essencial e jurídica. São laços sintéticos. (FOUCAULT, 1979). Sendo essa uma relação de exterioridade, ela apresenta fragilidade em se constituir e sempre estará ameaçada por inimigos externos - que possam querer conquistar seu principado – como por inimigos internos, que podem não aceitar seu governo. Sendo assim, o exercício do poder será manter e proteger o principado, que não mais se constitui como junção de súditos e território, mas como relação do príncipe com o que ele possui, com o território conquistado e com os súditos. É na relação que o exercício do poder se produz. Sendo assim, Foucault (1979) diz que a obra de Maquiavel é “um tratado da habilidade do príncipe em conservar seu principado e é isto que a literatura anti-Maquiavel quer substituir por uma arte de governar. Ser hábil em conservar seu principado não é de modo algum possuir a arte de governar.” (FOUCAULT, 1979, p. 164).

Foucault (1979) também utiliza-se da leitura e diálogo da obra *Miroir politique contenant diverses manières de gouverner*, de Guillaume de La Perrière, para avançar no que é a arte de governar e sobre a figura do governante. No príncipe de Maquiavel, encontramos a figura do governante em posição de exterioridade ao seu principado pois não faz parte deste; o conquistou por herança ou tradição. Por outro lado temos a importante implicação política da arte de governar de outras formas: um pai de família pode governar uma casa, o superior pode governar um convento, o pedagogo pode governar uma sala de aula, entre outros. Com tal explanação, a categoria do príncipe governando um Estado é apenas uma das definições possíveis

relacionados a governanças que, com todos esses modos de governos possíveis e pluralidade de práticas de governos, se tornam opostas à forma singular e transcendental do príncipe de Maquiavel.

Neste sentido, La Mothe Le Vayer (*apud* Foucault, 1979) define três tipos de governo: “O governo de si mesmo, que diz respeito à moral; a arte de governar adequadamente uma família, que diz respeito à economia; a ciência de bem governar o Estado, que diz respeito à política.” (FOUCAULT, 1979, p. 165). Mesmo com essa tipologia, a arte de governar apresenta uma continuidade essencial entre elas. Segundo Foucault:

Enquanto a doutrina do príncipe ou a teoria jurídica do soberano procura incessantemente marcar uma descontinuidade entre o poder do príncipe e as outras formas de poder, as teorias da arte de governar procuram estabelecer uma continuidade, ascendente e descendente. Continuidade ascendente no sentido em que aquele que quer poder governar o Estado deve primeiro saber se governar, governar sua família, seus bens, seu patrimônio. (...) Continuidade descendente no sentido em que, quando o Estado é bem governado, os pais de família sabem como governar suas famílias, seus bens, seu patrimônio e por sua vez os indivíduos se comportam como devem. E esta linha descendente, que faz repercutir na conduta dos indivíduos e na gestão da família o bom governo do Estado, que nesta época se começa a chamar de polícia. A pedagogia do príncipe assegura a continuidade ascendente da forma de governo; a polícia, a continuidade descendente. E nos dois casos o elemento central desta continuidade é o governo da família, que se chama de economia. (FOUCAULT, 1979, p. 165).

Juntamente com tais definições, Foucault fala que o elemento principal tanto do principado de Maquiavel como da soberania jurídica do soberano é o território. Ao contrário disso, Foucault (1979) reforça a idéia de que a definição de governo não está presa a territorialidades, mas governa-se um conjunto de homens e suas relações com coisas: riquezas, meios de subsistência, recursos, clima, seca, o território em suas fronteiras, costumes, hábitos, formas de agir e pensar, desgraças, fome, epidemias, miséria. O essencial são as relações e seus objetivos. Portanto, o governo tem finalidade, um bem comum e neste ponto também se opõe a soberania. Na verdade, na soberania a única finalidade que visa o que era tido como bem comum é a obediência à lei: seja ela do soberano ou divina.

Através dessas proposições de Foucault, ancoradas pelos conceitos de governo de Guillaume de La Perrière que acabamos de percorrer, surge outro tipo de finalidade ao governo: “O governo é definido como uma maneira correta de dispor as coisas para conduzi-las não ao bem comum, como diziam os textos dos juristas, mas a um objetivo adequado a cada uma das coisas a governar” (FOUCAULT, 1979, p. 167). Com isso, podemos afirmar que há uma pluralidade de fins específicos que são os próprios objetivos do governo e para alcançá-los é necessário dispor as coisas e não impô-las, como na soberania. Dispor mais táticas que leis ou utilizar as leis como táticas para obtenção destes fins.

Isto assinala uma ruptura importante: enquanto a finalidade da soberania é ela mesma, e seus instrumentos têm a forma de lei, a finalidade do governo está nas coisas que ele dirige, deve ser procurada na perfeição, na intensificação dos processos que ele dirige e os instrumentos do governo, em vez de serem constituídos por leis, são táticas diversas. Na perspectiva do governo, a lei não é certamente o instrumento principal e este é um tema freqüente nos séculos XVII e XVIII que aparece nos textos dos economistas e dos fisiocratas, quando explicam que não é certamente através da lei que se pode atingir os fins do governo. (FOUCAULT, 1979, p. 167).

E, por fim, Foucault utiliza-se da quarta observação de La Perrière sobre governo e comenta que um bom governante deve ser paciente e não utilizar da cólera ou de espadas; “não é o direito de matar, não é o direito de fazer prevalecer sua força que deve ser essencial a seu personagem.” (FOUCAULT, 1979, p. 167). Na falta da cólera, utiliza-se de sabedoria, isto é, o conhecimento dos objetivos a atingir e dos meios para tal; e diligência, que faz com que o governante exerça seu governo agindo a serviços dos governados. Neste sentido, o ato de governar não se estabelece com relações de força bruta, coercitiva ou imposta segundo a vontade dos governantes, mas de forma comunitária, a serviço de seus governados e de suas demandas.

A arte de governar não ficou somente no século XVI ou apenas relacionada às teorias políticas, mas também influenciou a aparecimento dos aparelhos de governo, desde o século XVI, bem como o conhecimento de Estado, no final do século XVI, que foi denominado como ciência do Estado. Portanto, a arte de governar encontra, no final do século XVI e início do século XVII, sua primeira forma

de cristalização ao ficar em torno do tema de uma razão de Estado, no sentido do Estado se governar segundo as regras racionais que lhe são próprias, sem utilizar das leis divinas ou naturais. Entretanto, pode-se dizer que esta razão de Estado criou um campo de obstáculos - que durou até no início do século XVIII – para a arte de governo, formulada no século XVI. Obstáculos estes que tem por base razões históricas, pois a arte de governar só poderia se desenvolver num período de expansão e não em momentos de grandes problemas políticos e econômicos, como era comumente visto no século XVII; e razões concernentes a chamada estrutura institucional e mental, uma vez que a arte de governo não teve seu desenvolvimento de forma autônoma enquanto a soberania ainda imperava. (FOUCAULT, 1979).

Segundo o filósofo, o desbloqueio da arte de governar se concretiza através de alguns processos: 1-Com a emergência do problema da população e da realidade de fenômenos próprios a ela, através da estatística, tem-se a percepção de que tais problemas apresentam suas próprias características e não mais tem a família como modelo de governo. É a partir da metade do século XVII que a família se constitui como elemento no interior da população e como instrumento fundamental, numa dimensão instrumental em relação à população, através de campanhas de vacinação, campanhas contra a mortalidade, entre outras; 2-A população surge como objetivo final do governo, para melhorar suas condições, aumentar sua riqueza, duração de saúde e de vida através das campanhas (instrumento já citado) e técnicas que permitem o aumento das taxas de natalidade. A população se torna um fim e não mais como força do soberano. O interesse individual e o interesse geral constituem o alvo do governo da população; 3-A população será o objeto o qual o governo levará em consideração em suas observações para governar efetivamente de modo racional e planejado.

Neste sentido, a arte de governo começou a tornar-se ciência política através da associação de um saber de governo com a idéia da economia – economia política – como ciência e intervenção do governo em relação aos diversos elementos da riqueza e da população.

Em suma, a passagem de uma arte de governo para uma ciência política, de um regime dominado pela estrutura da soberania para um regime dominado pelas técnicas de governo, ocorre no século XVIII em torno da população e, por conseguinte, em torno do nascimento da economia política. (FOUCAULT, 1979, p. 170).

Diante desse compilado de dados históricos e genealogia dos acontecimentos acerca da soberania e emergência de uma nova arte de governo, Foucault (1979) enfatiza que a soberania não deixou de existir, nem mesmo a disciplina foi eliminada, mas continuam a endossar as estruturas de governo. Principalmente a disciplina, que foi muito valorizada a partir do momento em que começou a se gerir uma população.

A idéia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. Devemos compreender as coisas não em termos de substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade disciplinar e desta por uma sociedade de governo. Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais. (FOUCAULT, 1979, p. 171).

Foucault introduz o conceito de governamentalidade como objeto de estudo das formas de governar, que surgiu desde o século XVIII - contemporânea à arte de governo -, a partir da pastoral cristã, se embasou em uma técnica diplomático-militar e se consolidou graças a instrumentos particulares. “Pastoral, novas técnicas diplomático-militares e finalmente a polícia: eis os três pontos de apoio a partir de que se pôde produzir este fenômeno fundamental na história do Ocidente: a governamentalização do Estado. (FOUCAULT, 1979, p. 172). Vivemos na era da governamentalidade; uma governamentalização do Estado, ou seja, um fenômeno que permitiu ao Estado sobreviver diante das táticas gerais da governamentalidade que permitem dizer o que compete ao Estado ou não, o que é estatal ou não. “Se o Estado é hoje o que é, é graças a esta governamentalidade. (FOUCAULT, 1979, p. 172).

Sendo assim, temos duas idéias de governamentalidade: a primeira que implica a análise de formas da razão, de procedimentos técnicos e de

instrumentalização, ou seja, a governamentalidade política, com um domínio definido por:

1- o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança; 2- a tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros – soberania, disciplina, etc. – e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes; 3- resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado. (FOUCAULT, 1979, p. 172).

Já a segunda idéia, aborda o conceito de Foucault sobre governamentalidade como “o encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si.” (FOUCAULT, 2001, 1604). A noção foucaultiana do estudo da governamentalidade precisa considerar ambas as relações: o governo entre sujeitos e o governo em relação a si mesmo. O governo como relação entre sujeitos é um conjunto de ações sobre um campo de possibilidade de atuar sobre um ou vários sujeitos atuantes. Seu objeto torna-se a conduta dos indivíduos ou grupos, se configurando como uma ação sobre ações, ou seja, agir sobre ações de alguém. Já o governo de si consiste na relação de estabelecida consigo mesmo de dominação de prazeres/desejos/vontades, agir sobre sua própria conduta. (CASTRO, 2016).

Conforme RAVEL (2005), temos a complementariedade dos conceitos de governamentalidade e biopolítica pois ambas engendram um processo de compreensão dos modos de governar a população, não mais como soma de sujeitos num dado território, mas como objeto construído pela gestão política global da vida dos indivíduos. Entretanto, essa biopolítica não engloba somente a gestão da população, mas um controle das estratégias que os indivíduos podem ter em relação a eles mesmos e aos outros, conforme já falamos anteriormente.

Diante do surgimento da governamentalidade, Revel (2005) marca a importância de citar que ter a governamentalidade racional como base não significa suspender e alterar todas as leis e regras pré-existentes, mas é compreender que há

uma “nova matriz de racionalidade, que não está mais ligada à idéia do soberano de justiça e nem com o modelo maquiavélico do Príncipe.” (REVEL, 2005, p. 54). É outro modo de governar.

Ao analisarmos o campo da governamentalidade relacionado à saúde, Rosa & Puzio (2013) analisam que a saúde pública se tornou um dos principais campos de ação e efeitos da governamentalidade moderna a partir da passagem das sociedades disciplinares para as sociedades de normalização, por volta de 1940 na Inglaterra, com o Plano Beveridge, servindo de modelo à organização da saúde coletiva, em um momento posterior a Segunda Guerra Mundial. Com isso, a busca pelos ideais de saúde e bem-estar passaram a se tornar “*slogans* de uma nova dinâmica das relações de poder entre o Estado e a sociedade, onde a medicina interviria sobre os indivíduos e a população não fundamentada em leis especificamente, mas em normas sobre o corpo.” (ROSA & PUZIO, 2013, p.29). Neste sentido, Foucault (2008) fala que o modelo de governamentalidade passou os aspectos do campo econômico para o social o modelo do *homo oeconomicus*, caracterizando o empreendedorismo de si mesmo.

Sabendo que o governo de si ganha destaque através da governamentalidade, bem como o corpo - e a vida - torna-se impulsor de disciplinarizações e campo de ação da biopolítica, podemos pensar na importância destes corpos e de suas expressões de sexualidades para a produção e manutenção desses engendramentos. Em seu trabalho sobre a biopolítica, Pelbart (2003) fala da discussão feita por Foucault relacionando como a sexualidade encontra-se no entrecruzamento entre os dois eixos da tecnologia política da vida: indivíduo e espécie, no seu adestramento e regulação de corpos e população. Fala, ainda, que o que correspondia a sociedade do sangue, na soberania, agora corresponde a sociedade do sexo, no biopoder. Claramente, observa-se – também atualmente - que é através do sexo que o biopoder, englobando o dispositivo da biopolítica, exerce o controle sobre a vida e os corpos, o poder sobre massas e sobre seus modos de funcionar, expressar, relacionar!

Outro aspecto necessário para o avanço da discussão, bem como para endossarmos este trabalho, é analisarmos a relação da vida, no viés do biopoder, e

sua relação com a política. Quando ampliada a discussão acerca da biopolítica, Foucault (*apud* PELBART, 2003) fala sobre como a vida entrou na história e como se deu essa problemática junção. Com isso, a vida e a espécie passam a ser objetos de saber e de intervenção. Os fenômenos da espécie humana entram na ordem do poder e do saber, caracterizados num campo de forças que estabelecem técnicas políticas, ou seja, “a espécie torna-se a grande variável nas próprias estratégias políticas”. (PELBART, 2003, p. 04).

A seguir, serão percorridos alguns pontos que pretendem relacionar os temas apresentados até aqui como pista para uma maior compreensão do nosso cenário de políticas públicas de saúde, especificamente da população LGBTQIA+, seus corpos, vivências e sexualidades.

2.2. Contextualizando o Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS caracteriza-se como sistema público de saúde do Brasil, instituído no final dos anos 80 através da luta por uma saúde equânime, integral e que abrangesse as necessidades e demandas de saúde de toda a população. Para melhor compreensão a respeito da criação do SUS, é necessário saber que este foi constituído através da movimentação de várias organizações públicas e privadas em diferentes períodos históricos.

Segundo Paim *et al.* (2011), no início do século XX tivemos o aparecimento de muitas campanhas com moldes parecidos aos militares, implementando atividades de saúde pública. Esses traços militares de autoritarismo nessas campanhas fomentaram a Revolta da Vacina (1904), com grande resistência a vacinação obrigatória contra a varíola, na época sancionada por Oswaldo Cruz (que na época era Diretor Geral de Saúde Pública). Nas décadas de 20 e 30, a intervenção do Estado na área social foi efetivada e os direitos civis e sociais foram vinculados a posição social no mercado de trabalho. Durante o governo de Vargas (1930-45) e dos militares, houve grande crescimento do movimento sindical e, também através dessa luta sindical, o sistema de proteção social se expandiu –

tornando-se desigual – além da gestão do sistema ser realizada sem nenhuma participação da sociedade. Essa expansão de ações sociais resultou na criação do Ministério do trabalho, Indústria e Comércio (em 1930) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) através do financiamento tripartite entre Estado, empregador e empregado, ligados às classes trabalhadoras. Já o sistema de saúde era composto por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social. Com o acometimento do golpe militar de 64, reformas governamentais impulsionam a expansão de um sistema de saúde privatizado. Entre os anos 70 e 74, o governo federal investiu recursos financeiros para a reforma e construção de hospitais privados, ocasionando que a oferta da saúde ficou a cargo dos sindicatos e as instituições filantrópicas entraram nesse processo, oferecendo assistência em saúde para trabalhadores rurais. Também temos, neste período, a expansão dos planos privados de assistência à saúde através da substituição dos subsídios que eram oferecidos às empresas para a assistência médica aos seus empregados por descontos no imposto de renda.

O setor de saúde no Brasil precisava de uma reforma, mas esta aconteceu de forma muito diferente em comparação a outros países, que questionavam a manutenção do bem-estar social. No Brasil, a proposta de uma reforma teve seu início nos anos 70 e foi estruturada em meio ao processo de luta pela redemocratização, pela iniciativa de diversos setores da sociedade (que englobava movimentos de base até a classe média e sindicatos). Esse movimento defendia a saúde como uma questão social e política, e não mais como exclusivamente ligada ao biológico e que só seria resolvida com os serviços médicos. Muitos profissionais da saúde, professores de saúde pública e pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência se juntaram na luta dos movimentos de base e sindicatos. Em 1976, foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fato que ajudou a organizar o movimento da reforma sanitária e deu forças à formação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, ambas servindo como aparato institucional das reformas. Então, o movimento da reforma sanitária ganhou corpo e juntou forças com parlamentares progressistas, gestores de saúde municipal e outros movimentos

sociais. A partir de 1979, foram realizadas reuniões de gestores e técnicos municipais e no ano seguinte, constitui-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (PAIM *et al.*, 2011).

Um dos marcos do Movimento da Reforma Sanitária é evidenciado pela grande adesão de diferentes grupos de pessoas, com diversos objetivos e pela luta à diminuição das injustiças sociais e ela foi grande impulsionadora para a invenção e implementação do SUS e de outros direitos.

Esse Movimento pode ser entendido como um movimento social de novo tipo, pois foi se compondo como Bloco Político, em alguma medida, conseguindo agregar diferentes grupos de interesse, com distintas origens sociais, gêneros e etnias em torno de um projeto comum: direito à saúde, SUS e democracia. (CAMPOS, 2018, p. 1710).

Em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde que aprova o conceito da saúde como direito do cidadão e esboça os fundamentos que, posteriormente, serviriam como base para o SUS, baseando-se em estratégias que permitam a coordenação, integração e transferência de recursos entre instituições de saúde nos três níveis: municipal, estadual e federal. Na Assembleia Nacional Constituinte, que ocorreu em 1987-88, o movimento da reforma sanitária garantiram a aprovação da reforma, mesmo com grande oposição de parte do setor privado, que estava insatisfeito com sua possível perda caso fosse instaurada uma assistência à saúde de forma pública. (PAIM *et al.* 2011).

Mesmo diante da instabilidade econômica do país, da retração dos movimentos sociais e da proliferação da ideologia neoliberal, o SUS foi aprovado na Constituinte de 88, através da muita luta do movimento da reforma sanitária e foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei nº. 8.080/1990, a qual aponta diretrizes de operacionalização do atendimento público da saúde, bem como dispõe sobre a gestão participativa e controle social do Estado pela sociedade, pontos que foram novidades em uma lei relacionada à saúde, além de reforçar a idéia de que saúde é um direito de todos e dever do Estado. (CAMPOS, 2018). Ao longo das últimas três décadas, o Movimento se enfraqueceu em função da crescente predominância do trabalho dentro do Estado e pela crise de

representatividade dos partidos e movimentos sociais, mesmo os que apoiavam o SUS.

Um dos principais aspectos do SUS são os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), colocando a saúde não apenas no patamar físico ou fisiológico, mas levando em consideração aspectos sociais e psicológicos como fatores fundamentais para o bem-estar e qualidade de vida.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990, Artigo 3º).

Ao considerarmos os DSS, assumimos que nossa saúde é pautada também em critérios de cunho social e econômico os quais nos encontramos. Também podemos considerar como DDS os fatores econômicos, culturais, étnicos/raciais, de orientações sexuais e identidades de gêneros, psicológicos e comportamentais como atravessamentos que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como alimentação, educação, acesso a bens e serviços, moradia, renda e emprego. Sendo assim, o preconceito e estigma vivenciados, na maioria das vezes, pela população LGBTQIA+ se caracteriza dentre fatores que contribuem para seu adoecimento, corroborando a necessidade de considerarmos tais fatores no processo de prevenção à saúde.

Dentre o Capítulo II, da Lei 8080/90, encontram-se as Diretrizes e Princípios que norteiam o SUS, tais como: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde; II - integralidade de assistência para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V- direito à informação sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII- participação

da comunidade; IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; X- integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A participação ampla da sociedade civil na formulação e efetivação de uma lei traz à tona características com o viés democrático, defendida pela Reforma Sanitária. Muitas foram as estratégias, tais como princípios e diretrizes que norteiam a aplicabilidade do SUS e seus serviços à população.

Para orientar este ativismo político e profissional, O Movimento foi produzindo teoria, metodologias e estratégias de intervenção inovadoras e em acordo à diretrizes do SUS. Várias destas elaborações críticas se transformaram em Políticas Nacionais do SUS. Para citar as mais notórias: Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Controle da AIDS/DST, Política Nacional de Atenção Básica, de Atenção Hospitalar, de Saúde Bucal, de Urgência e Emergência, Humaniza/SUS, de Educação Permanente, entre outras. (CAMPOS, 2018, p. 1710).

Conforme citação, Campos (2018) fala que a criação de Políticas Nacionais do SUS fortalece o ativismo e protagonismo social e que essa característica é essencial para as manifestações públicas, através da aproximação do Movimento da Reforma Sanitária com a maioria da sociedade brasileira. Mas essa tarefa não é fácil, tendo em vista o enfraquecimento dos setores populares.

Diante deste cenário atual, com a desarticulação cada vez maior do SUS e dos movimentos sociais, Campos (2018) sugere que há a necessidade de levantar e apontar os problemas do SUS, e ao mesmo tempo, sugerir estratégias de enfrentamento e superação a esses problemas. Para isto, é fundamental se radicalizar e estender o esforço tanto para financiamento adequado, quanto para mudança dos modelos de atenção, para a humanização e para a gestão participativa. A criação do SUS proporcionou um endossamento nos manifestos de ação, de autonomia da sociedade civil e de controle e participação social para a busca e

garantia pelo direito universal à saúde, bem como suas Políticas Nacionais tem o papel de serem ferramentas dessas lutas, aproximando algumas demandas específicas rumo à sua real e efetiva garantia de direitos. A mudança ocorre no dia-a-dia, no acolhimento e na prestação de serviços daquele profissional da saúde, na participação da população em Conselhos Municipais de Saúde, no micro, na defesa do SUS através das nossas ações e do controle e acompanhamento das ferramentas que ele nos oferece. “Toda mudança começa onde for possível e necessária – não esperar ordens de cima” (CAMPOS, 2018, p. 1711).

2.3. Saúde LGBTQIA+ e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT)

Conforme definição apresentada anteriormente na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, o conceito ampliado de saúde não se caracteriza apenas como ausência de doenças, mas se dá através de condições dignas de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Portanto, o bem-estar psicossocial deve ser considerado como fundamental para uma saúde integral e ampliada. (BRASIL, 1990). Aqui é válido salientar aqui que quando falo sobre a ideia de saúde, me refiro ao bem-estar físico e, certamente, incluo a saúde mental e suas ressonâncias no processo de garantia à uma condição de saúde.

Quando a saúde da população LGBTQIA+ é colocada em discussão, esses fatores psicossociais exercem papel essencial no acolhimento e atenção integral à esse grupo. O Ministério da Saúde compreende que todas as formas de discriminações e violências, como o caso da homofobia, devem ser consideradas como fatores impulsionadores na produção de doenças e de sofrimento, prejudicando a saúde mental e física das/os LGBTQIA+. Junto ao processo de homofobia, outros fatores de discriminação social devem ser considerados propulsores do processo de adoecimento dessa população, constituindo um amplo

processo de violação de direitos à saúde, dignidade e autonomia dessa população. (CARDOSO & FERRO, 2011).

Segundo Leony (2006 *apud* CARDOSO & FERRO, 2011), a homofobia é o ódio e/ou aversão persistente e generalizado em relação a pessoas homossexuais e manifesta-se numa escala de violência que vai de agressões verbais, subsumidas nos tipos penais contra a honra, até os extremados episódios de violência física, cheios de crueldade.

Infelizmente, esses casos são muitas vezes abafados e inviabilizados, quer seja por medo que as vítimas tem de se exporem ou de serem agredidas novamente, ou pela falta de registro policial, fazendo com que esses dados sejam difíceis de apurar ou, até mesmo, se tornem inexistentes. As homofobias (aversão e/ou preconceito em relação às pessoas homossexuais), lesbofobias (aversão e/ou preconceito em relação às lésbicas), bifobias (aversão e/ou preconceito em relação às pessoas bissexuais) e transfobias (aversão e/ou preconceito em relação às pessoas travestis e transexuais) são bastante evidentes, também, nas mídias que contribuem para a atribuição de significados à sexualidade e que regulam as práticas sociais em relação a essa temática (CARDOSO & FERRO, 2011).

Conforme dados apresentados no documento *Violência LGBTQÍbicas no Brasil:dados de violência* (2018b), elaborado pelo Ministério dos Direitos Humanos, podemos afirmar que a LGBTQIA+fobia no Brasil se constitui de forma estrutural, agindo na desqualificação das expressões das sexualidades e identidades de gêneros divergentes do que é tido padrão heterocisnormativo, atingindo a população LGBTQIA+ “em diferentes faixas etárias e nos mais diversos locais, desde a rua até o nível familiar.” (BRASIL, 2018b, p. 75). O que destoa deste padrão esperado é tido como criminoso, errado e que precisará ser corrigido e, na maioria das vezes, através da violência verbal ou física. Os atravessamentos de faixa etária, raça e gênero também devem ser levados em consideração uma vez que esse documento apresenta um levantamento hemerográfico que apresenta as/os jovens, negras/os, transexuais e as travestis como a população, dentre os demais LGBTQIA+, que são mais atingidos por diferentes formas de violência e elevado índice de homicídios. (BRASIL, 2018b).

Resultantes da junção da vulnerabilidade social sentida por essa população, do fato de que este grupo é “alvo de inúmeras violações de direitos humanos, não só no Brasil, como no mundo” (BRASIL, 2018b, p. 06) e com a enxurrada de preconceitos e violências, exercidos pessoalmente, por mídias, pela invisibilização ou esquecimento de ações que defendam essa população, entre outros modos, a população LGBTQIA+ fica desassistida em relação aos seus direitos e pela defesa de suas vidas e modos de existir, desejar e se relacionar. Do ano de 1980 até 2005 foram assassinadas/os 2.511 homossexuais no Brasil (uma média de 100 mortes por ano), sendo a maior parte dos crimes por motivos homofóbicos. A maioria das violências (48% dos casos) aconteceu com o envolvimento de pessoas desconhecidas. Os agressores relacionados com o cotidiano das vítimas estão concentrados nos familiares (12%) e colegas de escola ou faculdade (9%). Já as principais formas de violência são: agressões verbais ou ameaças de agressões (55%); agressões físicas (15%); chantagem ou extorsões (11%); violência sexual (6%) e o golpe conhecido pela expressão *boa-noite, Cinderela* (3%). (BRASIL, 2008). Na década de 80, o número de mortes por motivos homofóbicos era de 01 caso por semana; na década de 90, esse número passou para 01 homicídio a cada 03 dias; e no início do terceiro milênio foi de 01 morte a cada 02 dias. (MOTT & CERQUEIRA, 2000 *apud* CARDOSO & FERRO, 2011).

