



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO – UFERSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM COGNIÇÃO,
TECNOLOGIAS E INSTITUIÇÕES – PPGCTI
MESTRADO ACADÊMICO

MATHEUS MADSON LIMA AVELINO

CARTOGRAFIAS DA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE À POPULAÇÃO LGBT+

MOSSORÓ
2022

MATHEUS MADSON LIMA AVELINO

CARTOGRAFIAS DA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE À POPULAÇÃO LGBT+

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologia e Instituições – PPGCTI, da Universidade Federal Rural do Semiárido como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais e Humanidades.

Linha de pesquisa: Experiência humana, social e técnica.

Orientador: Prof. Dr. João Mário Pessoa Júnior

MOSSORÓ
2022

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

A948c Avelino, Matheus Madson Lima.
 Cartografias da produção de cuidado em saúde à
 população LGBT+ / Matheus Madson Lima Avelino. - 2022.
 176 f. : il.

 Orientador: João Mário Pessoa Júnior.
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal
 Rural do Semi-árido, Programa de Pós-graduação em
 --Selecione um Curso ou Programa--, 2022.

 1. Diversidade sexual e de gênero. 2. População LGBT+.
 3. Linha de cuidado. 4. Consultório Familiar. I. Pessoa Júnior, João
 Mário , orient. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada por sistema gerador automático em conformidade
Com AACR2 e os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Biblioteca Campus Mossoró/Setor de informação e Referência
Bibliotecária: Keina Cristina Santos de Sousa e Silva
CRB: 15/120

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

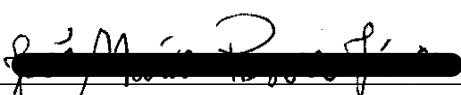
MATHEUS MADSON LIMA AVELINO

CARTOGRAFIAS DA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE À POPULAÇÃO LGBT+

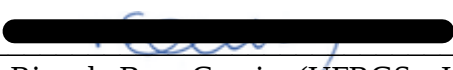
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologia e Instituições da Universidade Federal Rural do Semi-Árido como requisito para obtenção do título de Mestrado.

Data de aprovação: 27/ 10/ 2022

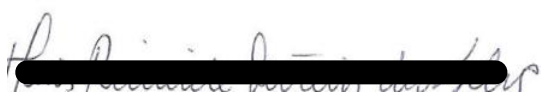
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. João Mário Pessoa Júnior (UFERSA)
Presidente e Orientador



Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim (UFRGS e UFERSA)
Examinador Interno



Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva (UECE)
Examinadora Externa

Dedico este trabalho a todas as pessoas LGBT+ que cruzaram o meu caminho em algum momento de minha jornada, e que de uma forma ou de outra me colocaram nos trilhos de fazer esta pesquisa, em especial Catarina e Bernardo. Dedico a todos os companheiros, companheiras e companheiras que construíram o sonho do primeiro Ambulatório LGBT+ do Rio Grande do Norte, na cidade de Mossoró/RN. A todos os meus colegas de residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família e comunidade da UERN/PMM.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus ancestrais na figura das minhas avós Socorro Lima e Josefa Avelino, sem as quais não teria base para erguer tudo o que tenho construído em minha vida. Agradeço aos meus pais Lenilma Lima e Josefran Avelino, por todo sacrifício empenhado para que eu pudesse ter acesso a um ensino de qualidade, mesmo quando os tempos eram os mais difíceis, em especial para ingressar e se manter no ensino superior de uma universidade pública. Pela imensa compreensão e o apoio nas minhas decisões e pela fé em mim depositada para realizar nossos sonhos. Agradeço a minha tia Isaura Avelino pelo apoio incondicional e as palavras de consolo. A minha irmã Maria Luísa pelo carinho e todo o cuidado.

Quero agradecer imensamente a Lorrainy Solano, que sem o seu apoio nada deste projeto iria pra frente. Sou infinitamente grato a toda dedicação e apoio que tem me dado durante esses anos e, principalmente as portas abertas e toda a confiança em mim depositada, pois eu tenho certeza que nem eu confio tanto em mim quanto ela confia. Sou grato por seu exemplo como trabalhadora e defensora do SUS e, sobretudo, sou grato pela sua amizade, que para mim transcende o plano físico e é algo lindamente único. [Conte comigo para tudo!]

Agradeço a Ricardo Burg Ceccim pela sua generosidade e disponibilidade em contribuir com o trabalho e com minha formação como pesquisador sempre me direcionando para o tipo de pesquisador que eu desejo ser e que pulsa em mim. Suas lições foram como um abraço quando se está perdido e sem rumo.

Quero agradecer a Camila Mesquita pela companhia durante este processo que fez me sentir menos solitário e incompreendido. Sou grato a esta parceria de vida e por ter ficado ao meu lado em momentos de extrema dificuldade e incerteza e por dividir sua vida comigo que me ensina muito sobre ver a beleza nas coisas. Agradeço a Ialy e Vitória por todo o companheirismo e pelos momentos de descontração e por tolerarem meus trejeitos mais difíceis de tolerar e sempre cuidarem de mim nas coisas mais simples como uma tarde esparramados no chão da sala de casa. A vocês e a Lorrainy e Paula Érica sempre serei grato por nunca deixarem a chama da minha sensibilidade e da arte que mora em mim se apagar e alimentar esta chama com os seus afetos.

Quero agradecer imensamente aos amigos que fiz no programa, em especial, Kisia Melo, que foi mais que uma colega de turma de mestrado, mas uma verdadeira companheira e alguém com quem pude compartilhar a vida durante e que me estendeu as mãos sem nunca pedir nada em troca. Sou grato pelo seu encontro e por saber que sempre terei uma

companheira no SUS como projeto de vida. Agradeço imensamente a Felipe Andrade que foi mais do que um colega de turma, era como se já nos conhecêssemos de muito antes através de nossas vivências, que dão apoio em tudo, você foi um verdadeiro irmão nestes dois anos, daqueles que te apoiam em tudo, inclusive nas farras.

Agradeço aos amigos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, Monaliza Melo, Allyana Oliveira, Bárbara Queiroz, André Carlos, André Fernandes, Nataliane Fernandes e Rodolfo Brasil pela prontidão e a disponibilidade de me salvar nos momentos de sufoco e também por terem paciência comigo nos momentos de marés baixas, mas também por estarem comigo quando a maré está cheia para brindarmos os bons momentos.

Agradeço especialmente a Matheus Paiva pelos puxões de orelha e empurrões, mas sobretudo, por ter ficado ao meu lado em um dos maiores desafios da minha vida e por ter sido quem acreditou no meu potencial quando nem eu acreditava que iria conseguir dar conta, e por ter estado próximo quando precisávamos nos isolar e ficar distante de todos.

Agradeço ao meu orientador João Mário Pessoa Júnior pela parceria e por apostar nas minhas ideias desde a residência, e pela compreensão nos momentos mais difíceis. Agradeço aos amigos e alunos da Faculdade Católica pela compreensão quando meu juízo estava pouco e eu precisava dividir um pouco as atenções.

A cada um de vocês a minha imensa gratidão, e o compromisso de devolver todo esse carinho em dobro! Cada pedacinho deste trabalho tem um pouco do que vivemos juntos nesses dois anos, que mais pareceram 20.

Por fim agradeço sobretudo ao eu do passado que sonhou com este momento para que eu pudesse trilhar este caminhando sempre apegado a memória desse garoto que queria ser alguém e que decidiu lutar pelo direito das pessoas LGBTQ+ e pela defesa do SUS.

RESUMO

A Linha de Cuidado em saúde à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros e demais dissidências da cisheteronormatividade (LGBT+) no município de Mossoró/RN foi instituída através de mobilizações do coletivo de residências em saúde em conjunto com o movimento social organizado, num cenário marcado pela fragilidade de seu acesso aos serviços de saúde. Entre avanços e desafios, outros serviços se somaram à rede local para a oferta de atenção à saúde sexual e reprodutiva às pessoas LGBT+, em especial o Consultório Familiar, que se propõe a ampliar as bases de cuidado em saúde, por vezes negligenciadas. Este trabalho tem por objetivo geral analisar o processo de produção do cuidado em saúde à população LGBT+ em Mossoró-RN sob a ótica de profissionais de saúde e usuários do consultório familiar; e, por objetivos específicos: cartografar os itinerários e demandas de saúde da população LGBT+, sistematizar a organização e fluxos da linha de cuidado e cartografar as experiências de produção do cuidado em saúde pelos profissionais e usuários. Trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada nos fundamentos da pesquisa-intervenção, seguindo-se o método cartográfico. A produção de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, a realização de um círculo de cultura e uma oficina de colagens. A análise cartográfica resultou na elaboração de núcleos de sentido que foram sistematizados por meio da imagem de mosaicos construídos mediante fragmentos das narrativas dos interlocutores e das emergências do campo de pesquisa, são eles: “acolhimento”, “histórias de vida”, “acesso à saúde” e “como produzir serviços que acolhem as diversidades?”. Observou-se que o processo de produção do cuidado em saúde voltado à população LGBT+ perdura centrado na cisheteronormatividade e no modelo de repressão às chamadas “condutas dissidentes”, fundamentado sobremaneira no discurso religioso cristão que modula ideologicamente as práticas profissionais em saúde. Entende-se que uma práxis permeada pelas teorias de gênero e diversidade entre os profissionais nos serviços de saúde traduziria a tentativa de se fortalecer o exercício das liberdades e a defesa da expressão das subjetividades como requisito essencial na produção de saúde às pessoas LGBT+ e, sobretudo, na promoção da justiça social. Nas conclusões, propõe-se a criação da caderneta da gestante e de materiais de comunicação popular como estratégias de educação permanente em saúde como reversão desse estatuto ideológico. Além disso, tem-se a necessidade de se ampliar o escopo das ações da rede básica no contexto da saúde e respeito às subjetividades LGBT+.

Palavras-chave: Diversidade sexual e de gênero. População LGBT+. Linha de cuidado. Consultório familiar.

ABSTRACT

The Health Care Line for the population of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transgenders and other dissidences from cisheteronormativity (LGBT+) in Mossoró/RN was instituted through mobilizations of health residencies' collective together with the organized social movement in a situation marked by the fragility of their access to health services. Among advances and challenges, other services have joined the local network to offer sexual and reproductive health care to LGBT+ people, especially the Family Office, which proposes to expand the, sometimes neglected, health care basis. This project's general objective is to analyze the health care production process for the LGBT+ population in Mossoró-RN from the perspective of health professionals and users of the family practice; and, as for the specific objectives: to know the itineraries and health demands of the LGBT+ population, to identify the organization and flows of the care line and to map the experiences of health care production by professionals and users. This is a qualitative research anchored in the foundations of intervention research, following the cartographic method. Data production happened through semi-structured interviews, holding a culture circle and a collage workshop. The cartographic analysis resulted in the elaboration of a nuclei of meaning which were systematized through the image of mosaics built by narratives' fragments of the interlocutors and of the emergencies of the research field, which are: "welcoming", "life stories", "access to health" and "how to produce services that embrace diversities?". It was observed that the production process of health care aimed at the LGBT+ population remains centered on cisheteronormativity and on the model of repression of the so-called "dissident conduct", based largely on the Christian religious discourse that ideologically modulates professional health practices. It is understood that a praxis permeated by theories of gender and diversity among professionals in health services would translate the attempt to strengthen the exercise of freedoms and the defense of the expression of subjectivities as an essential requirement in the production of health for LGBT+ people and, above all, in promoting social justice. In the conclusions, it is proposed the creation of the pregnant woman's booklet and popular communication materials as permanent education strategies in health as a reversal of this ideological statute. In addition, there is a need to expand the scope of basic network actions in the context of health and respect for LGBT+ subjectivities.

Keywords: Sexual and gender diversity. LGBTI+ population. Care line. Family office.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção de estudos de revisão de literatura.....	29
Figura 2 – Fluxograma da linha de cuidados à população LGBTQ+ em Mossoró.....	59
Figura 3 – Mosaico de acolhimento.....	78
Figura 4 – Colagem de Pinheiro.....	79
Figura 5 – Colagem produzida por Sábila.....	80
Figura 6 – Colagem produzida por Anu.....	81
Figura 7 – Colagem produzida por Calopsita.....	83
Figura 8 – Colagem produzida pela dupla de profissionais residentes Embuába e Castanheira.....	84
Figura 9 – Colagem produzida por Jurema.....	85
Figura 10 – Colagem produzida por Cacatua.....	86
Figura 11 – Colagem produzida por Figueira.....	87
Figura 12 – Colagem produzida por Ipê.....	88
Figura 13 – Mosaico das histórias de vida.....	93
Figura 14 – Mosaico do acesso à saúde.....	109
Figura 15 – Mosaico “Como produzir serviços que acolhem”.....	127

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos interlocutores.....	76
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMA	American Medical Association
DIU	Dispositivo Intrauterino
EP	Educação Permanente
GO	Ginecologia e Obstetrícia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HsH	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgêneros e demais dissidências da cisheteronormatividade
MFC	Medicina de Família e Comunidade.
PMM	Prefeitura Municipal de Mossoró
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PrEP	Profilaxia pós exposição ao HIV
PrTr	Processo transexualizador
RMABSFC	Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SFC	Saúde da Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
THAG	Terapia Hormonal de Afirmação de Gênero
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERN	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
UFERSA	Universidade Federal Rural do Semiárido

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
1.1 Problemática	17
2 JUSTIFICATIVA	20
2.1 “Amar e mudar as coisas”: as motivações pessoais da pesquisa	21
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos específicos	24
4 REVISÃO DE LITERATURA	25
4.1 A invisibilidade da Atenção Básica na Política Nacional de saúde integral à população LGBTQ+ no Brasil	25
4.2 Método de revisão e análise	27
4.3 Trabalhos reunidos	28
4.4 De qual saúde falamos quando falamos em saúde das pessoas LGBTQ+?	29
4.5 A LGBTQfobia na Atenção Básica	35
4.6 Modelo assistencial e os problemas do gênero	37
4.7 Para transicionar a Atenção Básica	41
4.8 Integralidade da atenção	47
4.9 Formação e Educação Permanente	50
4.10 Afinal, o que pode a atenção básica?	53
5 METODOLOGIA	54
5.1 Tipo pesquisa	54
5.2 Referencial teórico-metodológico	55
5.3 Cenários e interlocutores da pesquisa	58
5.4 Produção de dados e instrumentos de pesquisa	63
5.4.1 Círculo de cultura e oficinas	66
5.5 Análise de dados	70
5.5.1 Mosaicos de experiências como forma de sistematização da análise	72
5.6 Aspectos éticos	75
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	78
6.1 Da fauna à flora: conhecendo os interlocutores da pesquisa	76
6.2 Mosaico do acolhimento	77
6.2.1 “Não se dança com quem não se confia”: sobre acolhimento às pessoas LGBTQ+	78

6.2.2 “Já apareceu pessoas assim aqui na maternidade...”: Como os discursos sobre acolhimento operam no cotidiano	89
6.3 Mosaico das histórias de vida, narrativas de si e do outro	93
6.3.1 As dores e as delícias de ser o que é: sobre diversidade e as narrativas da transição de gênero	94
6.3.2 “O nosso amor a gente inventa”: das trajetórias afetivo sexuais à desconstrução do lugar de família	104
6.4 Mosaico de acesso a saúde.....	109
6.4.1 Rotas de fuga para o acesso à saúde	112
6.4.2 Narrativas de violência: como os discursos operam no cotidiano.....	122
6.5 Mosaico “Como produzir serviços que acolha as diversidades?”	131
6.5.1 Atenção básica e saúde da família: Quando os atributos traduzem violências	132
6.5.2 Emergências na reconfiguração do cuidado	138
6.6 Tecnologias do cuidado e a comunicação popular no cuidado às pessoas LGBTQ+.....	142
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
REFERÊNCIAS	147
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista: usuários e usuárias LGBTQ+	155
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista: profissional de saúde.....	156
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	157
ANEXO I – Fluxograma da revisão integrativa	160
ANEXO II – Fluxograma da linha de cuidado à população LGBTQ+ em Mossoró-RN	161
ANEXO III – Mosaicos de experiências	162
ANEXO IV – Quadro síntese dos interlocutores.....	164
ANEXO V - Colagens produzidas na oficina.....	166
ANEXO VI – Caderneta do gestante.....	171
ANEXO VII – Fanzine do direito ao uso do nome social o SUS.....	173
ANEXO VIII - Fanzine por um SUS de todxs	174

1 APRESENTAÇÃO

Mania boba de quem aprendeu a organizar o mundo em A ou B. Ninfática, o mundo é um alfabeto! Mas você vê uma figura rica e complexa como eu e só consegue pensar no menino dono da neca – aquele ali antes da confusão ser instaurada.

Luísa Marilac

A epígrafe desta seção retirada do livro “Eu travesti”, de Luísa Marilac, faz um convite à compreensão das vivências da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgêneros e todas as dissidências da cisgeneridade e heterossexualidade (LGBT+)¹ de uma forma complexa. Para ela, “o mundo é um alfabeto!”, o que nos incita à imersão no campo intersubjetivo da diversidade humana e das múltiplas formas de ser e existir que rompem com a binaridade de gênero, evocando a imagem do alfabeto e suas interações e experimentações entre as letras e fonemas para constituir palavras que formam a nossa linguagem, contemplando expressões diversas e singulares de existir.

Destaca-se a perspectiva do alfabeto ao propor o debate complexo em torno do processo saúde e doença das pessoas LGBT+ para além do viés epidemiológico e sexualizante comuns nas pesquisas acadêmicas com esta população que, em sua maioria, abordam as questões de vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST), como HIV/Aids (BEZERRA *et al.*, 2019). Neste sentido, Oliveira *et al.* (2021) apontam a necessidade de se pensar a saúde das pessoas LGBT+ não apenas na dimensão biológica dos corpos, mas também na dimensão histórica, social e cultural que envolve o processo saúde-doença e os modos de ser e viver dos indivíduos.

Os distintos cenários de práticas e de cuidado em saúde voltados à população LGBT+ estão envoltos na tessitura paradigmática da complexidade, termo este utilizado por Morin (2015) ao se referir ao tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações e acasos que constituem o mundo fenomênico, num complexo ato de tecer junto. Expressa-se a ideia de “complexo” associada ao tecido que interliga a epistemologia do debate sobre saúde, gênero e sexualidade, bem como suas intersecções com os determinantes sociais de etnia/raça, classe, cultura e outros desdobramentos, dada sua influência na construção de identidades e experiências humanas no cotidiano (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

¹ Opta-se por utilizar a sigla LGBT+ por ser a mais utilizada na literatura referencial, especialmente dentro das políticas de saúde, acrescido do símbolo “+” no sentido de dar conta das possibilidades diversas de se viver as sexualidades, os gêneros e suas intersecções, entendendo-se que estes campos do ser se sobrepõem criando as diversas formas de ser e estar no mundo, entende-se também o “+” como todo o espectro de vivências dissidentes da cisgeneridade e heterossexualidade. Identifica-se esta perspectiva não como uma categorização destas formas de viver, mas de reunir o conjunto existentes e que se criam o tempo todo.

Mediante essa demarcação conceitual e, sobretudo, política, reforça-se a importância de avançar no cuidado em saúde à população LGBT+ contextualizado às suas reais necessidades de saúde. Tais necessidades de saúde são gestadas no cotidiano de uma estrutura social LGBT+fóbica² e produzem adoecimentos e desigualdades por meio da violência e da discriminação, em especial entre países de cultura patriarcal e machista, como o Brasil considerado o país que mais mata pessoas deste grupo em todo o mundo. Dados do relatório do Grupo Gay da Bahia (GGB) demonstram que a cada vinte quatro horas uma pessoa é assassinada ou se suicida vítima de LGBTfobia (OLIVEIRA; MOTT, 2020).

Partindo-se das trajetórias das pessoas trans³, identifica-se que estas sofrem violências ainda no ambiente familiar, muitas vezes ocasionando a expulsão de suas casas; e no ambiente escolar sofrem discriminação e *bullying*. Ao longo da vida, a maioria convive com a falta de condições dignas de moradia e a baixa escolaridade, o que se torna uma barreira para o engajamento destas no mercado de trabalho formal, acentuando o seu processo de vulnerabilização e de adoecimento (ALMEIDA; VASCONCELLOS, 2018).