Através do Relatório *População LGBT morta no Brasil 2018*, divulgado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), constata-se que esse número de mortes aumentou. Apenas em 2018, foram mortas/os 420 LGBTQIA+ - número quatro vezes maior se comparado com os dados anteriormente elencados – sendo 320 homicídios e 100 suicídios; com apenas 6% das/os assassinas/os identificadas/os. A cada 20 horas, um LGBTQIA+ é assassinado ou se suicida, vítima do preconceito e da LGBTQIA+fobia, colocando o Brasil no ranking de campeão mundial de crimes contra essa população. Também há a informação de que, “segundo agências internacionais de direitos humanos, matam-se muitíssimo mais homossexuais e transexuais no Brasil do que nos 13 países do Oriente e África onde há pena de morte contra os LGBT.” (GRUPO GAY DA BAHIA, 2019).

Outro ponto de extrema relevância apresentado neste Relatório, é o fato de que há a falta de dados oficiais em relação a quantidade da população LGBTQIA+ no país - lembrando que esse problema já foi citado anteriormente em relação a falta de registro policial em casos de preconceitos e violências. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelo censo nacional, não inclui o segmento LGBTQIA+ em suas pesquisas – como perguntas sobre a orientação sexual e identidade de gênero, seguindo a cisnormatividade¹⁵ binária, a qual só entende gênero como feminino ou masculino, apenas - contribuindo para a invisibilidade dessa população e suas demandas uma vez que não há dados oficiais sobre essas pessoas. Falar que no Brasil existem por volta de 20 milhões de gays (10% da população), 12 milhões de lésbicas (6% da população) e um milhão de trans (0,5% da população) são baseados em dados e estimativas extra-oficiais de indicadores diversos da Academia e outros órgãos. (GRUPO GAY DA BAHIA, 2019).

Além da dificuldade de dados oficiais e o alarmante cenário que instituições não governamentais nos apresentam em relação à saúde dos LGBTQIA+, também há a dificuldade de adesão dessa população em relação aos serviços de saúde, com certo desconhecimento, despreparo e falta de capacitação dos profissionais para acolher essas demandas. O processo de construção de serviços não discriminatórios na área da saúde enfrenta diversas barreiras diante de uma sociedade na qual a heterossexualidade (e acrescento também a cisnormatividade binária) se configura como um padrão amplamente difundido. Há uma dificuldade em acolher as demandas de saúde do segmento LGBTQIA+, compreendendo esse grupo como diversificado em si, para que cada especificidade seja atendida. Mulheres lésbicas têm demandas diferenciadas de homens gays, e ambos de travestis e mulheres/homens transexuais. (CARDOSO & FERRO, 2011).

¹⁵ A cisnormatividade é o movimento social que “promove” (obriga) as pessoas aceitarem irremediavelmente o gênero de acordo com o sexo biológico que lhes foi outorgado ao nascer. Consequentemente, a cisnormatividade é o sistema cultural que promove e visibiliza unicamente a cisgenereidade como a identidade de genérica única, normal e aceitável. (CARAVACA-MORERA & PADILHA, 2015, p. 302)

Segundo Cardoso & Ferro (2011), as demandas de saúde das lésbicas estão relacionadas ao câncer de mama e de colo de útero, que são agravadas devido à baixa utilização dos serviços de saúde por essas mulheres. A Rede Feminista de Saúde (2006 *apud* Cardoso & Ferro, 2011, p. 06) destaca que o sofrimento psíquico “desencadeado pela violência física na família, no trabalho e em lugares públicos” pode ser observado mais frequentemente nas mulheres lésbicas do que nas heterossexuais e que também há o desconhecimento dessas mulheres em relação ao risco das ISTs, ao manterem relações sexuais com outras mulheres sem o uso do preservativo feminino.

Sobre as demandas de saúde do homem gay, Valle (2002 *apud* Cardoso & Ferro, 2011) expõe que a homossexualidade masculina foi relacionada com o HIV/AIDS desde a década de 80, devido à disseminação de ideias negativas sobre essa população, tendo a referida síndrome sido denominada de *doença gay*. A desvinculação da relação direta da homossexualidade masculina com o HIV/AIDS e com transtornos mentais permitiu grandes mudanças referentes às políticas públicas, mas a adesão de homens nos serviços de saúde é baixa, ainda mais quando relacionados a homens gays, que não se sentem acolhidos e/ou representados nestes serviços.

Outro segmento da população LGBTQIA+, com demandas bem mais específicas, são as travestis e as/os transexuais. Cardoso & Ferro (2011) problematizam a necessidade do diagnóstico de transtorno de gênero para as/os transexuais como condição de acesso ao tratamento da rede pública, envolvendo o processo transexualizador, que engloba a hormonização e a realização da cirurgia de redesignação sexual (alteração ligadas às características sexuais e de genitália) e a mastectomia masculinizadora (no caso de homens transexuais). Ainda, podemos citar o alto risco de seqüelas e/ou mortes decorrentes da aplicação inadequada de silicone industrial, usualmente utilizado por muitas travestis, que não se sentem acolhidas ou representadas nos serviços públicos de saúde, e utilizam desse uso informalmente e sem acompanhamento médico.

Se adentrarmos nos aspectos de saúde mental dessa população, temos como base alguns dados disponibilizados pelo relatório *População LGBT morta no Brasil 2018*, já citado anteriormente, que nos mostra o intenso sofrimento psíquico de

muitas/os LGBTQIA+, causado pela obrigatoriedade de se esconderem em seus “armários” ou viverem de forma clandestina sua sexualidade ou expressão de gênero. Motivados pelo medo da rejeição e repressão, essas pessoas são subjetivadas a viverem como “errantes”, num movimento de constante auto-censura e adoecimento psíquico. Com tamanha pressão social, violência e intenso sofrimento psíquico, as/os LGBTQIA+ procuram ações para o alívio à essa realidade desesperadora e, muitas/os delas/es tem o suicídio como resposta a essa busca. Segundo nos alerta tal relatório, os dados acerca do suicídio é de que este está como a 4ª maior causa de morte de jovens brasileiros na faixa etária de 15 a 29 anos¹⁶. Desse número, gays, lésbicas e bissexuais têm 6 vezes mais chances de tirar a própria vida, quando relacionadas a heterossexuais, devido a homofobia, lesbofobia e bifobia sofridas; e esse número ainda aumenta em 20% se conviverem em ambientes hostis à sua orientação sexual ou identidade de gênero. (GRUPO GAY DA BAHIA, 2019). Muito comumente temos no discurso social que as pessoas tiram suas vidas por serem homossexuais, transexuais, lésbicas, travestis ou bissexuais; mas diante desses dados podemos mudar nosso discurso, responsabilizando a homofobia, transfobia, lesbofobia e bifobia como impulsionador para essa questão de saúde mental, que envolve intenso sofrimento psíquico.

Diante de tamanhas demandas e especificidades da população LGBTQIA+ em relação à garantia de atendimento equânime em saúde, apresenta-se a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), que foi instituída em 01 de dezembro de 2011, pela Portaria nº 2.836, com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBTQIA+, na tentativa de eliminar o preconceito a essa população, “(...) contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2011, p. 18). A PNSI-LGBT é uma iniciativa que caminha pela luta e defesa contra as LGBTQIA+fobias, bem como para fomentar ações e políticas que busquem garantir a proteção dessa população contra as mais variadas formas de violência, contra a invisibilização - que resulta em falta de ações específicas para a garantia de saúde das/os LGBTQIA+ - e que dêem maior atenção ao processo de

¹⁶ Dados do Ministério da Saúde e da revista científica Pediatrics.

sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e estigma social reservado à essa população. Ela também vem de encontro às demandas de atendimentos integrais e equânimes nos serviços públicos de saúde para os LGBTQIA+, atendendo às suas especificidades e garantindo acolhimento e atenção à sua saúde. (BRASIL, 2011).

Segundo Moscheta (2011), temos um grande processo de lutas e resistências até chegarmos à elaboração e instituição desta Política. Alavancados pelo contexto social vivenciado no Brasil (nos anos 80) de redemocratização, reformas no sistema de saúde e influências políticas e culturais dos movimentos feministas, os movimentos sociais intensificaram a luta por direitos e o fortalecimento da relação com o poder público. Em 2004 nasce o programa Brasil sem Homofobia, resultante da aproximação, luta e articulação dos movimentos sociais e do Governo Federal, que foi criado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), atribuindo ao Estado e a toda a sociedade o compromisso de elaboração de políticas públicas e ações que impulsionem a não discriminação das/os LGBTQIA+, que garantam a proteção da saúde dessa população, que lhes assegurassem um atendimento qualificado em saúde, bem como a equiparação de direitos. Diante da movimentação em favor das necessidades e direitos das/os LGBTQIA+, estabeleceu-se, ainda, a representação dessa população no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2006, legitimando os processos de participação social do SUS, legitimando os espaços de participação da população na gestão desses serviços. (MOSCHETA, 2011).

Na busca de argumentos que subsidiariam uma possível política pública, foi realizada, em 2008, a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais a qual o Governo Federal se juntou para convocar representantes e toda a população para discutir ações e estratégias específicas às necessidades da população LGBTQIA+. Nessa Conferência, através do ministro da Saúde José Gomes Temporão, foi anunciada a publicação da Portaria nº 1707, com a implantação do processo transexualizador no SUS, a ser realizado nos serviços de referência nacionais (BRASIL, 2008). Esse foi um avanço significativo nos serviços públicos de saúde no Brasil uma vez que a cirurgia de resignificação sexual só era

realizada em serviços privados ou no exterior. Além disso, através desta Portaria, há a necessidade dos serviços de saúde se prepararem para atender a população transexual através da criação de protocolos de atendimento e a alavancarem a formação de profissionais da saúde em relação à temática. (MOSCHETA, 2011).

Outro desdobramento desta Conferência foi a publicação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTs (2009), que apresenta as discussões fomentadas neste evento e esquematiza planos de ações para atuação junto a comunidade LGBTQIA+. Junto a ela, o Ministério da Saúde levou ao debate os princípios da PNSI-LGBT, posteriormente aprovada pelo CNS em 2009 e instituída em 2011, no âmbito do SUS, conforme segue:

Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (BRASIL, 2011, p. 20).

A elaboração desta Política está embasada nos princípios assegurados pela Constituição Federal de 1988 que garantem, segundo o Artigo 1º, incisos II e III, “cidadania e dignidade da pessoa humana” (BRASIL, 1988). Dentre o objetivo geral da PNSI-LGBT, desdobram-se alguns objetivos específicos que direcionam o atendimento à saúde da população LGBTQIA+, levando em consideração os marcadores de raça, cor, etnia, localização territorial, entre outros. Engloba, ainda, ações de redução de riscos e danos à saúde pelo uso de fármacos, drogas ou uso excessivo de hormônios (especialmente para travestis e transexuais); levantamento e análise de indicadores e dados específicos de saúde da população LGBTQIA+; ações de garantia de acesso ao processo transexualizador na rede SUS; definição de estratégias para diminuição da morbidade e mortalidade de travestis; garantia de direitos sexuais e reprodutivos dos LGBTQIA+; prevenção de cânceres que são pouco diagnosticados em função da falta de procura médica dessa população aos serviços de saúde relacionada aos estigmas e preconceitos enfrentados nestes serviços; oferecimento de atenção ampla relacionada às Doenças Sexualmente

Transmissíveis (DST¹⁷), especialmente HIV, AIDS e hepatites virais; garantia do uso do nome social, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2007); redução de problemas relacionados à saúde mental, uso prejudicial de drogas e álcool, depressão e suicídio; fortalecimento da participação de LGBTQIA+ nos Conselhos e Conferências de Saúde; inclusão do tema nos processos de Educação Permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde; aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador; realização de estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de tecnologias voltadas às necessidades de saúde da população LGBTQIA+ e outros objetivos que ampliam o atendimento à saúde dessa população, considerando suas vivências, manifestações e demandas de saúde.

Sendo assim, na PNSI-LGBT encontramos conjecturas, objetivos, diretrizes, responsabilidades da esfera Federal, Estadual e Municipal, incluindo seu Plano Operativo (2012-2015) de forma a apresentar estratégias amplas de gestão no processo de implementação dessa Política, no acolhimento e no atendimento à essa população, sugerindo quatro eixos norteadores: Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde; Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT; Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; e Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. (BRASIL, 2011).

Mesmo diante da elaboração da PNSI-LGBT, como instrumento para a afirmação e legitimação da população LGBTQIA+, e do fortalecimento dos estudos e movimentos de despatologização dessa população através de lutas por uma igualdade de garantias de direitos, ainda persistem inúmeras convenções discriminatórias e discursos heteronormativos e patriarcais. Em suma, nos anos 70 encontramos um movimento de alguns órgãos de Saúde, nacional e internacional, reconhecendo as homossexualidades como manifestações contrárias às idéias de

17 O termo DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) foi substituído por IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) através das atualizações da estrutura regimental do Ministério da Saúde por meio do Decreto nº 8.901/2016, de 11 de novembro de 2016, mas neste ponto utilizei a nomenclatura antiga para seguir texto da Política em questão, datada cinco anos antes da substituição do termo.

doença ou distúrbio. No ano de 1973 a Associação Americana de Psiquiatria retirou as homossexualidades do rol de doenças, acompanhado, dois anos mais tarde, pela Associação Americana de Psicologia (APA). Em 1985, o Conselho Federal de Medicina seguiu tal manifestação e em 1990 foi a vez da Organização Mundial de Saúde retirar as homossexualidades da CID – Classificação Internacional de Doenças. Falamos, então, de um crescente consenso científico e de atuação profissional sobre a compreensão de que as homossexualidades não são doenças (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO - CRP SP, 2018).

Conforme nos aponta o CRP (2018), há um crescente movimento de científico e profissional sobre a compreensão e despatologização das homossexualidades, bem como o enfrentamento ao preconceito e violência que marginaliza as diversas manifestações de gêneros e sexualidades. Os movimentos sociais e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) atuam de forma a garantir que essa população possa transitar e vivenciar seus processos de vida e subjetivação de forma efetiva, sendo empoderados de seus direitos e usufruindo de serviços de forma equitativa e integral.

Neste sentido, é importante comentar como a psicologia no Brasil se posicionou perante às demonstrações sociais de LGBTQIA+fobias e o desmantelamento da cidadania e direitos dos LGBTQIA+. Em 22 de março de 1999, o CFP regulamentou, através da Resolução 01/99, o estabelecimento de normas de atuação para as/os psicólogas/os em relação às questões de orientação sexual, considerando que a homossexualidade não se caracteriza como uma doença, distúrbio ou perversão; afirmando que os psicólogos deverão trabalhar em prol do desaparecimento do preconceito e discriminação contra as manifestações de práticas relacionados a orientação sexual e reiterando o posicionamento dos psicólogos de forma a não patologizar essas manifestações e nem adotar ações coercitivas que tendem a orientar homossexuais para tratamentos de cura ou reversão. Segundo o CRP-SP (2018), tal Resolução foi inédita na Psicologia internacional e rendeu dois prêmios de Direitos Humanos ao CFP: O Prêmio Dignidade Solidária, oferecido pelo Grupo Dignidade em reconhecimento ao seu trabalho com a causa LGBTQIA+, em 14/03/2011 e Prêmio ABGLT de Direitos

Humanos, em 18/04/2009. Impulsionados por essa publicação, a Associação Americana de Psicologia (APA) formou um grupo de psicólogos/os estadunidenses e canadenses para a construção de uma normativa semelhante à do Brasil.

Seguindo avanços na defesa de direitos da população LGBTQIA+, o CFP estabelece, ainda, a Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018, com normas de atuação para psicólogas/os em relação às travestis e às/os transexuais. Esta Resolução reforça o conceito de cisnormatividade como regramento social que reduz as pessoas como, apenas, homens e mulheres, com papéis sociais estabelecidos como naturais; afirma que há um estabelecimento de padrões sexuais e de gêneros nas estruturas das sociedades ocidentais que permitem preconceitos e discriminações às pessoas com outras expressões e identidades de gênero não cisnormativas; legitima as expressões e identidades de gênero como possibilidades da existência humana, as quais não devem ser compreendidas como psicopatologias, transtornos mentais, desvios e/ou inadequações, entre outras considerações. Dispõe, ainda, que psicólogas/os atuarão de forma a não colaborar com o preconceito, não serão coniventes ou omissos perante a discriminação das/os transexuais e das travestis, bem como é vedada a atuação sob um viés patologizante ou que estabeleça terapias de conversão, cura, reversão e/ou readaptação. É importante citar que esta Resolução é pautada em documentos oficiais como alicerce de argumentação e legitimação dessas normativas, como os Artigos 1º e 5º da Constituição Federal de 1988; o Art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948; a Convenção de Yogyakarta, de novembro de 2006; a Declaração de Durban – Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, de 8 de setembro de 2001; a PNSI-LGBT; e o Código de Ética Profissional das Psicólogas e dos Psicólogos, editado por meio da Resolução CFP nº 10/2005, de 21 de julho de 2005. (CFP, 2018).

A Psicologia no Brasil, representada pelo CFP, tem como arcabouço seu Código de Ética Profissional (2005) e as Resoluções - citadas anteriormente – e, com isso, se posiciona contrária a toda e qualquer forma de violência e discriminação em relação às diversas formas de orientações sexuais e expressões

das diversidades de gêneros, buscando traçar caminhos para a proteção e garantia da cidadania e direitos da população LGBTQIA+, através de diretrizes profissionais para as/os psicólogos do país, num compromisso ético com tal defesa e com essa população, evidenciando a importância da denúncia de ações LGBTQIA+fóbicas, da luta pela não invisibilização de ações relacionadas à essa temática e da propagação do uso das políticas afirmativas como instrumentos de garantias e afirmação da cidadania dessa população.

Outro grande marco histórico das lutas e conquistas dos LGBTQIA+ aconteceu em junho de 2018, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) retira o termo transexualidade da lista de doenças mentais da Classificação Internacional de Doenças (CID) 11, passando a caracterizar a transexualidade como “incongruência de gênero”, ou seja, incompatibilidade marcada e persistente entre o gênero vivido e gênero atribuído. (BRASIL, 2018a). Lembrando que, a transexualidade não mais se trata de uma doença mental, mas os cuidados relacionados à saúde dessa população, quando atrelados a uma definição do CID, são oferecidos de forma legítima pelo SUS.

As políticas públicas voltadas à garantia de direitos para as classes tidas como minoritárias, em específico a PNSI-LGBT, juntamente com outras conquistas dos movimentos sociais e da sociedade civil para a garantia e manutenção dos direitos LGBTQIA+ à cidadania, saúde, dignidade, respeito e à vida, são instrumentos para que haja a luta pela aplicabilidade desses direitos, através, também das nossas ações, das micropolíticas. Micropolíticas estas que podem transformar as práticas cotidianas e fomentar uma maior conscientização a respeito das violações e violências causadas pelas violências LGBTQIA+fóbicas.

Que haja força, luta e esperança diante das ameaças às nossas existências!

3. Enfrentamento 03 - Deslocamentos e atravessamentos na produção de material e cartografia de dados

3.1. Ferramenta metodológica

Para o processo de elaboração desse trabalho, utilizaremos a Genealogia Cartográfica (LEMOS *et al*, 2015) como ferramenta metodológica e disparador de discussão concernentes à PNSI-LGBT, bem como seu conhecimento pela população e trabalhadores da Atenção Básica, e as efetivas ações e repercussões da política em pauta para a garantia de direitos à saúde integral dos LGBTQIA+.

A genealogia cartográfica sugere a aproximação e complementaridade do conceito de genealogia e cartografia propostas, respectivamente, por Michel Foucault, Gilles Deleuze e Félix Guattari. É claro que a proposição não tem a finalidade de construir um novo método, mas sim de expandir para outros rumos, criar novas maneiras de se fazer pesquisa em Psicologia e outros saberes. Sendo assim, “a possibilidade de experimentação do acoplamento cartografia-genealogia é, portanto, aberta pelos próprios autores na medida em que não tiveram a intenção de propô-las enquanto métodos cristalizados” (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2011, p.454).

Através dos estudos e escritos de Michel Foucault (1979, 2014) acerca da genealogia, há a explanação e análise das linhas de forças¹⁸ que estão dadas na constituição de determinados estudos ou objetos, sendo que sua problematização acontece através da desconstrução dessas forças instituídas, rígidas e cristalizadas. A genealogia busca a desnaturalização dos objetos e o apontamento de como são historicamente construídos. Segundo Machado (2011): “a genealogia não se interessa apenas por entender como os saberes se transformam ao longo do tempo, mas também por que essas transformações ocorrem, evidenciando as relações de poder subjacentes à produção do saber”.

A genealogia baseia-se, ainda, nas concepções de gênese e descontinuidade. Não se trata da idéia de gênese enquanto origem ou início, como o

¹⁸ Segundo Deleuze (1990, p. 156): “[...] um dispositivo implica linhas de forças. Pareceria que estas foram situadas nas linhas precedentes de um ponto singular a outro; de alguma maneira, elas “retificam” as curvas anteriores, traçam tangentes, envolvem os trajetos de uma linha com outra linha, operam idas e vindas entre o ver e o dizer e inversamente, agindo como setas que não cessam de penetrar as coisas e as palavras, que não cessam de conduzir à batalha. A linha de forças produz-se “em toda a relação de um ponto a outro” e passa por todos os lugares de um dispositivo. Invisível e indizível, esta linha está estreitamente mesclada com outras e é, entretanto, indistinguível destas. É a linha que corresponde a Foucault [...]. Trata-se da “dimensão do poder”.

próprio Foucault contrapôs: “Ela (a genealogia) se opõe à pesquisa de origem¹⁹” (FOUCAULT, 1979). Mas sim, no sentido de possibilidades de emergência, considerando a existência de um campo de forças, que se aproxima da pesquisa de proveniência e pesquisa da emergência. Ou seja,

[...] a análise da proveniência busca não uma identidade ou unidade, mas as marcas sutis, múltiplas e dispersas que remetem à construção do objeto. A pesquisa da emergência também se distancia da pesquisa de origem ao enfatizar as forças presentes em determinado contexto e o modo como elas atuam na produção de um determinado objeto. (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2011, p.454).

Com a crítica à origem, há, ainda, a noção de descontinuidade para a análise histórica, abrigando as vias desviantes e o caráter de exterioridade dos acidentes para, assim, não seguir uma simples sucessão de fatos, uma linearidade ou progresso, mas para apresentar mudanças das práticas e saberes ali exercidos.

Juntamente com a genealogia, usaremos a cartografia – utilizada por Deleuze e Guattari (1995)²⁰ como um dos princípios do conceito de rizoma, e que posteriormente tornou-se um método de pesquisa-intervenção, propondo a reinvenção constante do campo por meio da manifestação das suas diversas facetas, da criação de novos sistemas, tomar algo no seu processo de produção e transformação e não apenas como uma cópia de manifestações já existentes, conforme aponta LEMOS *et al*:

Para os autores [Deleuze e Guattari], em virtude de sua ênfase na manifestação das multiplicidades, ela se diferencia do decalque, já que este, ao colar formas pré-existentes no que surge como novo, reproduz sistemas de entendimento, ignorando aspectos singulares. (LEMOS *et al*, 2015, p. 213).

Muito diferente da idéia de um mapa estático e fixo, a cartografia engloba um amplo campo de multiplicidades, onde há suporte para novas coordenadas de leitura

¹⁹ Para Foucault (1979) *apud* Zambenedetti & Silva (2011, p. 455-456): “A pesquisa de origem busca na história a origem ou aparecimento de um determinado objeto, remetendo sua identidade ao seu ponto de surgimento ou até mesmo à pessoa que o criou”.

²⁰ DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

e interpretação da realidade, não ficando restrito apenas ao produto final, mas sim com atenção ao processo de construção deste objeto (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2011).

Tanto na genealogia como na cartografia temos o processo enquanto fenômeno primordial para a pesquisa, buscando as linhas de força e linhas de fuga e como se manifestam dentro de um processo.

Nesse sentido, temos uma aproximação entre as abordagens cartográfica e genealógica, já que ambas se interessam em constituir um diagrama de forças, buscando entender como estas se agenciam na constituição de uma determinada forma. (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2011, p. 457).

Portanto, atrelaremos a idéia de historicidade da genealogia e da cartografia pois ambos autores criticam a abordagem histórica tradicional (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2011). Na genealogia há o deslocamento de algumas verdades que já estão historicamente cristalizadas, através de questionamentos e análises de determinadas práticas de saber-poder. É nesse ponto que ambas convergem pois Deleuze enfatiza o aprisionamento causado pela história enquanto fato dado, sem olhar suas ramificações e novas configurações, isto é,

Esse é o que consideramos o ponto nodal de aproximação e complementaridade da leitura deleuzeana e foucaultiana sobre a noção de tempo e sua implicação metodológica: mais do que retirar da história a efetuação do acontecimento em estados de coisas, trata-se de dar visibilidade às forças, suas virtualidades, riscos e possibilidades de criação. (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2011, p. 459).

É importante, ainda apontar que o uso desses dois conceitos como aporte metodológico se faz de forma concomitante e complementar, sem usar tais conceitos como verdades cristalizadas, rígidas e já prontas, mas sim em processo de construção do seu modo de pensar-fazer e de sua constituição.

3.2. Produção de material e cartografia de dados

A partir deste momento, falarei sobre os processos e percursos da estruturação de dispositivos para a produção de material e cartografia de dados em relação às entrevistas realizadas, que tem como foco a discussão sobre a implantação da PNSI-LGBT nos municípios e quais são as ações efetivas no atendimento a essa população, enfatizando os discursos das/os entrevistadas/os, juntamente com a leitura crítica de documentos pertinentes à temática, tais como referenciais teóricos, documentos de registro da aplicação da Política e Protocolos de Atendimentos nas Unidades de Saúde para a população LGBTQIA+, caso haja, através de autorização prévia das Secretarias Municipais de Saúde.

Conforme a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), a direção do SUS é única em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal), estabelecendo como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções concernentes ao Poder Executivo o Ministério da Saúde (âmbito federal) e as secretarias de Saúde (nos âmbitos estaduais e municipais. (BRASIL, 1990). Diante dessa marcação da responsabilidade dessas/es gestores do SUS (ministra/o e secretárias/os da saúde), iniciei um percurso para o processo crítico de escolha por quem entrevistar. Levando em consideração a necessidade de análise sobre a discursividade e narrativa de gestores do SUS, devido sua importância política dentro desses municípios e capacidade de grande divulgação da PNSI-LGBT, escolhi as/os gestores do SUS, neste caso, secretárias/os municipais de saúde e coordenadoras/es de UBSs ou USFs destes municípios.

O cargo de ministro ou de secretário de saúde tem significado político importante, sendo seu ocupante designado pelo chefe do Executivo, democraticamente eleito em cada esfera do governo (presidente, governador ou prefeito). Isso situa o gestor da saúde como integrante de uma equipe que tem a responsabilidade por um determinado 'projeto de governo', que terá de dar respostas ao chefe político em cada esfera e interagir com outros órgãos de governo. Por outro lado, tem a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS, que constituem um dado modelo de 'política de Estado' para a saúde. (VIEIRA; LIMA; FARIA, 2007, p. 147-148).

Nestas entrevistas quero levantar qual é o conhecimento e entendimento desses gestores do SUS em relação a PNSI-LGBT e qual sua compreensão sobre a importância dessa Política, bem como mapear quais foram seus esforços na promoção de campanhas municipais de conscientização e no fomento de ações cotidianas para um melhor acolhimento e proteção da população LGBTQIA+ contra as diversas manifestações de preconceitos e discriminações que podemos nos deparar ao adentrar alguns serviços de saúde. Foram escolhidos 13 municípios de uma região específica do estado de São Paulo, dentre eles cidades de pequeno e médio porte (segundo dados do IBGE), julgando ser necessária a participação da/o secretária/o municipal de saúde e uma/um coordenadora/coordenador de UBS ou USF de cada município. Após a escolha das/os participantes, me atentei na importância da elaboração de um questionário semi-direcionado, com perguntas disparadoras como dispositivos para iniciar e fomentar a discussão, sem ficarmos engessadas/os e presas/os neste questionário, com a capacidade de maleabilidade na conversa durante a entrevista.

No processo de elaboração do cronograma das entrevistas, estruturação das perguntas e estudo acerca da genealogia da PNSI-LGBT, encontramos uma pesquisa, de abrangência nacional, com objetivos e propósitos semelhantes a este trabalho. A pesquisa denominada “Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde”, foi uma pesquisa realizada, em 2014, pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB) em parceria com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia; Universidade de São Paulo; Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro. O trabalho foi financiado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS). Essa pesquisa contemplava diversas metrópoles das cinco regiões: 1-Região Norte (Pará: Belém, Santarém; Amapá: Macapá; Acre: Rio Branco); 2-Região Nordeste (Bahia: Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista; Pernambuco: Recife; Paraíba: João Pessoa; Ceará: Fortaleza e Juazeiro do Norte; Piauí: Teresina, Picos); 3-Região Centro-Oeste (Mato Grosso

do Sul: Campo Grande. Distrito Federal: Brasília; Ceilândia; Taguatinga; Sobradinho. Goiás: Goiânia); 4- Região Sudeste (Rio de Janeiro: Rio de Janeiro; São Paulo: São Paulo, e São José do Rio Preto; Minas Gerais: Belo Horizonte, Uberlândia; Espírito Santo: Vitória); 5-Região Sul (Paraná: Curitiba e Maringá; Rio Grande do Sul: Porto Alegre). Entretanto, esse estudo não foi finalizado por interrupção do repasse de verbas do Ministério da Saúde. (NESP/UNB, 2014). Utilizamos essa pesquisa como forma de acrescentar um novo olhar, servindo-nos como inspiração às perguntas já que tinham sido elaboradas.

O estabelecimento de nossa produção de material e cartografias de dados em cidades do interior, especificamente no estado de São Paulo, foi pensada sob a perspectiva de que as cidades de pequeno e médio porte não foram englobadas nesta pesquisa nacional acima citada, bem como por permanecermos em espaços de diálogo e discussão sobre a temática nos municípios adstritos. Portanto, acredito ser importante a cartografia e mapeamento de redes estabelecidas, conexões e linhas que desvelam a garantia de direitos, os movimentos de despatologização, exclusões e/ou inclusões da população LGBTQIA+ e o impacto desta Política em nossa região.

Para a realização dos convites e entrevistas nos municípios, nos reportamos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade a qual estou vinculada. Também foi feito um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE²¹ a ser preenchido pelas/os entrevistadas/os no dia da entrevista. Também foi elaborado um Ofício-Convite²² para os 13 municípios escolhidos. Esses documentos foram endereçados às/aos Secretárias/os Municipais de Saúde via *e-mail* ou protocolados pessoalmente nas Secretarias Municipais de Saúde, explicando os objetivos da pesquisa e convidando-as/os a fazerem parte dela. Dos municípios contatados, recebemos resposta de apenas 04 municípios: 03 deles se disponibilizaram a participar das entrevistas e 01 município deu devolutiva negativa em relação a sua participação. Dos demais municípios, não tive nenhuma

²¹ Vide modelo do “TCLE” em: Anexo 6.1.

²² Vide modelo do “Ofício-Convite para participação em pesquisa acadêmica” em: Anexo 6.2.

manifestação ou devolutiva em relação ao convite para essa participação. Diante do silenciamento da maioria dos municípios, conclui que a pesquisa seria realizada nos três municípios que manifestaram interesse e entrei em contato com as/os secretárias/os de saúde para maiores elucidação sobre a pesquisa e agendamento das entrevistas. Deixamos a critério das/os Secretárias/os Municipais de Saúde a definição da/o coordenadora/coordenador de UBS e/ou USF que participaria das entrevistas e os municípios escolheram coordenadoras/es de UBS. Construímos duas entrevistas distintas: uma com perguntas direcionadas às/aos Secretárias/os Municipais de Saúde e a outra para as/os Coordenadoras/es das unidades; ambas divididas em 2 blocos: 1- Dados pessoais das/os secretárias/os e coordenadoras/es - para localizarmos de qual lugar o discurso será produzido; e 2- Dados da Secretaria Municipal de Saúde e da Unidade de serviço em saúde - para mapearmos as ações previstas e efetivadas em relação à PNSI-LGBT e a essa temática.

Neste trabalho, não abordei as/os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), trabalhadoras/es das UBS e/ou usuários desses serviços por motivos de não ter tempo hábil para essa realização. É claro que temos uma breve – e parcial – visão do entendimento sobre a PNSI-LGBT nos municípios elencados, voltando mais a atenção para a compreensão dos gestores sobre o assunto. De fato, tenho a intenção de considerar a participação de trabalhadoras/es desses serviços e usuárias/os em futuros trabalhos e pesquisas, para assim construir um outro olhar - mais amplo e cartográfico - acerca do tema proposto.

O processo de diálogo e agendamento com os municípios demorou muitos meses devido a outros compromissos já assumidos pelas/os secretárias/os municipais de saúde. Neste processo, passamos por um acontecimento que, de certa forma, afetou o desenrolar das entrevistas. Dos 3 municípios que aceitaram participar, dois deles são considerados de pequeno porte (até 100.000 habitantes) e o terceiro é de médio porte (100.000 a 500.000 habitantes); e o único município de médio porte que aceitou participar das entrevistas teve o pedido de exoneração da Secretária Municipal, no desenrolar do nosso processo de diálogo e agendamento de datas. O referido município ficou por muitos meses sem uma/um secretária/o de

saúde, sendo a saúde deste administrada por um colegiado composto por 07 pessoas, o qual, somente em abril deste ano (2019), foi substituído novamente por um secretário municipal de Saúde²³. Nesta transição, todo o vínculo e diálogo estabelecidos com este município foram interrompidos e não tive a oportunidade de estabelecê-los novamente até o presente momento. Sendo assim, nossa pesquisa se ateve a participação dos dois municípios de pequeno porte que se disponibilizaram a participar.

Após o aceite das Secretarias Municipais em participar da pesquisa, me desloquei até o município para a sua realização e explanarei mais sobre essa “aventura” no próximo item deste trabalho, dialogando com o diário de campo elaborado durante meu percurso nestes municípios.

O diário de campo é um dispositivo que permite acompanhar o processo de produção, não para deter o objeto, mas para registrar os diversos atravessamentos que permeiam esse caminhar, assim como o processo cartográfico (KASTRUP, 2007). Logo que adentramos o processo, o desafio se dá aonde pousaremos nossa atenção diante dos atravessamentos ali vivenciados e como esses atravessamentos tensionam forças e deslocamentos. Na cartografia, não há a separação entre pesquisa e intervenção, concluindo que toda pesquisa já é uma intervenção que precisa ser registrada, abarcando o que é pesquisado e esse processo de pesquisa, diferentemente do que se espera de uma pesquisa seguindo moldes tradicionais de pesquisa e um conhecimento científico positivo, neutro, objetivo, rigoroso (BARROS & PASSOS, 2009).

O pesquisador está, portanto, incluído no processo de pesquisa e se restitui, ele também, na operação de análise das implicações. O registro do trabalho e investigação ganha, dessa forma, função de dispositivo, não propriamente para concluir o trabalho ou apresentar resultados, mas como disparador de desdobramentos da pesquisa. A pesquisa-intervenção requer, por isso mesmo, uma política da narrativa. Aqui o modo de dizer e o modo de registrar a experiência se expressam em um tipo de textualidade que

²³ Esses acontecimentos chegaram ao meu conhecimento através de conversas pessoais na Secretaria Municipal de Saúde e em *site* oficial da referida Prefeitura, que não será citada ou incluída nas Referências Bibliográficas para mantermos o sigilo ético da pesquisa.

comumente é designado como diária de campo ou diário de pesquisa. (BARROS & PASSOS, 2009, p. 172-173)

Assim, os relatos e registros de narrativas e experiências passam pelo pesquisador, se misturando ao processo e criando saídas múltiplas para os atravessamentos da pesquisa. Registrar essas vivências/experiências também fazem parte da produção de material e cartografia dos dados.

Para a pesquisa cartográfica são feitos relatos regulares, após as visitas e as atividades, que reúnem tanto informações objetivas quanto impressões que emergem no encontro como campo. Os relatos contêm informações precisas - o dia da atividade, qual foi ela, quem estava presente, quem era responsável, comportando também uma descrição mais ou menos detalhada e contêm também impressões e informações menos nítidas, que vêm a ser precisadas e explicitadas posteriormente. Esses relatos não se baseiam em opiniões, interpretações ou análises objetivas, mas buscam, sobretudo, captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos. (BARROS & KASTRUP, 2009, p. 70)

Para ajudar a compor o diário de campo e o processo de construção desse trabalho, as entrevistas foram gravadas com o consentimento das/os secretárias/os municipais de saúde e das/os coordenadoras/es das UBS e, posteriormente, transcritas²⁴.

3.3. Diários de campo: aventurando caminhos e vivências

Os diários de campo foram pensados e construídos para melhor organizar os caminhos percorridos e atravessamentos vivenciados em todas as experimentações que envolvem as entrevistas, tornando-se um dos principais instrumentos para dar sentido e significação nesses acontecimentos e em como fui atravessada pelas falas, muitas vezes marcadas pelos preconceitos, deslegitimação da importância das políticas públicas afirmativas, em especial a PNSI-LGBT; pelo deslocamento até os

²⁴ Ver transcrições no item 6.3 deste trabalho.

municípios; pela formação de redes com as/os profissionais entrevistadas/os e pelas ressonâncias de uma perceptível invisibilização de ações para a garantia de direitos e cidadania dos LGBTQIA+.

O contato com o primeiro município que realizei as entrevistas, identificado aqui como município A²⁵, iniciou-se através do envio, por *e-mail*, do Ofício-Convite e com a ajuda de já ter tido contato com a secretária municipal de saúde deste município em eventos realizados na área da saúde, anos atrás. Iniciamos nossa comunicação por *WhatsApp* e ela prontamente aceitou o convite para colaborar com esse trabalho. O processo do convite, aceitação e agendamento das entrevistas levou cerca de 15 dias, o que me impacta tamanha a disponibilização e acolhimento desta Secretaria em contribuir com o tema. Marcamos a entrevista, que aconteceria dentro de cinco dias, logo no período da manhã, (às 10h), iniciando a conversa com o coordenador de uma das UBS do município, e em seguida, com a secretária municipal.

No dia do encontro marcado com os gestores de saúde do município A, a grande expectativa tomou conta de mim, e certo medo/receio também. Não sabia o que esperar desses encontros, como agir caso alguma fala movimentasse minhas angústias acerca do tema – uma vez que sou diretamente impactada por falas LGBTQIA+fóbicas, nem mesmo sabia qual ponto de ônibus parar no município para chegar até o local onde as entrevistas aconteceriam – no prédio da Secretaria Municipal de Saúde. Chegando na rodoviária de Assis, local onde resido e ponto de partida dessa experimentação, descubro que o ônibus está atrasado e que no município A, a rodoviária estava desativada, portanto teria que avisar o motorista onde eu pararia. Com o gravador, entrevistas impressas, canetas e as incertezas de qual lugar essa “aventura” iria me levar - literal e metaforicamente – entrei no ônibus e segui para o meu destino. Quando cheguei no município A já estava 15 minutos atrasada e uma mulher, que sentou ao meu lado no ônibus, gentilmente me instruiu em qual ponto parar e como chegar na Secretaria. Vi uma cidade pequena, com vários campos de terra vermelha ao seu redor – fato que nunca tinha visto antes – e

²⁵ Utilizaremos os marcadores A e B para manter o sigilo ético da pesquisa acerca dos nomes dos municípios.

certo acolhimento e simplicidade de uma cidade típica do interior. Caminhei apenas algumas quadras e cheguei no local marcado. Fui muito bem recebida pela Secretária Municipal de Saúde, que me encaminhou ao encontro do primeiro entrevistado.

Numa pequena sala, o entrevistado 01²⁶ estava me aguardando e aparentava a expectativa e solicitude em relação a sua participação. Ele se apresentou como coordenador desta UBS (comumente chamada lá de Centro de Saúde), que funciona no mesmo prédio da Secretaria. Iniciei o diálogo explicando os objetivos da entrevista e pedi para que ele assinasse o TCLE. O entrevistado 01 é um homem cisgênero, branco, união estável, em um relacionamento heterossexual, 48 anos de idade, formado em Enfermagem, católico, trabalhador na área da saúde há 30 anos e coordenador da Unidade há 17 anos. Com essas características podemos mapear sobre qual lugar essa fala está inserida e subjetivada. Durante a entrevista, o entrevistado 01 afirma que já ouviu falar sobre a política, mas não entra em maiores detalhes. Aponta, ainda, uma preocupação com a questão do preconceito e de uma política de saúde para a população LGBTQIA+, porém enfatiza a idéia que muitas vezes as políticas públicas afirmativas erroneamente carregam no imaginário de muitas pessoas, como um possível potencializador de segregações, conforme fala:

Hoje, eu acho que é importante direcionar porque eu vejo também que essa questão de LGBT. Na verdade, eu vejo a questão do preconceito em si como muito maltratado pelo governo no sentido de condutas dele, que eu acho que acaba sendo mais preconceituosa do que a própria população. (...) Então, a gente ouviu falar dessa Política vindo *aí* mas cai naquela questão minha que eu vejo de você, mais uma vez, tá diferenciando né, mais uma vez tá direcionando. Eu fico preocupado com isso. Porque veja bem, hoje...hoje eles chegam aqui e eles são atendidos de maneira normal. Eles vão ali, faz o agendamento, senta lá, tranquilo, conversa com a gente, conversa com todo mundo. *Aí*, de repente, eu direcionar? Será que esse atendimento não tá fugindo da qualidade que eu já presto para eles hoje? (ENTREVISTADO 01, 2018).

Neste momento me deparo com uma das minhas primeiras angústias: Como lidar com a desqualificação de uma política que defende o direito à cidadania e,

²⁶ Utilizaremos os marcadores 01, 02, 03 e 04 para manter o sigilo ético da pesquisa e das/os entrevistadas/os.

consequentemente, à saúde integral da população LGBTQIA+? Devo intervir numa fala que deslegitima essa garantia e que atravessa todo meu trabalho, meu corpo e minhas vivências? Depois de muita conversa acerca da importância de políticas públicas que garantam o estabelecimento da cidadania, de direitos e protejam os LGBTQIA+ das manifestações de discriminações, surge a fala do coordenador sobre o freqüente imaginário de muitas pessoas, que interpretam um governo que oferece leis que garantam direitos de classes tidas como minoritárias como um governo assistencialista.

Após esse momento intenso de debate, continuamos a entrevista e perguntei como eram desenvolvidas ações para o atendimento da população LGBTQIA+ neste serviço de saúde. Mesmo o entrevistado falando a todo o momento, que as/os LGBTQIA+ são atendidos de forma igualitária e sem distinções, sinto no meu corpo algumas contradições em falas que denotam certa LGBTQIA+fobia, como é o caso da resposta dada a respeito de como era o acolhimento das demandas dessa população: “(...) entrando na Unidade ele vem e é atendido como um outro qualquer.” (ENTREVISTADO 01, 2018). É importante citar que essa frase, juntamente com toda a circunstância, me impactou e o trecho “como um outro qualquer” ainda ressoa em mim. Durante a entrevista, o coordenador da UBS afirma que no município não há a necessidade de um atendimento diferenciado pois todos se respeitam e se conhecem, devido ao tamanho do município, supondo-se de que não há necessidade da aplicabilidade desta Política no município e de que não será preciso conscientizar a população acerca dessa temática.

Durante a entrevista, muitas vezes o coordenador da UBS utilizou o termo “homossexualismo”. Esse termo com sufixo *ismo* não é mais usado desde 1990, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) retirou a homossexualidade do rol de doenças mentais por esse sufixo denotar à palavra doença, marcando a legitimação do aspecto desvinculado à doença em relação a essa orientação sexual. A heteronormatividade é marcada em algumas falas durante a entrevista, sempre relacionando a homossexualidade com anormalidade ou doença. Podemos observar na fala a seguir, o quanto o preconceito e idéia de anormalidade segue junta à homossexualidade, num movimento preconceituoso em relação às orientações

sexuais e as demonstrações públicas de carinho, que tanto nos empurram novamente para dentro do armário:

(...) Mas isso é como eu sempre falo: Eu não aceito, não é porque eu não aceito ELES, as atitudes deles, mas é que eu não acho normal nem pra um casal normal, por exemplo. Casal normal...desculpa! Me enganei com o termo *né*. Casal hetero. Eu não acho legal, por exemplo, você tá numa lanchonete e, depende da sua atitude ali, tá errado. (ENTREVISTADO 01, 2018).

Segundo a PNSI-LGBT (2011) e conforme explicitado anteriormente, os determinantes sociais são elementos constituintes da saúde da população LGBTQIA+ e devem ser considerados como grandes influenciadores para que se estabeleça essa relação.

PESQUISADORA - Qual é sua opinião sobre as condições de saúde dessa população?

ENTREVISTADO 01 – Olha, é bem (...), essa é complexa porque é como eu disse, o atendimento deles é meio que igualitário aqui, não tem muito. Então você não vê (...), quando você vê algum problema de saúde assim, você acaba percebendo que não é direcionada a essa questão. É direcionado, talvez, à questão social, à questão financeira, às vezes temos algumas doenças, questão mais pessoal como questão de higiene, uso de entorpecentes. Mas isso são coisas que você vê na população em geral, você não vê no LGBT, você vê na população como um todo. (PESQUISADORA & ENTREVISTADO 01, 2018).

As contradições acerca da importância em criar ações específicas para as/os LGBTQIA+ são evidentes. Em muitos momentos, há falas sobre o atendimento igualitário e a opinião do entrevistado 01 em ser desnecessária uma abordagem mais focal, mas em outros momentos ele afirma ser necessário algumas ações. Nesses momentos da entrevista, me sinto desassistida e desqualificada em relação a quem sou e como essa informalidade e inconstância no discurso geram um campo inseguro de vinculação em serviços de saúde.

Para o entrevistado 01, é certo que, por se tratar de um município pequeno, o preconceito não é tão marcado, já que todos se conhecem, o que é perigoso pois tem uma tendência informal, de respeitar somente aquele que eu conheço; deixando

de lá critérios básicos de respeito para todo cidadão, independente de outros aspectos pessoais/sociais:

Se passa na rua, chama de longe pelo nome. A maioria a gente lembra o nome. Quando não lembra por nome, mas sabe quem que é. Só não lembra, às vezes, mais que um *né*? Então, eu acho que isso facilita nessa nossa questão de atendimento e tudo o mais. (...) E isso, eu acho que nem é questão de ter ou não ter o preconceito, acho que de se conhecer, às vezes não conhece todo mundo na casa, dois, três ou quatro...e isso facilita o acesso, diminui bastante essa situação. Que às vezes não tem tanto conhecimento comigo, mas conhece o outro aí e isso acaba abrindo espaço e diminuindo essa questão. Eu acho que no município pequeno é bem mais tranquilo essa situação, não sei em outros. No meu, pelo menos aqui é bem mais tranquilo, a gente não presenciou situações. (ENTREVISTADO 01, 2018).

Ao ser questionado sobre serviços de referência para a população LGBTQIA+, o entrevistado 01 afirma que tem uma ONG que trabalha com IST. Neste ponto, vemos como ainda é marcante a idéia de junção e total relação entre LGBTQIA+ e às IST, pressupondo que o trabalho acerca dessa população se resume às ISTs.

Há, ainda, no discurso do entrevistado o uso do artigo “o” quando se refere às travetis do município, evidenciando a desinformação a respeito das identidades de gêneros e a invisibilização desses corpos como performatividade. O que é colocado em discordância quando o assunto é o uso do nome social, é que mesmo chamando-as no masculino, o uso do nome social é aderido pelos funcionários, segundo o entrevistado. Ainda nesse assunto, o município A não apresenta campo de inclusão do nome social no prontuário e, por essa ausência, não há um mapeamento acerca da população LGBTQIA+ do município e que são atendidas/os nos serviços de saúde. Com isso, há falta de dados e desconhecimento da quantidade de pessoas LGBTQIA+ no município, resultando na inviabilidade de identificar as demandas dessa população, que são indicadores para a criação de ações e campanhas que atendam a essas demandas. Diante dessa problemática, também não há um protocolo formal de atendimento a essa população. Em relação a esse fato, fica suspenso um dos meus objetivos neste trabalho, que é analisar os processos formais de protocolos de atendimentos da população LGBTQIA+.

Também me atentei a perguntar sobre a representatividade dessa população no Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipais de Saúde como caminho para a garantia de algumas ações vinculadas à PNSI-LGBT, dada importância dessa representativa na gestão pública dos serviços, mas a resposta foi negativa; o município não tem pessoas LGBTQIA+ que exerçam essa representatividade.

Ao final da entrevista, perguntei sobre o interesse do coordenador em realizar um curso, capacitação ou reuniões de Educação Permanente com espaços de discussão sobre a população LGBTQIA+ e PNSI-LGBT e ele se mostrou disponível para essa ação. Mesmo com essa disponibilidade, percebi que muitas falas caminham para uma total desqualificação de se implementar ações para a garantia da cidadania e direito à saúde de forma igualitária para essa população. Esse foi o encontro mais longo (em relação ao tempo cronológico) que realizei e uma das que mais angustiou por sentir que meu trabalho e a legitimação dessa política sempre estava sendo colocada à prova. Também senti certo desconforto quando o entrevistado 01 expõe a orientação sexual da secretária de Saúde, não por esse fato, mas por usá-lo como forma de justificar que no município há um atendimento tranquilo e igualitário em saúde para toda a população LGBTQIA+. Encerrei a entrevista com certa angústia e me perguntando qual meu papel enquanto pesquisadora, psicóloga e cidadão perante falas enrijecidas e que me trouxeram tantos atravessamentos intensos.

Após, fui à sala da secretária municipal e logo iniciamos nosso diálogo. Expliquei os objetivos da entrevista e, após a assinatura do TCLE, iniciamos nosso diálogo. Diferentemente do entrevistado 01, a Secretária Municipal de Saúde do município A (entrevistada 02) afirma ter conhecimento da PNSI-LGBT, inclusive aponta saber sobre o Programa Brasil sem Homofobia, do Governo Federal. Percebi certo conhecimento acerca da temática LGBTQIA+ e interesse da secretária em dividir experiências, proporcionando um lugar de acolhimento às demandas desse trabalho e ao meu desconforto em ser atravessada por falas hegemônicas e preconceituosas.

A entrevistada 02 se descreve como mulher cisgênera, branca, solteira, 35 anos, formada em Serviço Social e mestrado em Políticas Públicas, católica, trabalha na área da saúde há 11 anos e há menos de 02 anos como secretária de saúde. No decorrer das perguntas pessoais, a fim de localizarmos quais atravessamentos essas narrativas teriam, percebi que não havia incluído a pergunta sobre orientação sexual e decidi colocá-la em nossa entrevista. Ao perguntar sobre sua orientação sexual e vivência enquanto mulher na gestão, sinto certo desconforto da entrevistada 02 e ela apenas respondeu a pergunta relacionada a opressão de gênero nos serviços de saúde do município A.

Mesmo tendo conhecimento da PNSI-LGBT e compreendendo a importância da sua implementação no cotidiano dos serviços de saúde do município, a entrevistada 02 comenta que não há ações efetivas para esse público e ela sente que existe a necessidade de estabelecer o diálogo sobre. Comenta, ainda, que no município acontece a Educação Permanente, mas essa temática nunca foi elencada como pauta. Nos momentos em que ela surge como demanda desse grupo, muitos funcionários não sabem como agir e se surge um certo incomodo a respeito, piadas ou comentários inapropriados, resultantes de uma sociedade subjetivada pelo preconceito e ignorância, desconhecimento. Relaciona, ainda, essas atitudes com noções morais, vindas por uma opressão religiosa, que historicamente condena a homossexualidade e outras orientações sexuais e identidades de gênero.

Como eu te disse, em reunião da educação permanente que esse assunto acaba surgindo, não era a pauta da discussão, mas acabou surgindo, a gente percebe que ainda há alguns comentários, sei lá, desnecessários, equivocados a respeito dessa população. Então eu acho que ainda, os profissionais de saúde não estão devidamente capacitados pra lidar com essa população, pra respeitar a questão do nome social, pra respeitar a questão de gênero, pra respeitar (...) assim (...) a aparência dessas pessoas. A gente percebe que isso ainda gera um certo desconforto, apesar de eu ter no quadro até funcionários que são assumidamente homossexuais, a gente percebe que ao longo do processo, eles vão adquirindo respeito dos colegas mas é um respeito, como eu digo, não te respeita porque você é homossexual, te respeita porque ao longo do dia eu vou te conhecendo, vi que é uma pessoa legal, então, digamos assim, eu relevo que você é homossexual e te aceito dentro desse processo. Mas eu acho que a questão da homossexualidade, trans e tudo mais, acho que ainda é uma questão que gera muito preconceito associado também a questão moral, religiosa. Eu acho que a sociedade, ela vem avançando, mas com dificuldades. Eu acho que isso precisaria, na verdade, ser

trabalhado mais com a equipe de saúde pra que eles possam entender e respeitar com mais facilidade. Mas no momento o município não tem ações efetivas pra esse segmento, eles são incorporados dentro da rotina de atendimento, são atendidos, mas não há ações específicas à esse segmento. (ENTREVISTADA 02, 2018).

Diante dessa problemática sobre o compromisso ético das/os funcionárias/os das redes de serviços públicos em saúde, podemos citar o trecho do trabalho de Barreto, Ferreira e Oliveira (2017):

Para tanto cabe @s profissionais inserid@s nas políticas públicas o engajamento e compromisso ético com sua “ciência” e com as pessoas que serão atingidas por ela. Em outras palavras, a problematização sobre as ações dos saberes éticos e científicos devem ser constantes, não sendo condizentes com práticas essencialistas e redutoras, que consideram a performatividade como patologia e que violentam as formas plurais de existir, de se expressar e de viver no mundo.” (BARRETO; FERREIRA; OLIVEIRA, 2017, p. 139)

Durante a entrevista, a secretária foi se familiarizando mais com o tema e apontando questões que julgava precisar de maior atenção como é o caso de aumentar o conhecimento, diálogo e implementação de ações baseadas na PNSI-LGBT, não negligenciar as demandas de saúde dessa população, maior capacitação dos funcionários e mudança de consciência em relação à cidadania e saúde como direito para todos, de forma igualitária. Nesta fala, fui atravessada pela incapacidade que a secretária sente em colocar em prática ações cotidianas de proteção e luta por direitos, principalmente LGBTQIA+. A entrevistada 02 relata que há ausência de aproximação dos Governos Federal e Estadual na divulgação dessas Políticas e criação de campanhas que ajudem na propagação destas. É claro que o município tem autonomia para gerar essas ações, mas neste sentido, há o demonstrativo de dependência desse município para efetivar de forma autônoma o início dessas ações.

Quando perguntado sobre prontuários e dados dessa população, a fala foi semelhante ao entrevistado 01, confirmando que no prontuário eletrônico não tem o campo de nome social, mas que como todos se conhecem, os funcionários aderem ao seu uso, com a mesma justificativa de ser uma cidade pequena e todos se conhecerem e saberem o nome social das/os transexuais e das travestis. Entretanto,

essa adesão, muitas vezes, é marcada por um tom hostil, como observado pela entrevistada 02:

Como é um município pequeno, as pessoas se conhecem, então facilita essa questão de usar o nome social, porque as pessoas não se prendem ao papel. Esse é um aspecto positivo em municípios pequenos. Não que isso seja plenamente respeitado no sentido de chamar com integridade. Às vezes a gente escuta assim: “Ah, aquele fulano, não sei das quantas”, num tom pejorativo. A pessoa sabe, usa aquele nome mas usa isso como uma identificação pejorativa. (ENTREVISTADA 02, 2018).