Defende-se a ideia de vulnerabilidade para além de um estado dado e inerente das pessoas LGBT+, mas enquanto processo complexo de entrelaçamento entre fatores macro e micropolíticos, envoltos dos contextos culturais, históricos, sociopolíticos, jurídicos e econômicos presentes em nossa sociedade. Soma-se ainda as relações de poder, relações étnico raciais e de gênero, além dos diversos modos de subjetivações presentes no viver e que levam a adoecimentos, mas que ao mesmo tempo produzem formas de resistência, rompimentos e enfrentamentos destes processos a partir da apropriação da pauta da vulnerabilidade pelos sujeitos (DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020).

Ao pesquisar homens cis⁴ gays e bissexuais que convivem com HIV, Fernandes *et al.*, (2017), perceberam situações de violências sexuais, agressões físicas e discriminação durante a infância e adolescência. Tal cenário levou estas pessoas a um maior isolamento social, sofrimento e dificuldade de lidar com sentimentos, repercutindo também em um maior envolvimento com relações sexuais problemáticas, inclusive o risco de infecção por HIV e a violência sexual em si.

²Assumem-se os termos LGBT+fobia e violência LGBT+fóbica como sinônimos para referir-se a qualquer ato discriminatório e/ou violência de qualquer natureza, seja física, verbal, psicológica, entre outras, que ocorram pela condição comum de ser LGBT+. Também utilizarei em separado quando tratar de questão individual à determinada sigla. Por exemplo: lesbofobia, homofobia, transfobia, bifobia.

³ Utiliza-se o termo pessoas trans como uma abreviação de pessoas transgêneros e um termo guarda-chuva como propõe Jaqueline Gomes de Jesus (2012) para pessoas que não se identificam e, dessa forma, não performam os papéis sociais determinados e esperados ao gênero determinado em seus nascimentos.

⁴ Utilizo o termo cis como abreviação do termo “cisgênero” para me referir ao grupo de pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi designado ao nascer.

Circunscrevendo esse cenário complexo, no campo da saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, por meio da Portaria nº 2.836/2011, sinalizando mudanças importantes voltadas a essa população no contexto da promoção da saúde e do bem viver (BRASIL, 2013). Nesta, a orientação sexual e a identidade de gênero surgem como determinantes sociais de saúde, sendo propostas recomendações para a estruturação e qualificação dos serviços com vistas à atenção sanitária integral à população LGBTQ+ e à redução das desigualdades em saúde nesta população (BRASIL, 2013).

Entre avanços e desafios no campo da atenção à saúde LGBTQ+, a Política apontou, sobretudo, para o campo do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de um intenso processo de luta e mobilização social em prol dos direitos desta população. No entanto, ao longo dos anos, observou-se a falta de materialidade na concretização das ações propostas na realidade dos serviços de saúde, num cotidiano ainda hoje marcado pela invisibilidade e/ou discriminação por parte das equipes de profissionais, tendo em vista a inexistência de oferta de cuidados em saúde a esta população (SILVA *et al.*, 2017).

Assim, reafirma-se a importância da produção do cuidado em saúde à população LGBTQ+, não apenas restrita aos aspectos biológicos de corpos, mas na direção de uma produção social do processo saúde-doença, reconhecendo as diversidades sexuais e de gênero e suas interseccionalidades. Reconhece-se que tais subjetividades produzem vivências e subjetividades singulares que podem ser incorporadas ao trabalho em saúde das equipes multiprofissionais, não somente sob a ótica de uma população vulnerável, mas como potências de vida e do viver humano (CAZEIRO, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

1.1 Problemática

No Brasil, as experiências de exclusão e preconceito vividas por pessoas LGBTQ+ no cotidiano das instituições, em especial entre os serviços de saúde, sinalizam entraves que se reproduzem mesmo em espaços amparados pela Política LGBTQ+ e levam ao seu afastamento do atendimento ou apoio especializado dos profissionais de saúde (CAZEIRO, 2021).

A violência institucional presente nos serviços de saúde afeta a população LGBTQ+ sob diferentes aspectos: as atitudes e/ou ações de discriminação pelas equipes de profissionais de saúde, seja na recusa em realizar determinados procedimentos, desrespeito ao nome social das pessoas trans ou mesmo o não tratamento adequado à identidade de gênero e o próprio

sexismo em condutas. No geral, a invisibilização de demandas específicas desta população aponta o despreparo dos profissionais em lidar com estas pessoas e fornecer orientações adequadas às práticas sexuais de cada segmento (GOMES; VALADÃO, 2011; FÉBOLE; MOSCHETA, 2017).

Circunscrevendo o cenário de práticas e cuidados desenvolvidos pelos profissionais entre serviços de saúde no âmbito do SUS, identificam-se dissonâncias e entraves que marcam os diversos níveis de atenção, quer seja primário, secundário ou terciário, dadas as particularidades regionais e estaduais. Na região Nordeste, o Rio Grande do Norte (RN) figura como o quarto estado brasileiro com maior índice de violência às pessoas LGBT+ (OLIVERIA; MOTT, 2020). Para além dos desafios advindos com a problemática da violência, entende-se os reflexos desta realidade no setor da saúde.

Sampaio, Souza e Fernandes (2019), ao estudarem o acesso das pessoas trans e as experiências de profissionais de residentes na Atenção Básica no município de Mossoró/RN, evidenciaram a falta de ações específicas e de assistência à saúde de pessoas trans, além do preconceito vivido por estas nos serviços de saúde. O estudo identificou entraves desde o setor da recepção ou acolhimento, até o próprio atendimento realizado pelos profissionais de saúde que denunciam a inabilidade em lidar e conhecer as demandas de saúde da população trans.

Assim, entende-se que investir na ampliação e qualificação da rede de serviços e dispositivos voltados ao apoio e cuidados em saúde da população LGBT+ no SUS tem sido fundamental para minimizar os impactos de toda a conjuntura histórica, política, econômica e cultural de exclusão e vulnerabilidade destas pessoas. Reconhece-se, para tal, a necessidade de se garantir a efetivação dos direitos legais e conquistas no campo das políticas públicas em saúde LGBT+ (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017).

Neste contexto, menciona-se o Consultório Familiar (CF) do Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC), localizado em Mossoró/RN. Este equipamento de saúde constitui uma iniciativa integrada da Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA), Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e Prefeitura Municipal de Mossoró (PMM). O CF aponta para um modelo de ambulatório e de apoio matricial para a rede básica local, constituindo referência ao atendimento em saúde sexual e reprodutiva ampliada, recém-nascidos com deficiência intelectual ou sensorial; atenção à saúde bucal de gestantes, adolescentes e mulheres em situações de violência, além destes, há oferta de ações de ensino e qualificação profissional, bem como atividades de pesquisa e extensão em parceria com as universidades locais.

Por tradição, o HMAC é um serviço de saúde onde predomina o paradigma biomédico e isto afasta as pessoas LGBTQ+, pois a lógica biomédica reforça a heterocisnormatividade e patologiza as existências não heterossexuais e transgênero. Apesar dos avanços no debate em torno dos direitos e sobre a importância da atenção integral à saúde das pessoas LGBTQ+, existe um entendimento de que as pessoas LGBTQ+ vivem um processo de esterilidade simbólica que as destitui do direito de ter direito a se reproduzir e constituir família (AGONESE; LAGO, 2017).

O CF foi criado na perspectiva de constituir um serviço estratégico da rede de atenção à saúde capaz de envolver a população LGBTQ+, não somente na condição de usuário das ações ofertadas, como também no controle social e cogestão do processo trabalho em saúde, como se propõe na gênese dos consultórios familiares na Itália, experiência de modelo assistencial que inspirou a implantação deste equipamento em Mossoró.

Embora o município de Mossoró/RN disponha de um Ambulatório LGBTQ+ do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade (RMABSFC), vinculado à UERN e à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), reforça-se que o CF/HMAC tem buscado fortalecer as ações desenvolvidas de cuidado em saúde voltadas a este grupo em nível local, bem como favorecer o convívio e diálogo serviço-ensino-comunidade ainda incipiente quando envolve a população LGBTQ+.

Circunscrevendo esse contexto, tem-se como pergunta disparadora: Como se dá a produção de ações e cuidados em saúde voltados à população LGBTQ+ em Mossoró/RN sob a ótica de profissionais de saúde e usuários atendidos no Consultório familiar? Reconhece-se a necessidade de se potencializar os espaços de produção de cuidado entre os serviços que compõem a linha de cuidado à população LGBTQ+, a exemplo do CF/HMAC, como forma de integrar ensino-serviço-comunidade como um território vivo de criação e reconfiguração da atenção, da formação e das práticas da gestão em saúde. Assim, não cabe à presente pesquisa somente apreender a realidade de serviços, mas também pensar com os principais grupos envolvidos na tessitura desse cuidado (profissionais e usuários) sobre caminhos possíveis, o que se tem de potência, o que precisa mudar/melhorar e o que há por vir.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, as políticas públicas e de direitos às pessoas LGBTQ+ despontaram tardiamente, particularmente a partir do ano 2004. Num contexto histórico marcado por intensas lutas e embates no campo político, jurídico e cultural, a pauta da diversidade sexual e o orgulho LGBTQ+ conquistou importantes avanços nos últimos anos, embora se perceba desafios a serem superados entre os diversos segmentos sociais (SILVA *et al.*, 2017).

No ano de 2011, a Política Nacional de Saúde LGBTQ+, apresentada pelo Ministério da Saúde, passou a reconhecer demandas específicas e de promoção da saúde à população LGBTQ+, partindo da perspectiva do direito à saúde, tal como garantido pela Constituição Federal, e reforçando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade nos diversos níveis e abrangência do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Gradativamente, o campo dos direitos e medidas de apoio à saúde LGBTQ+ se acirrou com a conjuntura política nacional. Isto se evidenciou em especial no golpe de 2015/2016 à presidenta Dilma Rousseff e todo o retrocesso vivido no campo da diversidade, com novas investidas no âmbito político de cunho LGBTQ+fóbico, racista e misógino, como colocam Galindo *et al.* (2017).

Esse contexto se acirrou com a ascensão da extrema direita, em 2018, com a eleição de Jair Bolsonaro à Presidência da República, que alia a agenda neoconservadora com a neoliberal e os princípios de militarização da vida cotidiana. Entende-se os reflexos desta conjuntura na população LGBTQ+, não só pelo caráter antidiversidade e antigênero, mas também pela agenda de desmonte das políticas sociais e precarização dos direitos dos trabalhadores (IRINEU; OLIVEIRA; LACERDA, 2020).

Irineu, Oliveira e Lacerda (2020) fazem um balanço quanto às medidas do governo Bolsonaro frente à pauta LGBTQ+. Destacam as principais medidas tomadas pelo governo, como a retirada da defesa dos direitos LGBTQ+ do Ministério dos Direitos Humanos, a proibição de filmes com a temática LGBTQ+ pela Agência Nacional do Cinema e extinção do departamento de HIV/Aids, entre outras. Parte da agenda contra os movimentos LGBTQ+ do governo Bolsonaro, que se iniciaram no governo Temer, incluíram a extinção do Ministério dos Direitos Humanos, que contemplava a pauta.

Assim, a gestão da saúde do governo Bolsonaro também afeta pessoas LGBTQ+, em um primeiro momento com as medidas de sucateamento das políticas de saúde mental e da atenção básica que afetam a população LGBTQ+ e, num segundo momento, a má gestão durante a pandemia de covid-19, em que a negligência do governo em sua resposta ao vírus

trouxo consequências para a classe trabalhadora e às pessoas LGBTQ+, em especial pelo desemprego, pois se verifica que 24% da população LGBTQ+ perdeu o emprego durante o período do isolamento social (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Reconhece-se os reflexos diretos de todo esse breve retrospecto histórico das políticas públicas no campo da atenção à saúde LGBTQ+ entre os diversos cenários de produção do cuidado em saúde dos Estados e municípios brasileiros. Por conseguinte, evidenciou-se a falta de materialidade e concretude das conquistas advindas no campo da saúde com a Política Nacional, frente ao cenário de invisibilidade e falta de preparo por parte das equipes de profissionais de saúde entre os diversos níveis de atenção para o atendimento integral e humanizado a essa população.

Outrossim, é então neste campo de disputas entre avanços e retrocessos dos direitos das pessoas LGBTQ+ no Brasil que se justifica a realização desta pesquisa, no sentido de fortalecer experiências locais de garantia de direitos e produção de vida como forma de resistência frente aos ataques, tornando a pesquisa também como forma política de fortalecimento dessas experiências.

2.1 “Amar e mudar as coisas”: as motivações pessoais da pesquisa

O ingresso no Programa de Pós-Graduação em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPGCTI) se deu logo após um momento de muita intensidade, complexidade e potências que foram meus dois anos de residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, em Mossoró/RN.

Essas potências reafirmaram o que em mim já era pulsante: o desejo de “amar e mudar as coisas”, como diz Belchior. Aquilo que a Residência me trouxe não foi somente ao encontro de pessoas que conheci, professores, usuários dos serviços, colegas de equipe e de residência, mas os reencontros que me impulsionaram. A Estratégia Saúde da Família me reconectou com a arte que vive dentro de mim, com meus familiares e raízes da cultura do lugar de onde venho, me fez explorar as minhas fronteiras do mar ao sertão, e incendiou a chama do compromisso ético-político com o SUS e com o projeto de sociedade almejado.

Durante meu último ano iniciamos na residência os movimentos para criação Ambulatório LGBTQ+, uma ideia que emergiu nesses encontros das pessoas interessadas em “amar e mudar as coisas”, pois nos propusemos a mudar as coisas para aqueles que queriam amar. Juntamos todas essas pessoas que acreditavam em utopias e criamos o primeiro

Ambulatório LGBTQ+ do Rio Grande do Norte, na conjuntura política mais desfavorável possível para a concretização dessa ideia, em meio ao governo federal mais conservador que poderíamos ter e em uma cidade de interior, uma das mais conservadoras e que mais votou no governo Bolsonaro durante as eleições de 2018.

Mesmo assim fizemos, e só conseguimos fazer porque todos os envolvidos acreditavam nas utopias. Acreditamos ser somente por meio da organização popular e do fortalecimento das experiências locais que poderíamos subverter as práticas conservadoras que nos sufocavam. Não falo isso à toa, pois em cada reunião e em cada dia de serviço; estávamos juntos e juntas do movimento social. Não fizemos para eles, fizemos com eles.

Nunca tive tanto prazer em fazer o que fazia do que quando atendia no ambulatório LGBTQ+ nas quartas e sextas à noite, na Faculdade de Enfermagem da UERN. Meu coração explodiu no dia em que ocupamos a universidade, que era morta à noite, fizemos um sarau de celebração para inaugurar o ambulatório.

A imagem mais marcante para mim era o momento de sair da sala de espera, onde eu realizava o acolhimento das pessoas, distribuía os profissionais nas salas, organizava as agendas, marcava retornos e essas atividades burocráticas todas e ia lá fora tomar um ar e via diversos grupos de pessoas LGBTQ+, sobretudo as pessoas trans que estavam mais marginalizadas no sistema, socializando e ocupando a universidade e o SUS. Jamais esquecerei a imagem de ver o alívio daquelas pessoas em poderem ser quem elas eram, a alegria de ser chamado ou chamada para uma consulta pelo seu nome social e de ter um atendimento sem julgamentos.

As inquietações para a investigação no mestrado se consolidaram na experiência do ambulatório. Apesar da memória afetiva reconfortante, o processo todo foi inquietante. Mesmo tendo uma equipe repleta de gente comprometida com o SUS e com a diversidade, muitas inquietações foram geradas ali. Nos momentos em que profissionais se recusaram a compor o projeto, pois não concordavam com aqueles modos de existência vida sob a alegação de irem de encontro com a sua religião.

Mesmo com o compromisso com a vida na condição de profissional da saúde, percebi que os corpos das pessoas LGBTQ+ eram corpos passíveis destas escolhas, da negação, da recusa, das exceções; corpos passíveis de um não querer que se sobrepunha ao compromisso sanitário assumido por todos. Essa e outras inquietações me moviam a querer mudar mais as coisas.

Mas a pergunta que me guia em meu processo de pesquisa não nasceu aí, ela foi alimentada por essa experiência. Ela nasce em mim, quando me aceito como homem gay e

entendo que para que eu pudesse amar era preciso mudar as coisas. Era preciso lutar. E desde essa aceitação eu fui encontrando as minhas formas de luta ao longo deste percurso. Desde o movimento estudantil, quando comecei a me organizar dentro de um coletivo de militância LGBTQ+, na militância de trabalhador do SUS e de residente e agora no mestrado como pesquisador.

Talvez a pergunta surja concretamente quando em uma reunião no DCE da UFRN do Grupo Universitário em Defesa da Diversidade e Expressão das Sexualidades (GUDDDES) eu ouvia Leilane Assunção, mulher trans, historiadora, doutora e professora da UFRN falar sobre a nossa luta de pessoas LGBTQ+, do que precisávamos pautar. Uma dessas reivindicações estava na criação de um ambulatório em Natal/RN. Todos os presentes olhavam para aquela realidade como algo impossível, que nunca iríamos sequer usufruir, olhávamos como uma utopia. Nós olhávamos assim porque tínhamos urgência do querer. Duas pessoas que me lembro estarem presentes nesta reunião já não estão mais entre nós, Leilane é uma delas, que morreu aos 35 anos, idade que é a expectativa de vida de uma mulher trans no Brasil.

Então, quando me transporto para as quartas e sextas à noite no ambulatório LGBTQ+ de Mossoró, eu via que as utopias são possíveis, elas existem e podemos materializá-las por meio da nossa luta.

Ao me propor levar esta vivência do cuidado às pessoas LGBTQ+ para investigação no mestrado, eu sabia que o meu papel de pesquisador era o de ser um caçador de utopias, mas não um caçador que mata, um que faz viver. Pesquisar não no sentido de saber das coisas, pesquisar como a pesquisa que aprendi na educação popular, para mudar, para libertar, para transformar, para intervir.

Então, surge o Consultório Familiar no HMAC como espaço integrado entre a maternidade, a prefeitura e as universidades com o propósito de atender de forma ampliada as demandas relativas aos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo, portanto, uma linha de cuidado à população LGBTQ+. Propor-nos-emos, então, a investigar os processos de produção do cuidado em saúde, de gestão e de formação voltados para a atenção às diversidades sexual e de gênero em Mossoró/RN.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de produção do cuidado em saúde à população LGBT+ em Mossoró/RN sob a ótica de profissionais de saúde e usuários do Consultório Familiar.

3.2 Objetivos específicos

Cartografar os itinerários e demandas de saúde da população LGBT+.

Sistematizar a organização e fluxos da linha de cuidado em saúde LGBT+.

Cartografar as experiências da produção de cuidado em saúde pelos profissionais e usuários LGBT+.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A invisibilidade da Atenção Básica na Política Nacional de saúde integral à população LGBT+ no Brasil

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros (PNSILGBTT) constitui um marco político e histórico fundamental para a garantia do direito à saúde, redução das violências institucionais e desigualdades em saúde das pessoas LGBT+. Ela reafirma os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, ampliando a compreensão do processo saúde-doença ao assumir a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2013).

A PNSILGBTT ainda aponta para a ampliação da participação das pessoas LGBT+ no controle social e oferece apontamentos para estruturação e qualificação dos serviços com vistas à atenção sanitária integral, além de fortalecer o processo transexualizador (PrTr) no SUS (BRASIL, 2013).

É inquestionável o papel da Política na garantia do acesso à saúde das pessoas LGBT+, contudo aqui se problematiza a invisibilidade da atenção básica e das práticas interprofissionais dentro da PNSILGBTT, sendo ambas inexpressivas (BRASIL, 2013).

Partindo do processo transexualizador, nota-se a predominância do discurso médico-centrado, expresso tanto na composição da equipe multiprofissional composta por psiquiatra, endocrinologista, psicólogo e assistente social, quanto na concepção do que se entende o PrTr, centrado em intervenções médicas, como terapia hormonal e intervenção cirúrgica (BRASIL, 2008).

Isto levanta tópicos de debate quanto à qualidade da assistência prestada no âmbito do SUS às pessoas LGBT+, especialmente às pessoas trans e travestis. Para Grubb (2022), o acesso ao PrTr no Brasil é paradoxal, pois acontece mediante a patologização das identidades trans ao condicionar o acesso aos procedimentos à categoria de doença do CID-10 de incongruência de gênero, em detrimento ao respeito às identidades performativas de gênero e um acesso universal, equitativo e digno.

O processo não é centrado apenas na figura médica, mas também na figura das especialidades, refletidas pela psiquiatria, endocrinologia e psicologia, reforçando o discurso biomédico sobre o PrTr, que concebe o processo de transição de gênero como algo de ordem biológica. Mas caberia ao processo transexualizador apenas as mudanças corporais por meio das cirurgias e terapia hormonal? E onde encaixam-se as pessoas trans que não desejam fazer

cirurgias, tampouco utilizar hormônios? Qual o lugar das pessoas trans não binárias e de gênero fluido que saem desse lugar binário das identidades trans?

Mesmo assumindo o PrTr também como um lugar de intervenções sobre o corpo, onde estão os outros profissionais de saúde que poderiam estar implicados nestes processos de mudanças corporais? Os profissionais da nutrição, de enfermagem, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia etc, que estão envolvidos e aptos no que também intervém e acompanham modificações da voz, do corpo antes e depois das cirurgias e durante as modificações metabólicas da terapia hormonal.

Ainda que estas categorias não estejam previstas para o PrTr no SUS, os profissionais já realizam processos de afirmação de gênero no bojo da sua ação profissional, seja no ramo da estética, através das harmonizações faciais, da cosmetologia, dos recursos eletrotermoterapêuticos, ou através do *bodybuilding*; seja qual for o lugar onde acontecem esses procedimentos, sempre tratam de um processo de afirmação de gênero com o intuito de masculinizar ou feminilizar o corpo.

O segundo ponto questionado é o lugar que a atenção básica ocupa dentro da PNSILGBT, que na verdade é um não lugar, pois, a política faz apenas uma única menção à AB. A invisibilidade da AB reforça a centralidade da perspectiva biológica da política. Esta invisibilidade, portanto, não configura uma não existência, pois qual a porta de entrada para o acesso a esta rede de cuidados? Pensando os atributos da atenção básica, qual a resolutividade que estas questões poderiam ter dentro do espaço da AB?

Tais questionamentos colocam como central a integralidade da atenção às pessoas LGBT+ e fazem emergir a necessidade de pensar as contribuições da AB para a PNSILGBT para além de ser uma porta de entrada de acesso a serviços especializados, pensando os seus atributos como contraponto ao modelo médico-especializado e patologizante e avançando em uma abordagem ampliada centrada na pessoa e com respeito às diversidades.

A partir destas reflexões entendendo a atenção básica e seu caráter dinâmico e como campo complexo também de disputa de visões sobre saúde e diversidade, propõe-se a aprofundar o debate sobre o papel da atenção básica na saúde das pessoas LGBT+ a partir de uma revisão integrativa de literatura.

Dessa forma, não se propõe o esgotamento do debate a partir desta revisão, mas uma forma de mapear o campo e entender os movimentos de produção do cuidado às pessoas LGBT+ na Atenção Básica, conhecer o estado da arte relativo à AB e suas intersecções com diversidade sexual e de gênero e analisar criticamente estas produções, suas implicações para compreender as produções discursivas em jogo no campo de pesquisa.

Assim, tem-se como objetivo revisar na literatura especializada como acontece a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica no trabalho com as diversidades sexuais e de gênero.

4.2 Método de revisão e análise

A revisão integrativa da literatura, a fim de produzir uma síntese e análise crítica do conhecimento a partir dos trabalhos e evidências produzidas. Para tal, seguiu-se os passos propostos por Sousa *et al.* (2017), a saber: i) identificação do tema e seleção das hipóteses; ii) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; iii) definição das informações a serem extraídas dos estudos; iv) avaliação dos estudos incluídos; v) interpretação dos resultados; vi) apresentação da síntese do conhecimento.

Na primeira etapa tomamos como ponto de partida a pergunta: “Como acontece produção do cuidado na Atenção Básica no trabalho com as diversidades sexuais e de gênero?”, no sentido de conhecer as experiências, potencialidades e fragilidades do trabalho produzido na AB com as populações LGBT+.

No processo de seleção dos estudos a serem englobados na revisão, elencaram-se como critérios de inclusão: relatos de experiências com pessoas LGBT+ na AB, pesquisas experimentais qualitativas e/ou quantitativas que discutissem intervenções voltadas para assistência à população LGBT+, assim como suas percepções sobre o acesso à serviços de AB, experiências de formação profissional envolvendo a temática da diversidade sexual e de gênero com profissionais da AB e trabalhos de revisão de literatura sobre o tema. E, de exclusão: estudos epidemiológicos, carta ao editor, artigos de opinião, *guidelines* e trabalhos que não respondessem à temática em questão tratando de outro nível de atenção, sem profissionais da atenção básica e ou que não fazem menção à população LGBT+.

Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados Scielo e BVS Saúde utilizando-se os descritores: “atenção primária à saúde”, “atenção básica” e “saúde da família” em combinação com os descritores “diversidade de gênero”, “minorias sexuais e de gênero”, “pessoas transgêneros”, “pessoas intersexuais”. Ao longo da pesquisa dos artigos, incluiu-se sinônimos: “transexuais”, “gay”, “lésbica”, “bissexual”.

Traçou-se como recorte temporal publicações nos últimos 11 anos, considerando o tempo de publicação da PNSILGBT. Foram selecionados estudos disponíveis integralmente nos idiomas português, inglês e espanhol.

Utilizou-se o software *Rayan* para o armazenamento do banco de dados e no processo ferramenta de seleção dos estudos, seguindo-se três etapas de seleção, respectivamente: seleção pelo título, seleção pelo resumo e seleção por leitura do artigo completo, em cada etapa foi verificado se o estudo atendia aos critérios de inclusão e respondia à pergunta de pesquisa, ou de exclusão do estudo. Em caso do surgimento de dúvidas o artigo passava para a fase posterior para ser submetido à análise de acordo com os critérios.

Anterior à seleção por título, foi utilizada a ferramenta de filtragem do *Rayan* por palavra-chave para seleção de artigos que em seu título e/ou resumo fizessem menção aos termos “atenção básica”, “atenção primária à saúde”, “saúde da família”, “*primary health care*”, “*primary care*”, “*health of family*”, “*family medicine*”.

E, por fim, os artigos incluídos ao final da última etapa, após a leitura completa foram analisados e sistematizados em sessões de acordo com a proximidade de suas temáticas para a discussão dos achados encontrados.

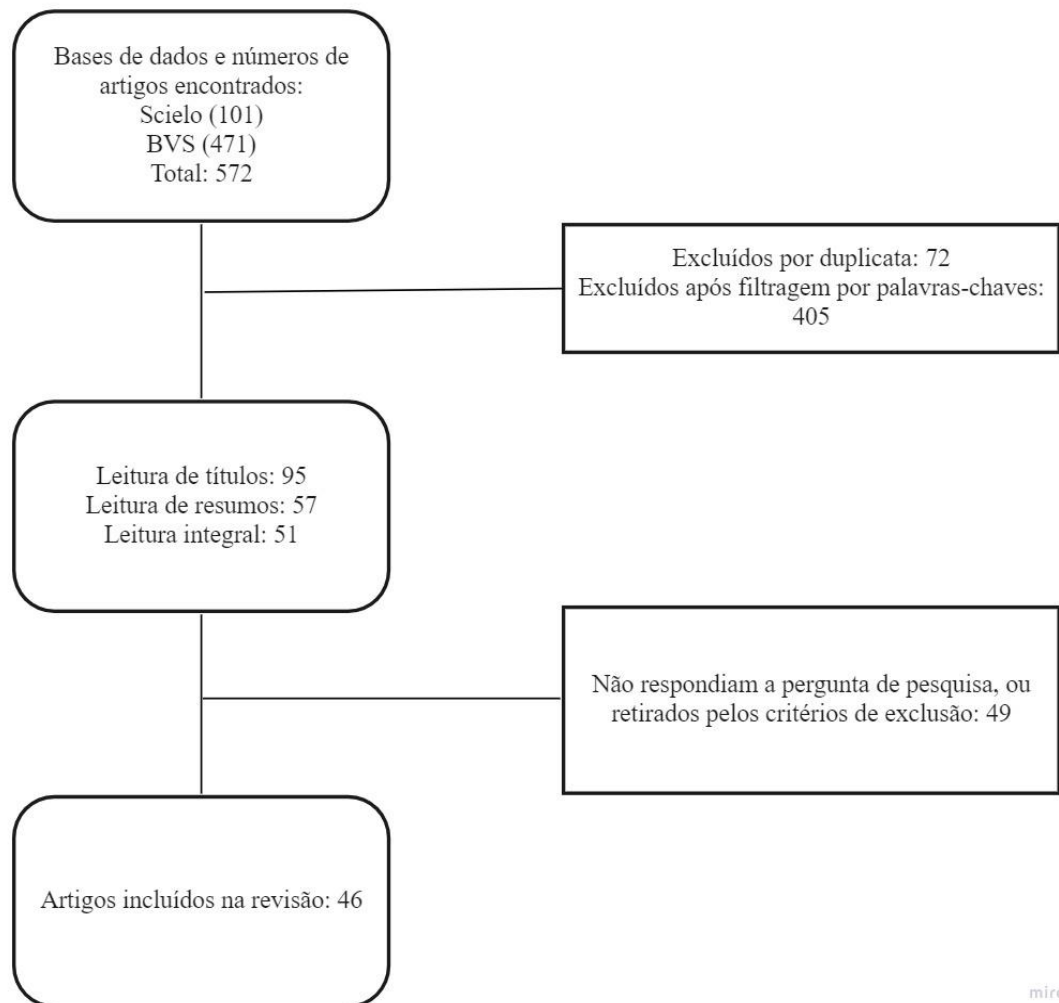
4.3 Trabalhos reunidos

Após a pesquisa com os descritores nas bases de dados foram reunidos o total de 572 estudos, destes, 72 foram excluídos por tratarem-se de duplicatas. Procedeu-se com a filtragem pelas palavras-chaves, sendo selecionados 95 estudos, que, mediante a seleção de títulos, restaram 57 para leitura do resumo, destes, foram excluídos seis; e, após leitura completa, outros cinco estudos foram descartados. Assim, considerando os critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos nesta revisão 46 estudos (Figura 1).

Quanto aos temas centrais de análise, estes foram sistematizados em quatro tópicos centrais, a saber: i) De qual saúde falamos quando falamos em saúde das pessoas LGBT+?; ii) A LGBT+fobia na Atenção Básica; iii) Para transicionar a Atenção Básica; iv) Integralidade na ação.

A revisão de literatura apontou as direções do que tem se produzido de discursos sobre diversidade sexual e de gênero na saúde e como a saúde das pessoas LGBT+ tem sido compreendida. Propõe-se o debate acerca destes discursos e as disputas travadas, quais as implicações para a prestação de cuidados e a elaboração de políticas públicas, tendo em vista que a formação discursiva por trás destes conceitos e dessas perceptivas de saúde produzem o fazer das instituições e das políticas de saúde.

Figura 1 - Fluxograma de seleção de estudos da revisão de literatura.



Fonte: Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

4.4 De qual saúde falamos quando falamos em saúde das pessoas LGBT+?

Em um primeiro momento faz-se necessária uma caracterização do panorama geral dos trabalhos em que se verifica uma heterogeneidade de práticas e diversidade metodológica e de fundamentação teórico-conceitual, contemplando desde estudos bibliográficos até os de cunho experimental quanti como qualitativos, com características importantes e diferenças locorregionais, denotando o suposto de que de fato há concepções diversas em jogo, que falam de lugares diversos de se pensar saúde, acesso e diversidade.

Na produção nacional há expressão maciça dos estudos sobre as percepções dos profissionais de saúde trabalhadores da AB sobre a população LGBT+, quanto às demandas e acesso à saúde, majoritariamente com foco nos profissionais de enfermagem, havendo um forte atravessamento da teoria das representações sociais como fundamento teórico

metodológico (SILVA *et al.*, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2017; ALBUQUERQUE *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018; ARAUJO *et al.*, 2019; SILVA, FINKLE; MORETTI-PIRES, 2019; GUIMARÃES *et al.*, 2020; REIS *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2021; FERREIRA; BONAN, 2021).

Ao deslocar o ponto de vista para o das pessoas LGBTQ+ enquanto sujeitos na pesquisa também segue a mesma racionalidade, há uma inversão de onde se olha, mas um olha-se sob a mesma lente, há uma preocupação em entender suas experiências no acesso e percepções sobre assistência prestada pelos profissionais da AB também na perspectiva das representações (CABRAL *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2019; PEREIRA; CHAZAN, 2019; KETZER *et al.*, 2022).

Observou-se que os trabalhos que partem do campo da saúde coletiva investem nos referenciais teóricos da teoria das representações sociais e também da análise do discurso, trazendo o foco da atenção às dimensões intersubjetivas e de compreensão do processo saúde doença de forma mais ampla, fortalecendo a compreensão da saúde por uma perspectiva sócio-histórica (GUIMARÃES *et al.*, 2017; CABRAL *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018; ALBUQUERQUE *et al.*, 2018; SILVA, FINKLE; MORETTI-PIRES, 2019; KETZER *et al.*, 2022; FERREIRA; BONAN, 2021).

Tais produções concebem a saúde enquanto prática social, produto de diversos processos intersubjetivos complexos, onde a forma como os profissionais significam e percebem a diversidade sexual e de gênero moldam as suas práticas de cuidado e prestação de serviço à população LGBTQ+, onde estas formas de significação são atravessadas por fatores contextuais, como a história, política e cultura. Portanto são concepções que não são estáticas, mas acompanham o próprio movimento da sociedade sobre estes temas (SILVA; FINKLE; MORETTI-PIRES, 2019; ALBUQUERQUE *et al.*, 2018; ARAUJO *et al.*, 2019).

A produção nacional avança na compreensão da situação de saúde das pessoas LGBTQ+ e das desigualdades de acesso como algo que não está dado, mas que é socialmente produzido dentro de uma sociedade estruturalmente LGBTQfóbica, e também compreende o papel das violências de outras naturezas no processo saúde-doença dos e das LGBTQ+ (SILVA *et al.*, 2016).

São potentes portanto para uma defesa da saúde como um direito, como coloca Silva *et al.* (2016), é preciso compreender a saúde das pessoas LGBTQ+ também como uma questão de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, pautando então acesso a serviços de saúde sexual e o pleno gozo desta, o respeito à integridade e pelas escolhas de parceiros e decisão em ter uma vida sexual ativa ou não. Portanto, fortalecem as discussões sobre a ética

profissional no cuidado e convidando a se pensar qual o dever ético-político dos trabalhadores e da atenção básica frente ao acesso das pessoas LGBTQ+.

Porém a medida em que avança no sentido de uma produção social da saúde ainda é uma produção pobre no uso dos conceitos de diversidade sexual e de gênero, interseccionalidade e performatividade de gênero, resultando em uma tendência de se conceber as pessoas LGBTQ+ de forma segmentada, como alerta Bezerra *et al.* (2019), quanto aos vieses das pesquisas em saúde com esta população.

É comum deparar-se com estudos que se referem a pessoas trans como homens homossexuais, ou utilizar termo *crossdresses* como equivalente a travesti, e uma tendência a segmentar as populações sem se deter a análises mais profundas com recorte racial, de classe e outros marcadores sociais, lidando com as experiências de forma homogeneizante, ignorando a própria diversidade como uma questão também étnico-racial e de classe social (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018; CABRAL *et al.*, 2018; ARAUJO *et al.*, 2019).

Estes mesmos trabalhos se ocupam muito mais expressivamente com as questões de acesso e avançam pouco na contribuição para a prática assistencial, trazendo recomendações genéricas quanto aos cuidados com a população investigada. Não expandem ou expandem pouco o que já é realizado nos serviços, sem muita expressão de experiências de ações e estratégias (ARAUJO *et al.*, 2019; KETZER *et al.*, 2022).

Isto denota a necessidade de requalificação do debate, a partir do ponto de vista da produção do cuidado, investindo-se nas tecnologias de cuidado, protocolos e ações estratégicas.

Neste sentido há resistências a partir de produções da medicina de família e comunidade (MFC), no sentido de trazer reflexões quanto aos atributos da AB e experiências na utilização dos instrumentos da MFC para o cuidado das pessoas LGBTQ+ (LIMA *et al.*, 2019; SILVA; SCHONS, 2019).

No que diz respeito a literatura internacional há movimentos fortemente heterogêneos com semelhanças e afinidades com a produção brasileira no quesito teórico-metodológico. As afinidades moram no encontro teórico-metodológico dos estudos qualitativos que destacam as entrevistas semiestruturadas e grupos focais como métodos, onde há a presença das representações sociais, análise de conteúdo e análise de discurso, bem como o uso de lexicografia com softwares de análise (CELE; SIBIYA; SOKHELA, 2015; LAW *et al.*, 2015; HINRICHS *et al.*, 2018; SEFOLOSHA; WYK; WATH, 2019; ZIEGLER, 2020; SULLIVAN-BLUM *et al.*, 2022).

As divergências se expressam nos estudos quantitativos com destaque dos inquéritos populacionais com questionários *onlines* e postais e estudos de bases de dados do sistema de saúde (MOSACK; BROUWER; PETROLL, 2013; WHITEHEAD; SHAVE; STEPHENSON, 2015; URWIN; WHITTAKER, 2016; GAHAGAN; SUBIRANA-MALARE, 2018; KER *et al.*, 2019; NOCKA *et al.*, 2021).

Quanto aos discursos sobre a produção de saúde-doença das pessoas LGBTQ+ há um forte atravessamento do conceito de “estresse de minoria” amplamente utilizado nesta literatura como fundamentação dos processos de adoecimento e como justificativa dos trabalhos e das experiências (WHITEHEAD; SHAVE; STEPHENSON, 2015; URWIN; WHITTAKER, 2016).

A teoria do estresse de minoria vem da psicologia cognitiva e fala sobre como os processos discriminatórios passados por minorias sociais, como a população LGBTQ+, ao longo da vida repercutem negativamente na sua saúde, em especial nas variáveis emocionais, sendo esta violência percussora dos adoecimentos psicológicos destes indivíduos (PAVELTCHUK; BORSA, 2020).

Esta fundamentação sobre produção de saúde-doença, somada as escolhas teórico-metodológicas falam de um lugar discursivo da saúde deveras comportamentalista, individual e centrado no componente biológico do conceito de saúde. Mesmo que a teoria do estresse de minorias parta de supostos que esses estresses sejam oriundos de violências que são da ordem das relações sociais, ainda trata da saúde das pessoas LGBTQ+ como um processo de maior ou menor exposição a esse estresse, como algo dado e inerente da condição de ser uma pessoa LGBTQ+. Há, portanto, uma certa naturalização dessas desigualdades como dadas pela sociedade. Esta concepção sobre o processo saúde-doença reflete o pensamento neoliberal onde a saúde é um valor de mercado, algo da ordem do consumo (ALVES; SILVA, 2011).

Essa compreensão de saúde enfraquece o debate da vulnerabilidade enquanto um processo produzido por variáveis macropolíticas, da organização política do Estado, da promoção de políticas públicas. Entender o adoecimento como dado, ou a vulnerabilidade ignora que este não se processa igual para todas as outras pessoas LGBTQ+, entre pessoas cis e trans, entre gênero masculino e feminino, entre raças e classes sociais; onde este adoecimento é exclusivo das condições de sexualidade e gênero sem uma opressão proveniente de como a sociedade organizada por classe e raça se sustentam e modulam esses processos.

Neste sentido há um debate mais evidente sobre a redução das desigualdades de saúde e no acesso como algo da esfera individual do sujeito que deve ser modulado, e menos da esfera coletiva da saúde como um direito que deva ser garantido. Isto evidencia as questões

relativas as diferenças na política de saúde de cada país, por tratar de sistemas que diferente do SUS, não são de acesso universal e sim segurados, fato evidente na produção da América do Norte, como os trabalhos realizados nos Estados Unidos e no Canadá (WHITEHEAD; SHAVE; STEPHENSON, 2015; HINRICHS *et al.*, 2018; SULLIVAN-BLUM *et al.*, 2022).

Contra a correnteza desta produção há movimentos que se contrapõem, principalmente com trabalhos realizados na África do Sul, a partir das compreensões das trajetórias das pessoas LGBTQ+ nos serviços de APS, utilizando a análise de discurso, onde fica em evidência o debate das violências, do estigma e das desigualdades pautados na estrutura social e da cultura patriarcal do país (CELE; SIBIYA; SOKHELA, 2015). Este reforça a produção social da saúde e coloca a promoção da saúde das pessoas LGBTQ+ associada a um processo de mudança social de combate a LGBTQ+fobia estrutural.

Os trabalhos da produção internacional trazem contribuição substancial para a prática assistencial investindo em experiências de ampliação dos serviços e do escopo das ações de atenção básica para as pessoas LGBTQ+, assim como na produção de experiências de formação e educação profissional com a sistematização de competências profissionais e reorganização dos serviços (AITKEN, 2017; ETTNER, 2018; WHITLOCK *et al.*, 2019; VOSS; SIMONS, 2021; UFOMATA; ECKSTRAND *et al.*, 2020; SEFOLOSHA; WYK; WATH, 2019; BONIFACIO *et al.*, 2019; KAMEG; NATIVIO, 2018).