A falta de dados sobre essa população no município também aparece durante essa entrevista, me colocando no questionamento acerca de que realmente não teremos ações concernentes a essas demandas uma vez que não há um levantamento destas e que essa população é inviabilizada formalmente, ela não existe em dados oficiais; discussão já apontada várias vezes neste trabalho e que colabora para refletirmos sobre a importância de se cartografar/mapear para, então, criarmos estratégias políticas.

Da mesma forma que a invisibilização da PNSI-LGBT e dessa população toma conta das ações dos serviços de saúde deste município, a entrevistada 02 confirma a falta de representatividade LGBTQIA+ no Conselho de Saúde e Conferências Municipais de Saúde, com que reforça o desconhecimento sobre a PNSI-LGBT e silenciamento de ações efetivas para esse segmento.

Ao finalizarmos a entrevista, também há a abertura da secretária na organização de formações para os profissionais e população que fomentem o conhecimento de políticas, que possam despertar um processo de conscientização sobre os preconceitos e que aproxime a população LGBTQIA+ dos serviços de saúde e os motive a exercer sua representação participativa no SUS.

Muito diferente do sentimento ao terminar a primeira entrevista, senti mais acolhimento nos posicionamentos dessa gestora em saúde, que se colocou a disposição da minha pesquisa e me acompanhou até o ponto de ônibus (na verdade era uma praça), local de enfrentamentos como chuva, ventania de terra vermelha e cinco horas de espera do ônibus para retornar à minha cidade. Esses últimos acontecimentos só marcaram ainda mais o sentimento de Enfrentamento que tive

nas entrevistas, principalmente na primeira, que me motivou a pensar como atores dos serviços de uma mesma cidade, num mesmo prédio, numa mesma equipe podem ter posicionamentos distintos e que refletem nos atendimentos à saúde. Refleti, reflito e acredito que continuarei refletindo sobre a importância em fazer conhecer uma política tão importante para a garantia da cidadania dos LGBTQIA+, como é o caso da PNSI-LGBT, mas de não parar por aí, pois com as experimentações vivenciadas durante essas entrevistas, percebi que somente conhecer efetivamente não resolve alguns impasses do dia-a-dia. É necessário viver e experimentar as garantias que ela nos propõe; se aventurar, agir, defender, entrar nessa luta, resistir, colocar seu corpo no campo onde esses enfrentamentos acontecem.

Quando repenso as falas que me atravessaram durante as entrevistas, analiso que as percepções do coordenador da UBS e da secretária municipal de saúde acerca dos atendimentos aos LGBTQIA+ destoam em relação ao preconceito dos funcionários no acolhimento e tratamento das demandas da população LGBTQIA+. Durante minha vivência nessas entrevistas, agregados a dificuldade sentida em se falar sobre esse tema e o atual cenário político do Brasil – que foi citado nos corredores da Unidade de saúde - o sentimento de nervosismo e certa insatisfação se fez presente durante as entrevistas. As críticas, por parte do coordenador da UBS, às cotas, políticas afirmativas e a um “governo muito assistencialista” permearam toda a conversa. Já a secretária de saúde se mostrou mais aberta a mudanças e conscientizada, assumindo que o município poderia ter maior conhecimento e aplicabilidade das ações voltadas à PNSI-LGBT.

Então vamos seguir pela experiência no município B. Realizei o mesmo processo do município A, com o envio do Ofício convite. A secretária de saúde aceitou a participação do município e, diante do seu acolhimento em relação à participação deste município na pesquisa, iniciamos nosso contato por *WhatsApp* para programarmos o dia para a realização das entrevistas. Após 20 dias de desencontros e vários compromissos já assumidos anteriormente, tanto por mim, quanto por ela, conseguimos finalizar uma data. Mais uma vez na rodoviária, às 06h30, com todo o aparato para a realização da pesquisa (gravador, canetas, folhas

impressas com perguntas e folhas em branco, que faltaram da última vez, para anotações), a espera do ônibus e da secretária, que iria no mesmo ônibus que eu até nosso destino em comum. Todos entraram e o ônibus seguiu, dessa vez sem atrasos. Ao chegar ao município B, a secretária – que estava durante a viagem no mesmo ônibus, mas não a conhecia – se apresentou e fomos andando até a Secretaria Municipal de Saúde.

Chegando lá, fui apresentada e acolhida por toda a equipe. Iniciamos nossa entrevista na sala onde a entrevistada 03 exerce suas atividades. Expliquei os objetivos da pesquisa e comuniquei sobre questões éticas e o uso do gravador. Em seguida, a entrevistada se define na gestão como secretária municipal de saúde, 32 anos, mulher cisgênera, parda, em união estável, heterossexual, formada em Enfermagem e não praticante de nenhuma religião. Trabalha na área da saúde há 11 anos e está como secretária há 02 anos.

A entrevistada 03 relata que não tem conhecimento sobre a PNSI-LGBT e também relaciona, em algumas momentos das falas, as demandas LGBTQIA+ somente com distribuição de preservativos e realização de testes rápidos, evidenciando o que já discutimos anteriormente a respeito da idéia historicamente construída de que a população LGBTQIA+ é uma população de risco em relação a essas infecções, em ações que tendenciam a garantia da saúde LGBTQIA+ apenas à distribuição de camisinhas e a conscientização sobre as ISTs.

Durante nossa conversa, a entrevistada 03 afirma sua percepção sobre uma maior disponibilidade do município para o diálogo sobre essa temática e apresenta solicitude em relação a discussão sobre a PNSI-LGBT e sobre o acolhimento à essa população, entretanto essa temática não é discutida no Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipal de Saúde. Em relação a essa participação social, tanto no município A como neste não há a representação no segmento LGBTQIA+ nesses espaços que deveriam ser de luta e diálogo para garantia de uma saúde igualitária.

É importante salientar que, em muitos momentos, a entrevistada 03 fala da importância do respeito e acolhimento a essa população, legitimando a necessidade

de maior efetividade e aplicabilidade de ações concernentes à PNSI-LGBT no município. Comenta, ainda, da necessidade de um maior apoio do Governo Federal e Estadual para a elaboração e manutenção de políticas e ações anti-discriminatórias.

Em muitos momentos, a entrevistada 03 falou sobre a criação e fortalecimento do vínculo com a/o paciente, e em específico as/os LGBTQIA+, para maior adesão nos serviços de saúde e para que eles tenham acesso e acolhimento às suas demandas, conforme trecho a seguir:

(...) Já aconteceu de, no fato de você dar uma abertura maior, perguntar, respeitar, você consegue ter uma disponibilidade maior desses pacientes. Isso é importante, o vínculo. A partir do momento que a gente começa a direcionar de forma adequada esses pacientes, você vai ver que o fortalecimento do vínculo vai ser outro. (ENTREVISTADA 03, 2018).

Sobre o uso do nome social, a entrevistada 03 afirma que tem esse campo no prontuário eletrônico do município mas, em algumas vezes, acontecem situações que seu uso se torna informal, ficando a cargo da/o funcionária/o utilizá-lo ou não e desabafa o posicionamento de alguns profissionais em relação ao respeito da identidade de gênero e uso do nome social.

Você vê um pouquinho de recriminação. Eles fazem/aderem porque não tem outra opção, entendeu. Infelizmente, pra eles, nesse momento tem que ser uma coisa de cima pra baixo mesmo. Porque se deixar de livre e espontânea vontade não seria feito. Infelizmente tem que ser um pouco imposto que seja feito. A gente acredita que com o passar do tempo, que isso se torne tão natural, que eles façam normalmente, mas por enquanto não é dessa forma. (ENTREVISTADA 03, 2018).

Neste momento, penso o quanto essa situação é problemática uma vez que sem conscientização sobre as identidades de gêneros e com o atravessador das relações de poder, exercendo a obrigatoriedade do uso do nome social sem uma reflexão, pode mascarar um tratamento mais humano e menos forçado e/ ou sem nenhuma criticidade. Ligada a essa questão de preconceitos e discriminações exercidas pelos funcionários, a entrevistada 03 reforça como seria importante que fosse construído um espaço para o diálogo e capacitação dos profissionais sobre a

PNSI-LGBT, nomenclaturas de chamamento relacionadas às identidades de gêneros, desmistificação sobre as temáticas LGBTQIA+, elaboração de protocolos de atendimentos, pois não há nenhuma diretriz no município para casos como processo de hormonização, das travestis e das/os transexuais, nem ao processo de mastectomia masculinizadora, por exemplo.

Ao término da entrevista, a entrevistada 03 agradeceu nossa parceria e se colocou a disposição para articulação de redes entre os municípios. Percebi a importância desse diálogo e da troca sobre as experiências e sobre a importância de fazer com que uma Política seja difundida, vivida e aplicada em ações cotidianas, defendendo essa população e consolidando seu espaço como usuários do SUS.

A entrevistada 03 tentou entrar em contato com a coordenadora de uma das UBS do município para iniciarmos o diálogo, mas esta não foi localizada. Por esse motivo, combinei que voltaria no dia seguinte para me encontrar com a entrevistada 04 e realizar a última entrevista. A secretária me levou até a Copa e me ofereceu um café, que me aqueceu durante minha ida até a rodoviária. Sai da entrevista com esperança por ter gestores em saúde com visões tão importantes a respeito da saúde e que se comprometem a conhecer a PNSI-LGBT, interessados em lutar pelo fortalecimento do vínculo e respeito com os usuários LGBTQIA+ desses serviços. Lá, aguardei pouco tempo até o ônibus chegar e retornei à minha cidade com a expectativa em voltar no outro dia e experimentar a próxima vivência neste município.

No dia seguinte, peguei o ônibus no mesmo horário e fui até o município B animada para a realização da entrevista. Desta vez, caminhei sozinha até a secretaria, pois neste dia a secretária não pegou o mesmo ônibus que eu. Chegando lá, aguardei na UBS e logo a entrevistada 04 veio me receber. Fomos à sua sala e iniciei a entrevista explicando os objetivos da pesquisa e tentando criar um ambiente acolhedor para que esta entrevista acontecesse, pois percebi que ela se incomodou com o uso do gravador. Depois de conversarmos sobre o sigilo ético da pesquisa e enfatizar seus objetivos como demonstrativos de algumas realidades, não no sentido de cobrança ou julgador, mas como parceria de trabalho e troca de experiências. A entrevistada 04 é coordenadora de UBS, mulher cisgênera, branca, casada, em um

relacionamento heterossexual, 45 anos, formada em Pedagogia, graduanda em Serviço Social, católica, atuante na área da saúde há 23 anos, mesmo período em que coordena a UBS.

Já de início, quando questionada sobre seu conhecimento acerca da PNSI-LGBT, novamente há a negativa em relação a sua apropriação e aplicabilidade no serviço. Na entrevista, observei que quando perguntado sobre as ações de saúde para a população LGBTQIA+, a entrevistada 04 relata somente ações de prevenção às ISTs.

PESQUISADORA - Quais são as principais demandas de saúde da população LGBT para sua equipe?

ENTREVISTADA 04 - Não, então. A gente faz as DSTs, a gente aborda esse tema. Às vezes, aqui na sala de espera, a gente tem pequenas palestras que a enfermeira faz ou outro profissional vem pra fazer.

PESQUISADORA - Mas são voltadas pras ISTs?

ENTREVISTADA 04 - Não só DSTs. A gente tem o setembro amarelo, que é da hepatite.

PESQUISADORA - Mas e nessa questão mais social, de preconceito?

ENTREVISTADA 04 - Não, nunca surgiu uma demanda.

PESQUISADORA - É mais a questão biológica mesmo?

ENTREVISTADA 04 - É, é. (PESQUISADORA & ENTREVISTADA 04, 2018).

Percebe-se, em mais uma experiência, que os determinantes sociais de saúde são desconsiderados no atendimento às demandas da população LGBTQIA+, limitando-os somente às questões biológicas. Além disso, há uma predominância sobre o discurso de que não há a necessidade de ações que visem as especificidades dessa população e seu sofrimento psíquico, delimitando um campo inseguro e discriminatório de adesão das/os LGBTQIA+ aos serviços de saúde.

PESQUISADORA - Qual a relevância de dialogar sobre o acolhimento da população LGBT no serviço de saúde?

ENTREVISTADA 04 - É como eu te falei, a parte biológica deles, as coisas, os atendimentos, como se diz, as patologias, a gente trata aqui, normal...como se fosse uma pessoa qualquer, é tratado. Se o clínico encaminhar pro psicólogo, pro psiquiatra, pro ginecologista vai passar. Tudo com o encaminhamento certinho, vai passar. A gente põe na lista, tudo certinho, vai passar. Aí vai ver a necessidade certinho...o clínico vai

analisar e aí qualquer coisa passa na frente. Não tem assim porque é LGBT, não tem.

PESQUISADORA - E essas questões mais sociais, de preconceito?

ENTREVISTADA 04 - Aqui não tem. Preconceito, não. Vai abordar, vai passar.

PESQUISADORA - O que você acha de abordar o assunto não só com os funcionários, mas com a população também?

ENTREVISTADA 04 - Aqui os funcionários, não tem ninguém que tem preconceito; essas coisas: "Não vou agendar porque é do LGBT". Não, não...a gente vai agendar. É usuário do SUS, vai passar. (PESQUISADORA & ENTREVISTADA 04, 2018).

Em muitos momentos, a mesma sensação de desqualificação enfrentada na conversa com o entrevistado 01 surge nessa entrevista em relação a efetiva necessidade das ações concernentes a PNSI-LGBT, com a justificativa de que ela poderia estimular uma segregação nos atendimentos. Quando discutimos acerca de direitos para população cisgênera e/ou heterossexual, os discursos caminham para uma ideia de igualdade de direitos, não levando em consideração a garantia de equidade uma vez que essa população tem suas especificidades e demandas próprias.

Além desse sentimento de invisibilização e desqualificação sobre a temática, aconteceram fatos que marcaram a entrevista. Por duas vezes o médico da Unidade entrou na sala abruptamente, interrompendo a entrevista de forma agressiva e hostil, com falas minimizadoras em relação ao nosso trabalho, e que infelizmente não foram gravadas pois parei o gravador no momento de sua entrada na sala. Em uma das vezes, ele pediu para que eu aguardasse do lado de fora da sala para que ele e a entrevistada 04 conversassem. No corredor da UBS, muitos pacientes relataram esse tipo de posicionamento como corriqueiro e recorrente. Me senti totalmente desqualificada e desrespeitada com essa atitude e entrei num processo de reflexão acerca do poder do saber médico e de como essas situações estigmatizam o atendimento do SUS, de forma arbitrária.

Após voltar para a sala, reiniciamos a entrevista, sendo que a entrevistada 04 inicia um processo de grande objetividade e rapidez nas respostas. Afirma a ausência de representatividade no Conselho e Conferências Municipais de Saúde.

Fala rapidamente do uso de novo social como totalmente aceito e enfatiza que neste serviço “não tem preconceito, não!” (ENTREVISTADA 04, 2018).

No final da entrevista, a coordenadora da UBS pede para que eu envie a PNSI-LGBT por *e-mail* para maior conhecimento sobre a temática e diz ter interesse na realização de capacitações sobre o tema. Saí da UBS e rapidamente me encaminhei para a rodoviária pois essa vivência, as falas, “invasões” na sala e diálogos dos pacientes no corredor foram atravessamentos importantes de desrespeito e invisibilidade da importância do trabalho que caminha rumo a defesa da cidadania e saúde às/aos LGBTQIA+.

Ao nos depararmos com os discursos da coordenadora da UBS e da Secretária Municipal de Saúde do município B, ambas expressam a falta de conhecimento e formação acerca da PNSI-LGBT, bem como uma dificuldade no diálogo e conscientização sobre as temáticas que envolvem esta Política e a população LGBTQIA+. A secretaria de saúde proporcionou um ambiente acolhedor para a realização das entrevistas e durante sua realização se mostrou disposta a iniciar um processo de discussão sobre o assunto. Já na entrevista seguinte, há a sensação de desconforto sobre essa temática e discursos mais voltados à deslegitimação e invisibilidade da PNSI-LGBT e suas ressonâncias. Esse é um tema que incomoda, principalmente os coordenadores das UBS entrevistadas – tanto do municípios A, como do município B – enfatizando as semelhanças de faixa etária de ambos quando comparadas às secretárias municipais de saúde. Outra semelhança é que ambos coordenam os serviços há décadas, marcando uma hierarquização e influência de seus modos de executar a gestão em outros profissionais.

As experimentações e vivências das entrevistas possibilitaram pensar em alguns pontos convergentes que apareceram nos discursos das/os coordenadoras/es e Secretárias Municipais de Saúde dos municípios. O primeiro ponto a ser discutido é a supremacia do pouco ou total desconhecimento e aplicabilidade da PNSI-LGBT nos serviços de saúde, bem como a ausência de ações que abranjam as especificidades dessa população. As secretárias municipais de saúde de ambos municípios se mostraram, em geral, solícitas à discussão dessa temática e com maior envolvimento à promoção de ações que englobem os

LGBTQIA+ e conscientizem toda a população. Já a coordenadora e o coordenador das UBS apresentaram falas mais restritas, enfatizando a não importância da PNSI-LGBT e afirmando que essa população é respeitada de forma integral, sem ter a necessidade de ações específicas. A discussão sobre essa realidade apresenta um cenário onde os atores que se desses serviços que se mostraram mais avessos à PNSI-LGBT ou à temática LGBTQIA+ são os que têm contato direto com essa população nos serviços de saúde.

Seguido a este ponto, há a falta de serviços para referenciar a população LGBTQIA+, em particular a população trans e travestis, quando relacionados ao processo transexualizador, e de informações sobre possíveis serviços de referência. Também é importante citar a falta de formação e capacitação dos profissionais em relação a essa temática, através de cursos e Educação Permanente. Por fim, e não menos importante, há a completa invisibilidade de dados relacionados às condições de saúde dessa população, uma vez que não há campo nos prontuários para orientação sexual e identidade de gênero, bem como há a ausência de protocolos de atendimentos a população LGBTQIA+ nos dois municípios. Tais constatações serão discutidas a seguir.

4. Cidadania e saúde LGBTQIA+ e suas implicações no cotidiano dos municípios do interior: tensionamentos e algumas considerações

Neste momento, dialogaremos sobre as ressonâncias dos discursos e experiências vivenciadas nas entrevistas na tentativa de tecer um campo com abertura para pensarmos sobre os atravessamentos, indagações, trocas, aprendizados e outros movimentos resultantes do contato com os municípios e com a leitura desse trabalho. Não nomeio este capítulo como final pois acredito que limitar esse diálogo como final nos remeteria a algo que já está posto, pronto, limitado a qualquer outro direcionamento ou interpretação, com término estabelecido e prestes a acontecer. E o que pretendemos aqui é bem diferente! É considerar que os atravessamentos são inúmeros, que os diálogos estão aí, que podemos construir

novos caminhos através das significações e resignificações experimentadas por nós e das potencializações desses encontros.

Para discorrer sobre tais tensionamentos e considerações, podemos retomar algumas indagações iniciais (nomeadas neste trabalho como objetivos específicos) que me motivaram na tentativa de desenvolver essa pesquisa. Através das entrevistas, propus-me, além de outros objetivos, a conhecer o que as/os Secretários Municipais de Saúde e coordenadoras/es das UBS e/ou ESF sabiam a respeito da PNSI-LGBT, sua repercussão e descompassos nas práticas cotidianas, bem como localizar como essa Política foi incorporada e implantada nesses municípios e em seus serviços de saúde.

Segundo as entrevistas, a secretária e o coordenador do município A comentaram que tinham certo conhecimento sobre a PNSI-LGBT enquanto os gestores do município B não tinham tal conhecimento. Mesmo com o conhecimento do município A acerca de pontos da Política, ambos municípios não tiveram ações efetivas de incorporação e implementação da PNSI-LGBT nos municípios e em seus serviços de saúde, escamoteando a importância da cidadania das/os LGBTQIA+ enquanto cidadãs/ãos com direitos ao acesso integral e equânime voltados à sua saúde integral. Conforme citado anteriormente, PINSKY (2003) nos fala que ser cidadã/ão é ter direitos civis, políticos e sociais; e são nesses direitos sociais que a saúde se pauta enquanto garantia para qualquer cidadã/ão. A falta de iniciativas pautadas em uma política que visa a garantia de direitos concernentes à cidadania de uma população, que apresenta dados importantes relacionados à sua saúde, culmina na invisibilização dos seus direitos humanos e do seu caráter enquanto cidadãs/ãos desses direitos. Odalia (2013) nos lembra que, historicamente, a cidadania consagrou os direitos humanos como forma de enfrentamento e luta contra o genocídio que ameaçava o século XVIII. Sendo assim, é dada a importância da conquista e estabelecimento dos direitos humanos às/aos LGBTQIA+ para a garantia da manutenção do reconhecimento e legitimação dessa população como cidadãs/aos iguais perante todos, conforme afirmação da ONU:

Os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição (ONU Brasil, 2019).

Assim sendo, a falta de conhecimento da PNSI-LGBT e resistência em aplicar suas diretrizes nos serviços de saúde dos municípios, aliadas ao estigma culturalmente evidenciado e às manifestações LGBTQIA+fóbicas vivenciadas por essas cidadãs/aos, corroboram para o fortalecimento de uma realidade que não condiz com o estabelecimento dos direitos humanos enquanto direitos universais a todos, colocando-as/os num lugar de “cidadãs/os menores”, com menos direitos e que terão que enfrentar muitas barreiras para que se estabeleça um vínculo com os serviços de saúde, resultando em um problemático acesso a esses serviços ou, até mesmo, a não procura a eles.

Em relação à dificuldade de compreensão que o exercício da cidadania e a garantia de direitos humanos são universais e para todos, observa-se, ainda, outro fator que atravessa esse campo do cotidiano nestes serviços em saúde. A universalidade, integralidade e equidade – as quais estamos discutindo -, além de compor o campo da cidadania e dos direitos humanos, são princípios do SUS, conforme Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e precisam ser exercidos nos serviços de saúde. Esse movimento de invisibilização das/os LGBTQIA+ vem aliado a dificuldades existentes nos municípios em incluir essa temática nas pautas de reuniões de equipe, reuniões do Conselho Municipal de Saúde e reuniões de Educação Permanente que, segundo as entrevistas, se dá em função da resistência de muitas/os funcionárias/os em discutir sobre a temática, fortalecendo a construção de serviços em saúde marcados pelos preconceitos e estigmas evidentes em nossa sociedade (ENTREVISTADA 02 & ENTREVISTADA 03, 2018). Neste aspecto, podemos citar o Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT do Plano Operativo da PNSI-LGBT, que traça eixos estratégicos de aplicabilidade desta política no cotidiano dos serviços de saúde, conforme segue:

- a) ações e estratégias que visam garantir a educação em saúde para gestores e profissionais de saúde, voltadas para o tema do enfrentamento

às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia e território e das especificidades em saúde da população LGBT;

b) ações e estratégias que visem garantir educação em saúde para o controle social de conselheiros de saúde e lideranças sociais, voltadas para o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia e território e das especificidades em saúde da população LGBT;

c) inclusão de ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território.

Ações propostas/articuladas:

- Inserção das temáticas referentes à saúde LGBT nos processos de educação permanente dos/as gestores/as e profissionais de saúde do SUS;
- Produção de materiais e estratégias educativas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população LGBT;
- Fomento ao desenvolvimento de pesquisas com foco nas prioridades em saúde da população LGBT;
- Inserção da temática LGBT no Módulo de Educação à Distância (EAD), para cursos de formação voltados para profissionais de saúde e UNASUS;
- Inserção da temática LGBT nos cursos de Educação à Distância (EAD) para conselheiros/as de saúde e lideranças sociais, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). (PLANO OPERATIVO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT, 2011, p. 4-5).

Observa-se, segundo as entrevistas, a falta de Educação Permanente sobre o assunto, bem como o diálogo e ações educativas no cotidiano dos serviços de saúde relacionados à temática LGBTQIA+ que alcance as/os trabalhadoras/es desses serviços, garantindo maiores chances de que o direito à saúde lhes será assegurado com maior vinculação e em espaços onde possa as/os acolher na tentativa de eliminar os preconceitos. A partir do diálogo com as secretárias municipais de saúde durante as entrevistas, há interesse e preocupação que tal diálogo seja iniciado nos serviços de saúde, entretanto os municípios não têm articulado um plano de ações para que esses objetivos se concretizem. O fomento de ações voltadas à Educação Permanente sobre tal temática poderia conduzir à movimentos de eliminação de tabus, estigmas e preconceitos, indo na contramão do que comumente observamos atualmente: uma sociedade que se mostra, muitas vezes, LGBTQIA+fóbica.

PESQUISADORA - Como é a atuação desta Secretaria na formulação de Políticas Públicas e/ou ações municipais para a população LGBT?

ENTREVISTADA 02 - A rigor assim, a gente não tem ações específicas voltadas para esse segmento LGBT, não tem.

PESQUISADORA - Você acha que seria aderido pela população, pelos profissionais?

ENTREVISTADA 02 - Eu acho que com preconceito, na minha opinião, haveria uma dificuldade. Como eu te disse, em reunião de educação permanente que esse assunto acaba surgindo, não era a pauta da discussão, mas acabou surgindo, a gente percebe que ainda há alguns comentários, sei lá, desnecessários, equivocados a respeito dessa população. Então eu acho que ainda, os profissionais de saúde não estão devidamente capacitados pra lidar com essa população, pra respeitar a questão do nome social, pra respeitar a questão de gênero, pra respeitar...assim...a aparência dessas pessoas. A gente percebe que isso ainda gera um certo desconforto, apesar de eu ter no quadro até funcionários que são assumidamente homossexuais, a gente percebe que ao longo do processo, eles vão adquirindo respeito dos colegas mas é um respeito, como eu digo, não te respeita porque você é homossexual, te respeita porque ao longo do dia eu vou te conhecendo, vi que é uma pessoa legal, então, digamos assim, eu relevo que você é homossexual e te aceito dentro desse processo. Mas eu acho que a questão da homossexualidade, trans e tudo mais, acho que ainda é uma questão que gera muito preconceito associado também a questão moral, religiosa. Eu acho que a sociedade, ela vem avançando, mas com dificuldades. Eu acho que isso precisaria na verdade ser trabalhado mais com a equipe de saúde pra que eles possam entender e respeitar com mais facilidade. Mas no momento o município não tem ações efetivas pra esse segmento, eles são incorporados dentro da rotina de atendimento, são atendidos, mas não há ações específicas dentro desse segmento. (PESQUISADORA & ENTREVISTADA 02, 2018).

A falta de diálogo e de ações educativas sobre a temática fortalecem os casos onde a obrigatoriedade em construir ações baseadas no respeito às/aos LGBTQIA+ seja imposta por uma hierarquia, num grave movimento que mantém o apagamento dessa população e do pensamento crítico e auto-reflexão sobre estigmas e preconceitos, bem como inviabiliza o diálogo e a criação de ações pautadas no respeito à/a essas/es cidadãs/aos e aos seus direitos, conforme comenta a secretária municipal de saúde do município B:

PESQUISADORA - Você sente resistência por parte dos funcionários em usar o nome social?

ENTREVISTADA 03 - Você vê um pouquinho de recriminação. Eles fazem/aderem porque não tem “a outra” opção, entendeu. Infelizmente, pra eles, nesse momento tem que ser uma coisa de cima pra baixo mesmo. Porque se deixar de livre e espontânea vontade não seria feito. Infelizmente tem que ser um pouco imposto que seja feito. A gente acredita que com o passar do tempo, que isso se torne tão natural, que eles façam

normalmente, mas por enquanto não é dessa forma. (PESQUISADORA & ENTREVISTADA 03, 2018).