Tais trabalhos evidenciam no campo da formação o desenvolvimento de ações afirmativas para o atendimento, a revisão dos *guidelines* e evidências de estudos clínicos com pessoas LGBTQ+ (HASHEMI *et al.*, 2018; KLEIN *et al.*, 2018; NISLY *et al.*, 2018; HEREDIA JUNIOR; PANKEY; GONZALEZ, 2021; FURNESS *et al.*, 2020; NISLY *et al.*, 2018).

Há certa implicação em se pensar as competências da atenção a partir de trabalhos que tecem recomendações quanto à condução de consultas, exames físicos, orientações e sistematização dos que seriam os cuidados primários as pessoas LGBTQ+, contendo propostas de protocolos, organização do serviço e estratégias de ampliação das ações, como a descentralização da terapia hormonal e da profilaxia pré-exposição (PrEP) para os serviços e prestadores de serviços de atenção básica, com protagonismo dos profissionais de enfermagem (NISLY *et al.*, 2018; POTAPOV *et al.*, 2021; GREENE *et al.*, 2017; MACKINNON *et al.*, 2021; FELSENSTEIN, 2018; CHARESTI *et al.*, 2021).

No que diz respeito aos estudos quanto à formação profissional há um atravessamento do conceito educação baseada em competências, dentro das graduações e residências voltadas para AB.

Em suma há duas produções discursivas que disputam o campo dos estudos sobre as questões da diversidade sexual e de gênero e suas intersecções com a saúde, tais discursos falam de concepções de saúde-doença e desigualdades em saúde partindo de lugares distintos que refletem contextos político-sociais e econômicos mundiais.

De um lado as produções internacionais, especialmente da América do Norte, em suas experiências em sistemas de Atenção Primária à Saúde (APS), nem sempre universais, e atravessados fortemente pelo conceito de “estresse de minorias”, reforçam uma perspectiva neoliberal da produção de saúde, onde a política de saúde é centrada no adoecimento individual e a saúde é de responsabilidade do indivíduo, sendo os comportamentos saudáveis valores de mercado, portanto passíveis de serem consumidos (ALVES; SILVA, 2011).

Por outro lado, a produção nacional liderada pelas experiências no SUS em seus serviços de AB partem da compreensão ampliada do processo saúde-doença e entendem as desigualdades e situação de saúde das pessoas LGBTQ+ como produto de práticas sociais associadas à conjuntura social, ao contexto socioeconômico, político e cultural de forma ampla (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Esta perspectiva fortalece a concepção de que a redução das desigualdades no acesso à saúde das pessoas LGBTQ+ é, portanto, um processo de garantia de direitos a partir do desenvolvimento de políticas públicas que garantam o livre exercício da cidadania também como uma questão de saúde, em uma perspectiva materialista de entender a saúde, sendo a luta por este direito também uma luta por transformação social e de combate à LGBTQfobia (ALVES; SILVA, 2011; SILVA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Cabe mencionar que, apesar destas distinções realizadas com demarcações territoriais existem ainda lugares de ocupação e resistências, por exemplo, ao deparar-nos com a crescente presença das concepções da teoria do estresse de minoria nos estudos brasileiros, em especial aqueles encabeçados pela MFC (MARIANO; MORETTI-PIRES, 2018; SILVA; SCHONS, 2019).

No entanto, para além destes movimentos conflitantes há uma zona comum que oferece apontamentos e ampliam a compreensão do papel da atenção básica no trabalho com as diversidades sexuais e de gênero, através da ampliação do escopo das ações já realizadas para contemplar as pessoas LGBTQ+, criação de estratégias de descentralização de cuidados especializados e atuação interprofissional, havendo uma clara defesa da atenção básica com um modelo assistencial de redução de desigualdades e de atenção integral para as pessoas LGBTQ+.

4.5 A LGBT+fobia na Atenção Básica

Tendo em vista a alta expressividade dos trabalhos que investigam as representações sociais, as percepções sobre acesso e saúde, cabe então um núcleo de análise em torno destas produções.

Há nesse sentido uma produção de violência nos discursos presentes nas práticas assistenciais e na fala dos profissionais na AB, que não estão dissociadas das violências da violência produzida no cotidiano social, mas que se reproduzem com singularidades deste lugar de atenção.

As narrativas dos trabalhadores da atenção básica são atravessadas pela LGBT+fobia, ora escancarada que estigmatiza e culpabiliza pessoas LGBT+ através do discurso religioso cisheteronormativo, ora velada através do discurso de neutralidade da atenção que invisibiliza as demandas e apaga as subjetividades das pessoas LGBT+ (FERREIRA; BONAN, 2021; REIS *et al.*, 2021).

A negação do acesso à saúde é expressa através das diversas formas de “nãos” que as pessoas LGBT+ recebem nos serviços de AB: a não concordância e não aceitabilidade das diversidades sexuais e de gênero, o não acolhimento e respeito ao nome social e pronome adequado à identidade de gênero, a não realização de procedimentos ainda que estes atendam as indicações clínicas, e a crença da não existência destas pessoas nos territórios e não existência de barreiras de acesso (GUIMARÃES *et al.*, 2017; KETZER *et al.*, 2022; SEFOLOSHA; WYK; WATH, 2019).

O trabalho de Silva *et al.* (2019), demonstra como profissionais de enfermagem da AB negam o acesso à terapia hormonal para pessoas trans que as procuravam com esta finalidade alegando que o procedimento era destinado ao planejamento familiar, exclusivamente para o controle da contracepção, e associam a demanda destas pessoas à prevenção de ISTs. A negação do atendimento neste caso reflete não só a falta de ações programáticas que contemplem a hormonização de pessoas trans, mas fala muito mais da negação do atendimento em função da discriminação, pois na crença destes profissionais este processo não é o correto de acordo com suas crenças pessoais atravessados pelo discurso religioso (GUIMARÃES *et al.*, 2017; KETZER *et al.*, 2022; SEFOLOSHA; WYK; WATH, 2019).

No entanto este é um processo em constante mudança, pois esta produção discursiva quanto a diversidade sexual e de gênero acompanha as transformações sociais e suas disputas, onde se reconhece o papel das diversas políticas públicas voltadas as pessoas LGBT+ instituídas.

Reconhece-se que apesar do avanço no combate as violências, estas passam a se reproduzirem através de outras materialidades discursivas (SILVA *et al.*, 2016). Contudo as mudanças ainda carregam diversas resistências, pois ao passo em que os profissionais passam a reconhecer a existência das pessoas LGBTQ+ também como sua responsabilidade, também trazem ressalvas sobre este cuidado através amenizações e neutralidades colocando que o atendimento não deve ter distinções (SILVA *et al.*, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2017; REIS *et al.*, 2021).

Estes dilemas quanto a (in)visibilidade da população LGBTQ+ nos serviços de AB apontam a necessidade de desenvolver ações programáticas voltadas para suas demandas, de uma forma que as ações não fiquem a depender do entendimento individual dos profissionais de saúde, pois a forma como estes organizam suas práticas refletem os padrões hegemônicos cisheteronormativos e (re)produzem LGBTQ+fobia no cotidiano (SILVA; FINKLE; MORETTI-PIRES, 2019; KETZER *et al.*, 2022; LAW *et al.*, 2015). Neste sentido Law *et al.* (2015), alertam que os encontros com as pessoas LGBTQ+ durante suas consultas são marcados por uma linguagem que contempla apenas as vivências heterossexuais cisgênero.

Tomando como ponto de partida as experiências de mulheres cisgênero lésbicas e bissexuais nota-se que por serem alvo de programas de atendimentos específico de rastreio do câncer do colo de útero passam por experiências violentas nestes espaços, seja pelo apagamento de suas sexualidades pelos pressupostos da heteronormatividade compulsória que leva a negação de informação e acesso à exames, seja pelas experiências dolorosas nos procedimentos, e também nas tentativas de reversão de sua sexualidade durante consultas (KETZER *et al.*, 2022; CABRAL *et al.*, 2018).

No caso das pessoas trans os processos são potencialmente mais violentos, pois além de fortemente marcados pelo desrespeito ao nome social e o não uso do pronome adequado às suas identidades de gênero, suas identidades são lidas como patologias e incongruências de gênero (GRUBBA, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PEREIRA; CHAZAN, 2019; GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Ainda que estes processos sejam reflexos de processos que ocorrem no cotidiano de uma sociedade permeada pela LGBTQ+fobia, há peculiaridades que acontecem nos espaços da AB. Neste sentido, Guimarães *et al.* (2017), ao entrevistar Agentes Comunitários de Saúde (ACS) mostram como o conhecimento sobre o território, basilar no trabalho destes, assume um caráter de violência quando estes não perguntam as orientações sexuais dos usuários e

usuárias diretamente, mas supõem estas não somente pela sua expressão social⁵ de gênero, mas também pelo conhecimento de território através do que falam os outros indivíduos daquela comunidade.

Essa prática reforça a invisibilidade das orientações não heterossexuais colocando em um lugar do proibido, como algo que não deve ser tocado, pois afinal surge na crença da neutralidade, onde não deva se existir distinções no atendimento (GUIMARÃES *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2016).

Há um uso seletivo destes marcadores da expressão de gênero, pois quando se trata de pessoas cisgênero lésbicas ou gays, os profissionais leem suas orientações sexuais a partir da expressão de gênero, dos traços mais masculinos ou femininos, no entanto ao se deparar com uma pessoa trans onde sua expressão social de gênero é oposta ao sexo atribuído ao nascimento constatado pelos documentos solicitados, esta leitura não ocorre, como um analfabetismo voluntário, onde a leitura através da expressão social é imediatamente esquecida ou ignorado (ARAUJO *et al.*, 2019; PEREIRA; CHAZAN, 2019; SILVA; FINKLE; MORETTI-PIRES, 2019).

4.6 Modelo assistencial e os problemas do gênero

Apesar dos tensionamentos relativos as violências produzidas na AB pelos profissionais, esta não está dada, a AB é um campo de ressignificações constantes, portanto na contracorrente das violências há as experiências que resistem e produzem cuidado, equidade e acolhimento. Há, portanto, modelos assistenciais que são produzidos através dessas práticas discursivas.

O modelo biomédico centrado na doença é estruturante para a política de acesso ao PrTr, como coloca Grubba (2022), este modelo assistencial organiza seu cuidado centrado nas figuras das especialidades, endocrinologia e psiquiatria, onde as pessoas trans precisam passar por estes especialistas para que atestem e verifiquem suas identidades de gênero de forma a ter acesso aos procedimentos de reafirmação de gênero através de hormônios e cirurgias.

Precisa-se não só atestar a identidade de gênero, que deve ser autorreferida, mas atestar que as pessoas são “suficientemente” trans para poder dar início ao processo (KERT *et al.*, 2020). Com isto faz-se referência ao fato da necessidade de adequação aos critérios

⁵ Aqui utilizo expressão social de gênero como coloca Jaqueline Gomes de Jesus (2012), a forma como a pessoa se apresenta, sua aparência e seu comportamento, de acordo com expectativas sociais de aparência e comportamento de um determinado gênero. No caso citado, a expressão de gênero é lida através da roupa, da forma de falar e se portar, e que em determinado ponto, expressam ou não, de forma não verbal a identidade de gênero.

colocados na lei do PrTr, onde a pessoa trans deve enquadrar-se dentro do transtorno de identidade de sexual (F64) definido pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10).

Para este modelo assistencial pautado em especialidades e na figura médica não há subjetividades diversas, apenas a patológica. Precisa-se odiar a si próprio e querer fazer modificações corporais não em um processo de produção de si mesmo, mas na reprodução de um corpo cis desejado.

Contudo existem ressalvas em relação a questões relativas aos sofrimentos que podem estar associados ao processo de transição de gênero. No PrTr há um atravessamento da disforia de gênero, uma condição de sofrimento psíquico em decorrência do processo de não conformidade quanto ao gênero designado ao nascer (MARIANO; MORETTI-PIRES, 2018; KAMEG; NATIVIO, 2018; BONIFACIO *et al.*, 2019).

A disforia de gênero se associa com outros transtornos mentais como ansiedade, depressão e é um fator de risco para o suicídio nas pessoas trans, sendo a presença desta uma das indicações para se iniciar a hormonioterapia, que possui efeitos positivos na redução dos sintomas disfóricos, dos transtornos mentais associados e tem repercussões na autoestima das pessoas trans (KAMEG; NATIVIO, 2018; BONIFACIO *et al.*, 2019).

Estas questões apagam as subjetividades trans que não se enquadram nos extremos do espectro do que é masculino e feminino, portanto, as subjetividades não-binárias, de gênero fluido e agênero. São estas questões que Grubba (2012), coloca como conflitantes para o processo transexualizador brasileiro, trazendo os conceitos de performatividade de gênero de Butler atrelado a uma ideia de modelo assistencial ao PrTr que respeita os princípios de dignidade da pessoa humana e sobretudo acolhe as diversidades.

É neste sentido que a atenção básica se configura em um contra fluxo destes processos, utilizando seus atributos essenciais para construir uma perspectiva de atenção as pessoas LGBTQ+ diversa, integral e equitativa.

Destacam-se os estudos que fazem a defesa da AB e elaboram estratégias para um cuidado das pessoas LGBTQ+ de forma mais acolhedora e integral em contraponto à visão estigmatizante das especialidades, estando entre as principais estratégias a descentralização dos cuidados especializados, o desenvolvimento dos cuidados primários, a requalificação das práticas e instrumentos e o desenvolvimento de ações afirmativas (CHARESTI *et al.*, 2021; ETTNER, 2018; GAHAGAN; SUBIRANA-MALARE, 2018; JUNIOR; PANKEY; GONZALEZ, 2021; NILSY *et al.*, 2018).

Neste sentido Lima *et al.* (2019), traz reflexões sobre os atributos da AB no cuidado às pessoas trans a partir de um relato de caso envolvendo um homem trans. Destaca o papel das ferramentas da saúde da família e sua contribuição para a abordagem centrada no indivíduo e sua família através do genograma e da compreensão das suas relações com o território através com o ecomapa.

Destaca-se também o olhar ampliado sobre o processo de cuidado ao pensar além do cuidado centrado nas consultas, mas a implicação em realizar um trabalho de formação com os profissionais da unidade para o acolhimento das pessoas trans (LIMA *et al.*, 2019).

Portanto, o valor da AB não está só em uma estratégia de ampliação de acesso à saúde, mas um modelo assistencial de cuidado para as diversidades sexuais e de gênero que produza um olhar amplo sobre as necessidades de saúde.

No tocante ao PrTr os estudos colocam a descentralização da terapia hormonal para atenção básica como uma forma contrapor o modelo medico-especializado e patologizante das identidades trans (KER *et al.*, 2020; POTAPOV *et al.*, 2021). A descentralização uma estratégia de ampliação de acesso à Terapia Hormonal de Afirmação de Gênero (THAG) onde a prescrição e o acompanhamento são realizados por profissionais da AB, assim como a dispensação, sem necessidade de utilização de serviços especializados.

A descentralização da THAG, deslocando a centralidade do cuidado – da doença e do sofrimento da não conformidade – para um processo de consentimento, de expressão de si, de livre expressão e de exercício de autonomia sobre o próprio corpo, onde o lugar dos profissionais de saúde está no apoio ao processo de transição de forma ampla, com ações de abordagem familiar e comunitária, garantindo um processo de transição social não somente no corpo, mas na existência psicossocial, se faz por meio de um olhar longitudinal da AB (VOSS; SIMONS, 2021; KER *et al.*, 2020; POTAPOV *et al.*, 2021).

O trabalho realizado por Ker *et al.*, (2020), na nova Zelândia a partir de uma experiência sobre a descentralização da THAG avaliou as percepções de pessoas trans e de médicos dos serviços primários sobre a experiência demonstrando impactos positivos sob ambos pontos de vista. Do ponto de vista dos médicos, é verificada a facilidade no manejo, onde os profissionais alegam ser algo simples e que não diferia do que já era realizado, além de um sentimento de autorrealização, pois havia uma avaliação positiva por parte das pessoas trans, também ressaltam que favorece um exercício de autonomia que gera mais satisfação dos usuários.

Do outro lado, as pessoas trans referiram sentir-se melhor acolhidas e também sentiram que o processo foi mais ágil do que na atenção especializada, colocaram que na

atenção especializada além da fila de espera há um processo desgastante das consultas onde você deve provar que é trans suficiente para poder iniciar a terapia, sentindo-se mais respeitadas na condição de pessoas trans no cuidado na atenção básica (KER *et al.*, 2020).

Outra experiência de descentralização da terapia hormonal aponta a importância da ação interprofissional na atenção básica, com papel importante desempenhado pelo apoio psicossocial, da ação comunitária para o processo de transição, sobretudo dos profissionais de enfermagem como importantes prestadores de cuidados e de apoios para estas pessoas trans na compreensão das mudanças corporais e no manejo clínico destas mudanças a partir de uma prática de enfermagem avançada (VOSS; SIMONS, 2021).

No Brasil este debate ainda é pouco expressivo, tendo em vista que a THAG ainda há uma centralidade da endocrinologia, contudo as terapias hormonais de reposição já são amplamente utilizadas pela MFC. Ressalta-se como demonstrado por Ket *et al.*, (2020), a estratégia de descentralização é segura e de fácil adoção pelos serviços tendo em vista que não muda a rotina do que já é realizado no serviço.

Além da MFC a revisão demonstrou o envolvimento de outras especialidades aliadas ao cuidado as pessoas trans como a da ginecologia e obstetrícia (GO). Nilsy *et al.*, (2018), ressalta que para além dos cuidados ginecológicos aos homens trans, as mulheres transgêneros também estão no escopo das ações da GO e podem muito bem acompanhar as mudanças corporais, tendo em vista que é uma especialidade que está habituada com o uso de hormônios, tanto estrogênio quanto os antiandrogênicos utilizados na THAG, e suas repercussões sobre o corpo, assim como o cuidado das mamas.

Ainda sobre a descentralização dos cuidados, emerge na revisão a descentralização da PrEP para a AB como uma forma de ampliação do acesso à terapia, em especial na população LGBTQ+ (CHARESTI *et al.*, 2021). Neste sentido a descentralização da PrEP trata da ampliação do acesso através da prescrição e acompanhamento da terapia pelos profissionais da AB.

O trabalho de Charesti *et al.* (2021), verificou um aumento da cobertura na terapia entre homens que fazem sexo com homens (HsH) a partir de uma experiência de descentralização da PrEP, que incluía a dispensação da medicação e consultas com profissionais de enfermagem nas clínicas de saúde sexual, de acordo com os protocolos estabelecidos. Os enfermeiros e enfermeiras manifestaram segurança no manejo da terapia após a formação e os usuários de PrEP relatam um processo mais acolhedor e menos estigmatizante. Neste sentido, Sullivan-Blum *et al.* (2021), colocam a descentralização da PrEP para a atenção básica como estratégia que favorece também uma maior cobertura

vacinal da população de HsH, pois há um espaço facilitado para informações e para a administração destas vacinas visto que no caso destes serviços a prescrição da terapia é combinada com a da vacina.

A PrEP é relativamente recente no Brasil e os diálogos sobre a descentralização da oferta ainda são pontuais. É importante pautar as profilaxias de prevenção ao HIV/AIDS como uma tecnologia que garante o livre exercício da sexualidade e autonomia de si próprio. As políticas de prevenção do HIV/AIDS têm um caráter de normatização das práticas sexuais e culpabilização dos comportamentos de risco, como sexo sem camisinha e normatização do discurso (CHARESTI *et al.*, 2021).

A PrEP possibilita uma compreensão destas práticas que para algumas pessoas são inevitáveis e, portanto, tem maior risco de infecção pelo HIV e atuam em uma espécie de redução de danos, reduzindo esse risco, havendo então uma ampliação do que se compreende por prevenção e sexo protegido não só restrito ao uso de camisinha. Portanto pensar a descentralização da PrEP na atenção básica implica em pensar os processos de prevenção ampliada, que envolvem não só as profilaxias, mas também a questão da vacinação, sendo uma importante intersecção com a AB (CHARESTI *et al.*, 2021).

No campo da saúde da família há necessidade de se ampliar o debate e o conceito de família que é estruturante para a assistência na AB, não somente no sentido de dar a visibilidade a famílias homoparentais ou transparentais, mas também de reorientar o trabalho nas consultas de planejamento e familiar, tendo em vista que hoje há uma associação destas como um espaço para se pensar apenas a contracepção (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

Todavia, pensar a atenção básica como modelo assistencial no cuidado à população LGBTQ+ não trata apenas de transferir o local físico e geográfico em que acontece o cuidado, mas pensar a reorientação dos processos de trabalho a partir dessas concepções de se fazer saúde.

4.7 Para transicionar a Atenção Básica

Ao pensar sobre como converter esse modelo assistencial em práticas que incluam as diversidades nos deparamos com um nó crítico para o desenrolar das experiências, pois a questão não figura como um exercício de criação de novos modelos de atenção, mas de requalificação dos modelos existentes.

As necessidades de mudanças nas práticas em saúde para a população LGBTQ+ trata de ampliação do que já é realizado nos serviços para se adequar as necessidades destas pessoas,

dar visibilidade a questões que estão ocultas, colocar luz sobre o que sempre esteve ali e não era visto, ou era ignorado, tirar do armário práticas mais inclusivas.

Evoco a figura do armário não à toa ou ao acaso, mas como uma metáfora em referência à epistemologia do armário de Sedgwick (2016). A autora discute a evolução do debate sobre os direitos homossexuais no século XX a partir de casos julgados na corte americana, discutindo a criminalização da homossexualidade e o direito à sexualidade e a vida privada.

Sedgwick usa a imagem do armário, onde este denota uma ideia de lugar de invisibilidade de homossexuais e lésbicas e sobre como esta ideia de viver a sua sexualidade de forma escondida e sigilosa e a imagem do armário foi o principal mecanismo de opressão aos homossexuais no século XX. Ainda traz o momento da revelação, ou seja, o sair do armário como um momento de desvelamento das violências, a partir do momento em que estas identidades, formas de viver saem do armário, do escondido, dos escombros e ganham visibilidade e instauram-se os movimentos reivindicatórios (SEDGWICK, 2016).

Fébole (2017), utiliza este conceito de epistemologia do armário para analisar como esta imagem opressora também dialoga com a assistência em saúde na produção de violências, pois muitas das violências proferidas e cometidas por profissionais da saúde tem o momento da saída do armário, da revelação da sexualidade como um momento crítico também de acontecimentos de violências.

Aqui faz-se uma ressalva para mencionar que não é um modelo aplicável a todas as pessoas LGBTQ+, tendo em vista que a maioria das pessoas trans não possui esse privilégio de viver dentro do armário, pois em determinado ponto diversos aspectos de suas identidades não podem ser escondidos, não podem ser postas no armário. Mas se pensarmos em uma relação do armário com a passabilidade⁶ nas pessoas trans essas violências passam a acontecer a partir do momento em que são identificadas como pessoas trans, mesmo em seu alto grau de passabilidade.

No entanto o que se coloca aqui não é o conceito do armário como produtor de violência, mas como uma forma de dar visibilidade as práticas, porque estas já existem e já são realizadas por profissionais que são sensíveis as demandas desta população.

A exemplo disto no trabalho de Gahagan e Subirana-Malare (2018), os profissionais que se autodeclaravam LGBTQ+ já desenvolviam uma assistência mais adequada a esta

⁶ A passabilidade é um conceito que está relacionado ao quanto uma pessoa trans consegue “passar” por uma pessoa cisgênero nas suas características físicas sem ser notada na condição de uma pessoa trans sem passar por transfobia.

população, identificando mais facilmente suas demandas e utilizando linguagem não heteronormativa nos atendimentos. As violências apesar de serem fenômenos generalizados não está dada na realidade, mas possui lugares de resistência, sendo necessário que essas práticas ganhem visibilidade, que não sejam iniciativas solo, escondidas e sigilosas, é preciso que saiam dos armários em que habitam.

Os trabalhos trazem que um dos principais mecanismos opressores das práticas assistências na atenção básica é a heteronormatividade compulsória, conceito formulado por Rich (2012), sobre como as práticas heteronormativas são incutidas na forma como concebemos o mundo de forma que a heterossexualidade é sempre pressuposta.

Isto reflete no próprio conceito de família que é pensada a assistência na atenção básica, há o pressuposto de família está no padrão tradicional de casal hetero, apagando a homoparentalidade, transparentalidade, e este conceito de família torna-se basilar para pensar o planejamento reprodutivo, que é associado a contracepção e com foco em evitar a gravidez indesejada (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

Neste sentido Klein *et al.* (2018), colocam a necessidade de se ampliar o conceito de família ampliando as ações de planejamento reprodutivo para contemplar a diversidade das famílias, portanto pensar pautas sobre homoparentalidade, com a adoção, inseminação artificial, pensando também a contracepção de forma ampliada.

Nilsy *et al.* (2018), colocam a necessidade de se pensar a contracepção para práticas com potencial de gerar gestação e não para os indivíduos específicos, portanto pensar a oferta de inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) para homens trans e mulheres lésbicas e bissexuais, assim como contraceptivos orais, em especial para os homens trans que se engajam em relações com potencial gestativo, mesmo sob uso de THAG com a cessação da menstruação afim de evitar a gravidez indesejada, que em determinado ponto pode ter repercussões traumáticas na saúde mental.

Este processo deve envolver orientações e a conversa sobre este processo, as autoras ainda citam o fato de alguns homens trans não sentirem-se confortáveis ao utilizar contraceptivo oral pelo medo de estar tomando hormônios ligados ao feminino e acabar tendo algum grau de feminilização do corpo, neste caso, então pensar na utilização do DIU (NILSY *et al.*, 2018).

Neste mesmo sentido é necessário repensar a própria assistência pré-natal que é toda pautada não só em uma perspectiva feminina de gestação, mas também em uma ideia romântica de maternidade, para incluir a gestação de pessoas transmasculinas e pessoas não-binárias. Pensar também os espaços de pré-natal de forma inclusiva para se pensar a

maternidade também em mulheres lésbicas, pensando então todos os desdobramentos e reconfigurações que precisam ser realizadas para contemplar estas realidades, principalmente nas linguagens que são produzidas para este tipo de atenção, ou seja, repensando os discursos sobre maternidade, também atravessados por uma heterocisnormatividade compulsória (LAW *et al.*, 2015; HINRICHS *et al.*, 2018).

A heterocisnormatividade também habita nos espaços das consultas de saúde sexual, ainda que estes espaços tenham sido historicamente direcionados para as pessoas LGBTQ+, principalmente após a pandemia do HIV/AIDS. Estes se configuram como um lugar de controle dos corpos e das práticas sexuais das pessoas a partir do discurso de prevenção às ISTs, normatizando a forma como o sexo deve acontecer. Há um descompasso entre os objetivos de se ampliar o acesso das pessoas LGBTQ+ aos mecanismos de prevenção, mas são acessos limitados à dispensação de preservativos e acesso aos testes rápidos, como é visto na fala de enfermeiras da AB no estudo de Albuquerque *et al.* (2018), que reduz a atenção a estas pessoas nestas consultas apenas neste quesito.

Fala-se da educação em saúde com fim de orientar a prática do sexo seguro, em alcançar a população de pessoas LGBTQ+, mas não se fala sobre as práticas sexuais destas pessoas. Por exemplo, nos trabalhos realizados sob a ótica de mulheres lésbicas os profissionais desconhecem práticas de prevenção para mulheres lésbicas, mesmo que estes falem que ainda há o risco de infecção por ISTs, mesmo não sabendo quais e nem como são transmitidas (ARAUJO *et al.*, 2019; CABRAL *et al.*, 2018; KETZER *et al.*, 2022).

Todavia aqui se tece uma crítica aos trabalhos que orientam que estes espaços de atenção devam ser pensados segundo a segmentação, por exemplo, orientações para o sexo entre mulheres que fazem sexo com outras mulheres, homens que fazem sexo com homens, porque essa concepção reforça a cisnormatividade. O sexo entre mulheres pode ser entre mulheres trans, que podem ter passado ou não por cirurgia de transgenitalização, o sexo entre homens pode ser por dois homens trans, ou o sexo sem penetração, isto apaga até a própria diversidade entre o próprio sexo heterocissexual que não praticam sexo pênis-vagina.

Dessa forma apontamos a necessidade de desenvolver uma prática de atenção à saúde sexual a partir da diversidade, em aproximação com as singularidades dos sujeitos, ou seja, que parta das práticas sexuais pensar a prevenção das ISTs.

Isto expande a necessidade de pensar a prevenção ampliada, tendo em vista que os métodos de barreiras que são o carro chefe da prevenção na atenção básica não dão conta de atender a esta demanda, por exemplo se pensarmos em práticas como a “tesourinha”, nome

popular para a prática de contato físico entre duas vaginas também chamado de tribadismo⁷, pensar no uso de brinquedos eróticos e nas práticas de “*assplay*”, variações de sexo grupal, etc (CABRAL *et al.*, 2018; ARAUJO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2021).

Há pouca implicação da atenção básica em se discutir a prevenção combinada, não só nos testes, mas também ao acesso às profilaxias pré e pós-exposição (PEP), as vacinas como a hepatite A. Mas sobretudo a necessidade de pensar a atenção nesta perspectiva não é para mais uma tentativa de controle de corpos, mas de aproximação das singularidades e subjetividades em torno do sexo. Pensar as práticas de proteção e prevenção cada vez mais individualizadas, em uma perspectiva de garantir o livre exercício da sexualidade, portanto numa perspectiva de direitos sexuais. Ou seja, discutir uma prática de saúde sexual ampliada na atenção básica é pensar a defesa dos direitos sexuais dos e das LGBT+.

Emerge como estratégia importante o uso de alguns instrumentos para tornar a anamnese mais inclusiva através de questionários que envolvem perguntas sobre a sexualidade do indivíduo durante esta e a construção de uma história sexual (KETZER *et al.*, 2022). Os questionários e as ferramentas qualificam a atenção e criam uma espécie de *modus operandi* para os profissionais, um passo a passo a ser seguido contemplando ações fundamentais no atendimento a pessoas LGBT+ de uma forma sistemática, reduzindo o risco de presumir informações e reprodução de violências.

Essas ideias se associam ao conceito de ações afirmativas muito expressivas nos estudos internacionais, que trata de trazer uma postura afirmativa do cuidado as diversidades na prática profissional, seja através da linguagem ou da comunicação não verbal e da ambiência (HEREDIA JUNIOR; PANKEY; GONZALEZ, 2021). Ações afirmativas incluem a necessidade de se pensar sinalizações que afirmem a o acolhimento a pessoas LGBT+ nas recepções, através de afirmação direta, mas também a presença de produções da arte e cultura LGBT+ (NILSY *et al.*, 2018).

Além da ambiência as ações afirmativas trazem o componente da postura ético-profissional, como a utilização de sinalizações nas roupas, como botons, nos profissionais que façam menção a diversidade; também durante as consultas através de atitudes como apresentar-se utilizando também os pronomes que se identifica, gerando uma abertura também para as pessoas se sentirem a vontade e perceberem que aquele profissional e aquele

⁷ Tribadismo segundo o dicionário Oxford é descrito como a prática de sexo lésbico. Em uma breve análise do termo percebemos que há um componente de associar a prática com a identidade lésbica, além deste carregar o sufixo “ismo” que corresponde a doença. Neste sentido a opção adotada é de utilizar o nome popular da prática para dar visibilidade a visão estabelecida de dialogar com a prática e não com a segmentação.

serviço dialoga com esse acolhimento as pessoas trans (KAMEG; NATIVIO, 2018; MACKINNON *et al.*, 2021; JUNIOR; PANKEY; GONZALEZ, 2021).

Somado a isto coloca-se como necessário a incorporação de uma linguagem mais neutra como prática, repensando a competência da linguagem na abordagem de pessoas LGBTQ+, tornando-a mais neutra em relação ao gênero, evitando alguns termos que possam ser opressores e despertar processos de sofrimento nas pessoas com palavras e expressões que reforcem o binarismo de gênero, por exemplo, durante o exame físico de pessoas trans, referir-se a partes do corpo delas não de forma anatômica porque isto também pode ser aversivo para estas, incorporando também a própria linguagem do indivíduo (HINRICHS *et al.*, 2018; VOSS; SIMONS, 2021).

Quanto a linguagem Whitlock *et al.* (2019), colocam algumas competências importantes durante o exame físico de um homem trans, por exemplo, a comunicação antecipada sobre possíveis exames invasivos e a necessidade destes exames; assim como o supracitado sobre entender que a linguagem anatômica as vezes pode ser angustiante para estas pessoas, devendo ser incorporada a forma como este utiliza em seu cotidiano.

A discussão sobre ações afirmativas se traduz na nossa realidade brasileira em diálogo com a ambiência da política de humanização, mas também com as reflexões do compromisso sanitário também sendo da ordem ético política no trabalho da saúde. As ações afirmativas, portanto, são forma de dar legitimidade aos sofrimentos e as narrativas das pessoas LGBTQ+ fazendo com que estas se sintam validadas através do acolhimento, pois em muitos dos casos das violências que estas vivenciam nos serviços ocorrem processos de desacreditação e amenização de suas experiências (KAMEG; NATIVIO, 2018).

Acolher no sentido de reconhecer os sofrimentos e resistências que aquelas pessoas trazem favorece a criação de vínculo, quanto melhor o vínculo com o profissional da atenção básica mais as pessoas LGBTQ+ sentem-se seguras em compartilhar suas experiências o que melhora a produção de cuidado (SILVA FILHO *et al.*, 2021).

Há que se avançar no sentido de pensar em como realizar medidas antropométricas, e como sistematizar e criar referências para estas medidas. Surge então a necessidade de se tornar o processo de acompanhamento também em um espaço para conversar sobre as mudanças do corpo, para as pessoas transfemininas o desenvolvimento das mamas, nos homens trans o desenvolvimento de barba, masculinização da voz entre outras mudanças (WHITLOCK DUDA *et al.*, 2019).

Cabe então uma reflexão no avanço de pensar os saberes de outros núcleos profissionais não comumente citados para acompanhar o processo de transição de gênero, por

exemplo, a fonoaudiologia para a transição da voz, a nutrição nas variáveis antropométricas e pensar isto de uma forma interprofissional, pensar os prejuízos da utilização do binder na postura e respiração de homens trans e tantas outras possibilidades. Ressalto as poucas experiências brasileiras desveladas na atenção básica nesse sentido, onde há na verdade uma implicação maior da enfermagem (CABRAL *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2021).

Um desafio destacado na revisão é especialmente o problema dos registros eletrônicos, no sentido de incluir nome social e orientação sexual de uma forma que as pessoas que realizem estes cadastros também sejam sensíveis para pergunta-las no momento deste cadastro e na marcação de consultas também (NILSY *et al.*, 2018).

Neste sentido o trabalho de Guimarães *et al.* (2017), mostrou como os ACS não avaliavam como importante perguntar a orientação sexual das pessoas que cadastravam de forma que não perguntavam por achar que poderia ser ofensivo assim cadastrando todas as pessoas como heterossexuais. Como um contraponto com a experiência de Mackinnon *et al.* (2021), que incluiu a pergunta “como quer que eu te chame?” para todas as pessoas não só para as LGBT+ em um centro de cuidados primários além de uso de questionário para triagem da orientação sexual, demonstrou que os profissionais avaliaram como algo natural e as pessoas atendidas não acharam desnecessários ou constrangedor.

É importante pautar também que estas questões de nome social, nome de preferência já estão presentes na grande parte dos instrumentos da saúde da família que utilizamos na atenção básica, com caderneta da gestante e do idoso, não é algo exclusivo para as pessoas LGBT+.

Em suma a revisão indica que a requalificação das práticas assistenciais da AB envolve pensar a diversidade como algo transversal as práticas de saúde na prestação desses cuidados não restritos à população LGBT+, em um exercício de ampliação mesmo do escopo dessas ações, que em determinado ponto já existem, mas que são invisíveis e escondidas nos serviços, portanto, para além de uma requalificação é necessária a diversificação, o exercício de reorientar a prática às diversidades, é preciso transicionar a atenção básica.

4.8 Integralidade da atenção

A urgência da atenção psicossocial na atenção básica às pessoas LGBT+ é bastante massiva na literatura, o cuidado não deve ser restrito as ações estereotipadas com centralidade no cuidado biomédico à saúde mental. A falas das pessoas LGBT+ são especialmente atravessadas pelos processos de violência que estas sofrem; violência e saúde mental nas

peessoas LGBTQ+ estão intimamente ligadas, para além desta relação de estresse psicossocial, mas como algo estruturante no adoecimento psíquico destes indivíduos (KAMEG; NATIVIO, 2018; BONIFACIO *et al.*, 2019; BERMEA; SLAKOFF; GOLDBERG, 2021).

Um eixo expressivo é a questão dos transtornos mentais de ansiedade, depressão e da disforia de gênero nas pessoas trans, e o maior índice de suicídio na população LGBTQ+, dessa forma há a necessidade de pensar as ações de forma integral para além das questões de sexualidade e reprodução, ampliando também o escopo das ações com base na interprofisisonalidade e sobretudo na ação intersetorial (KAMEG; NATIVIO, 2018; BONIFACIO *et al.*, 2019; BERMEA; SLAKOFF; GOLDBERG, 2021).

O papel da AB e a sua importância no apoio psicossocial às pessoas LGBTQ+ está em seus atributos mais intrínsecos, principalmente do cuidado territorial e a proximidade do contexto sociocultural e das famílias para ampliar o suporte ao indivíduo através de uma abordagem ampla de redução do estigma através das ações nos territórios (BONIFACIO *et al.*, 2019; KAMEG; NATIVIO, 2018). Além do mais uma abordagem interprofissional e participativa com a criação de espaços de diálogo em grupo entre profissionais e pessoas LGBTQ+ dentro de uma perspectiva comunitária de cuidado.

As infâncias e adolescências trans são um eixo importante para se pensar este cuidado integral, neste sentido Kameg *et al.* (2018), traz a importância do suporte a crianças e adolescentes que se identificam como trans, ou passam por experiências de não conformidade de gênero durante esta etapa, sendo importante a atenção a estes sujeitos, seus familiares e seu entorno social. O sofrimento psíquico pela disforia de gênero durante esta fase aumenta o risco de suicídio na vida adiante, sendo, portanto, uma questão que demanda também uma certa sensibilidade (VOSS; SIMONS, 2021).

As ações propostas na revisão vão desde as clínicas assistenciais até as ações mais amplas com envolvimento de outros setores. Nesta ordem da clínica em primeiro lugar há uma necessidade de se compreender a vivência destas crianças a partir de um lugar sensível para entender as experiências de não conformidade de gênero na infância que são naturais do processo da criança estar explorando seu próprio gênero, ou quando trata-se de fato de uma questão no sentido de ser uma criança trans (MARIANO; MORETTI-PIRES, 2018; KAMEG; NATIVIO, 2018).

A terapia hormonal pode ser iniciada, se desejada e consentida ao surgimento da puberdade com o aparecimento das características sexuais secundárias, sendo realizada através do bloqueio puberal, que atrasa o aparecimento destas características que para alguns adolescentes é motivo de muito sofrimento. O tratamento é seguro, de baixa complexidade e

manejo pelos profissionais, podendo ser realizado pelos profissionais da atenção básica, e é vantajoso por se tratarem de procedimentos reversíveis, que podem ser interrompidos sem prejuízos permanentes na vida do adolescente, após os 16 anos deve se dar início a terapia hormonal com os esteroides sexuais (KAMEG *et al.*, 2018; MARIANO ; MORETTI-PIRES, 2018).

Para além da clínica é importante pensar este processo dentro de uma abordagem ampliada em uma perspectiva de transição social de gênero, portanto dar suporte as famílias durante o processo, dialogar com a escola do território sobre o processo de transição orientando sobre o uso do nome social nos registros e nas formas de tratamento, assim como os pronomes, o uso do banheiro de acordo com o gênero autoindenticado e abordagem em prevenção ao bullying (KAMEG; NATIVIO, 2018; MACKINNON KIA, *et al.*, 2021; VOSS; SIMONS, 2021).

A ação intersetorial dentro na atenção básica abre o diálogo com a rede de proteção social a partir de outro eixo evidenciado na revisão que é o das violências. Bermea, Slakoff e Goldberg (2021), trazem a problemática da violência por parceiro íntimo, compreendendo não apenas cônjuges, mas também a própria família e outras pessoas do ciclo social. Problematicam a crença de que as violências não acontecem entre parceiros homossexuais, ou com pessoas trans, quando na verdade acontecem e são tão frequentes quanto. Isto porque existem diversas formas que essa violência pode se expressar que não são apenas as violências físicas e sexuais, existindo especificidades, como por exemplo a prática de estupro corretivo em mulheres lésbicas e bissexuais e também contra homens trans (BERMEA; SLAKOFF; GOLDBERG, 2021).