Quando discutimos acerca da construção de um cenário permeado pelo diálogo e pela garantia dos direitos LGBTQIA+ nos serviços de saúde, observamos a necessidade do conhecimento do perfil demográfico da população do município de modo a fomentar a territorialização e ações que condigam com a realidade deste município. Conforme Teixeira *et al* (1998):

O ponto de partida para o desencadeamento do processo de planejamento da vigilância à saúde é a Territorialização do sistema municipal de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, polítoculturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser sistematizados de modo a se construírem o mapa básico e os mapas temáticos do município. (...)O propósito fundamental desse processo de territorialização é permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos priorizados e, conseqüentemente, em um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida. (TEIXEIRA *et al*, 1998, p. 20).

Dada a importância de dados quanti e qualitativos sobre a população dos municípios para o fomento de ações específicas em saúde, temos um dos objetivos específicos deste trabalho: descrever protocolos de atendimentos à população LGBTQIA+ nos serviços de Atenção Primária, verificando se há e como são trabalhadas ações de prevenção, cuidado em saúde e Educação Permanente. Com o apagamento dessa população - resultado da falta de diálogo, visibilidade sobre a temática e participação social e interação das/os LGBTQIA+ nestes serviços de saúde - e falta de dados demográficos relacionados a esse grupo específico (fato evidenciado durante as entrevistas) temos a ausência de ações e protocolos de atendimentos às/aos LGBTQIA+, fortalecendo a idéia de que essa população se diluiu no discurso das políticas, apesar da sua especificidade, passando a não mais existir nesses municípios.

Quando discutimos sobre a invisibilização das/os LGBTQIA+ nos serviços de saúde destes municípios, podemos iniciar um diálogo com Judith Butler acerca do direito de aparecer e dos regimes de aparição, como forma de reivindicações corporizadas de uma vida mais vivível. A reivindicação por direitos acontece ao adentrarmos os espaços públicos e com a transformação das normas que decidem e governam quem é inteligível, quem tem o direito a aparecer e quem não tem. (BUTLER, 2017). Quando nos reunimos em assembléias nas ruas, praças e/ou espaços e serviços públicos – como citado anteriormente quando falamos da importância dos movimentos sociais - estamos exercendo nosso direito de aparecer, de ser notados, de existir e de nos constituir e afirmar como cidadãos/aos (BUTLER, 2017). Se, para essa população, não há o direito de aparecer, como esses corpos exercerão e reivindicarão por seus direitos? “Sem aparecer em público, não podemos exercer nossa liberdade e, se não podemos exercer nossa liberdade, não podemos refazer o mundo com base nos princípios da igualdade e da não violência.” (BUTLER, 2017, p.45). Quando os corpos se reúnem, eles defendem sua existência plural, não mais com suas especificidades diluídas, mas posta em destaque e notoriedade, reivindicando uma vida vivível e condições para que ela seja vivida.

A ocupação desses espaços pelas/os LGBTQIA+ nos serviços de saúde precisa ser garantida, não apenas no papel de usuárias/os mas como colaboradoras/es ativos da gestão participativa e do controle social, aspectos importantes que norteiam o SUS e seus serviços. Nas entrevistas temos como dado a não participação dessa população nos Conselhos e Conferências de Saúde, resultando na inutilização desses espaços – fomentados pela luta dos movimentos sociais - essenciais para a formulação da “Política Estadual e Municipal de Saúde, e firmar pactos com as demais esferas de governo, visando a implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Nesse aspecto, reafirmamos que a ausência dessa população nesses espaços cria um campo de estratégias de controle engendradas em instrumentos que decidem quais vidas – e populações – são importantes e passíveis de serem vividas e que ditam como essas vidas serão governadas. Neste momento,

podemos retomar nossos diálogos sobre biopolítica e governamentalidade para entendermos que as ações cotidianas em serviços de saúde são permeadas por esses atravessamentos que ditam sobre a vida, sobrevida e sobrevivência dessas populações, e em específico, a população LGBTQIA+, marcada por uma sobrevivência que permeia a invisibilização de seus corpos, quer seja por discursos de negação de sua existência, por falta de interesse político em suas especificidades e demandas em saúde, por ausência no diálogo sobre a temática e/ou pelo desconhecimento de políticas públicas que afirmem sua existência e seu lugar enquanto cidadãs/aos detentores de direitos.

Quando pensamos na biopolítica como estratégia de controle dos corpos – e neste caso, os corpos LGBTQIA+ - observamos que há engendramentos que regulamentam políticas de extermínio. Deste modo, ao nos depararmos com esses mecanismos, podemos citar Judith Butler que nos apresenta o conceito de vida precária ou precariedade que é “(...) aquilo que se dá de forma induzida, por violência a grupos vulneráveis ou ausência de políticas protetivas.” (BUTLER, 2018, p. 05), que nos remete e afirma a uma das características do conceito foucaultiano: “fazer viver/deixar morrer”. Neste caso, encontramos ressonâncias destes mecanismos na organização dos serviços de saúde, nos discursos das/os gestoras/es, funcionárias/os e em como as/os LGBTQIA+ ocupam estes espaços ou como são impulsionadas/os a ocupá-los.

Conforme as vivências experimentadas durante as entrevistas, o diálogo com as/os entrevistadas/os e seus discursos nos mostram um cenário de tensionamentos, onde observei a dinâmica de negação – dos municípios de pequeno porte - da população LGBTQIA+, resultante da cultura de invisibilização desta população. O conhecimento e incorporação da PNSI-LGBT (como macropolítica) não chegou ao conhecimento e incorporação das/os gestores, das/os funcionários e das/os usuários desses serviços de saúde e suas práticas cotidianas, invisibilizando uma análise de alguns objetivos, tais como analisar os efeitos da implantação da Política e os direcionamentos éticos e políticos em sua incorporação. Entretanto, podemos avançar para outros diálogos e discussões, as quais tentei mencionar algumas como forma de nos instrumentalizar para a defesa e

reconhecimento das/os LGBTQIA+ e de sua luta pela defesa não só da vida, mas de uma vida digna onde, além de serem reconhecidas/os como pessoas, são reconhecidas/os como CIDADÃS/CIDADADÃOS! Neste sentido, é fundamental que esse reconhecimento também seja garantido através da movimentação de grupos LGBTQIA+ em busca do fortalecimento de micropolíticas rumo à visibilidade de seus corpos e existências para, então, instaurar redes de apoio e defesa LGBTQIA+ que, a partir da Política, passarão a exigir sua aplicabilidade e a garantia de seus direitos.

Acredito que esse é só o começo! Há muito ainda que vivenciar, experimentar, se posicionar. Fortalecer as micropolíticas de resistência para ocuparmos os espaços no cotidiano desses serviços e defendermos tais espaços como locais para o exercício da cidadania e da visibilidade LGBTQIA+.

E então, vamos à luta!

5. Referências Bibliográficas

AGI, Marc. **René Cassin, um dos construtores da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU**. Paris, 1979. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/a_pdf/cassin_construtor_dudh.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

BARRETO, Danielle Jardim; FERREIRA, José Augusto Gerônimo; OLIVEIRA, Leticya Grassi de. **Problematizações (im)pertinentes: (sobre)vivências das travestis nos serviços de atenção básica em saúde no Brasil**. Athenea Digital, v. 17, 2017, p. 117-143.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 52-75.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. Diário de Bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 172-200.

BRASIL. **Brasil sem Homofobia** – Programa de Combate à Violência e a Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** – 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.

_____. **Educação em direitos humanos**. In: Portal Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos. Brasília. Disponível em: <<http://www.mdh.gov.br/navegue-por-temas/educacao-em-direitos-humanos/a-secretaria/institucional>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

_____. **Gestão Participativa em Saúde**. In: Portal Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/participacao-e-control-social/gestao-participativa-em-saude>>. Acesso em: 09 set. 2019.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

_____. **OMS retira transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais.** In: Portal Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos. Brasília, 22 jun. 2018 (2018a). Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/junho/organizacao-mundial-da-saude-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-e-disturbios-mentais>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

_____. **Organograma do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.** In: Portal Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos. Brasília. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/organograma.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

_____. **Painel de Indicadores do SUS nº5 – Prevenção de Violências e Cultura de Paz.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTs.** Brasília: 2009.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Políticas de equidade em saúde.** Portal Ministério da Saúde. Publicado em: 29 de Agosto de 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/869-politicas-de-equidade-em-saude/41380-gays-lesbicas-bissexuais-travestis-e-transexuais>>. Acesso em 23 abr. 2018.

_____. **Portal Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos.** Brasília. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

_____. **Portaria nº 1707 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o processo transexualizador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Regimento Interno do Ministério dos Direitos Humanos.** In: Portal Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos. Brasília. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/acesso-a-informacao/Portaria3062018RegimentoInternoMDH.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

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

_____. **Senadores.** In: Portal do Senado Federal. Brasília. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/senadores/senador/-/perfil/5182/comissoes/1>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

_____. **Violência LGBTFóbicas no Brasil: dados da violência.** Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Cidadania. Elaborado por: elaboração de Marcos Vinícius Moura Silva. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018b, 79 p. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/biblioteca/consultorias/lgbt/violencia-lgbtfobicas-no-brasil-dados-da-violencia>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

BUTLER, Judith. **Alianças queer e política anti-guerra.** Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades, v. 11, n. 16, 1 jan. 2017.

_____. **Corpos em aliança e a Política das ruas. Notas sobre uma teoria performativa de assembléia.** Tradução de Fernanda Siqueira Miguens. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

_____. **Vida precaria: el poder del duelo y la violencia.** Tradução de Fermín Rodríguez. 1ª Ed. Buenos Aires: Paidós, 2006.

CACCIA-BAVA, Silvio. Movimentos sociais: perspectivas e desafios. **Revista IHU, Unisinos**, n. 325, 19 abr. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1865-1874, Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 mar. 2019.

_____. **SUS: o que e como fazer?** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, Jun. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 mar. 2019.

CANDIOTTO, Cesar. A governamentalidade política no pensamento de Foucault. **Filosofia Unisinos**. Curitiba, 2010, p. 33-43.

CARAVACA-MORERA, Jaime Alonso; PADILHA, Maria Itayra. A realidade transexual desde a perspectiva histórica e cisheteronormativa. **Hist. Enferm. Revista Eletrônica**, 2015;6(2): p. 310-318.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Tradução de Ingrid Müller Xavier. Editora Autêntica, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do psicólogo**. Brasília, 2005.

_____. **Resolução CFP nº 001/99 de 22/03/1999**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf>. Acesso em: 24 de abril de 2018.

_____. **Resolução CFP nº 1, de 29 de janeiro de 2018**. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>>. Acesso em: 24 de abril de 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP SP). **A dimensão subjetiva do ódio**. Revista Psi, nº 194. São Paulo, nov, dez, jan-2018/19.

_____. **Nota de Orientação CRP SP nº 01/2016 - sobre o atendimento psicológico a pessoas em conflito com sua orientação sexual e identidade de gênero**. Disponível em: <<https://transparencia.cfp.org.br/crp06/legislacao/nota-de-orientacao-crp-sp-no-01-2016-sobre-o-atendimento-psicologico-a-pessoas-em-conflito-com-sua-orientacao-sexual-e-identidade-de-genero/>>. Acesso em: 24 de abril de 2018.

_____. O (Im)pertinente compromisso social da Psicologia na resistência ao Estado de exceção e nas redes de relações políticas, econômicas, sociais e culturais. **Revista Psi**, nº 194. São Paulo, nov, dez, jan-2018/19.

_____. Resistência em tempos de desmonte do SUS. **Revista Psi**, nº 192. São Paulo, mai, jun, jul-2018.

COSTA, Luciano Bedin da. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. **Revista Digital do LAV**, 2014, p. 67-77.

DELEUZE, Gilles. **¿Que és un dispositivo?** In: Michel Foucault, filósofo. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-161.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

FACCHINI, Regina. Múltiplas identidades, diferentes enquadramentos e visibilidades: um olhar para os 40 anos do movimento LGBT. In: Green, J. N. et al. (Org.). **História do Movimento LGBT no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Alameda, 2018, p. 311-330.

FEITOSA, Cleyton. A participação social nos 40 anos do Movimento LGBT brasileiro. In: Green, J. N. et al. (Org.). **História do Movimento LGBT no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Alameda, 2018, p. 435-448.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da língua portuguesa**. 4ª edição. Ver. Ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FOUCAULT, Michel. A Governamentalidade. In: **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4ª edição, 1984, p. 163-172.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 3ª edição, 1996.

_____. **História da sexualidade I. A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Les techniques de soi**. In: DÉFERT, D.; EWALD, F. (eds.). Dits et écrits II. (1976-1988). Paris: Gallimard, 2001, p. 1602-1632.

_____. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. Nietzsche, a genealogia do poder. In: **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4ª edição, 1984, p. 12-22.

_____. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 28ª edição, 2004.

GRUPO GAY DA BAHIA (GGB). **Relatório População LGBT morta no Brasil 2018**. Disponível em: <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2019/01/relatorio-2018-1.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

GUATTARI, Félix.; ROLNIK, Suely. **Micropolítica. Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GOHN, Maria da Glória. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. **Revista de Ciências Sociais Mediações**, v. 5, n. 1, 2000, p. 11-40.

_____. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, mai-ago 2011, p. 333-512.

KARNAL, Leandro. Estados Unidos, liberdade e cidadania. In: PINSKY, Jaime & PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003, p. 135-157.

KASTRUP, Virgínia. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo**. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, 2007, p. 15-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2020.

LAFER, Celso. A ONU e os direitos humanos. **Estudos avançados**. São Paulo, v. 9, n. 25, 1995, p. 169-185.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira *et al.* Notas sobre a genealogia e a pesquisa cartográfica. Rio de Janeiro, **Revista ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 5, n. 2, 2015, p. 209-218.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: ZAMBEDENETTI, G.; SILVA, R. A. N. da. **Cartografia e Genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social**. Psicologia & Sociedade, Florianópolis, v. 23, n. 3, 2011.

MACRAE, Edward. Identidades homossexuais e movimentos sociais urbanos no Brasil da “abertura”. In: Green, J. N. et al. (Org.). **História do Movimento LGBT no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Alameda, 2018, p. 39-62.

MONDAINI, Marco. O respeito aos direitos dos indivíduos. In: PINSKY, Jaime & PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003, p. 115-133.

MOSCHETA, Murilo dos Santos. **Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Ribeirão Preto, 2011.

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA (NESP)/UnB. **Pesquisa Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS**. Disponível em: <<http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/index.php/apesquisa>>. Acesso em: 01 out. 2018.

ODALIA, Nilo. A liberdade como meta coletiva. In: PINSKY, Jaime & PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003, p. 159-169.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU BRASIL). **A Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

_____. **A história da Organização**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/conheca/historia/>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

_____. **A ONU e o direito internacional**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/direito-internacional/>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

_____. **O que são os direitos humanos?** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Lancet. Série Brasil, 2011, p.11-31.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 17-31.

PELBART, Peter Pál. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PONTES, Andressa. **O nascimento da clínica social**. Disponível em: <<http://entrenospelarede.blogspot.com/2007/08/o-nascimento-da-clnica-social.html>>. Publicado em: 01 out. 2007. Acesso em: 05 set. 2018.

PRADO FILHO, Kleber; TETI, Marcela Montalvão. **A cartografia como método para as ciências humanas e sociais**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 38, 2013, p. 45-49.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. Tradução: Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/aprsantosufpe/revel-judith-foucault-conceitos-essenciaispdf>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **A cartografia e a relação pesquisa e vida**. Psicologia & Sociedade, Florianópolis, v. 21, n. 2, 2009, p. 166-173.

ROSA, Pablo Ornelas; PUZIO, Marcelo. A Nova Economia Política do corpo: poder, saúde e cuidado na era da governamentalidade neoliberal. **Pensamento Plural**, Pelotas, v. 13, 2013, p. 29-50.

SANTANA, Telma de Oliveira *et al.* O Contexto e o Intertexto na música 'Pra não dizer que não falei de flores', de Geraldo Vandré. **Revista Graduando**, jan-jun, 2011, p. 75-85. Disponível em: <<http://www2.uefs.br/dla/graduando/n2/n2.75-85.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2019

SOUZA, Claudia Moraes de; MACHADO, Ana Claudia. **Movimentos sociais no Brasil contemporâneo**. São Paulo. Edições Loyola, 1997.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Inf. Epidemiol. SUS, 1998, p. 7-28.

TIBURI, Marcia. **Como conversar com um fascista**. 6ª Ed., Rio de Janeiro: Record, 2016.

TOLEDO, Luciano Medeiros de; SABROZA, Paulo Chagastelles (org.) Movimentos sociais e saúde. In: **Cadernos de Monitoramento Epidemiológico e ambiental**. Rio de Janeiro, n. 4, Outubro 2013. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_191000449.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

XAVIER, Ana Isabel *et al.* **A Organização das Nações Unidas**. Editora Humana Global, 2007. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/abc/onu/onu_humana_global_onu.pdf>. Acesso em 20 fev. 2019.

ZAMBEDENETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Cartografia e Genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 3, 2011, p. 454-463.

6. Anexos

6.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, no cargo de _____ do município de _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada(o) e/ou participar da pesquisa intitulada **“A inserção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pela luta à garantia de direitos”**, desenvolvida pela mestrandia Luciana Ferrari Gouvêa, matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia e Sociedade, da Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Assis/SP, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e orientada pelo Prof. Dr. Leonardo Lemos de Souza. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada(o) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é verificar quais os direcionamentos éticos e políticos implicados na incorporação e implantação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (2011) quando efetivada em ações dos serviços de Saúde do Setor Primário deste município. Também foi esclarecido de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio da realização de uma entrevista semi-direcionada, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização, sobre a implantação da referida Política, seu desenrolar e quais são as ações efetivas e os protocolos estabelecidos no atendimento a essa população. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador.

Fui informada(o) que caso me sinta, de alguma forma, fragilizada(o) durante ou após a realização da entrevista, a pesquisadora me orientará e será responsável por oferecer atendimentos psicoterapêuticos decorrentes desta entrevista.

Declaro, ainda, que recebi uma cópia assinada, pela pesquisadora, deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da CONEP.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura da(o) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

6.2. Modelo “Ofício-Convite para participação em pesquisa acadêmica”

Assis, ____ de _____ de _____.

À V. Exma.(o)

Sra. (Sr.)

Secretária(o) Municipal de Saúde de xxx - SP

Encaminhamos esse Ofício como convite a participar da pesquisa intitulada: “A inserção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pela luta à garantia de direitos”, a ser realizada pela mestranda Luciana Ferrari Gouvêa, matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia e Sociedade, da Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Assis/SP, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O objetivo da pesquisa é verificar quais os direcionamentos éticos e políticos implicados na incorporação e implantação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (2011) quando efetivada em ações dos serviços de Saúde do Setor Primário deste município.

A proposta de participação desta Secretaria é através da realização de uma entrevista semi-direcionada com a(o) Secretária(o) Municipal de Saúde e com algumas(uns) coordenadoras(es) da Atenção Básica ou coordenadora(or) de Unidades Básicas de Saúde (UBS) deste município sobre a implantação da referida Política, seu desenrolar e quais ações efetivas e protocolos estabelecidos no atendimento a essa população. Esta Secretaria Municipal receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer deste procedimento e lhe asseguramos que o nome das(os) envolvidas(os) não aparecerá na pesquisa, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la(o).

Os resultados desta pesquisa colaborarão para a dissertação elaborada em conjunto com o orientador desta pesquisa, o professor doutor Leonardo Lemos de Souza. Os dados e materiais utilizados ficarão sobre a guarda da pesquisadora e/ou professor orientador.

Caso tenha qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, favor entrar em contato com Luciana Ferrari Gouvêa, pelo telefone (xx) xxx ou pelo email xxx.

Certos de que contamos com a participação, agradecemos desde já a contribuição.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Leonardo Lemos de Souza
Orientador

Luciana Ferrari Gouvêa
Mestranda

6.3. Transcrições

6.3.1. Entrevista 01: Coordenador de UBS - Município A

Data da entrevista: 31/10/2018

Entrevistado = 01

Pesquisadora= Luciana Ferrari Gouvêa

Transcrição:

PESQUISADORA - Iniciando a entrevista. A primeira parte a gente vai pegar alguns dados do senhor para saber de qual lugar o senhor está falando. E depois a gente pega os dados aqui da Unidade.

ENTREVISTADO 01 - Está certo.

PESQUISADORA - Tá bom? Então eu preciso do nome do senhor.

ENTREVISTADO 01 – [Aqui o entrevistado fala o nome completo].

PESQUISADORA – O senhor é enfermeiro aqui da UBS. Tem algum nome a UBS?

ENTREVISTADO 01 - CS (Centro de Saúde) II do Município A.

PESQUISADORA - Qual a idade do senhor?

ENTREVISTADO 01 - 48 anos.

PESQUISADORA - Homem cis?

ENTREVISTADO 01 - [Afirmativa com a cabeça].

PESQUISADORA - Grau de escolaridade?

ENTREVISTADO 01 - Superior completo.

PESQUISADORA - Você se define como (segundo classificação do IBGE): branco, preto, pardo, amarelo, indígena ou outro?

ENTREVISTADO 01 – Branco.

PESQUISADORA - Estado civil?

ENTREVISTADO 01 – Sou amasiado.

PESQUISADORA - Então acho que é união estável né?

ENTREVISTADO 01 – É, a gente (...).

PESQUISADORA - Mudou o termo né...a gente fica confuso.

ENTREVISTADO 01 – Estou velho já, estou no termo antigo ainda.

PESQUISADORA - O senhor pratica alguma religião?

ENTREVISTADO 01 – Eu sou católico.

PESQUISADORA - Área de formação é Enfermagem?

ENTREVISTADO 01 – Enfermagem.

PESQUISADORA - Qual vínculo o senhor mantém com a Secretaria? Tem as opções: servidor público concursado [...]

ENTREVISTADO 01 – Concurado!

PESQUISADORA - Há quanto tempo trabalha na área da Saúde?

ENTREVISTADO 01 – Na área da Saúde? 30 anos.

PESQUISADORA - E nessa Unidade de serviço?

ENTREVISTADO 01 – Nessa Unidade? 17.

PESQUISADORA - O senhor é coordenador da Unidade? Tem um coordenador? Como é essa hierarquia?

ENTREVISTADO 01 – Tem. A hierarquia é o Secretário, o Chefe de Divisão de Saúde e os...assim, não tem o cargo formalizado mas...coordenador da Unidade.

PESQUISADORA - Ah tá! Agora a gente vai começar a parte dos dados da Unidade.

ENTREVISTADO 01 – Uhum.

PESQUISADORA - Aqui no trabalho de vocês, qual o conceito de acesso que norteia? Como funciona esse acesso? O que vocês pensam sobre isso?

ENTREVISTADO 01 – A gente tá trabalhando bastante pensando em mudanças em questão de acesso, principalmente do paciente, mas no momento a gente trabalha com agendamento, número de consultas e avaliando as prioridades no momento do atendimento. Hoje né! A gente pretende tentar dar uma organizada, lógico que mantendo a questão do agendamento, por ser uma Unidade de tratamento eletivo,

não é de emergência, mas a gente vem trabalhando, tentando melhorar a questão de acesso, fluxo bastante da Unidade. Mas para isso, a gente tá aguardando ainda umas construções que estão finalizando para a gente desafogar aqui um pouco.

PESQUISADORA - Aqui no prédio mesmo?

ENTREVISTADO 01 – No prédio do lado, onde vai fazer as Especialidades e tudo o mais. Aí diminuiu o fluxo aqui dentro para gente poder organizar melhor esse acesso.

PESQUISADORA - Sim, entendi. Em algum momento da sua formação você recebeu capacitação sobre a atenção em saúde para a população LGBT?

ENTREVISTADO 01 – Não.

PESQUISADORA – É difícil ter essa capacitação?

ENTREVISTADO 01 – Ah, assim (...), eu me formei em 2000. O assunto, nesta época, ainda não era muito debatido né. Um assunto assim (...); esse debate do LGBT é bem recente, se a gente for ver. Então na época não era muito, não tinha tanta informação e busca. Essa busca toda de direitos né...era mais tranquilo. Não se falava muito.

PESQUISADORA - Até na minha formação mesmo na Unesp de Assis, só a nível de curiosidade, acho que tem só quatro universidades do país que tem essa tema como obrigatório. Até para saber como que chama e saber lidar. É um tema novo.

ENTREVISTADO 01 – É novo, ainda tem muita (...).

PESQUISADORA - Sempre existiu essa população né.

ENTREVISTADO 01 – Sempre existiu, sempre.

PESQUISADORA - Mas não era falado.

ENTREVISTADO 01 – É. Hoje, eu acho que é importante direcionar porque eu vejo também que essa questão do LGBT (...). Na verdade eu vejo a questão do preconceito em si como muito maltratado pelo governo no sentido de condutas dele, que eu acho que acaba sendo mais preconceituosa do que a própria população. Eu acredito que quando você começa a designar vaga para o negro, eu acredito que é isso é uma forma de preconceito da parte do governante. O que a gente tem é que

oferecer melhor condições para ele, para ele ter condições de estudar e de se formar porque o nível intelectual dele é tanto quanto de qualquer um, não muda em nada.

PESQUISADORA - É, eu penso que deveria ter as duas ações conjuntas até essa população ter força para estudar.

ENTREVISTADO 01 – Isso, mas não é o que a gente vê *né*, eles ficam naquela questão do assistencialismo em tudo *né*. A gente vê um Governo assistencialista demais. Eu acho que eu sou mais daquele “vamos dar a vara e não vamos dar o peixe”.

PESQUISADORA - De propor as questões?

ENTREVISTADO 01 – Isso, eu acho que você acaba criando mais situações. Quando você dá a vaga, por exemplo, para o negro ou essas exceções assim, eu acho que você acaba colocando ele dentro de uma sociedade onde ele vai ser apontado mais ainda. “Está aqui porque o Governo deu a vaga pra ele porque ele é negro.”

PESQUISADORA - Você sabe que sobre essa discussão (...), uma vez eu estava conversando com um professor da Unesp, até falando da política; falando se a política discrimina ainda mais por você fechar num grupo? E ele falou assim para mim: “Num horizonte civilizatório, num mundo ideal nós trabalharíamos com a idéia de que todo mundo deveria ser tratado igual. Mas esse mundo ideal não existe”.

ENTREVISTADO 01 – Sim.

PESQUISADORA - Então, enquanto ele não existe, enquanto a gente não consegue chegar nele, a gente precisa de algumas ferramentas para proteger algumas pessoas.

ENTREVISTADO 01 – Então, mas é como a gente comentou. Eu acho que junto a isso, um trabalho já voltado a você levantar essa questão e você melhorar essa questão. Não é?

PESQUISADORA – É, deveria ser as duas coisas.

ENTREVISTADO 01 – Isso, senão você fica só ali (...), dando vaga, dando vaga, dando vaga. Isso é a solução? Não é. Eu tive uma professora negra que pra mim,

até hoje, é a melhor enfermeira que existe no mundo. Tenho um respeito e um carinho por ela. Gostaria de saber um terço do que ela sabe, entendeu? Então você vê que não é a cor dela. Muito pelo contrário. Eu acho que eu vou me aposentar e não vou chegar no nível dela.

PESQUISADORA - E é por isso que é legal a gente conversar sobre esses assuntos porque é só conversando que a gente vai mudar esse pensamento das pessoas, *né*.

ENTREVISTADO 01 – Sim. Por isso que eu acho que é interessante você ter esse tipo de informação na própria Universidade (...) *tá* colocando essas idéias, *tá* trabalhando isso, entendeu? Pra que você tenha, no futuro, você tenha, tanto pessoas formadas já com uma cabeça um pouco mais trabalhada *né*, quanto a própria população LGBT porque a gente sabe que dentro deles, no meio deles também existe muito preconceito do lado deles próprios. Às vezes a gente conversa com um negro, você vê que existe um preconceito do tamanho do mundo na cabeça dele, por causa de toda a história *né*.