A discussão sobre violência aponta a necessidade de pensar as diversas formas de violência intrafamiliar que se expressam para pessoas LGBTQ+, o trabalho ressalta por exemplo a supressão da expressão de gênero sob ameaças de violência, a proibição de realizar procedimentos de reafirmação de gênero, expulsão e também a restrição desta pessoa ao seu ciclo social (BERMEA; SLAKOFF; GOLDBERG, 2021). Este debate é importante para ampliar a compreensão das violências no cotidiano da AB de forma que os profissionais estejam mais sensíveis a identificar estas violências.

Isto é urgente pois, no Brasil a LGBTQfobia é naturalizada, a exemplo disto são os diversos casos onde a violência contra pessoas trans não é somente tida como natural como é televisionada, por exemplo, como o caso de Dandara, travesti do Ceará que foi espancada e morta em uma via pública com diversas outras pessoas ao redor enquanto tudo era gravado por um celular (PORTAL G1, 2017).

Sendo assim se a violência é tão natural em meios como a mídia, como isto se processa em uma dinâmica de assistência, onde faz parte do cotidiano lidar com situações de violência intrafamiliar, violência doméstica e situações de conflitos intrafamiliares? Ficam alguns pontos a serem levantados: os profissionais de saúde conseguem identificar essas violências?

Tradicionalmente a nossa sociedade delegou à família o lugar de educação, onde se formam os valores morais, de forma que situações, como a supressão da expressão de gênero e a restrição do indivíduo de seu ciclo social podem não ser lidas como violências, apenas com um processo natural daquela família em sua educação. Portanto, tensionar estas violências a partir das vivências das pessoas LGBTQ+ é urgente para ampliar a proteção social e assistência integral à saúde destas pessoas na atenção básica e ampliar os fluxos destas para tais casos na rede de proteção. No Brasil recentemente a Lei Maria da Penha de criminalização da violência contra a mulher foi ampliada para contemplar as mulheres trans e travestis (SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2022). Isto convida a pensar, qual o papel da AB em seu caráter intersectorial no acolhimento às pessoas LGBTQ+ vítimas de violência?

Cabe fazer a menção que apesar de existirem dentro da rede de proteção social os fluxos para situações de violência intrafamiliar, rompimento de vínculos e que, em tese contempla estas situações oriundas de LGBTQ+fobia, o lugar das pessoas LGBTQ+ nesta rede não são visíveis, o que pode subnotificar estas situações, necessitando ampliar o debate da violência e o seu diálogo com a saúde.

4.9 Formação e Educação Permanente

A última categoria evidenciada nesta revisão é na verdade uma extensão das demais, pois não se dissocia das anteriores, trata-se da formação profissional no sentido de alcançar as mudanças almejadas na produção do cuidado, na redução das barreiras de acesso na atenção básica e desigualdades em saúde da população LGBTQ+.

Não foram identificados nesta revisão trabalhos brasileiros que relatassem experiências de formação ou educação permanente para a população LGBTQ+, estes foram mais expressivos na produção internacional. Estas produções incluíram desde experiências de ensino-serviço com formações em residências médicas e internatos de medicina, até experiências de formações em serviço com trabalhadores, bem como trabalhos para avaliar o impacto destas formações na produção de cuidado dos serviços de atenção básica (FURNESS *et al.*, 2020; FELSENSTEIN, 2018; GREENE *et al.*, 2017; MACKINNON *et al.*, 2021).

Há nestes trabalhos uma forte concepção da educação baseado em competências, bem embasados pelas recomendações da *American Medical Association* (AMA), que estabelece diretrizes e competências culturais na atenção às pessoas LGBTQ+ (FELSENSTEIN, 2018).

Duas experiências destacam-se nesse sentido realizadas a partir de residências médicas, Ufomata *et al.* (2020), propôs uma formação em quatro módulos com preceptores e profissionais de uma residência em medicina de família, onde os preceptores eram capacitados na temática da diversidade sexual e de gênero e recebiam um roteiro para promover debates com os residentes nos serviços a partir de suas experiências com pessoas LGBTQ+. Os módulos eram, gênero e sexualidade, ISTs, saúde mental e PrTr. Experiência semelhante à MacKinnon *et al.* (2021), que realizaram um processo semelhante em 4 módulos para internos de medicina que estavam na atenção primária à saúde. Ambos os modelos foram pensados a partir das diretrizes de competências para atenção a pessoas LGBTQ+ da AMA.

Em ambas as experiências os profissionais ao final de todas as intervenções sentiam-se mais confiantes e preparados para atendimento às pessoas LGBTQ+ nos serviços e com o processo formativo os participantes passaram a reconhecer as demandas como já existentes no serviço e enxergá-las de outra forma (MACKINNON *et al.*, 2021; UFOMATA *et al.*, 2020).

O trabalho de Ufomata *et al.* (2020), destaca-se por tratar de uma estratégia com os preceptores para descentralizar e capilarizar a formação atingindo mais pessoas através de uma perspectiva de educação permanente que permitiu o entrosamento de ambos no serviço favorecendo a problematização das práticas. Os preceptores do estudo não havia também formação para o atendimento às demandas, e mesmo assim avaliaram positivamente a estratégia e reforçando que a condução foi simples, mesmo não tendo a formação prévia (UFOMATA ECKSTRAND *et al.*, 2020).

Outras iniciativas de formação estiveram transversais em outros estudos, principalmente naqueles que relataram mudanças nos processos em serviços, com a formação de todo os profissionais, inclusive de recepção e agendamento, e estas formações associadas com mudanças na prática, com o foco em mudar as questões de anamnese, que foi o caso do estudo que incluiu os questionários de orientação sexual e as perguntas sobre o nome social no início das conversas para todos (NILSY *et al.*, 2018).

Neste ponto as formações saem do plano do acúmulo de conteúdos e ganham corpo como mudanças nas atitudes e na postura dos profissionais, portanto, é fundamental que as formações não dialoguem apenas de forma técnica no desenvolvimento de competências e habilidades que tornem o trabalho mecânico, e sim na perspectiva do trabalho das ações afirmativas que mudem a forma como estes agem e se entendem. Estas ações elevam a

formação em saúde no campo do sensível colocando as próprias percepções de si em jogo, fazendo os próprios trabalhadores refletirem que estes também possuem suas vivências de gênero, subjetividades e singularidades.

O projeto *transforming LGBT care* de Furness *et al.* (2020), realizou formações com diferentes serviços de atenção básica em uma região inteira e avaliou o impacto no processo de trabalho destes serviços após a formação. O projeto tinha objetivo de desenvolver ações afirmativas, melhorar coleta de dados relacionados a orientação sexual, aumentar cobertura da triagem para HIV (FURNESS *et al.*, 2020). Neste sentido, os trabalhadores e trabalhadoras destes locais passaram por uma formação presencial e por videoconferências, associados a produção de relatórios mensais, e ao final do estudo, foi verificadas mudanças importantes no trabalho, a saber, inclusão do nome social nos registros de prontuários, mudanças nas abordagens da anamnese com a pergunta sobre orientação sexual, nome social e pronome na maioria dos serviços que participaram das intervenções até o fim (FURNESS *et al.*, 2020).

Ambas as experiências demonstram o valor da educação permanente (EP) não no processo de ampliar os conhecimentos dos profissionais sobre o tema da diversidade sexual e de gênero, mas o papel da EP como transformadora das práticas assistenciais.

Sendo assim ressalta-se a importância de iniciativas de educação profissional que não sejam apenas da ordem de discussão e acumulação teórica sobre temas relevantes, mas que aconteça numa perspectiva de educação permanente onde o processo formativo tenha a centralidade, na problematização e transformação das práticas assistenciais. Mas também numa perspectiva de formação que coloque os indivíduos também em transformação, pensar uma educação que não seja tecnocrata, mas que realmente transforme os sujeitos envolvidos.

4.10 Afinal, o que pode a atenção básica?

Diante das experiências aqui relatadas a partir desta revisão de literatura percebemos que o caminho a ser percorrido ainda é extenso, mas há possibilidades diversas para o trabalho nesta perspectiva. Ressalta-se que não pretendia um esgotamento do tema, mas uma espécie de mapeamento e delineamento das fronteiras desenhados para esta cartografia.

Mas, afinal o que pode a atenção básica?

A potência da AB fala de uma diversidade de formas possíveis de cuidar das pessoas LGBT+ em seus territórios. Estão em jogo concepções de saúde e de formação, de práticas assistenciais. Este campo do conhecimento é disputado por visões heterogêneas de saúde,

formação e atenção onde estão em jogo formas diferentes de ver o mundo e saúde. De um lado uma concepção neoliberal, individualista de saúde que reforça os aspectos biológicos do cuidado e da produção de saúde-doença e que pensa a redução de desigualdades como redução de gastos e custos na saúde, sendo contraposta por uma visão de saúde como direito e da redução das desigualdades como um processo de justiça social.

É urgente a requalificação das práticas, no sentido de atualizar-se para os movimentos do campo teórico, como é o caso da despatologização da identidade trans, que não é mais classificada como doença no CID-11, portanto necessita atualização da política do PrTr; mas requalificar no sentido de diversificar, ampliar o escopo das ações da AB para contemplar as diversas subjetividades que envolvem as vivências LGBT+.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa e tem como referencial teórico metodológico a pesquisa-intervenção. A escolha da abordagem qualitativa se deu pela interface do trabalho com as subjetividades humanas e pelo seu caráter interdisciplinar, entendendo a maior flexibilidade e abertura para se integralizar saberes da arte e cultura, combinando o aprendizado científico com o desenvolvimento de outras linguagens de forma a abranger os objetos e temas da pesquisa (BOSI, 2012).

A perspectiva qualitativa adotada parte da ideia de ciência como campo complexo de correlação de forças e partindo da compreensão de que pesquisar não envolve apenas a apropriação de teorias e recursos metodológicos e sua aplicação no campo, mas envolve uma postura diante do conhecimento e uma forma de agir no mundo (MARASCHIN, 2004).

Nesse sentido, ao operar com a dimensão subjetiva, simbólica e das relações sociais, ressalta-se que este não está nas representações da realidade, portanto, não se propõe conhecer do ponto de vista de apreensão de uma realidade estática. Afirmo que o meu objeto de interesse está em acompanhar processos cognitivos de invenção e criação de realidades e territórios de subjetivação, compreender um sistema de vida e seus múltiplos modos de se constituir (MARASCHIN, 2004).

Em conjunto, esse cenário pressupõe movimento, dinamicidade e demanda um grau de destabilização ou abalo no campo de pesquisa; portanto, nos leva a intervenção sobre a realidade, assim como a capacidade de aprendizagem e participação dos indivíduos. Assim, apenas identificar, compreender e representar não dá conta do escopo proposto; optou-se, então, pela pesquisa-intervenção.

Pesquisa-intervenção fala de técnicas com diversas intersecções no campo da pesquisa. A escolha da pesquisa-intervenção neste trabalho não se dá ao acaso, mas pela emergência desta proposição conceitual na pesquisa em saúde, em especial aquelas realizadas em serviços e na interface educação e saúde e educação permanente, propondo o encontro entre pesquisa-ação crítico-colaborativa e pesquisa-formação (CECCIM *et al.*, 2016).

Este referencial metodológico possibilita explorar possibilidades teóricas e metodológicas nas diversas conformações entre pesquisa e intervenção para criar modos de agir no campo prático. A pesquisa-intervenção propõe uma ação transformadora sobre os saberes institucionalizados nos territórios e os sujeitos como produtores destes territórios. A

pesquisa-formação traz estes atores em redes de conversação para o aprendizado de uma nova atitude criativa, construindo uma aprendizagem pela convivência, pelos confrontos e conflitos (ROCHA; AGUIAR, 2003).

5.2 Referencial teórico-metodológico

Historicamente, a pesquisa-intervenção surgiu no bojo do movimento das pesquisas participativas, na década de 1930, nos Estados Unidos. Neste período, conflui a necessidade de uma ciência voltada às ações concretas da realidade e à transformação social, sendo proposta uma metodologia de pesquisa-ação. Na América Latina, o contexto histórico e político apontava para um entrosamento com os movimentos sociais, a educação popular e a pesquisa em educação (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Na década de 1960, na França, a análise institucional amplia o espectro teórico e metodológico das pesquisas participativas e formula o conceito de pesquisa-intervenção que utilizamos hoje, pautado principalmente em uma radicalização da relação investigador/objeto e um caráter desarticulador dos saberes e práticas instituídas. Propunha uma ação de ordem micropolítica na experiência social, inclusive intervindo nos saberes instituídos pela própria ciência, destacando a mudança de paradigma do “conhecer para transformar” para “transformar para conhecer” (ROCHA; AGUIAR, 2003; MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

Destacam-se os seguintes elementos sobre pesquisa-intervenção: em primeiro lugar o caráter participativo da pesquisa, portanto, aquela que se faz com os outros e não sobre estes, nesse sentido colocando os participantes não como sujeitos passivos no processo, mas como autores do conhecimento produzido e pesquisadores no processo, não havendo então separação investigador-objeto.

Em segundo lugar, tem-se o caráter instituinte da pesquisa, isto porque traz uma ideia de desarticular os saberes cristalizados para criação de novos modos de vida, como menciona Maraschin (2004), do pesquisar como criação de territórios de subjetivação. Pesquisar na perspectiva da pesquisa-intervenção requer uma atitude de analisar as diferentes implicações que acontecem no campo nos diferentes atores desse processo, e, sobretudo, pressupõe um deixar-se afetar (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

Há que se destacar a interface da pesquisa-intervenção com a pesquisa-formação a partir de seu uso na saúde, ainda que a pesquisa não se enquadre neste escopo, tem-se

elementos de intersecção entre formação e intervenção que são aliados na formulação desta pesquisa.

Na saúde, a ideia da pesquisa-formação surge a partir das interfaces educação em saúde e educação permanente. Ceccim *et al.* (2013), fazem uma crítica às pesquisas em saúde no sentido de problematizar a seleção dos “problemas de investigação” e a postura do pesquisador diante da pesquisa e dos seus interlocutores. Para os autores, no comum das pesquisas em saúde a questão de investigação é sempre anterior ao encontro. Propõem a pesquisa como um dispositivo de aprendizagem que gere ação coletiva sobre os modos de produção do saber, levando um caráter formativo para a investigação.

Por meio da troca de experiência e do encontro entre o saber formal e o saber do cotidiano, ambos – pesquisadores e pesquisados – aprendem, tornado a pesquisa um processo de produção do conhecimento. Uma importante formulação conceitual que implica uma pesquisa-formação na saúde é a “construção educossanitária do problema de pesquisa em saúde, produzindo-o em conversas colaborativas, na ativação de processos de pensamento e mediante conexões de saberes” (CECCIM *et al*, 2013, p. 4).

Ao propor a produção de espaços de conversação neste trabalho através da escuta individual e dos espaços de coletividade, delinea-se a construção deste problema educossanitário a partir das emergências do campo mediadas pelos interlocutores da pesquisa. Assim, a pesquisa-formação-intervenção sinaliza o conjunto de teorias e práticas de pesquisa que se propõem como intervenção na realidade e nos saberes e práticas institucionalizados. Mediante a emergência do campo de pesquisa, pretende-se fortalecer o processo coletivo e colaborativo entre os participantes que passam à condição de coautores da produção de conhecimento.

Ademais, reforça-se que a intervenção possui caráter formativo, pois coloca os participantes em redes de conversações sobre suas práticas nos desafios deste encontro. Proponho a troca saberes e a reconfiguração de práticas por meio de ações “aprendedoras”, capazes de transformar a realidade da comunidade implicada.

A cartografia como método para esta pesquisa-intervenção não estabelece procedimentos metodológicos, mas se vale da materialidade do agir no campo. Corroborando com Paulon e Romagnoli (2010), percebo a cartografia não como uma técnica, mas uma postura do pesquisador diante dos jogos de poder no campo de pesquisa, num movimento de estar aberto às afetações do campo e desestabilizações.

A cartografia reafirma o compromisso em acompanhar processos de subjetivação e não representações, portanto, desmontando a visão tradicional e linear das etapas de coleta,

análise e discussão de dados numa perspectiva de sucessão de acontecimentos, ela acontece, segundo Passos e Kastrup (2009), na dimensão de um mergulho no plano da experiência, onde o fazer e o conhecer acontecem juntos, pois este último emerge do fazer. Por compreender o conhecer e o fazer como inseparáveis na intervenção, ou seja, não elementos distintos na pesquisa, mas a pesquisa em si.

Neste sentido, o interesse da cartografia não é em um resultado final, mas no processo da pesquisa em seu caminhar e como esta repercute no campo e objeto da pesquisa. O método cartográfico se organiza por meio de pistas que vão orientando o percurso da pesquisa (PASSOS; BARROS, 2009).

Assim, cabe explorar algumas pistas que orientam o percurso desta pesquisa e que embasam as invenções metodológicas propostas para este trabalho. Fala-se de invenções, conforme Paulon e Romagnoli (2010), ao abordarem as metodologias que se propõem a acompanhar processos que são da ordem das sensações e do invisível. A cartografia oferece a oportunidade de invenção e de colocar o olhar sobre o invisível.

A cartografia demanda um certo exercício geográfico, pois trata de mapear territórios existenciais. O pesquisador/cartógrafo quando entra no campo habita estes territórios existenciais, isto porque não apenas observa como estão tecidas as redes e as linhas de força, mas também as implicações que atuam sobre aquele campo e indivíduos. Este, por sua vez, modifica e é modificado pela experiência, ao mesmo tempo que territorializa, a partir da intervenção, desterritorializa e reterritorializa este campo e seus saberes construindo novos. Dentro do campo, o cartógrafo está atento a estas conexões e articulações dos objetos com o mundo e suas historicidades (PASSOS; BARROS, 2009).

Passos e Kastrup (2009), trazem a ideia de intervenção como método, indicando o trabalho da “análise das implicações coletivas” e o “colocar em análise” como trabalho de quebra das formas instituídas de saber. Neste sentido, a pesquisa-intervenção demanda um grau de desestabilização sobre essas implicações e sobre os saberes instituídos no campo, sendo a intervenção, portanto, a pesquisa que abala, que desarranja a realidade, para a criação de novos arranjos de realidade e gera novos agenciamentos, portanto, pesquisar com o método cartográfico é produzir abalos e novas realidades (PASSOS; BARROS, 2009).

Ao assumir a pesquisa enquanto o acompanhamento de processos e a diversidade de implicações em jogo no campo de pesquisa, há a necessidade de se trabalhar a atenção na pesquisa conseguir focalizar e acompanhar tais processos e emergências, pois estas já estão em curso no campo, pois não se trata de uma se estabelecer uma representação ou o retrato da realidade, mas de uma imersão em um campo de diversas implicações que pode levar a

direções diversas. Sendo assim, entende-se a atenção como o processo de detecção dos signos e das forças circulantes no campo (KASTRUP, 2015, p.33).

Esta delimitação se faz necessária, pois como coloca Kastrup (2015), praticar a cartografia envolve uma habilidade para lidar com metas em variação contínua, entra-se na realidade sem conhecer o alvo a ser perseguido, a autora ainda ressalta que a atenção do cartógrafo deve ser capaz de rastrear as mudanças de posições desses alvos, a velocidade de seus movimentos.

Quanto a documentação dos dados desta pesquisa, segue-se a pista da política de narratividade, entende-se, portanto o registro de dados da pesquisa a partir de uma política de narratividade, onde os métodos sejam eles individuais ou coletivos de produção de dados são sempre maneiras de narração (PASSOS; BARROS, 2015, p.150).

O registro de dados não é entendido como forma de documentação para publicização dos resultados, mas como uma forma de disparadora dos desdobramentos da pesquisa, isto porque é uma forma de registro empírico onde o pesquisador se lança ao campo de pesquisa (BARROS; PASSOS, 2015, p.173).

Estas foram as pistas que guiaram este processo de pesquisa. A cartografia foi muito mais que um suporte teórico metodológico, mas uma forma de agir, cartografar foi muito mais o ato de estar aberto aos impactos vividos no campo de pesquisa, abrir-se para escutar de forma sensível e ouvir o não dito, enxergar o invisível e encontrar o escondido.

5.3 Cenários e interlocutores da pesquisa

O ponto de partida desta pesquisa é o Consultório Familiar, vinculado ao Hospital Maternidade Almeida Castro - HMAC, localizado no município de Mossoró/RN. No entanto o percurso de pesquisa revelou novas caminhos e lugares a serem explorados, lugares que *a priori* são geograficamente distintos em suas localizações, distintos em nível de atenção prestada e densidades tecnológicas, porém com um elo comum que une estes diferentes pontos e os atravessavam interconectando-os na atenção a pessoas LGBTQ+, uma rede de atenção à saúde tecida através da Linha de Cuidados à População LGBTQ+ de Mossoró/RN.

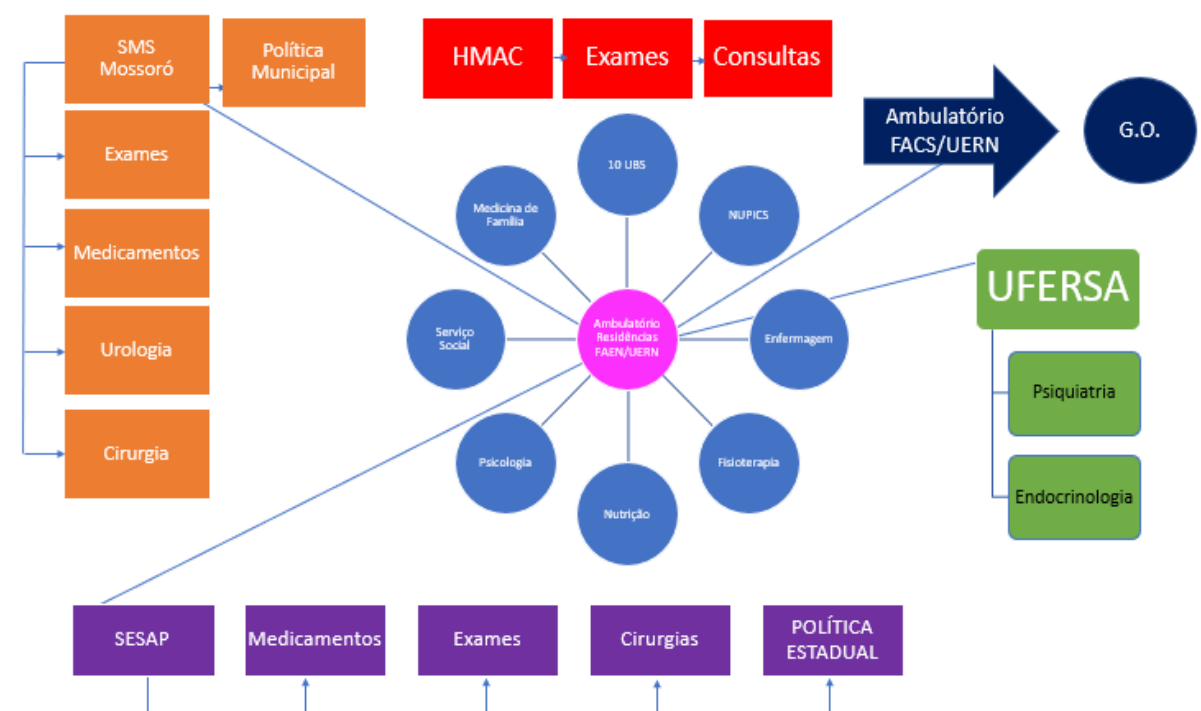
Sendo assim, esta pesquisa percorre os caminhos desta linha de cuidados em seus pontos de intersecção entre os demais serviços e o consultório familiar, sendo estas intersecções os encontros entre a atenção prestada e as necessidades de saúde da população LGBTQ+. Em meio a estes percursos de ida a outros territórios o consultório familiar ocupa um lugar de ancoragem, para onde esta pesquisa sempre retorna, não apenas de um retorno físico,

de voltar para o espaço do consultório em si, mas de voltar as atenções, voltar os questionamentos da pesquisa para o consultório ao retorno dos outros lugares para produção de novas perguntas.

A linha de cuidado LGBT+ foi criada em no ano de 2019 a partir da fundação do Ambulatório LGBT+ da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, uma parceria entre Prefeitura Municipal de Mossoró e Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. A linha surgiu a partir de uma série de diálogos entre profissionais dos serviços de saúde, gestão municipal e estadual, representações do controle social a partir do movimento trans, movimento feminista e movimentos sociais de defesa dos direitos humanos e representação das universidades UERN e UFRSA. Os diálogos giraram em torno da situação de acesso e atenção prestada as pessoas LGBT+ no município a partir de provocações das residências, multiprofissional e de medicina de família.

Foram identificadas as dificuldades no acesso, mas também lugares com acesso e que já prestavam a assistência às pessoas LGBT+ de alguma forma, em suas demandas específicas e as potencialidades a partir das capacidades instaladas de cada entidade. Dessa forma foi estruturado o ambulatório LGBT+, onde cada núcleo profissional delineou sua participação no processo de atenção, com apoio matricial dos serviços especializados e corresponsabilidade das gestões municipais e estadual.

Figura 2 - Fluxograma da Linha de Cuidados à População LGBT+ em Mossoró/RN.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Dito isto, descrevem-se os locais e os sujeitos que encontramos neste processo de pesquisa. O Consultório Familiar e Hospital Maternidade Almeida Castro, que é um hospital filantrópico e referência para obstetrícia na região do oeste potiguar. Hospital Rafael Fernandes, especificamente o Serviço Ambulatorial Especializado, referência para doenças infectocontagiosas, lugar onde é realizado no município o atendimento voltado às profilaxias de prevenção ao HIV, o SAE é um serviço ambulatorial especializado, com funcionamento de segunda a sexta voltado para o acompanhamento de pacientes com doenças infectocontagiosas e referência para saúde sexual, portanto acompanhamento de pessoas com HIV, uso da PrEP e PEP, doença de chagas e tuberculose, também com realização de exames de maior complexidade.

O ambulatório LGBT+, localizado na Faculdade de Enfermagem na UERN, serviço que funciona quinzenalmente nas noites de quarta, desenvolve atendimento multiprofissional as pessoas LGBT+ com os profissionais das residências multiprofissional e de medicina de família das variadas categorias profissionais da residência. Unidades Básicas de Saúde Dr. José Fernandes de Melo, que possui abrangência do território do bairro da Lagoa do Mato na cidade de Mossoró/RN, possui duas equipes de Estratégia de Saúde da Família e é campo de prática de residência multiprofissional e de medicina de família.

Muitos destes lugares surgem nos relatos dos usuários e usuárias que foram os interlocutores desta pesquisa. A cada relato dos itinerários das pessoas LGBT+ nestes serviços emergia a necessidade de ir até estes e entender como acontecia a atenção, e as experiências dos trabalhadores daquele lugar, tendo em vista que as narrativas foram heterogêneas, ora de acolhimento, ora de negação de acesso, de forma que era cada vez mais necessário e pulsante acessar estes lugares.

O objeto deste trabalho não era o de pensar o consultório familiar como um modelo substitutivo, mas um modelo de atuação conjunta e de apoio matricial, portanto era pertinente estabelecer diálogos com os demais pontos da linha de cuidados ampliando suas potencialidades e incidindo sobre as fragilidades.

O Hospital Rafael Fernandes surge não só pelas narrativas das pessoas LGBT+, mas nas articulações em rede com o próprio consultório, no momento que ambos serviços abrem diálogos interinstitucionais juntos à secretaria de saúde para pensar a descentralização das profilaxias.

Partindo do referencial teórico da pesquisa-intervenção e da cartografia, o termo “amostra” tradicionalmente utilizado nas pesquisas não dá conta de expressar quem serão os participantes do estudo. Aqui assume-se o termo interlocutores por entender que estes não só

comunicaram suas experiências e se sujeitaram a uma entrevista, mas no exercício de sua comunicação estes compuseram o diálogo entre as instituições, diálogos que construíram as conexões que foram acionadas pela pesquisa, traçaram os caminhos da linha que seriam percorridos.

Aqui faz-se uma diferenciação de dois grandes grupos que habitam estes cenários, o grupo de profissionais da saúde e o grupo LGBTQ+. Esta divisão é meramente didática, pois a presença de profissionais de saúde que são LGBTQ+ e possuem experiências nos serviços de saúde põem em questão esta lógica.

O primeiro grupo é composto de profissionais de saúde trabalhadores dos serviços visitados da linha LGBTQ+. Enquanto o grupo de usuários e usuárias é composto por pessoas LGBTQ+ que possuem alguma experiência nestes serviços, seja por terem passado por atendimentos, ações, reuniões nestes locais, tendo atendimento negado, ou acessando o serviço de alguma outra forma, e também compondo como controle social, ou seja, pessoas com histórias atravessadas pela linha de cuidado LGBTQ+ em algum momento de sua vida.

Os interlocutores foram convidados a participar da pesquisa mediante o contato prévio do pesquisador, ou abordados pessoalmente durante as visitas nos serviços de saúde. Durante este contato físico os interlocutores eram esclarecidos sobre os procedimentos da pesquisa, os objetivos, riscos e benefícios e consentiam a sua participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo realizada a entrevista logo após, descrita adiante.

Para nomear cada um destes interlocutores e garantir o sigilo e preservação das identidades utilizam-se pseudônimos de pássaros para aqueles que ocupam o grupo de pessoas LGBTQ+ usuárias da linha de cuidado e de árvores para o grupo dos profissionais da saúde. Esta escolha não se dá ao acaso, mas de forma simbólica pela relação de simbiose entre estes seres, de forma que esta metáfora se encontra presente em como os nossos interlocutores percebem a relação entre os serviços de saúde, profissionais e pessoas LGBTQ+.

Podemos verificar esta relação na fala de Palmeira, enfermeira da atenção básica, mulher cisgênero lésbica, e de Sabiá, homem trans negro, ambos compartilhando suas percepções sobre o consultório familiar, ela ocupando seu lugar de profissional da rede, e ele após passar por um atendimento:

“Nas consultas eu contei assim bastantes coisas pessoais, até porque achei pessoas as quais eu pude confiar, hoje em dia eu já tenho uma dificuldade na questão de confiar, quando a pessoa tá me fazendo bem eu já fico com aquilo na mente ‘é melhor esperar logo o mal dela

porque com certeza eu vou me decepcionar’, ou sendo sempre maltratado, humilhado, esculachado, então fica essa coisa mas lá não e aqui de fato eu me sinto amado [...] Sabe um pássaro quando ele tá na gaiola? Um pássaro num é feliz numa gaiola, um lugar muito pequeno que me impede de voar, então pra mim voar é liberdade, então eu quero ser livre, livre pra me expressar, pra me expressar a minha alma na maneira que eu me visto, na maneira que eu cantar ou chegar a tocar um violão, que eu chegar a dançar, na minha maneira de eu me comunicar com as pessoas” (SABIÁ).”

“É um ponto, é como se fosse uma ilha no meio... A sensação que a gente tem, né, pra essa população, são ilhas, ilhas que eu digo de, onde você vai procurar o serviço que consegue encontrar coisas potáveis [...] que pra população ele é como uma ilha mesmo assim de um lugar onde eu possa ir ou encontro terra firme, né, onde encontro acolhimento, encontro empatia, que as pessoas me vejam como eu sou e não fingir de conta que eu não sou (PALMEIRA).”

Palmeira utiliza a imagem da ilha como um lugar de acolhimento, utilizando a figura de linguagem da “terra firme” utilizada nas navegações como ponto de chegada onde se ancoram os barcos após longos dias flutuando à deriva, como as pessoas LGBTQ+ em suas trajetórias nas buscas dos serviços de saúde, à deriva, após acesso negado, flutuando de um serviço à outro em busca de lugares que acolham, em busca de terra firme.

Sabiá fala de seu processo após passar pelas consultas individuais e coletivas do consultório como um sair da gaiola e ter liberdade para voar, como um pássaro, sendo essa liberdade produzida a partir do acolhimento dos profissionais que o atenderam que o permitiram ser quem realmente era, permitiram que voasse. Seguindo esta metáfora dos pássaros utiliza-se a imagem de ninhos como o elo dessa relação; os pássaros constroem ninhos nas árvores como uma forma de proteção de suas crias, e é esta relação de proteção, de cuidado que mora a relação entre profissionais da saúde e os usuários LGBTQ+, que buscam estes profissionais na tentativa de um lugar de proteção e de acolhimento, que deve ser o produto dessa relação, um ninho que se constrói, eventualmente se sai deste para alçar novos voos.

Por acreditar que esta relação entre gestão (representada pelos serviços e seus acessos, fluxos) e atenção à saúde no contato com os usuários deva ser produtora de liberdade, esta enquanto acolhimento e sobretudo como autonomia de si, pois não se tem autonomia, nem saúde sem liberdade e não se tem liberdade quando a relação de cuidado é produtora das “gaiolas”, prisões criadas nas violências produzidas nos serviços; que nos apropriamos dessas metáforas para nomear e criar sentidos sobre os espaços e interlocutores desta pesquisa.

Portanto utilizamos as imagens das ilhas como cenários de atenção à saúde dos serviços visitados, as árvores como os profissionais que atuam nestes serviços, onde as pessoas LGBTQ+ vão buscar acolhimento e construir seus ninhos, formando assim o ecossistema das relações que são investigadas nesta pesquisa.

5.4 Produção de dados e instrumentos de pesquisa

Tendo em vista as caracterizações epistemológicas deste trabalho coloca-se a questão dos dados de pesquisa, onde corrobora-se com Bosi (2002), que questiona o lugar da “coleta de dados”, pois este pressupõe *a priori* uma postura de antecipação e de questões pré-existentes e de apreensão de algo estático.

Para Paulon e Romagnoli (2010), a pesquisa intervenção acontece pela via da produção de acontecimentos, então se retoma a ideia de intervenção-pesquisa como geradora de abalos e desestabilizações no campo para assumir que este trabalho não trata de coleta de dados, mas de captação de emergências que surgem como conhecimento a partir do fazer, como colocam Passos e Kastrup (2009).

De forma didática aqui divide-se os materiais e métodos em duas partes, uma que diz respeito as estratégias de captação das emergências, ou seja, as metodologias que promoveram os encontros e os acontecimentos da pesquisa, e uma segunda parte que fala das formas de documentação e registro do vivido em campo. Neste sentido foram utilizadas como métodos de investigação as entrevistas semiestruturadas registradas em voz, e o Círculo de Cultura (CC) e a oficina de colagem, registrados através do diário de campo.

A escolha destas ferramentas metodológicas acompanhou os acontecimentos desenrolados no campo de pesquisa a partir das necessidades emergentes que surgiam ao longo da investigação, os temas, as palavras geradoras e os questionamentos, tudo aquilo que era quente e pulsante no campo de pesquisa foi apontando a necessidade e o sentido de cada intervenção.

As técnicas escolhidas foram, sobretudo, formas de acessar os territórios subjetivos produzidos em campo a partir de um lugar sensível, tanto através das narrativas presentes nas falas dos espaços de escuta quanto nas colagens que imprimiram e, de certa forma, materializaram os sentidos produzidos nestes encontros com os interlocutores.

A observação-participante foi o processo natural de inserção no campo de pesquisa, talvez a forma mais intuitiva de guiar o olhar sobre os territórios que já eram de uma forma ou de outra habituais. Tratava-se, portanto não de uma inserção e sim de uma reinserção no

campo de pesquisa, já que a linha de cuidado às pessoas LGBTQ+ era um lugar mais que familiar, algo que atravessa minha existência, portanto houve a necessidade de se reinserir sob a perspectiva agora do consultório familiar sobre esta rede de cuidados.

Para Minayo (2009), a observação participante é um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Queiroz *et al.* (2007), ressalta que a técnica é uma observação sistemática de acordo com princípios teórico-filosóficos que permite a interação entre pesquisador com o campo para sua melhor compreensão.

É, portanto, neste ato de transformar e ser transformado proporcionado pela observação participante que as questões de investigação iam se reconfigurando ao longo do trabalho de campo, a medida em que a ação do cotidiano ia desmontando as questões pré-estabelecidas de pesquisa e remontando novas indagações e inquietações que movimentaram novas linhas de raciocínio. A exemplo disto pode-se citar o primeiro abalo que impactou os procedimentos de pesquisa, em especial que trouxe a necessidade de exploração de outros serviços da linha de cuidado.

A pesquisa propunha-se inicialmente a entrevistar os usuários LGBTQ+ que frequentavam os serviços, no entanto em um primeiro contato percebeu-se que não haviam usuários a serem entrevistados, pois estes não estavam frequentando o consultório familiar. Isto mudou radicalmente o direcionamento da investigação trazendo novas questões, denotando o caráter complexificador da observação participante e das transformações no campo de pesquisa.

Neste sentido a (re)inserção no campo de pesquisa tratou tanto de um exercício etnográfico de observar os espaços e os indivíduos em sua ação cotidiana como observações a partir da sala de espera, das reuniões, das consultas, como também de um exercício de atuação enquanto profissional de saúde acolhendo usuários e usuárias, também de preceptor para os profissionais residentes nas discussões de caso e facilitador dos espaços coletivos entre outros.

Estes movimentos complexos de reconfigurações necessitam não somente de um lugar para construção da memória e de documentação dos dados, mas de um processo que sistematize as experiências e, sobretudo ajude a sedimentar as sensações que atravessam o corpo na experiência no campo de pesquisa, portanto optou-se pelo registro em diário de campo para o registro das observações, mas também de tudo que estava ligado a elas. Ademais o diário de campo foi a ferramenta principal para o objetivo do trabalho de sistematizar das experiências de cuidado as pessoas LGBTQ+ do consultório familiar.

O diário de campo que para Araújo *et al.* (2013), para além de uma ferramenta de pesquisa qualitativa, é uma forma de compreender o objeto de estudo e suas múltiplas dimensões e interrelações durante a condução de um processo de pesquisa em saúde. Neste sentido o diário de campo foi utilizado para o registro e produção de memórias no campo, processar este vivido registrando também o que foi sentido nas idas aos serviços, nos encontros com os interlocutores, as reflexões realizadas e emoções sentidas a partir destes encontros.

Os registros foram feitos de duas formas, em um caderno de notas de 80 folhas pautadas de formato 140mmx200mm, que pelo seu menor tamanho possibilitou ser levado para as visitas aos serviços e nos espaços coletivos para anotações mais curtas e sucintas principalmente as falas de conversas informais, e também ideias emergentes a serem desenvolvidas posteriormente no registro do diário de campo e incorporada na análise do material.

Já o diário de campo foi registrado a mão em caderno de 80 folhas de formato 200mm x 275mm, com os relatos após os encontros promovidos na pesquisa ao fim de cada um deste. O diário de campo seguiu a ordem de registro inicialmente pela data do encontro, local e horário, logo após o tema ou o propósito daquele encontro e partindo para o corpo do texto.

Neste corpo conteve a narração e reconstrução do vivido naquele dia a partir também do que levou e o que desencadeou aquele encontro, as impressões e emoções vivenciadas a medida que os acontecimentos foram narrados, as inquietações e reflexões realizadas em ato e os indicativos para os próximos passos na pesquisa.

Somado a estas ferramentas utilizou-se também as entrevistas semiestruturadas. Para Minayo (2009, p.64), a entrevista é acima de tudo um encontro, uma conversa com a finalidade de construir informações sobre o objeto de pesquisa e abordar temas que sejam pertinentes ao objetivo do trabalho.

Realizou-se entrevistas semiestruturadas a partir dos roteiros anexados neste trabalho para ambos os grupos de interlocutores, profissionais de saúde e pessoas LGBTQ+ usuárias dos serviços de saúde da linha LGBTQ+. As entrevistas semiestruturadas, apesar de seu roteiro pré-estabelecido também proporcionaram a flexibilidade de investigação dos temas emergentes no campo, de forma que a medida que um interlocutor ou interlocutora iria sendo entrevistado novas perguntas eram incorporadas ao roteiro a partir de como as entrevistas também geravam mudanças e traziam visibilidade a novas perspectivas de investigação, também para dar conta de intersecções como profissionais de saúde que também ocupam o lugar de pessoa LGBTQ+ que possui experiências de acesso enquanto usuário ou usuária.

As entrevistas foram o espaço de expressão das narrativas dos interlocutores de suas experiências na linha de cuidado às pessoas LGBTQ+, seja em um lugar de profissional, seja em um lugar de usuário dos serviços.

As entrevistas foram registradas através da gravação de voz em *smartphone* de uso próprio. Anteriormente às entrevistas os interlocutores assinaram termo de gravação de voz. As entrevistas quando não ocorriam dentro do serviço, nos dias de atendimento, eram marcadas com contato prévio em um local de escolha e de melhor comodidade para o interlocutor. Algumas entrevistas aconteciam nos dias de atendimento do consultório com as pessoas que já estava ali no local e eram convidadas a participar do estudo, logo após serem esclarecidas sobre a pesquisa, os procedimentos éticos e sua aceitação voluntária.

O material em áudio foi transcrito em documento word para posterior análise e a utilização dos pseudônimos seguiu os princípios explicados na seção anterior de acordo com o grupo pertencente neste trabalho.