PESQUISADORA - Eu falo que todos nós temos os nossos preconceitos. Não adianta você falar: Ah, eu não tenho preconceito de nada.

ENTREVISTADO 01 – Sim, sim. Tem, claro!

PESQUISADORA - Todos nós temos *né*. A gente precisa trabalhar diariamente o porquê eu *tô* tendo preconceito com essa pessoa; o que isso interfere na minha vida, *né*.

ENTREVISTADO 01 – Claro!

PESQUISADORA - Mas todos nós temos, a gente é criado em situações preconceituosas.

ENTREVISTADO 01 - A cultura já vem (...).

PESQUISADORA - Então não adianta a gente tentar se isentar, *né*.

ENTREVISTADO 01 - Não, não. Eu acho que tem que trabalhar. Eu vejo que a primeira coisa para a pessoa é a aceitação, sabe. A gente vê muito, que eu acho que a parte mais difícil é a questão da aceitação por conta cultural mesmo...

PESQUISADORA – Familiar (...).

ENTREVISTADO 01 – Familiar e tudo o mais. Eu acho que essa (...), a primeira vitória seria a aceitação do diferente *né*.

PESQUISADORA - Sim.

ENTREVISTADO 01 – Eu acho que esse seria o mastro principal para você começar a direcionar. Eu acho que a partir da aceitação, as outras coisas começam a vir gradativamente.

PESQUISADORA - E tentar vencer o medo porque tem essa questão do medo de você assumir.

ENTREVISTADO – Sim. É que assim, é questão cultural. Mas veja bem, tem coisas que eu não aceito! Por exemplo, eu tenho uma sobrinha, *né*, que é...é...é...homossexual, duas aliás, e eu via a dificuldade do meu cunhado em aceitar. Hoje *tá* bem mais tranqüilo, da gente trabalhar, conversar.

PESQUISADORA - Com muito diálogo.

ENTREVISTADO 01 – É, porque é uma pessoa maravilhosa!

PESQUISADORA - Na verdade, com quem ela namora e se relaciona não muda quem ela é.

ENTREVISTADO 01 – Não muda. A gente vê, vamos falar homem...a gente vê um *bão*, um *homão* que não vale nada. Que bate em mulher, xinga, bandido. Não é? É muito pior a situação! Mas assim, é lógico, eu sempre (...), mas isso é como eu sempre falo: Eu não aceito, não é porque eu não aceito ELES, as atitudes deles, mas é que eu não acho normal nem pra um casal normal, por exemplo. Casal normal...desculpa! Me enganei com o termo *né*. Casal hetero. Eu não acho legal, por exemplo, você *tá* numa lanchonete e, depende da sua atitude ali, *tá* errado.

PESQUISADORA - Ah, as manifestações públicas de carinho?

ENTREVISTADO 01 – Isso, isso. Não tava achando a palavra. Mas isso nem pra um casal hétero, nem pra um casal homo. Cê entendeu? Eu acho que (...) é (...) o comportamento, não todos porque eu tenho vários amigos homossexuais, assim, que são muito gente boa; tenho sobrinha *né*, como eu disse. Mas o comportamento *né* (...), mas esse comportamento quando eu falo, eu falo é de maneira geral.

PESQUISADORA - Entendi.

ENTREVISTADO 01 – Não tem nada a ver com o homossexualismo. Eu acho que você tem que saber se comportar no ambiente que você tá. Eu acho que o casal não precisa tá com essas demonstrações assim tão. E eu vejo que o povo confunde muito isso, sabe (...), a questão de você não aceitar a conduta naquele local com a homofobia, você entendeu?

PESQUISADORA – Hum, entendi.

ENTREVISTADO 01 – Existe uma confusão muito grande aí dentro. Se de repente...que nem no meu caso, o que eu não aceito é isso. Mas de todos os lados. Eu acho que a questão do comportamento adequado ao local que você está, não é? E isso é muito confundido quando você fala de homofobia e tudo o mais. Às vezes a pessoa tá numa conduta ali naquele momento onde o outro não aceita, né. “Ah, mas eu não aceito porquê? Porque é um casal homo?” Não, de repente nem é! De repente não aceita porque é uma conduta inadequada pro local.

PESQUISADORA - Entendi.

ENTREVISTADO 01 – Eu acho que isso tem que ser trabalhado, isso é um tema que precisa ser colocado pra todos. Inclusive para a comunidade LGBT, que não é ele SER homossexual. Não! É a conduta. Eu acho que a conduta é que é importante, né. Você tem que saber se portar em qualquer ambiente, não pode ter qualquer atitude em qualquer lugar, não é?

PESQUISADORA - Ah, entendi.

ENTREVISTADO 01 – Então, a gente vê, infelizmente, acaba ficando, eu acho, acredito que fique essa questão de homofobia nessa confusão de conduta e que eles tem aflorado muito isso nos ambientes, né. Eu acho que não tem nada a ver, eu acho que um casal, ou duas mulher ou dois homens, não importa, mas chegar num restaurante junto, de boa, conversar...né? Ter uma conduta social bacana ali e o que que leva na vida dele não vai importar.

PESQUISADORA - É...tem pessoas que nem isso conseguem ver né!

ENTREVISTADO 01 – Aí que eu falo, aí tá errado. Aí é homofobia! Cê entendeu? Aí eu acredito que vem a homofobia. Aí, é que nem eu to falando, eu adoro minha

sobrinha, eu tenho meus amigos que são muito gente boa. A gente sai, vai para a lanchonete, curte, a gente vai em festa junto. Eu já fui em festa LGBT porque tinha vários amigos. Eles: “Vamos?” Vamos! De boa, tranquilo! Vou lá, fiz amizade com um monte de gente, conversamos, divertimos. Normal, tranquilinho. Agora, é o que eu falo, é a conduta. Isso daí não pode ser confundido, né. Porque mesmo eu aceitando (...), me considero, eu não me considero homofóbico, até porque tem convivência com eles muito tranquila, mas a conduta eu não aceito como eu não aceitaria, por exemplo, não me sentiria bem de *tá* num restaurante e *tá* um homem e uma mulher lá...dependendo da conduta, eu não vou aceitar também, vai ser constrangedor para quem está do lado, pra criança e pra tudo o mais.

PESQUISADORA - Entendi.

ENTREVISTADO 01 – Acho que isso não pode ser confundido.

PESQUISADORA - Por isso a importância do diálogo, de conversar mesmo.

ENTREVISTADO 01 – Agora: ‘Ah não, tava junto e eu não aceito’. Não! Aí é homofobia, não tem nada a ver porque a conduta dele, às vezes, está até mais adequada do que a tua. Aí eu não aceito? Mas como eu não aceito? Não vai te influenciar em nada na sua vida. Tá ali, duas pessoas conversando, tendo um convívio social normal. E aí? Né?

PESQUISADORA - É verdade.

ENTREVISTADO 01 – Mas é um assunto muito polêmico.

PESQUISADORA – É polêmico mesmo. E como as ações e serviços de saúde dirigidos à essa população são organizados nesta Unidade? Então assim, tem essa demanda aqui nesta Unidade? Vocês se deparam com pessoas homossexuais, trans, travestis? Como que é?

ENTREVISTADO 01 – Se depara *né*, a gente tem vários casos no município mas, assim, entrando na Unidade ele vem e é atendido como um outro qualquer. Se tem alguma dificuldade, aqui dentro, aí procura a gente e a gente tá vendo. Mas assim, até o momento não vejo dificuldade no tratamento por ser tratado como um paciente que entrou na Unidade e precisa de atendimento.

PESQUISADORA - Nunca chegou ninguém reclamando ou falando: 'Olha, fui maltratado'?

ENTREVISTADO 01 – Não, não, não...

PESQUISADORA - Me chamaram de “tal coisa”?

ENTREVISTADO 01 – Eu acho que até não por conta disso, por conta do tamanho do município. Eu acho que isso diminui bastante o preconceito pelo conhecimento. Aqui, praticamente, todo mundo conhece todo mundo por nome.

PESQUISADORA - Entendi.

ENTREVISTADO 01 - Então assim, a gente vê, hoje, adultos homossexuais, heterossexuais que a gente viu nascer praticamente, *né*.

PESQUISADORA - Então você os conhece?

ENTREVISTADO 01 – Conheço pessoas aí que hoje é formado no curso superior, professor. Nasceu comigo no hospital (risos). Entendeu? Então, um município pequeno, neste sentido, eu acho que é mais tranquilo. Eu acho que é mais tranquilo porque todos eles entram aqui e a gente conhece por nome, sabe o que faz, o que que não faz. Então, a gente se cruza na rua, conversa. E isso não sou eu, eu falo todos os profissionais. Então, quando chega aqui é um paciente conhecido da gente que veio passar pelo médico.

PESQUISADORA - Ah, é mais tranquilo?

ENTREVISTADO 01 – Muito mais tranquilo! Eu ainda não presenciei nenhuma situação que (...) vamos dizer (...) que constrangesse nem um lado, nem o outro. Ainda não. Espero que não tenha. Eu acho difícil de ter por isso.

PESQUISADORA - Por que já se conhece?

ENTREVISTADO 01 – Muito assim, todo mundo se conhece aqui. É pequeno o município né? Então (...).

PESQUISADORA - Quantos habitantes têm neste município?

ENTREVISTADO 01 – []²⁷. Então, quer dizer, a gente (...). Se passa na rua, chama de longe pelo nome. A maioria a gente lembra o nome. Quando não lembra por nome, mas sabe quem que é. Só não lembra, às vezes, mais que um *né*? Então, eu acho que isso facilita nessa nossa questão de atendimento e tudo o mais.

PESQUISADORA - Porque a gente vê tantas pessoas que não conseguem adentrar o serviço por vergonha então você me falar isso é bom porque as pessoas já se conhecem...

ENTREVISTADO 01 – E isso, eu acho que nem é questão de ter ou não ter o preconceito, acho que de se conhecer, às vezes não conhece todo mundo na casa, dois, três ou quatro...e isso facilita o acesso, diminui bastante essa situação. Que às vezes não tem tanto conhecimento comigo, mas conhece o outro aí e isso acaba abrindo espaço e diminuindo essa questão. Eu acho que no município pequeno é bem mais tranquilo essa situação, não sei em outros. No meu, pelo menos aqui é bem mais tranquilo, a gente não presenciou situações.

PESQUISADORA - Quais as principais demandas dessa população que vocês se deparam no dia-a-dia ou não tem um marcador assim?

ENTREVISTADO 01 – Não, não tem. É fluído de maneira geral como é os outros atendimentos, *né*. Clínico e tudo o mais. Não tem nada assim muito específico; ‘ah não, aqui atende mais assim’. Até o momento não tem não, tranquilo.

PESQUISADORA - Essa aqui o senhor já respondeu: Que é se identifica dificuldade em acessar o serviço de saúde. O senhor falou que não?

ENTREVISTADO 01 – Não, não. Aqui é bem tranquilo.

PESQUISADORA - Como você avalia a forma e a qualidade das ações e serviços ofertados para essa população no município? Essa também é aquela questão que o senhor estava falando sobre um atendimento igualitário (...).

ENTREVISTADO 01 – É, não tem. A gente não vê essa dificuldade, nem a dificuldade de acesso a rede, a todo o serviço.

²⁷ Não inclui o número de habitantes desse município por questões concernentes ao sigilo ético da pesquisa. Mas ressalto que esse município é de pequeno porte, segundo IBGE.

PESQUISADORA - Aqui no município, você vê algumas ações de outras Secretarias para essa população?

ENTREVISTADO 01 – Não, aqui não. Você não vê muita discussão do assunto não.

PESQUISADORA - Qual é sua opinião sobre as condições de saúde dessa população?

ENTREVISTADO 01 – Olha, é bem (...), essa é complexa porque é como eu disse, o atendimento deles é meio que igualitário aqui, não tem muito. Então você não vê (...), quando você vê algum problema de saúde assim, você acaba percebendo que não é direcionada a essa questão. É direcionado, talvez, à questão social, à questão financeira, às vezes temos algumas doenças, questão mais pessoal como questão de higiene, uso de entorpecentes. Mas isso são coisas que você vê na população em geral, você não vê no LGBT, você vê na população como um todo.

PESQUISADORA - Os LGBTs que vem aqui no serviço de saúde, você vê mais essa característica social, de sofrimento psíquico do que a característica de saúde (física e biológica) mesmo? De ISTs ou uso indiscriminado de medicamentos. Entre essas duas, o senhor consegue enxergar que é mais de cunho social mesmo?

ENTREVISTADO 01 - Mais de cunho social...isso, isso.

PESQUISADORA - É um dado importante né.

ENTREVISTADO 01 - Com certeza. Porque é o que eu falei, hoje ainda existe, lógico, um preconceito enorme e, embora o município seja pequeno, o preconceito existe. Eu acho que este município ainda tem um certo privilegio que, comparado a outros municípios, até uma aceitação melhor porque você vê eles aí no meio da sociedade e sem grandes problemas. Lógico né, o preconceito, as piadinhas, essas coisas vai ter em todo o lugar enquanto a gente não consegue mudar isso né.

PESQUISADORA - Infelizmente.

ENTREVISTADO 01 - Infelizmente, mas eu acho que, de maneira geral, este município tem um comportamento, vamos dizer assim, não adequado mas bacana comparado com o que a gente vê por aí, né?

PESQUISADORA – E vocês conseguem mapear a quantidade dessa população que vem aqui? Vocês têm essa pergunta no prontuário?

ENTREVISTADO 01 - Não...

PESQUISADORA - No prontuário de vocês, o que pergunta? Nome, idade, endereço, sexo?

ENTREVISTADO 01 - Isso, isso. Não tem muito essa questão. Eu não sei se, talvez, por isso que eu te falei que a gente conhece todos. É, álias, toda a população a gente conhece, então você sabe de todos eles, questão de orientação sexual e tudo o mais. Então, acaba que você sabe. E também por não existir nenhum trabalho direcionado a isso. Não existe hoje, no município, nenhum trabalho.

PESQUISADORA - A Unidade de Saúde que você trabalha conhece essa Política Nacional de Saúde Integral para LGBTs? O senhor já tinha ouvido falar dela? Alguém aqui já citou?

ENTREVISTADO 01 - É, a gente já ouviu falar alguma coisa. Mas assim...

PESQUISADORA - Ela é recente né.

ENTREVISTADO 01 - Bem recente. Então, a gente ouviu falar dessa Política vindo aí mas cai naquela questão minha que eu vejo de você, mais uma vez, tá diferenciando *né*, mais uma vez tá direcionando. Eu fico preocupado com isso. Porque veja bem, hoje (...), hoje eles chegam aqui e eles são atendidos de maneira normal. Eles vão ali, faz o agendamento, senta lá, tranquilo, conversa com a gente, conversa com todo mundo. Aí, de repente, eu direcionar? Será que esse atendimento não tá fugindo da qualidade que eu já presto para eles hoje?

PESQUISADORA - Eu acredito que nos municípios, se tratando de atendimento na “boa convivência”, não dá. Você tem que ir na legalidade, infelizmente.

ENTREVISTADO 01 – Isso é o que eu falei (...). Eu acredito que, principalmente municípios maiores onde a população não se conhece tanto assim, *né*. É o que eu disse, a minha preocupação no meu município, enquanto eu vejo que o atendimento é uma coisa bem tranqüila com todo mundo. Talvez se eu for começar a direcionar, talvez eu comece a afastar isso. Eu tenho essa preocupação porque hoje eles chegam aí e o atendimento é bem tranquilo. De repente eu...’opa, peraí, mas a Política diz que eu tenho que dar um acesso, sei lá, pra eles (...) melhor ou (...). Eu vou tá separando eles do atendimento que eles já tem, sabe? De maneira tranqüila.

Eu tenho essa preocupação, no meu município. Vejo que existe a necessidade porque essa não é a realidade de todos os municípios. Acho que município menor, assim município de porte menor ou municípios menores, talvez tranquilo, mas quando você já começa a partir aí para municípios maiores aí já dificulta bastante, dificulta. Até porque eu trabalho num município maior e lá a realidade já não é muito (...).

PESQUISADORA - Ah, é diferente?

ENTREVISTADO 01 – []²⁸. Embora seja num hospital, mas dentro do próprio hospital você vê. Já é diferenciado, você já tem que começar a direcionar, né.

PESQUISADORA - Vocês participam dos Conselhos Municipais de Saúde e Conferências Municipais?

ENTREVISTADO 01 – Faz muito tempo que não participo do Conselho, bastante tempo mesmo.

PESQUISADORA - Você sabe informar se tem a representatividade dessa população? Se eles participam?

ENTREVISTADO 01 – Tem, tem. Então, eu não sei, nós temos quem participa, que eu conheço, e nós temos uma ONG que tem integrantes dentro do Conselho que debatem bastante a aceitação.

PESQUISADORA – É uma ONG que trabalha com o que?

ENTREVISTADO 01 - Na verdade, trabalha com DST/AIDS, mas eles trabalham muito essa (...), inclusive é o psicólogo daqui que faz parte dessa ONG.

PESQUISADORA - Daqui da Unidade?

ENTREVISTADO 01 – É, acho que ele *tá* afastado agora. Então, eles trabalham muito essa questão.

PESQUISADORA - Vou procurar saber sobre essa ONG. E qual a importância e relevância de dialogar sobre esse atendimento a travestis e transexuais? Vamos

²⁸ Retirei o nome da cidade e local de trabalho citados para manter o sigilo ético da entrevista. Entretanto, o município citado pelo entrevistado é de uma cidade de médio porte, segundo IBGE.

supor, se chegar aqui uma pessoa transexual, no prontuário tem um campo de nome social ou nome que essa pessoa gostaria de ser chamada?

ENTREVISTADO 01 - Neste sentido, nós precisamos melhorar muito. A gente não tem nada.

PESQUISADORA - Como é o prontuário? É eletrônico?

ENTREVISTADO 01 – Agora aqui acabou de instalar o prontuário eletrônico.

PESQUISADORA - É uma empresa que instalou?

ENTREVISTADO 01 – É. Dentro do prontuário eletrônico existe mais algumas coisas mas, até então, era prontuário de papel e era aqueles dados normais: nome, data de nascimento, número do cartão, não tem muito isso, então é uma coisa que a gente ainda tem que aprimorar, até por questão do direito dele porque ele tem o direito de ter o nome social dele inserido e ser chamado pelo nome social dele.

PESQUISADORA - Nunca aconteceu de chegar uma travesti ou um transexual aqui?

ENTREVISTADO 01 - Não.

PESQUISADORA - É mais a população gay, lésbica?

ENTREVISTADO 01 - Isso. A gente tem mais aí o trans, até sei os nomes deles: []²⁹, que é os nomes deles social. Mas eu não, por incrível que pareça, não vi eles passarem por aqui.

PESQUISADORA - As travestis?

ENTREVISTADO 01 - Isso. E eles são tão assim, tão conhecidos aqui do próprio povo, que eles já chegam, já entra aí pra dentro, já senta com as meninas, já conversam.

PESQUISADORA - E elas falam se elas querem serem chamadas de elas ou de eles?

²⁹ Neste momento, o entrevistado cita o nome de algumas travestis que residem no município e retirei essa parte por questões de sigilo ético.

ENTREVISTADO 01 - Então, nesse momento não foi colocado mas todo mundo chama de ela. Eu acho que pelo próprio, por isso que eu falo pra você, pela própria questão de conhecimento, de contato.

PESQUISADORA - É uma população tão difícil de acessar.

ENTREVISTADO 01 - É. Tem um deles que era *boy* aqui, hoje é um transexual e ele vem aqui, a gente brinca muito que colocou silicone, não sei o que (...), então a gente ainda não teve, graças a Deus, ainda não tivemos essa questão de 'não, olha, me chamaram tal e eu não quero', porque eles chegam e eles conhecem todo mundo. A gente tem homossexual que trabalha aqui com a gente, que se conhecem, chega aí, já senta e conversa com a gente, conversa com eles.

PESQUISADORA - Nessa população das travestis, a gente vê muito o uso indiscriminado de silicone industrial. Essas não fazem esse uso assim?

ENTREVISTADO 01 - Não, porque eu conheço aqui, acho que são uns três que tem essas próteses, mas são próteses mesmo. Que eu lembro que, nossa, fizeram financiamento para pôr prótese e ainda vinha pra gente e brincava. Como conhece muito, chegava aí e mostrava 'ah, como ficou?' e a gente 'ah, não pode, pelo amor de Deus' (risos). Ah, então por isso que eu falo para você, a convivência...

PESQUISADORA - Vai estreitando laços?

ENTREVISTADO 01 - Estreita laços. E aqui tem muito disso, sabe. São muito conhecidos.

PESQUISADORA - Bom, porque conseguem acessar.

ENTREVISTADO 01 - A gente acaba não tendo nem esse problema, até o momento. Pode ser que mude, eu não sei né. Mas até o momento, nunca me deparei com essa situação.

PESQUISADORA - O município realiza capacitação dos profissionais de saúde sobre essa população LGBT e sobre a Política?

ENTREVISTADO 01 - Não, não.

PESQUISADORA - Agora tem perguntas para gente entender um pouco sobre a Unidade. Cite quais dificuldades internas existentes na Unidade? Então, tem: Falta

de condições materiais adequadas, falta de espaço físico adequado, pode ser de múltipla escolha.

ENTREVISTADO 01 - Vamos pôr um monte de *xis* aí? (risos). Acho que a questão da Saúde, se pega para esse lado aí...

PESQUISADORA - Tem um monte de coisas?

ENTREVISTADO 01 – É.

PESQUISADORA - Falta de dotação orçamentária adequada, de recursos humanos, de qualificação de funcionários no âmbito da população LGBT, resistência ou falta de apoio dos gestores, mudanças freqüentes na coordenação da Unidade, falta de planejamento. Aí tem a opção 'Não sei' e a opção 'outro'.

ENTREVISTADO 01 - Olha, você vai colocando *xizinho* aqui em tudo, aí só não na questão da resistência, que a gente não tem porque a nossa própria Secretária, ela é (...), é (...) homo *né*, aí facilita também essa questão.

PESQUISADORA - Essa questão de mudanças freqüentes na coordenação, vocês observam aqui na Unidade? O senhor falou que não tem uma coordenação, tem um responsável.

ENTREVISTADO 01 - Isso. Aqui muda (...), a questão quando você fala em rede pública, é muito a questão política *né*. Muda a política, muda a coordenação, muda-se tudo (...), aí você já não sabe como a situação vai continuar, se segue aquela linha ou se não segue. Muda muito. Às vezes, no meio do mandato muda. Eu acho que isso é uma coisa que *estrova* bastante o serviço. Às vezes, a hora que começa a alinhar, as idéias começam a surgir, muda! Normalmente, o que acontece? Muda, e vem uma pessoa que, muitas vezes, não tem nem conhecimento de saúde.

PESQUISADORA - Fora a quebra do vínculo.

ENTREVISTADO 01 - É, quebra o vínculo, aí falta o conhecimento. Então, a mudança é muita rápida. É difícil depois você dar sequência porque eu acho que o serviço tem que ser uma sequência, não tem jeito.

PESQUISADORA - Aqui tem a mesma pergunta, só que são dificuldades externas da Unidade. Então tem as opções: resistência ou falta de comprometimento de outras secretarias...

ENTREVISTADO 01 - De todas!

PESQUISADORA - Falta de sensibilidade e/ou vontade política do Governo Estadual sobre essa questão LGBT, e também do Governo Federal, ausência de recursos ou atraso no repasse de verbas do Governo Federal e Estadual, falta de articulação entre os Governos, falta de acompanhamento e discussão de projetos que tenham, entre os seus participantes, representantes do movimento LGBT, falta de um movimento social organizado no município, falta de uma legislação anti-homofóbica, nenhuma, não sei e outro.

ENTREVISTADO 01 - Eu acho que falta tudo isso daí.

PESQUISADORA - É? É difícil quando a gente vê o cenário da saúde desse jeito.

ENTREVISTADO 01 - Eu acho que só apaga muita fogueira. Eu acho que ela não desempenha a principal função dela da questão de prevenção. A rede pública não tinha esse número de atendimentos que tem aqui médicos, sabe? Cada vez mais com uma demanda maior, maior, maior. Não é essa a proposta da Saúde Pública. E você não vê trabalhos preventivos, efetivamente. O Governo coloca lá 'ah, vamos fazer, vamos fazer (...)'. Eu acho que são coisas muito que começa aqui, pára ali. Nossa, tá bom? E não é assim, eu acho que o Governo tinha que investir mais em prevenção e menos em atendimento, deixar o atendimento para área curativa, hospitalar e tudo o mais. O que não acontece hoje. Hoje a rede pública tá mais curativa do que (...); você vê alguns programas que vem funcionando e vem melhorando, mas são a passos de tartaruga porque é assim que vai ser sempre. Por exemplo, o Aedes né, como é uma doença que tá aí e coisa e tal, então a gente trabalha muito a questão prevenção. Mas, por exemplo, você não vê mais hoje um trabalho efetivo realmente no DST/AIDS. Tem programas distantes mas você não vê empenho de governo municipal, federal, estadual. Fica aquela coisa de você descobrir o caso, notificar e tratar. Não tem aquela questão de orientação realmente, uma coisa mais, como é dentro do próprio Aedes, e outras doenças também. Não é só né, a gente tem no município hanseníase, tuberculose que é uma doença que tá extinta e tem voltado com frequência. Eu acho que por falta de trabalho educativo, trabalho de prevenção. Eu acho que a saúde mudou todo o rumo dela, a saúde pública, que deveria ser, quase que estritamente preventiva e não, hoje a preventiva

dela tem uma porcentagem muito menor do que a curativa. Então acho que isso dificulta em todos os aspectos, inclusive nesse.

[Neste momento, acaba a energia elétrica da Unidade e depois de alguns segundos ela já retorna].

PESQUISADORA - Esta Unidade de saúde estabelece parcerias com outras instâncias para a promoção de saúde e cidadania LGBT?

ENTREVISTADO 01 - Não.

PESQUISADORA - Quais ações acha necessárias neste momento?

ENTREVISTADO 01 - Complicado. Eu acho que mais informação; mais informações assim, de maneira geral.

PESQUISADORA - Tanto pra trabalhador quanto pra população?

ENTREVISTADO 01 - Sim, sim.

PESQUISADORA - Há protocolos de atendimentos estabelecidos e/ ações de saúde voltadas para a população LGBT?

ENTREVISTADO 01 - Não.

PESQUISADORA - Nesta Unidade, é utilizado o nome social caso seja requisitado? É que o senhor falou que tem as travestis.

ENTREVISTADO 01 - Tem (as travestis) mas a gente não deparo com a situação.

PESQUISADORA - De que forma o uso do nome social é implementado?

ENTREVISTADO 01 - Eu acho que aqui é mais no tratamento, no prontuário a gente não tem. Tem o nome civil, mas no tratamento, sim, no tratamento é o que eu te falei, a gente conhece então eu nem lembro na verdade o nome civil deles.

PESQUISADORA - E vocês têm algum planejamento de incluir esse nome social no prontuário?

ENTREVISTADO 01 - Não, a gente ainda não, não, não. Na verdade, nem parou pra pensar nisso ainda. Agora que você levantou a questão aqui, é um negócio que a gente vai ter que pensar. Não tinha parado ainda pra falar, opa, tem que (...).

PESQUISADORA - Inserir, né?

ENTREVISTADO 01 - É.

PESQUISADORA - Há unidade(s) de referência para atendimento de travestis e transexuais neste município?

ENTREVISTADO 01 - Não, não.

PESQUISADORA - A PNSI-LGBT foi discutida na Conferência Municipal de Saúde e no Conselho de Saúde deste município? Tem a representatividade?

ENTREVISTADO 01 – Tem. Eu só não sei se foi assim, discutido efetivamente, assim.

PESQUISADORA - Esta Unidade de Saúde tem interesse em realizar um projeto de Educação Permanente/Capacitação/Palestra sobre a PNSI-LGBT e temáticas relacionadas a essa política para os funcionários e população?

ENTREVISTADO 01 - Sim, claro.

[Entrevista encerrada].

6.3.2. Entrevista 02: Secretária Municipal de Saúde - Município A

Data da entrevista: 31/10/2018

Entrevistada = 02

Pesquisadora= Luciana Ferrari Gouvêa

Transcrição:

PESQUISADORA - A proposta é, em nenhum momento, julgar ou ver se vocês estão fazendo ou não. A proposta é uma parceria, para ajudar, porque eu sei que esse tema é difícil e sei que é um tema que tem várias nomenclaturas de como tratar tal pessoa. A nossa proposta é ajudar o município como parceiro. Então que, em nenhum momento, a gente tá aqui pra fiscalizar, pra apontar.

ENTREVISTADA 02 - Sim, sim.

PESQUISADORA - E se você se sentir lesada em algum momento, a gente pode parar, né. Como tá ali no termo, eu posso te encaminhar pra algum atendimento, se você achar “ai, não fiquei bem, esse tema não foi legal pra mim”.

ENTREVISTADA 02 - Sim, Entendi. Não é necessário, mas, tudo bem.

PESQUISADORA – É bom falar para ficarmos cientes da proposta. A entrevista é dividida em duas partes. A primeira parte eu vou pegar alguns dos seus dados para a gente saber de que lugar você está falando e tal. E a segunda dados do município.

PESQUISADORA - Nome completo?

ENTREVISTADA 02 - [Aqui a entrevistada fala o nome completo].

PESQUISADORA - Secretária Municipal de Saúde da cidade de?

ENTREVISTADA 02 - Município A.

PESQUISADORA - Idade?

ENTREVISTADA 02 - Tô com 35 anos.

PESQUISADORA - Gênero?

ENTREVISTADA 02 - Sou feminina.

PESQUISADORA - Mulher Cis?

ENTREVISTADA 02 - Cis.

PESQUISADORA - Grau de escolaridade?

ENTREVISTADA 02 - Mestrado completo.

PESQUISADORA - Você fez em qual área?

ENTREVISTADA 02 - Políticas Sociais, na UEL.

PESQUISADORA - E qual sua graduação?

ENTREVISTADA 02 - Eu sou Assistente Social de formação, fiz Serviço Social de formação, fiz na UEL mesmo e em 2007 comecei o mestrado. Terminei a graduação em dezembro de 2005, aí em 2007 comecei o mestrado em Políticas Sociais.

PESQUISADORA - Você se define como (segundo classificação do IBGE)?

ENTREVISTADA 02 – Branco ou pardo. Fico meio pra branco, eu acho.

PESQUISADORA - Estado civil?

ENTREVISTADA 02 - Solteira.

PESQUISADORA - Você pratica alguma religião?

ENTREVISTADA 02 - Sou Católica.

PESQUISADORA - Qual o vínculo você mantém com a Secretaria Municipal de Saúde? Concursado?

ENTREVISTADA 02 - Não. É um cargo de confiança.

PESQUISADORA - Há quanto tempo você trabalha na área de Saúde?

ENTREVISTADA 02 - Na área da saúde há 11 anos.

PESQUISADORA - Há quanto tempo você trabalha nesta Secretaria Municipal de Saúde?

ENTREVISTADA 02 - Há 1 ano e 10 meses aqui.

PESQUISADORA - O município em que atua tem o conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT)?

ENTREVISTADA 02 - Sim.

PESQUISADORA - Você já tinha ouvido falar dela?

ENTREVISTADA 02 - Já, já tinha ouvido falar. Sei que tem, assim, não só na área da saúde, mas tem o Brasil contra a homofobia, a questão do “kit gay” né, que seria a escola contra homofobia, a escola sem homofobia, na verdade, que todo mundo já conhece. Tem material divulgado, a gente tem conhecimento. Diria que talvez a gente não tenha uma aplicação muito prática. A ligação da legislação, mas tem.

PESQUISADORA – Você consegue mapear no município essa população? O município tem dados sobre a sua população LGBT?

ENTREVISTADA 02 - Não. A gente não tem dados epidemiológicos nesse sentido.

PESQUISADORA - Qual é a relevância/importância que você vê em falar sobre essa política e acolher essa população nos serviços de saúde, tenta de alguma maneira aplicar algumas ações em relação a essa população?

ENTREVISTADA 02 - É, assim, eu acho de fundamental relevância, até porque acho que é um segmento que vem na verdade crescendo, acho que numericamente a

gente observa, assim, informalmente *né*, porque não termos dados concretos. Mas é um segmento dentro da sociedade que ele *tá* (...), digamos sim, não sei se ele *tá* crescendo ou se revelando. (risos)

PESQUISADORA - É, acredito que a segunda opção.

ENTREVISTADA 02 - Me dá essa dúvida *né*. Se ele *tá* crescendo numericamente ou se ele está vindo à tona, digamos assim, no sentido de tornar mais público, essas questões. Eu acho isso muito relevante. Eu, particularmente, encontro (...), não é uma dificuldade (...), dentro de um município pequeno, a questão do preconceito ainda é muito latente, porque a gente tem grupos de educação permanente no município, então, quando algumas questões como essas são abordadas, você observa, às vezes, um comentário não apropriado dos funcionários. Então, eu percebo que há ainda, na verdade, há necessidade de se fazer mais discussões a respeito disso. E acho que ações como essas são pertinentes nesse sentido. A gente precisa discutir mais esse assunto e a saúde vai ser cada vez mais acionada dentro desse segmento.

PESQUISADORA - E nessas reuniões que você falou da educação permanente, esse assunto é uma pauta ou ele surge e as pessoas se manifestam?

ENTREVISTADA 02 - Ele surge diante do contexto quando a gente discute essa questão de respeito do tratamento ao paciente, porque faz parte dentro de um contexto. Tem o cartão SUS *né*, não se você já viu. Tem a questão do nome social, então assim, dessa necessidade de se trabalhar isso, de se utilizar, apesar que assim, tem uma crítica que eu faço a isso, não sei se você já observou, mas no cartão SUS, ele tem nome social/apelido, quer dizer, na minha opinião, nome social dentro desse contexto não tem nada a ver com apelido.

PESQUISADORA - É, lógico.

ENTREVISTADA 02 - Mas ele *tá* (...), porque quando você coloca uma coisa e barra, no meu entendimento, é como se ela fosse próxima *né*. A gente tá dizendo que nome social ou um apelido (risos) que a pessoa queira colocar, seriam coisas próximas e no meu entendimento são coisas bem diferentes *né*, de um nome social

para um apelido. Mas ainda isso *tá* próximo assim, *tá* na mesma linha, tanto que *tá* nome social/apelido.

PESQUISADORA - Isso confundi né? Deslegítima né?

ENTREVISTADA 02 - Exatamente. Eu acho que é um equívoco na formatação. Porque, na minha opinião, devia estar só o nome social e ter um outro campo apelido se a pessoa quer colocar apelido, que na minha opinião é outra coisa, totalmente descaracteriza.

PESQUISADORA - Por que até as travestis o nome que elas utilizam é considerado nome social, *né*?

ENTREVISTADA 02 - Sim, exatamente.

PESQUISADORA - Não é apelido.

ENTREVISTADA 02 - Exato, não é apelido. Não é o “Zé do bar”, é diferente, isso é apelido *né*, é usado em bar. Agora o nome social tem uma outra configuração, a questão do respeito, da identidade de gênero. Enfim, perpassa... Porque assim, o cartão SUS, ele te permite a impressão tanto do nome civil como do nome social ou só do nome social mas mesmo que você imprima só o nome social ele ainda vai aparecer essa “barra apelido”. É uma descaracterização da intenção do nome social, da função do nome social, completamente diferente de um apelido. É uma leitura que eu faço do processo. É um equívoco. Foi um avanço no cartão SUS, que antes não tinha, mas o avanço veio com uma falha (risos) porque descaracteriza. Apelido é uma coisa corriqueira. A questão do nome social perpassa o respeito à identidade de gênero, a toda uma configuração que apelido não, *né*. Se você chamar pelo nome civil dela, não é um desrespeito. Diferente de você não respeitar o nome social da pessoa e chamar pelo nome civil, no caso das travestis, por exemplo. Mas é o que *tá* ainda dentro do cartão SUS, é dessa forma aí. Não tem como tirar, a gente só imprime e não tem como tirar o apelido.

PESQUISADORA - Como é a atuação desta Secretaria na formulação de Políticas Públicas e/ou ações municipais para a população LGBT?

ENTREVISTADA 02 - A rigor assim, a gente não tem ações específicas voltadas para esse segmento LGBTI; não tem.

PESQUISADORA – Como você acha que seria aderido pela população, pelos profissionais?

ENTREVISTADA 02 - Eu acho que com preconceito, na minha opinião, haveria uma dificuldade. Como eu te disse, em reunião de educação permanente que esse assunto acaba surgindo, não era a pauta da discussão, mas acabou surgindo, a gente percebe que ainda há alguns comentários, sei lá, desnecessários, equivocados a respeito dessa população. Então eu acho que ainda, os profissionais de saúde não estão devidamente capacitados pra lidar com essa população, pra respeitar a questão do nome social, pra respeitar a questão de gênero, pra respeitar (...) assim (...) a aparência dessas pessoas. A gente percebe que isso ainda gera um certo desconforto, apesar de eu ter no quadro até funcionários que são assumidamente homossexuais, a gente percebe que ao longo do processo, eles vão adquirindo respeito dos colegas mas é um respeito, como eu digo, não te respeita porque você é homossexual, te respeita porque ao longo do dia eu vou te conhecendo, vi que é uma pessoa legal, então, digamos assim, eu relevo que você é homossexual e te aceito dentro desse processo. Mas eu acho que a questão da homossexualidade, trans e tudo mais, acho que ainda é uma questão que gera muito preconceito associado também a questão moral, religiosa. Eu acho que a sociedade, ela vem avançando, mas com dificuldades. Eu acho que isso precisaria, na verdade, ser trabalhado mais com a equipe de saúde pra que eles possam entender e respeitar com mais facilidade. Mas no momento o município não tem ações efetivas pra esse segmento, eles são incorporados dentro da rotina de atendimento, são atendidos, mas não há ações específicas à esse segmento.

PESQUISADORA - Qual a importância de dialogar sobre o acolhimento dessa população na saúde? E até da política também, de esmiuçar mais ela?

ENTREVISTADA 02 - Eu acho que é fundamental e necessário. Eu acho que na verdade falta até do próprio Governo Federal, Governo Estadual ações que sejam mais próximas dos municípios, principalmente de municípios pequenos como o nosso, que a gente possa fazer essa discussão com a população. Eu acho que falta um pouco, tem algumas políticas, mas elas não chegam nos município pra que a gente consiga... Por exemplo, se eu for fazer uma ação específica pra esse

segmento hoje, como vou ofertar, abordar, isso precisaria ter uma dimensão maior pra que a população enxergasse isso, que tivesse campanha de rádio, TV...que chegasse mais pra população (risos) isso que to querendo dizer. Não vejo muito a TV mas não vejo propagandas nesse sentido. Acho que quando não tem um política nacional implementada efetivamente fica mais difícil o município tomar atitudes independentes, entendeu? O diálogo sobre esse assunto vai favorecer a criação da consciência, a compreensão das pessoas. Eu percebo que na verdade, é um assunto que ainda é um tabu dentro da sociedade, dentro de um segmento da população mais jovem talvez esse diálogo seja mais fácil, mas aqui a minha faixa etária de funcionários (...), tem até funcionários aposentados de 50, 60 anos que tem, digamos assim, algumas concepções morais preconceituosas arraigadas que é mais difícil da gente *tá* dialogando sobre isso. Então, às vezes, eu percebo assim, o assunto ele é incômodo, as pessoas se sentem incomodadas com essa questão da sexualidade *né*, na verdade, acho que a sexualidade humana ainda é um tabu; aí você cria uma questão do hétero ser a norma e você exclui um segmento considerável da população. Para falar a verdade, eu não saberia dizer qual é o percentual estimativo da população que é LGBT, não saberia dizer essa informação mas imagino que seja um segmento considerável. Por mais que a gente não queira citar o contexto político mas eu acho que com essa mudança que a gente *tá* tendo de discurso político no nosso país, ela vai acirrar esse radicalismo *né*, é complicado. Vamos aguardar, dá um certo receio do que vem por aí.

PESQUISADORA – Por isso eu falo que aposto nas micropolíticas e nas redes que a gente faz, no diálogo com nosso vizinho, com funcionários e com os serviços de saúde do nosso município; eu vejo que esse é o caminho porque se só ficarmos esperando do macro, no cenário que estamos.

ENTREVISTADA 02 – Eu acho que o macro tem uma capacidade de exposição muito grande e no cenário que a gente está até as próprias instituições e os poderes, as vezes, parecem ameaçados. Os poderes parecem ameaçados e a gente fica na dúvida até onde é só garganta, não vai sair do “*blá, blá, blá*” e até onde outras medidas podem ser tomadas em outro sentido. E voltando para o segmento desta entrevista, é um segmento que agora não sei se consegue avançar em termos

de garantia de direitos, em termo de visibilidade. A gente tem várias legislações a respeito disso. No Brasil, a gente tem também uma questão de lei que pega e lei que não pega *né*, lei que é realmente exigida. Esses tempos atrás, conversando com funcionários de uma instituição hospitalar de uma cidade vizinha³⁰, há uma dificuldade lá, principalmente em relação ao corpo médico, de estarem utilizando o nome social; que há uma resistência, porque no prontuário tem os dois nomes e que há essa resistência em usar o nome social; ainda há uma insistência em usar o nome civil. Mas há um decreto estadual que diz que é obrigatório o uso dentro dos estabelecimentos do estado, quer dizer, há uma lei falando e a gente vê que ela não é cumprida. Eu acho que agora, com esses discursos mais radicais, mais dificilmente ela vai ser cumprida. Não tem adesão e muitas vezes acho que a população, a pessoa que está ali naquela situação fica num constrangimento que ela não volta e fica constrangida de exigir que seja utilizado e querer explicar; não sei se tem conhecimento ou não tem da legislação, mas imagino que a pessoa fique constrangida e queira acabar com aquilo o mais rápido possível.

PESQUISADORA – E é uma população que precisa tanto. Por exemplo, temos tanto uso indiscriminado de silicone industrial e de hormônios...É uma população que precisa tanto e muitas vezes fica a margem.

ENTREVISTADA 02 – Acaba tendo sua saúde negligenciada.

PESQUISADORA – Sim, essa questão do uso indiscriminado de silicone industrial já virou uma questão de saúde pública porque os efeitos no corpo são muito marcantes.

ENTREVISTADA 02 – Eu falo que é também uma questão perpassada pela questão sócio-econômica. A pessoa que busca a construção de uma outra identidade de gênero e não tem recursos para isso, ela acaba usando desses subterfúgios mais baratos, viáveis e muito arriscados. É a realidade. Existem meios mais seguros, dentro da própria saúde, para fazer toda essa construção da identidade de gênero

³⁰ Nesta frase, houve a necessidade de retirada do nome da instituição e alteração de alguns trechos para mantermos o sigilo ético da entrevista.

mas como você não tem meios (...). Imagino que deva ser complicado. Para falar a verdade, aqui nós nunca tivemos um caso desse.

PESQUISADORA – Aqui no município não aconteceu de alguma/algum trans vir e pedir ajuda em relação a encaminhamentos?

ENTREVISTADA 02 – Em relação a isso não. Que eu tenha conhecimento, não. No período que estou aqui posso afirmar que não apareceu.

PESQUISADORA - No município há representatividade de pessoas LGBTQIA+ na discussão sobre Políticas Públicas nos Conselhos Municipais de Saúde ou Conferências Municipais de Saúde? Se sim, como tem sido a relação do governo municipal com esses representantes?

ENTREVISTADA 02 - Não tem representatividade. Nós tivemos Conferência Municipal de Saúde o ano passado e não apareceu nas propostas, a questão não foi nem citada e dentro do Conselho nós não temos representatividade desse segmento. Posso estar enganada, mas que eu saiba não tem nenhuma ONG, Instituição no município que discuta especificamente essa temática, voltada só pra essa temática.

PESQUISADORA - Tem alguma ONG que fale sobre sexualidade, prevenção de ISTs, alguma coisa?

ENTREVISTADA 02 - Tem sobre saúde mental, talvez perpassasse a discussão, mas não é o foco.

PESQUISADORA - Qual sua avaliação sobre a atuação dos Governos Federal, Estadual e Municipal na formulação de Políticas Públicas para esses segmentos?

ENTREVISTADA 02 - Há uma ausência desses Governos.

PESQUISADORA - Como tem sido a relação entre esses três níveis de governo na formulação e implementação dessas Políticas Públicas?

ENTREVISTADA 02 - Eu percebo que assim, a gente acaba participando das reuniões regionais de saúde, as CIR e Câmaras Técnicas. Estou já freqüento essas reuniões há quase 3 anos e meio freqüentando assiduamente e isso nunca foi pauta. Então, não é só Município A e sim a região toda, tô falando de toda a região com vários municípios. Essa pauta, LGBTQIA+ nunca existiu dentro dessas reuniões.

Teve uma palestra na região, foi importante mas foi uma ação pontual, não teve discussões de quais as ações. Eu sempre falo que saúde não se faz nos municípios, se faz na região (...). O município tem autonomia, mas em municípios pequenos é mais difícil sem juntar forças. Nunca vi nenhuma orientação do estado sobre protocolos de atendimento para LGBTs e propor a discussão sobre.

PESQUISADORA - O município realiza capacitação dos profissionais de saúde sobre a temática LGBT e sobre a PNSI-LGBT?

ENTREVISTADA 02 - Não teve oportunidade.

PESQUISADORA - Cite quais dificuldades internas existem nesta Secretaria?

ENTREVISTADA 02 - Hoje, poderia dizer que estamos com problemas de espaço físico. Não temos recursos orçamentários também pra esse segmento. Falta diálogo nos níveis, Federal, Estadual e Municipal. Esse tema é deixado de lado, creio eu, por causa do preconceito mesmo.

PESQUISADORA - Cite quais dificuldades externas à esta Secretaria?

ENTREVISTADA 02 - Falta de sensibilidade da sociedade que acaba inviabilizando as ações, de sensibilidade e/ou vontade política das autoridades municipais/estaduais/federais em relação à discussão e implementação de ações voltadas à promoção da saúde e cidadania LGBT; falta de articulação entre os Governos Federal, Estadual e Municipal sobre essa temática.

PESQUISADORA - A Secretaria Municipal de saúde deste município estabelece parcerias com outras instâncias para a promoção de saúde e cidadania LGBT?

ENTREVISTADA 02 - Não.

PESQUISADORA - Quais ações acha necessárias?

ENTREVISTADA 02 - Capacitação dos funcionários. Dados epidemiológicos desse segmento. Criar um ambiente mais receptivo para fora dos muros das secretarias, no sentido dessa discussão com a sociedade. A escola teria um papel importante nesse processo. Parcerias com Educação. Trabalhar questões de sexualidade, questões de expressões de gênero, identidade de gênero.

PESQUISADORA - Há protocolos de atendimento estabelecidos para a população LGBT nos serviços oferecidos por esta Secretaria?

ENTREVISTADA 02 - Não.

PESQUISADORA - O nome social é utilizado na rede SUS deste município?

ENTREVISTADA 02 - Como é um município pequeno, as pessoas se conhecem, então facilita essa questão de usar o nome social, porque as pessoas não se prendem ao papel. Esse é um aspecto positivo em municípios pequenos. Não que isso seja plenamente respeitado no sentido de chamar com integridade. Às vezes a gente escuta assim: “Ah, aquele fulano, não sei das quantas”, num tom pejorativo. A pessoa sabe, usa aquele nome mas usa isso como uma identificação pejorativa.

PESQUISADORA – Até o uso do “o” e “a” né, porque tem uma confusão. É a travesti.

ENTREVISTADA 02 – Isso, pela identidade de gênero. Mas acho que as pessoas ainda tem uma dificuldade de entender o que é a identidade de gênero e não respeita essa questão do “o” e do “a”.

PESQUISADORA - No prontuário eletrônico tem algum lugar que consigam acrescentar o nome social?

ENTREVISTADA 02 - Não sei dizer. Acredito que deva ter pois puxa da base do cartão SUS. Acredito, mas não saberia afirmar com certeza isso.

PESQUISADORA - Há unidade(s) de referência para atendimento de travestis e transexuais neste município?

ENTREVISTADA 02 - Não há unidade de referência.

PESQUISADORA - Foi instituído o Comitê da Política de Equidade ou Comitê da Política LGBT na sua Secretaria?

ENTREVISTADA 02 - Eu sei que ele existe, já li algumas coisas. Conheço não pelo meu cargo, mas por já ler algo a respeito. Mas no exercício da função de secretária nunca vi ações desse comitê.

PESQUISADORA - Há representante(s) LGBTs no Conselho de Saúde deste município?

ENTREVISTADA 02 - Não tem representante.

PESQUISADORA - A Secretaria de Saúde deste município utiliza algum veículo de comunicação para divulgar ações para a população LGBT ou a aplicabilidade da PNSI-LGBT?

ENTREVISTADA 02 - A gente usa carro de som para divulgação de ações e campanhas, mas específico com essa temática nunca fizemos nenhuma ação.

PESQUISADORA - O município tem interesse em realizar um projeto de Educação Permanente/Capacitação/Palestra sobre a PNSI-LGBT e temáticas relacionadas a essa política para os funcionários e população?

ENTREVISTADA 02 - Acho que por termos o convênio com o CIVAP facilitaria essas ações. Acho que algumas ações educativas são importantes, muito interessantes, super pertinente. Depois podemos conversar e estruturar isso. Acho que o município só tem a ganhar com isso.

PESQUISADORA – O fato de você ser mulher ou, caso seja, algo relacionado a sua orientação sexual, se você percebeu se isso já influenciou e se você já sentiu alguma questão: “ah, é mulher né, então (...).

ENTREVISTADA 02 – Sim, eu percebo que há. A gente observa dentro da estrutura, se pegar aqui que é um município pequeno, só temos duas secretárias mulheres. Acho que aí já temos um sinalizador. Hoje, na Câmara de Vereadores do município, só tem homens; o Prefeito é um homem, o vice é um homem. Dentro dos cargos de primeiro escalão da prefeitura, que seria os secretários, só somos em duas mulheres. Eu sou a mulher mais nova; a outra secretária já é mais velha e eu percebo que isso realmente é uma dificuldade de você se impor; às vezes você tem que se impor para ser ouvida. Não só aqui, acho que na sociedade a mulher tem que se impor, ser competente e mostrar isso o tempo todo pra você ter o seu espaço. Acho que isso, o fato de ser mulher, você tem que se impor e no ambiente de saúde você tem profissionais homens que querem “crescer” pra cima. Percebo que essa questão de gênero ainda influencia sim, ela é marcante. A mulher ainda não se apropriou disso e é lento o processo, muda devagarzinho.

[Entrevista encerrada].

6.3.3. Entrevista 03: Secretária Municipal de Saúde – Município B

Data da entrevista: 13/11/2018

Entrevistada = 03

Pesquisadora= Luciana Ferrari Gouvêa

Transcrição:

PESQUISADORA – Seu nome completo?

ENTREVISTADA 03 - [Aqui a entrevistada fala o nome completo].

PESQUISADORA - Secretária Municipal de Saúde de qual cidade?

ENTREVISTADA 03 - Município B.

PESQUISADORA - Idade?

ENTREVISTADA 03 - 32 anos.

PESQUISADORA – Aqui tem algumas nomenclaturas de gêneros: mulher cis, homem cis, mulher trans, homem trans.

ENTREVISTADA 03 – O que é mulher cis?

PESQUISADORA – Cis é quando nasce com o sexo feminino e se identifica com o feminino. Mulher trans é que nasceu com o sexo masculino e fez a transição para o gênero feminino.

ENTREVISTADA 03 – Mulher cis então.

PESQUISADORA - Grau de escolaridade?

ENTREVISTADA 03 - Eu tenho pós-graduação.

PESQUISADORA - Qual sua orientação sexual?

ENTREVISTADA 03 - Heterossexual.

PESQUISADORA - Você se define (segundo classificação do IBGE) como: branca, preta, parda, amarela ou indígena?

ENTREVISTADA 03 – Parda.

PESQUISADORA - Estado civil?

ENTREVISTADA 03 - União Estável.

PESQUISADORA - Você pratica alguma religião?

ENTREVISTADA 03 - Praticar não.

PESQUISADORA - Área de Formação?

ENTREVISTADA 03 – Enfermagem.

PESQUISADORA - Qual o vínculo você mantém com a Secretaria Municipal de Saúde?

ENTREVISTADA 03 - Sou concursada.

PESQUISADORA - Há quanto tempo você trabalha na área de Saúde?

ENTREVISTADA 03 - Na área da saúde desde 2007, então 11 anos.

PESQUISADORA – Na Secretaria Municipal foi o ano passado?

ENTREVISTADA 03 - É, em 2017.

PESQUISADORA – Agora a gente já entra para as perguntas da gestão. Chegou para esse município essa Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT)?

ENTREVISTADA 03 - Do tempo que estou a frente da gestão, não. E quando eu trabalhava na assistência também nunca ouvi falar.

PESQUISADORA - Vocês tem algum dado ou mapeamento da população LGBT?

ENTREVISTADA 03 - Olha...nós hoje trabalhamos com um sistema de prontuário eletrônico, só que na verdade eu não sei se o sistema consegue dar isso...porque o que acontece, quando a gente vai cadastrar o paciente, hoje *né*, antigamente tinha que abrir um prontuário manuscrito. Hoje, quando a gente vai abrir o prontuário do paciente, no sistema eletrônico, já pergunta até questão de nome social, tudo isso. Ele tem um campo já, então eu acredito que ele (sistema) deva fazer esse filtro. Mas eu mesma nunca procurei no sistema, mas pra pedir todo esse campo, eu acredito que deva filtrar isso.

PESQUISADORA – Ele (sistema) pergunta sexo também: masculino/feminino?

ENTREVISTADA 03 - Pergunta, pergunta. O nosso sistema eletrônico não é o E-SUS, ele importa os dados pro E-SUS, que é um sistema do governo. É um sistema próprio, particular, que nós compramos e ele importa os dados que a gente consegue para o sistema do governo. Então ele consegue adaptar bem e tem essa adaptação da questão de nome social, gênero, tudo. Tem tudo isso.

PESQUISADORA – Vocês já fizeram ou fazem alguma ação para essa população?

ENTREVISTADA 03 – Não.

PESQUISADORA – E ações voltadas à ISTs?

ENTREVISTADA 03 - Então... na parte de doenças *né* e até mesmo os testes nós oferecemos mas para o modo geral, não pra população em específico, pra todos. O que nós fazemos? Além de ofertar os testes, a gente sempre divulga também a questão dos lubrificantes que nós temos na farmácia, tudo, e aí o paciente ele pode retirar *né*, tanto na farmácia quanto nas estratégias, nas unidades de saúde, mas é ofertado pra todos.

PESQUISADORA - Qual a relevância de dialogar sobre o acolhimento da população LGBT na Saúde?

ENTREVISTADA 03 - Na verdade eu acho que antigamente era mais difícil, hoje, *né*...a gente até pergunta para o paciente com ele gostaria de ser chamado, ser tratado. Antigamente era um tabu. Eu acho que hoje a gente consegue administrar essa situação com uma tranquilidade maior, principalmente na assistência se você dá essa liberdade pro paciente, você consegue um vínculo maior com ele. Então, eu, na minha opinião, acho que isso é importante pra quebrar mesmo essa barreiras pra estabelecer vínculo paciente e profissional. Acho que esse assunto é muito importante para a gente quebrar tabus também.

PESQUISADORA – E para ter adesão da população porque às vezes fica com vergonha e não vem.

ENTREVISTADA 03 – E já aconteceu de no fato de você dar uma abertura maior, perguntar, respeitar, você consegue ter uma disponibilidade maior desses pacientes. Isso é importante, o vínculo. E com o vínculo estabelecido, já conseguimos

identificar DSTs e orientar...Mas tem a importância de se prevenir, independente da orientação *né*.

PESQUISADORA - No município, há representatividade de pessoas LGBTQs na discussão sobre Políticas Públicas nos Conselhos Municipais de Saúde ou Conferências Municipais de Saúde?

ENTREVISTADA 03 – Não. Eu tenho o Conselho Municipal de Saúde mas não temos nenhuma representatividade.

PESQUISADORA - Qual sua avaliação sobre a atuação dos Governos Federal, Estadual e Municipal na formulação de Políticas Públicas para esse segmento?

ENTREVISTADA 03 - Na minha opinião, hoje, não há *né*...não há uma política voltada e é importante que haja essa política pra gente até conseguir estabelecer parcerias e conseguir atender de uma forma melhor essas pessoas. As pessoas tem receio do que outras pessoas vão falar delas, isso causa uma barreira, principalmente na área da saúde. Porque independente da orientação sexual aquele paciente pode ser que ele tenha uma doença de base, seja ela, uma hipertensão, uma diabetes, até mesmo a questão oncológica que está muito alta hoje em dia e os pacientes ficam com muito receio do que vão falar, principalmente em cidade pequena, estar vindo procurar o serviço. Então acho que se tivesse uma política voltada, a gente conseguiria abordar muito mais coisa, conseguiria abranger a nossa assistência em relação a essa população. A gente não tem conhecimento nenhum dessa política e eu acho que é muito importante.

PESQUISADORA - Como tem sido a relação entre esses três níveis de governo na implementação formulação e dessas Políticas Públicas?

ENTREVISTADA 03 - Não há.

PESQUISADORA – Vocês já realizaram alguma capacitação dos profissionais de saúde sobre a temática LGBTQ e sobre a PNSI-LGBT?

ENTREVISTADA 03 – Não, do tempo que eu estou aqui, desde 2012, não...nunca foi feito.

PESQUISADORA - Cite quais dificuldades internas existem nesta Secretaria?

ENTREVISTADA 03 - Falta de condições materiais adequadas; falta de espaço físico adequado; falta de dotação orçamentária adequada, é fato né (risos); falta de recursos humanos sim... vamos ter o concurso agora voltado pra saúde pois muitos funcionários aposentaram, outros exoneraram porque conseguiram algo melhor e foram saindo e não foram repostas essas pessoas, então hoje a gente trabalho no limite de pessoal, falta de qualificação dos gestoras/es e funcionárias/os no âmbito das demandas da população LGBT, falta de representatividade dentro dos conselhos; mudanças freqüentes nos gestores dos serviços concernentes a esta Secretaria e falta de espaço físico também é um problema pra gente.

PESQUISADORA - Cite quais dificuldades externas à esta Secretaria?

ENTREVISTADA 03 - Pode marcar todos, eu acho (risos). Resistência ou falta de comprometimento de outras secretarias municipais/estaduais para a transversalização das políticas de promoção da saúde e cidadania LGBT; falta de sensibilidade e/ou vontade política das autoridades municipais/estaduais/federais em relação à discussão e implementação de ações voltadas à promoção da saúde e cidadania LGBT; falta de sensibilidade e/ou vontade política do Governo Estadual em relação à discussão e implementação de ações voltadas à promoção da cidadania LGBT, falta de sensibilidade e/ou vontade política do Governo Federal em relação à discussão e implementação de ações voltadas a promoção da cidadania LGBT, ausência de recursos ou atraso no repasse de verbas do Governo Federal, isso de modo geral né, pra toda saúde básica há atraso, ausência de recursos ou atraso no repasse de verbas do Governo Estadual; falta de articulação entre os Governos Federal, Estadual e Municipal sobre essa temática; falta de acompanhamento e discussão de projetos/programas/ações que tenha entre os seus participantes representantes do movimento LGBT; falta de um movimento social organizado e forte no município que atue na execução e implementação de ações e Políticas Públicas para os LGBTs, falta de uma legislação anti-discriminatória/anti-homofóbica pois isso é muito importante porque a gente vê tantas atrocidades. (...) É um absurdo né! Às vezes eu acho que é questão de criação mesmo ter pessoas que discriminam, que não respeitam a orientação de alguma pessoa.

PESQUISADORA - A Secretaria Municipal de saúde deste município estabelece parcerias com outras instâncias (ONGS ou outras secretarias) sobre essa temática?

ENTREVISTADA 03 - Não. Nós não temos uma ONG voltada nesse aspecto no município B. E nem o social que seria uma outra secretaria que pudesse...nunca fez. Então, não temos não.

PESQUISADORA – Se vocês fossem fazer alguma parceria, quais ações você acha necessárias?

ENTREVISTADA 03 - Não sei, sinceramente, hoje eu não saberia como iniciar esse processo. Acho de fundamental importância, mas não sei, sinceramente nunca pensei sobre isso. Eu acho que hoje, se tivesse que abordar alguma ação, o número de gays que a gente tem no município é muito grande e pessoas que não se protegem sexualmente. Nós teríamos que traçar algo da saúde mais voltado para essa questão de conscientização mesmo das prevenções de doenças. Seria nesse sentido que eu pensaria de primeiro momento.

PESQUISADORA - Há protocolos de atendimento estabelecidos para a população LGBT nos serviços oferecidos por esta Secretaria?

ENTREVISTADA 03 - Não.

PESQUISADORA - O nome social é utilizado na rede SUS deste município?

ENTREVISTADA 03 - Sim, ele é utilizado no município.

PESQUISADORA - De que forma o uso do nome social é utilizado?

ENTREVISTADA 03 - No Cartão SUS, no prontuário e no tratamento/chamamento também. O prontuário eletrônico é integrado...é o mesmo nos serviços municipais de saúde.

PESQUISADORA - Você sente resistência por parte dos funcionários em usar o nome social?

ENTREVISTADA 03 - Olha, o que eu sinto...porque que eu venho de uma cidade um pouquinho maior. E aí o que eu sinto... eu já ouvi de funcionário, principalmente dos mais antigos..."Nossa, você viu como que tá o nome dele agora no sistema?", "Eu vi esse menino crescer, essa menina crescer e agora é desse jeito". Aí eu falo "Gente,

a gente não tá aqui pra isso”. Você vê um pouquinho de recriminação. Eles fazem/aderem porque não tem outra opção, entendeu. Infelizmente, pra eles, nesse momento tem que ser uma coisa de cima pra baixo mesmo. Porque se deixar de livre e espontânea vontade não seria feito. Infelizmente tem que ser um pouco imposto que seja feito. A gente acredita que com o passar do tempo, que isso se torne tão natural, que eles façam normalmente mas por enquanto não é dessa forma.

PESQUISADORA - Há unidade(s) de referência para atendimento de travestis e transexuais neste município?

ENTREVISTADA 03 - Não. É todas as unidades, é onde o paciente pertencer à área de abrangência. Por exemplo, se ele pertence à área de um bairro, ele vai passar no postinho lá com um clínico geral, com enfermeira. Os atendimentos de vacina que a gente tem...uma sala da área central que é na UBS, ele vai passar aqui. Se ele precisar de infectologista, ele vai passar no central. Com cardiologista, porque aqui ficam os especialistas, não porque a gente tá destinando ele para um atendimento diferenciado. Então assim, se ele precisar de clínico geral ele vai passar na unidade dele e se ele precisar de especialista vai passar na área central.

PESQUISADORA – Já chegou pra você alguma demanda de pessoas transexuais que estavam fazendo a transição e veio pedir ajuda do município, alguma coisa?

ENTREVISTADA 03 - Olha, já veio pessoas que a gente não sabia o que fazer. Na época que estava na assistência vieram duas pessoas procurar, um porque queria começar a fazer a...utilizar a reposição hormonal e aí a gente encaminhou ele para o ginecologista porque ele também não sabia o que fazer. Aí ele (ginecologista) encaminhou para o departamento aqui, para secretaria para ver se encaminhava para algum outro lugar porque ele (médico) não sabia o que fazer. E uma outra que procurou para fazer a questão de mudança de sexo, só que hoje em dia...

PESQUISADORA - E você sabe o desfecho desses dois casos?

ENTREVISTADA 03 - Não sei, porque isso já faz 3 anos.

PESQUISADORA - Eu sei que tem um ambulatório na região, assim, pelo o que eu sei as pessoas chegam lá ...não precisam agendar, não precisa morar lá. Aí elas são

atendidas por um endócrino e um ginecologista; eles atendem, pedem exames, eles começam a fazer esse processo de hormonização.

ENTREVISTADA 03 - Nossa, que legal. Se você conseguisse ver isso certinho pra gente.

PESQUISADORA - Num primeiro momento as pessoas que eu conheço foram com investimento pessoal, pegaram ônibus foram lá, procuraram e fizeram.

ENTREVISTADA 03 - Mas o transporte, por exemplo, a gente fornece, nós temos entendeu? Se a gente tivesse uma referência mesmo, olha...é ali naquele local que você tem que levar os pacientes, a gente levaria.

PESQUISADORA - Foi instituído o Comitê da Política de Equidade ou Comitê da Política LGBT na sua Secretaria?

ENTREVISTADA 03 - Não, nunca ouvi falar.

PESQUISADORA - Há representante(s) LGBT no Conselho de Saúde deste município?

ENTREVISTADA 03 – Não.

PESQUISADORA - A PNSI-LGBT foi discutida no Conselho de Saúde deste município?

ENTREVISTADA 03 – Não.

PESQUISADORA - A PNSI-LGBT foi discutida na Conferência Municipal de Saúde?

ENTREVISTADA 03 - Não.

PESQUISADORA - A Secretaria de Saúde deste município utiliza algum veículo de comunicação para divulgar suas ações?

ENTREVISTADA 03 - Tem o *Facebook*. Na verdade tem o jornal da comarca que a prefeitura comprar o serviço *né*. E os espaços que são divulgados as ações da saúde.

PESQUISADORA - Esse jornal é impresso?

ENTREVISTADA 03 - Sim, ele é impresso.

PESQUISADORA - O município tem interesse em realizar um projeto de Educação Permanente/Capacitação/Palestra sobre a PNSI-LGBT e temáticas relacionadas a essa política para os funcionários e população?

ENTREVISTADA 03 - Temos.

PESQUISADORA - O que você acha que caberia para o município? Ter encontros quinzenais ou só um encontro?

ENTREVISTADA 03 - Na verdade hoje acho que é importante iniciar a discussão sobre o assunto. Eu sinto que os funcionários ficam muito receosos de como tratar, se a pessoa que eles vão se dirigir daquela forma...até pela questão do nome social mesmo, se a pessoa vai ignorar ou não. Já aconteceu de uma pessoa pontuar que seu nome social e a funcionária por conhecer a pessoa desde criança chamou pelo nome de nascença. A pessoa ignorou de uma tal forma, falou até em processar. Foi no centro de saúde que aconteceu, na época, eu *tava* na assistência e, como eu *tava* de plantão naquele dia, eu fui chamada, eu conversei, me desculpei pela funcionária. Mas eu acho importante levar a conhecimento dos funcionários até como lidar com essa situação, porque essa questão de nome social no sistema, tudo ...é muito novo pra algumas pessoas.

PESQUISADORA - Até essa questão dos artigos “o” e “a”. Às vezes eu ouço bastante as pessoas falando O travesti e, na verdade, é A *né*. Então são coisas que pra algumas pessoas é detalhe mas pra eles bate tão forte no corpo. É uma violência, eles lutaram tanto pra ter características tidas como femininas e aí tem essa questão.

ENTREVISTADA 03 - Então, eu acho que é importante iniciar essa discussão com os funcionários, é muito importante. Até eles se sentirem a vontade de como tratar as pessoas e não serem recriminados porque eles ficam com receio, principalmente nossos agentes comunitários que estão inseridos diretamente dentro da casa dessas pessoas.

PESQUISADORA - Você acha que tem adesão se eese encontros forem quinzenais?

ENTREVISTADA 03 - Quinzenal eu acho que a gente não teria condição de fazer. Tipo, uma vez por mês, sim. Por causa das outras ações porque senão sobrecarrega.

PESQUISADORA - Tem há possibilidade de eu fazer parceria com o município?

ENTREVISTADA 03 - Claro, tem sim. Tem total liberdade pra trabalhar com a gente nesse sentido.

PESQUISADORA - Por que pensamos em, posteriormente, fazer um projeto, esquematizar, apresentar e você vê a melhor data, local.

ENTREVISTADA 03 - Ótimo, perfeito. Nós temos um espaço físico que daria pra colocar as pessoas. Eu acho muito importante iniciar essa discussão. Porque você vai ver, quando você iniciar essa discussão com eles, que eles tem muitas dúvidas. Como se referir.

PESQUISADORA - Até pra eu apresentar a Política também.

ENTREVISTADA 03 - Sim. Porque nós não temos esse conhecimento.

PESQUISADORA - Por que tem um documento que algumas dúvidas com certeza já vão ser sanadas ali.

ENTREVISTADA 03 - Muito importante, muito, muito mesmo. Pra gente isso é muito bom porque amplia o nosso leque né, de tratamento. Á partir do momento que a gente começar a direcionar de forma adequada esses pacientes, você vai ver que o fortalecimento do vínculo vai ser outro.

PESQUISADORA - E até a questão na saúde mental né, porque você já chega no serviço de saúde meio debilitado fisicamente e psicologicamente porque você está doente, e ter ainda um atravessador desse é complicado porque potencializa o sofrimento ali.

ENTREVISTADA 03 - Exatamente.

PESQUISADORA - E como é um município de pequeno porte, a gente sabe que muita coisa não chega, que é aquela relação que nós estávamos falando dos Governos entre as instâncias. E a gente sabe o fator também da população ter um

receio maior, ter dúvidas. Nos colocamos a disposição do município para mais diálogos sobre essa temática.

[Entrevista encerrada].

6.3.4. Entrevista 04: Coordenadora de UBS - Município B

Data da entrevista: 14/11/2018

Entrevistada = 04

Pesquisadora= Luciana Ferrari Gouvêa

Transcrição:

PESQUISADORA - Nome completo?

ENTREVISTADA 04 – [Aqui a entrevistada fala o nome completo].

PESQUISADORA - Cargo?

ENTREVISTADA 04 – Coordenadora da UBS.

PESQUISADORA - Município?

ENTREVISTADA 04 - Município B.

PESQUISADORA - Idade?

ENTREVISTADA 04 - 45 anos.

PESQUISADORA - Grau de escolaridade?

ENTREVISTADA 04 - Superior completo e tô cursando de novo (risos) tô fazendo Serviço Social.

PESQUISADORA - Você se formou?

ENTREVISTADA 04 - Pedagogia.

PESQUISADORA - Qual sua orientação sexual?

ENTREVISTADA 04 - Heterossexual.

PESQUISADORA - Você se define como (segundo classificação do IBGE)?

ENTREVISTADA 04 - Branca.

PESQUISADORA - Estado civil?

ENTREVISTADA 04 - Casada.

PESQUISADORA - Você pratica alguma religião?

ENTREVISTADA 04 - De vez em quando, sim. Católica.(risos)

PESQUISADORA - Se sim, qual é a sua religião?

PESQUISADORA - Qual o vínculo você mantém com a Secretaria Municipal de Saúde?

ENTREVISTADA 04 – Concursado.

PESQUISADORA - Há quanto tempo você trabalha na área da Saúde?

ENTREVISTADA 04 - 23 anos.

PESQUISADORA - Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade de Serviço em Saúde?

ENTREVISTADA 04 - 23 (risos).

PESQUISADORA - Qual o conceito de acesso que norteia o trabalho nesta Unidade?

ENTREVISTADA 04 - Quando chega? Então, ele pode estar agendado. A gente trabalha com agendamento. A saúde mental, porque a saúde mental é aqui dentro também, *tá* pra mudar mas a saúde mental é aqui dentro. A saúde mental é só com agendamento, tem alguns casos que quando vem *né*, que a gente tem que atender no dia, às vezes passar por psicólogo, com o psiquiatra *né*. Aí a gente já passa no dia também. Por que a gente tem psiquiatra todos os dias. Tudo começa ali, pelo fichário, pela porta de entrada; aí já vê se *tá* agendado ou se não *tá*. Se tiver necessidade de passar com uma enfermeira ou na saúde mental a gente vai saber ali no fichário o que *tá* acontecendo pra gente poder direcionar.

PESQUISADORA - Em algum momento de sua formação você recebeu capacitação sobre a atenção em saúde para a população LGBT?

ENTREVISTADA 04 - Não.

PESQUISADORA - Como as ações e serviços de saúde dirigidos a essa população são organizados nesta Unidade de Saúde?

ENTREVISTADA 04 - A gente aqui atende essa população igual todo mundo. O atendimento é igualzinho, não muda em nada. As DSTs, que às vezes tem grupo de risco né, a gente faz teste rápido, tem preservativo, tem orientação da enfermagem se precisar.

PESQUISADORA - Tem preservativo masculino e o feminino?

ENTREVISTADA 04 - Temos. Masculino e feminino. Temos os dois.

PESQUISADORA - Quais são as principais demandas de saúde da população LGBT da equipe?

ENTREVISTADA 04 - Não, então. A gente faz as DSTs, a gente aborda esse tema. Às vezes aqui na sala de espera, a gente tem pequenas palestras que a enfermeira faz ou outro profissional vem pra fazer.

PESQUISADORA - Mas aí são voltadas pras ISTs mesmo?

ENTREVISTADA 04 - Não só DSTs. A gente tem o setembro amarelo, que é a hepatite.

PESQUISADORA - Mas nessa questão mais social, de preconceito dos LGBT?

ENTREVISTADA 04 - Não, nunca surgiu uma demanda da equipe.

PESQUISADORA - É mais a questão biológica mesmo, de doença?

ENTREVISTADA 04 - É, é.

PESQUISADORA – Quais as demandas que os Agentes Comunitários de Saúde trazem para as UBS/ESF vindas da população LGBT?

ENTREVISTADA 04 - Pra esse grupo específico não há demanda.

PESQUISADORA - Você identifica dificuldade da população LGBT em acessar o serviço de saúde?

ENTREVISTADA 04 - Nenhuma.

PESQUISADORA - Você nunca percebeu nada assim?

ENTREVISTADA 04 - Nenhuma. Foi o que eu te falei. É normal pra todos. É clínico. É ginecologista. A gente não tem urologista na unidade mas a gente encaminha. Aí o clínico que vê a necessidade né...de tá encaminhando. Mas passa normalzinho.

PESQUISADORA - Como você avalia a forma e a qualidade das ações e serviços ofertados a população LGBT pelo serviços municipais de saúde?

ENTREVISTADA 04 - Na realidade, foi o que eu te falei, a gente não tem uma ação pro LGBT, você entendeu, é geral. É para os usuários em geral.

PESQUISADORA - Qual sua opinião sobre as condições de saúde dessa população?

ENTREVISTADA 04 - Então, aqui como é uma UBS, a gente não tem um agente que vai na casa e tal. Então, eles procuram a unidade. Então conforme eles procuram, conforme a necessidade deles, o que eles estão procurando, como se fosse um paciente qualquer. A gente procura atender. É atendido.

PESQUISADORA - Esta Unidade de Saúde tem dados da população LGBT de sua região?

ENTREVISTADA 04 - Não temos. Como eu te falei, no nosso cadastro tem o nome social mas a maioria não fala. A gente pergunta “Tem nome social?” Não.

PESQUISADORA - A Unidade de Saúde que você trabalha conhece a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT (PNSI-LGBT)?

ENTREVISTADA 04 - Do LGBT? Não.

PESQUISADORA - Nesta Unidade de Saúde há participação social da população LGBT como representatividade em Conselhos Municipais de Saúde e Conferências Municipais de Saúde?

ENTREVISTADA 04 - Não, não tem.

PESQUISADORA - A PNSI-LBGT foi discutida no Conselho de Saúde deste município?

ENTREVISTADA 04 - Não. Eu já fui no Conselho Municipal de Saúde e não tem nenhum representante de LGBT lá. Tem representante do comércio, da Santa Casa, ESF, APAE, dos sindicatos, do LGBT eu nunca vi.

PESQUISADORA - A PNSI-LGBT foi discutida na Conferência Municipal de Saúde?

ENTREVISTADA 04 - Não, não, nunca foi falada.

PESQUISADORA - Qual a relevância de dialogar sobre o acolhimento da população LGBT na Saúde?

ENTREVISTADA 04 - É como eu te falei...a parte biológica deles, essas coisas, os atendimentos, como se diz, as patologias, a gente trata aqui, normal como se fosse uma pessoa qualquer, é tratado. Se o clínico encaminhar pro psicólogo, pro psiquiatra, pro ginecologista vai passar, tudo com o encaminhamento certinho vai passar. A gente põe na lista, tudo certinho, vai passar. Aí vai ver a necessidade; se o clínico vai analisar e aí qualquer coisa passa na frente. Não tem assim porque é LGBT, não tem.

PESQUISADORA - E essas questões mais sociais, de preconceito?

ENTREVISTADA 04 - Aqui não tem preconceito, não. Vai abordar, vai passar.

PESQUISADORA - O que você acha de abordar o assunto não só com os funcionários mas com a população também?

ENTREVISTADA 04 - Aqui os funcionários, não tem ninguém que tem preconceito, essas coisas..."Não vou agendar porque é do LGBT". Não, não...a gente vai agendar. É usuário do SUS, vai passar.

PESQUISADORA - Qual sua avaliação sobre a atuação dos governos federal, estadual e municipal na formulação de políticas públicas para a população LGBT?

ENTREVISTADA 04 - Então, você me falou dessa política, eu desconheço, vou procurar saber agora.

PESQUISADORA - Vou até pegar seu e-mail depois pra te mandar.

ENTREVISTADA 04 - É, aí você passa pra mim, aí eu vou ver.

PESQUISADORA - Você acredita que os Governos são atuantes nessa questão, você acha que poderia ser mais ou que tá td ok?

ENTREVISTADA 04 - Eu posso falar o que eu acho?

PESQUISADORA - Pode, Claro.

ENTREVISTADA 04 - Tem que ser tratado normal, igual todo mundo, igual eu, você, todo mundo, igual hétero. São iguais, não são?

PESQUISADORA - São.

ENTREVISTADA 04 - Perante a sociedade, perante tudo.

PESQUISADORA - Difícil é as pessoas entenderem que eles são iguais.

ENTREVISTADA 04 - Então, não tem que ter diferença. É mesma coisa do negro, tem que tem cota, ele é normal, igual a mim, igual a você que é branquinho. Não tem que ter cota, nem nada não. Se não me engano, a Constituição Federal lá, ela já começa *né*...que nós somos todos iguais, nós temos direitos iguais, tudo igual.

PESQUISADORA - As pessoas lêem mas não absorvem isso.

ENTREVISTADA 04 - Eu não sei qual o artigo que é lá, porque eu li a Constituição Federal, no início já fala. Aqui no centro de saúde, eles são atendido normal, tudo normalzinho. Porque eles são pessoas normais. (risos) Então, não tem diferença. Tudo igual.

PESQUISADORA - O município realiza capacitação dos profissionais de saúde sobre a essa população LGBT?

ENTREVISTADA 04 - Não. É que às vezes essa população, eles englobam mais no DSTs, eles falam que o maior grupo de risco.

PESQUISADORA – E nessa questão estamos tentando lutar porque quando falo da parte da sociedade, de preconceito, ela entra no campo da saúde mental dessa população.

ENTREVISTADA 04 - Então, essa população, no meu pensar, nós, cidadãos, héteros tal...nós temos. Às vezes falam assim “tem uma mulher que ela tem mais parceiros e homens também e essa classe é a mesma coisa”. Tem aqueles que tem seu namorado fixo e tem aqueles que tem vários parceiros.

PESQUISADORA - Igual todo mundo *né*?

ENTREVISTADA 04 - Igual todo mundo. Então, como se diz, mas eles são mais vulneráveis na DSTs, não.

PESQUISADORA - Eu vejo que os mais vulneráveis, são os profissionais do sexo, porque aí trabalham *né*.

ENTREVISTADA 04 - Mas aí não tem o profissional do sexo que é gay.

PESQUISADORA - Tem hétero.

ENTREVISTADA 04 - Tem tudo *né*. Não assisto novela, mas eu vi meio assim por cima, que tinha uma mulher que tinha uma casa que tinha homens e mulheres trabalhando como profissional do sexo.

PESQUISADORA - Quando começou o movimento social LGBTQIA+ e na década de 80 que começou o HIV/AIDS se vinculou muito aos gays e aos LGBT pela promiscuidade, por isso que até hoje as pessoas trazem isso, mas é uma falácia.

[Entrevista foi interrompida pela entrada abrupta do médico da Unidade na sala em que estávamos. Após alguns minutos, retomamos as perguntas].

PESQUISADORA - Cite quais as dificuldades internas existentes nesta Unidade?

ENTREVISTADA 04 – Olha, eu to com falta de recursos humanos, mas *tá* saindo concurso aí. Eu estava com problema de espaço físico, mas a saúde mental *tá* saindo daqui. Terminaram de pintar o prédio novo deles, tudo certinho, então até janeiro [de 2019] eu acho que eles saem daqui.

PESQUISADORA - Mas alguma coisa que você queira acrescentar?

ENTREVISTADA 04 - Só a única coisa que essa lei que você falou aí LGBT que eu não conhecia porque eu poderia estar conhecendo pra poder tentar aplicar aqui *né*.

PESQUISADORA - Cite quais dificuldades externas existentes à esta Unidade?

ENTREVISTADA 04 - Ausência de recursos ou atraso no repasse de verbas do Governo Federal.

[Entrevista foi interrompida pela entrada do médico da Unidade na sala em que estávamos. Após, retomamos as perguntas].

PESQUISADORA - Esta Unidade de saúde estabelece parcerias com outras instâncias para a promoção de saúde e cidadania LGBT?

ENTREVISTADA 04 - Não.

PESQUISADORA - Há protocolos de atendimentos estabelecidos e/ ações de saúde voltadas para a população LGBT?

ENTREVISTADA 04 - Não.

PESQUISADORA - Nesta Unidade, é utilizado o nome social caso seja requisitado?

ENTREVISTADA 04 – Sim.

PESQUISADORA - Caso tenha respondido SIM à questão anterior, de que forma o uso do nome social foi implementado?

ENTREVISTADA 04 - No Cartão SUS, prontuário e tratamento/chamamento.

PESQUISADORA - Há unidade(s) de referência para atendimento de travestis e transexuais neste município?

ENTREVISTADA 04 - Não.

PESQUISADORA – A temática LGBT foi discutida no Conselho Municipal de Saúde e Conferência Municipal de Saúde?

ENTREVISTADA 04 – Então, eles não participam porque o Conselho de Saúde tem as leis que precisa de tantos, por exemplo, eu preciso de dois representantes do Centro de Saúde, precisa de dois da Santa Casa, dois do sindicato, dois do comércio, dois não sei da onde...e nunca foi discutida essa temática. Posso até passar para o presidente de estar incluindo no próximo *né*.

PESQUISADORA - Esta Unidade de Saúde tem interesse em realizar um projeto de Educação Permanente/Capacitação/Palestra sobre a PNSI-LGBT e temáticas relacionadas a essa política para os funcionários e população?

ENTREVISTADA 04 - Sim, é bom. Eu acho que pode começar com os funcionários *né*, e aí eles trabalham com a população. Se você conseguir começar um trabalho para nós da saúde, *tá*.

PESQUISADORA - *Tá ótimo.*

[Entrevista encerrada].