5.4.1 Círculo de cultura e oficinas

Neste trabalho utilizou-se dois métodos coletivos de produção de dados a partir de encontros coletivos realizados no consultório e que se adequavam a proposta da pesquisa, estes foram um círculo de cultura e uma oficina de colagem, ambos sobre acolhimento.

O primeiro encontro coletivo foi uma oficina de colagens realizada junto com usuários e usuárias LGBTQ+, familiares e rede de apoio das pessoas LGBTQ+, profissionais de saúde e professores que participaram do Espaço da Palavra, encontro de consulta coletiva de promoção de saúde mental realizado regularmente no consultório família como uma atividade de cuidado em saúde mental. O tema de cada encontro é acordado entre os participantes no encontro anterior, sendo assim no dia da oficina de colagens a palavra geradora era “acolhimento”.

Em uma perspectiva de pesquisa científicas entende-se as oficinas segundo Spink, Menegon e Medrado (2014), como estratégias facilitadoras de troca dialógica e coprodução de sentidos, em que os procedimentos mesclam e articulam ferramentas de grupo focal, dinâmicas de grupo e rodas de conversa. Neste sentido a oficina de colagem foi uma forma de acessar os sentidos sobre acolhimento

As oficinas criam espaços de trocas simbólicas que potencializam as discussões, funcionando não só como registro das informações da pesquisa, mas como estratégia de sensibilização e engajamento político do grupo (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

Trabalhar através da oficina se dá a partir de uma escolha ético-política em se trabalhar em conjunto dos interlocutores, colocando profissionais e usuários na coprodução dos saberes.

A oficina aconteceu no dia 25 de junho de 2022 nas dependências da sala do IEPE, onde ocorre quinzenalmente o encontro do espaço da palavra e participaram ao todo 13 pessoas, entre usuários do serviço após atendimento individual, familiares de pessoas LGBTQ+, profissionais preceptores e residentes do consultório familiar e professores visitantes.

A facilitação do espaço da palavra ficou sob minha responsabilidade como acordado com a equipe no último encontro, e também realizei o convite para Anu, homem trans que participa regularmente dos encontros e que havia sido entrevistado para a pesquisa, auxiliar na mediação do momento, já que este desenvolve trabalhos através de colagens e já facilitou oficinas.

A sala foi disposta com as cadeiras em círculo e ao centro do círculo no chão foram dispostas revistas, tesouras, colas e folhas de papel sobre uma colcha de fuxicos e no centro a palavra “acolhimento” em uma cartolina branca. Inicialmente foi lido o poema de Thiago Medeiros intitulado Brilho – para todas as pessoas que tem coragem:

Perdoe o país que nos colocaram para viver
perdoe a falta de presença, empatia
não são tempos fáceis
acho que nunca foram
para nós que buscamos coragem para o amor
perdoe o nosso péssimo gosto para o amor
só queríamos amar
não aprendemos ainda
o requinte dos massacres
o amor foi o nosso maior crime (Thiago Medeiros)

Após o poema recapitulei como a palavra surgiu no encontro anterior, e a palavra foi facultada para que cada um e cada uma pudesse compartilhar o que sentiu e sente ao pensar em acolhimento. Logo após as falas onde cada um compartilhou experiências com bons e maus acolhimentos Anu realizou uma breve explanação sobre como produzir as colagens e convidamos os participantes a produzirem uma colagem que traduzisse o seu significado sobre acolher. Ao final as colagens foram dispostas no centro do círculo e foi feito o convite para que os que se sentissem à vontade compartilhassem a sua colagem e falasse sobre o seu processo. O encontro durou ao todo uma hora e meia.

As colagens produzidas pelos participantes foram registradas em fotos para análise de dados da pesquisa. No entanto, para além da materialização de um produto e de um dado de

pesquisa, as colagens não tem a finalidade só de análise e arquivamento, mas de um produto que opera na realidade, não só imprime os sentidos sobre o tema na colagem, que é apropriado pelos procedimentos da pesquisa, mas que foi incorporado pelo serviço e na produção de cuidado.

Desta forma as colagens foram incorporadas na ambiência de outros espaços e na produção de novas colagens e novos materiais do consultório familiar. A oficina ativou outros processos no serviço que culminou na produção de um dos instrumentos, a “Caderneta do Gestante” e o *fanzine* sobre direito ao nome social, também incorporados aos resultados desta dissertação.

O segundo método coletivo foi um círculo de cultura também sobre acolhimento, e aconteceu apenas com as profissionais da maternidade. Os Círculos de Cultura (CC) consistem em uma metodologia sistematizada por Paulo Freire, a partir de experiências de alfabetização de jovens adultos e possui quatro etapas em sua realização, são elas: investigação do universo vocabular, tematização, síntese criativa e a problematização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; HEIDEMANN *et al.*, 2017).

Na primeira etapa, a investigação do universo vocabular reúne os pensamentos e expressões das realidades dos indivíduos sobre um tema instigado a partir de uma palavra geradora; na segunda etapa, os principais temas surgidos a partir da investigação do universo vocabular são agrupados em categorias, que expressam as dimensões simbólicas e os sentidos atribuídos daqueles sujeitos sobre o tema, e estes são divididos em pequenos grupos de acordo com estas categorias (HEIDEMANN *et al.*, 2017).

Na síntese criativa, a terceira etapa do CC, os pequenos grupos divididos discutem o tema entre si e preparam uma síntese da sua discussão do tema, que pode ser com alguma linguagem das artes (teatro, dança, poesia, música); a problematização pode ser entendida como uma etapa que está transversal em todo CC, pois trata de uma postura crítico-reflexiva sobre os temas e colocações surgidas, entretanto também é utilizada na socialização das sínteses criativas dos pequenos grupos para todos os participantes e a partir dessa socialização os participantes fazem a sua análise (HEIDEMANN *et al.*, 2017).

Heidemann *et al.* (2017), relacionam cada etapa do método com um processo da pesquisa qualitativa participativa, onde você tem tanto a compreensão do universo simbólico dos participantes, e o exercício da reflexão através deste universo e ação gerada a partir da síntese dos sujeitos que produzem conhecimentos para transformar a realidade problematizada.

A proposição do CC para captação das emergências está justamente no caráter problematizador, crítico e reflexivo que proporciona, conforme ressaltado pelas autoras, tudo isto sempre ancorado à construção de alternativas a partir das trocas, sempre ancorada a um ideal freiriano de educação popular, onde esse encontro ocorre de forma amorosa, dialógica e com o objetivo de gerar autonomia dos sujeitos envolvidos (HEIDEMANN *et al.*, 2017). Além disso, aliado à ideia de pesquisa-intervenção, o círculo de cultura coloca em tensão as linhas de poder entre os atores presentes no espaço.

O círculo de cultura aconteceu no dia 28 de julho de 2022 na sala do Instituto de Ensino Pesquisa e Extensão (IEPE) que também funciona como sala de atividades coletiva para o Consultório Familiar e contou com participação das coordenadoras de enfermagem do HMAC e tendo como palavra geradora: “acolher sem preconceito”.

O círculo de cultura foi parte de projeto realizado pela equipe do consultório familiar intitulado “acolher sem preconceito”, que se trata de rodas de círculos de cultura sobre acolhimento às diversidades no hospital, com o foco para a população LGBTQ+ em todos os espaços da maternidade. Acontece de forma semanal com profissionais das diferentes equipes e setores da maternidade e é conduzida por profissionais do consultório junto da equipe jurídica da maternidade.

Participaram do encontro na figura de seus representantes as coordenações dos seguintes setores: UTI, coordenação geral, Central de Materiais de Esterilização, Internamento e Serviço Social. Algumas das participantes dividiam o horário da atividade com seus horários de plantão, portanto, houve uma restrição de tempo em decorrência desta demanda. Sendo assim não foi possível realizar a etapa de tematização, onde há a separação de grupos e a síntese criativa, tendo o encontro se limitado apenas ao momento da investigação do universo vocabular e problematização das falas.

As cadeiras do ambiente foram dispostas em um círculo, e ao centro foi estendido um tecido de estopa com livros de poesia de autores e autoras LGBTQ+, materiais voltados para orientações às pessoas LGBTQ+, como a cartilha de prevenção às ISTs para homens trans e um fanzine voltado para profissionais de saúde com orientações quanto ao atendimento às pessoas LGBTQ+. Ao centro do círculo também foram dispostas as colagens produzidas na oficina do espaço da palavra, que traduziam os sentidos sobre acolhimento daqueles que participaram da oficina e uma folha onde estava escrito a palavra geradora daquele círculo de cultura: acolher sem preconceito.

As participantes foram recebidas e acolhidas na sala enquanto tocava a música “Bem Bom” da cantora Liniker, mulher trans negra. Na sala também foi utilizado uma mistura de

aromas de alecrim e patchouli. Antes de iniciado o círculo de cultura as participantes foram esclarecidas sobre a pesquisa, onde foi explicado do que esta se tratava, seus objetivos e a contribuição de cada uma em compor aquele momento.

O círculo de cultura foi iniciado com o poema de Thiago Medeiros intitulado Brilho – para todas as pessoas que tem coragem, o mesmo utilizado para a oficina de colagem. Após o poema aconteceu uma rodada de apresentação onde cada pessoa se apresentou a partir de seu nome e setor de trabalho. Em seguida, foi solicitado que as participantes prestassem atenção as colagens dispostas no centro e a palavra foi aberta com o convite de que cada uma compartilhasse o que pensava e sentia ao ouvir a palavra geradora que se encontrava ao centro do círculo, também compartilhassem o que sentiram com o poema e qual das colagens chamavam mais sua atenção e falassem sobre.

A medida em que cada participante expressava os seus pensamentos sobre a palavra geradora a discussão ocorria, as falas eram problematizadas, pensamentos eram questionados ou corroborados. Ao fim do círculo de cultura, foi realizado um apanhado geral da discussão reforçando as aprendizagens, encerrando com a leitura da terceira página do fanzine destinado aos profissionais da seção intitulada: “Coisas que você pode fazer para não ser LGBT+fóbico em seu atendimento”. O fanzine mencionado encontra-se no anexo A.

Ambos os encontros coletivos foram registrados através das anotações das falas em caderno de notas e o registro no diário de campo, contendo tanto as falas registradas durante o encontro como a narração da atividade, bem como as impressões, sensações e reflexões sobre o encontro.

Em decorrência da pandemia do vírus Sars-cov-2 em andamento durante a pesquisa e seguindo os preceitos éticos da pesquisa, o CC aconteceu seguindo algumas regras de biossegurança, portanto, anteriormente ao encontro as superfícies das cadeiras foram higienizadas com álcool e foram dispostos borrifadores com álcool 70%. Durante o encontro houve o distanciamento mínimo de 1,5m entre as participantes e o encontro aconteceu mediante o uso de máscara de todos os participantes.

5.5 Análise de dados

O trabalho de campo foi encerrado após atingir a saturação de dados, no entanto este não é um encerramento de vinculação, falo de um encerramento das atividades orientadas à pesquisa, pois o vínculo com o serviço não se encerra, assim como a ação e o comprometimento. Tendo em vista que a pesquisa não se encerra na produção de dados, ainda

há que se acompanhar os desdobramentos, pois como coloca Barros e Barros (2013), ao citar Bruno Latour: o processo de pesquisa cria no mundo um “antes” e um “depois”. Contudo o encerramento que aqui se fala é apenas da aplicação dos procedimentos de pesquisa. A intervenção e seus efeitos nunca acabam.

Após a produção de dados seguiu-se a etapa de tratamento do material. Portanto, o material produzido pelo caderno de campo foi transcrito em documento *word* seguindo a ordem de sistematização semelhante a organização do caderno físico. Formatado com fonte “*Times New Roman*” tamanho 12, com espaçamento entre linhas de 1,5; com registro de falas na mesma fonte em tamanho 10 com recuo à direita entre aspas. Este material transcrito posteriormente foi submetido à análise, que consta nos resultados desta dissertação.

O material em áudio das entrevistas foi transcrito em documento *word*. As colagens produzidas na oficina foram digitalizadas e armazenadas junto dos demais materiais digitais, entrevistas em áudio e transcrições. Os produtos da dissertação: fanzine e caderno do gestante foram digitalizados e armazenado junto dos demais dados da pesquisa.

Logo em seguida deu-se início a leitura do material produzido e análise de dados. Neste ponto retomo a fundamentação da pesquisa-intervenção e do método da cartografia para situar do que se fala ao tratar de análise de dados.

Para Barros e Barros (2013), a análise de dados em pesquisas mais tradicionais trata de um processo de representação e interpretação de dados, no entanto, ao trabalhar a partir da pesquisa-intervenção e o método cartográfico há um deslocamento deste lugar de “análise de dados”. Isto se dá porque na cartografia e na pesquisa-intervenção não há nada que esteja “dado” e nem estático a ponto de ser representado, sempre há algo em curso, e como colocam Barros e Kastrup (2013), o cartógrafo se encontra sempre na situação paradoxal de começar pelo meio, entre pulsações.

Isto endossa uma pista fundamental do método: cartografar é acompanhar processos, e a processualidade está presente em todos os momentos da pesquisa, desde a coleta até a produção dos textos (BARROS; KASTRUP, 2013, p. 59).

Tomar a experiência como produção e também análise é pensar como as questões de objetividade e subjetividade que para a cartografia não são essencialmente separadas (BARROS; BARROS, 2013). Ao imergir na experiência e intervir sobre o campo, ao mesmo tempo em que é transformado pelo campo, o pesquisador também é objeto da pesquisa e os seus processos de produção de subjetividade também é de interesse da cartografia (BARROS; KASTRUP, 2015).

Sendo assim na análise cartográfica a produção de subjetividade do pesquisador importa, o que não implica em um exercício onde este escolhe o que é importante, pois como colocam Passos e Eirado (2015), cartografar envolve a dissolução do olhar do observador e dos processos que envolvem os pressupostos ao campo de pesquisa. Fala-se então de uma análise cartográfica a partir daquilo que marca, aquilo que toca, sendo o toque aquilo que se nota, chama e exige a atenção através sensível e não das percepções e representações (KASTRUP, 2015).

Análise cartográfica, portanto, é voltar a atenção para aquilo que marca, aquilo que toca, e o que toca está para além do que se repete, do conteúdo, mas do que não é necessariamente comum, do que não se repete, e sim do que é singular e heterogêneo (BARROS; BARROS, 2013).

Aqui coloca-se análise cartográfica como a sistematização e tratamento dos dados em seus diferentes momentos. O primeiro momento de análise foi a própria imersão no campo de pesquisa e do registro das experiências, da narração do vivido e, principalmente, o registro do que tocou, do que foi marcante no campo de pesquisa. Estes processos do que o campo revelou ser emergente foi guiando o processo de análise dos dados na busca pelas singularidades.

O segundo momento da análise foi a construção de núcleos de sentidos através da leitura atenta dos registros da pesquisa, a partir das provocações do campo de pesquisa. Estas provocações estruturavam novos questionamentos para a pesquisa a medida que aconteciam, mudando o foco da atenção e revelando as necessidades de investigação e emergências do campo. Sendo assim a análise dos registros da pesquisa tratou de formular selecionar recortes destes registros a partir do que foi marcante, e unir estes fragmentos em os pontos de acordo entre estas singularidades encontradas no campo de pesquisa, formando o que se intitulou núcleos de sentidos.

Pretende-se, então, romper com a ideia de construção de categorias, investindo na produção de núcleos de sentidos de análise, pois busca-se através do singular ressaltar a pluralidade, a diversidade dos sentidos que estão em campo. Utiliza-se, portanto, núcleo de sentidos, sentidos plurais, buscando-se não só o que é comum, consonante, mas o que é incomum e dissonante, e o que está para além disto, também o que estes sentidos produzem em campo, ou seja, suas ressonâncias.

5.5.1 Mosaicos de experiências como forma de sistematização da análise

Neste tópico, cabe tecer um breve comentário sobre a perspectiva da análise dos dados, considerando a cartografia escolhida no referencial metodológico desta pesquisa.

Moura e Laurino (2014), trazem que a cartografia possibilita produzir mapas com as experiências, com movimento, liberdade e, sobretudo com emoção, logo a apresentação de dados de forma cartesiana ou estática não dá conta do que é de fato acessado no percurso cartográfico, pois os acontecimentos produzidos empiricamente no campo são da ordem do sensível (BARROS; PASSOS, 2015). Os resultados são acessados a partir dos desdobramentos no campo de pesquisa, são produtos da intervenção, seja no transcurso ou após a coleta de dados.

O processo de cartografar enquanto registro deste percurso de pesquisa, do percurso cartográfico, que trata dos acontecimentos que se chamam produção de dados da pesquisa, acontecimentos, pois estão para além do que é dado, pois trata-se do acompanhamento de processos (BARROS; KASTRUP, 2013, p. 59). Ao assumir este lugar de cartografar, coloca-se a questão da apresentação do percurso cartográfico como um desafio, pois como os processos também são da ordem do sensível, há um exercício de pensar a linguagem de uma forma que traduza os processos de forma ampla.

Moura e Laurino (2014), ao se deparar com o desafio da apresentação dos dados coloca que a apresentação escrita não dá conta de apresentar as reflexões como estas aconteceram e assim propõe a produção de nós reflexivos de investigações como uma imagem que traduz o processo de pesquisa. Estes nós que não são apenas metáforas, mas materialmente construídos a partir de imagens de nós que são conceitos que entrelaçam, traduzem o processo de análise de dados da pesquisa a partir das inquietações, dos questionamentos de pesquisa e como estes estão entrelaçados aos conceitos e levam a novos conceitos atando-se em nós reflexivos da investigação (MOURA; LAURINO, 2014).

As autoras ainda colocam que o papel do cartógrafo é o de explicar e, citando Maturana e Varela, colocam que explicar é uma maneira de descrevermos e entendermos um fenômeno (MOURA; LAURINO, 2014). Neste sentido passa-se para a apresentação desta análise cartográfica e das suas devidas explicações para compreensão do proposto nesta pesquisa, para isto utiliza-se a imagem de mosaicos das experiências. Utiliza-se a análise cartográfica como um contraponto ao lugar tradicional da apresentação dos resultados de uma análise de dados, tendo em vista, que se detém aqui a apresentação dos acontecimentos, dos percursos da pesquisa.

Utilizam-se os mosaicos como imagens que traduzem o processo de análise cartográfica da produção de dados da pesquisa, primeiro entendendo-que a produção de dados

encaminhou por um lugar onde a escrita não dá conta de contemplar o produzido, que não foi somente da ordem da fala, mas também da ordem imagética; assim como entende-se a produção de mosaicos como uma subversão do lugar da criação de categorias comumente utilizado nas análises de pesquisas qualitativas. O percurso cartográfico demonstrou que a formulação de categorias não dá conta de retratar este processo, pois categoria pressupõe uma categorização, ou seja, a criação de limites, agrupamentos e uma segmentação que obedece a ordem das características do que é semelhante.

No entanto, não nos interessa a segmentação, a criação de limites que esgotem a análise, que ponham fim nas experiências, e sim as possibilidades diversas que se abrem a partir dos diferentes olhares sobre os registros, que produzem diferentes sentidos e explicações destes acontecimentos gerando novos resultados, impactos sobre o campo de pesquisa e no conhecimento.

É neste sentido que se utiliza a imagem dos mosaicos de experiências. Mosaicos são padrões visuais formados a partir da junção de peças coloridas que unidas formam imagens completas. São feitos com fragmentos, pedaços de vidros, cerâmicas, pedras, azulejos, independente do material, são sempre fragmentos, nem sempre organizados de forma lógica e linear, mas respeitando a forma de cada peça e como estas se alinham as outras formando as imagens, os vitrais. Os mesmos fragmentos podem ser reorganizados entre si ou com outros para formar diferentes imagens e novos mosaicos com os mesmos sentidos ou não.

Nesta cartografia os fragmentos dos mosaicos são pedaços das narrativas, azulejos de experiências de cada interlocutor que se unem tendo como pano de fundo comum a linha de cuidado as pessoas LGBTQ+, o rejunte das vivências de cada um, das subjetividades presentes nas suas narrativas que constroem sentidos que unem estes fragmentos, formando mosaicos de experiências. Estas imagens de mosaicos são, portanto, núcleos de sentidos que reúnem os diversos sentidos produzidos a partir dos temas emergentes no campo de pesquisa. Estão para além do que se entende por categoria, tendo em vista que a categoria separa, limita, e nesta perspectiva alguns fragmentos se repetem nas experiências e constroem sentidos a partir de diferentes lugares.

A produção de mosaicos foi na verdade uma necessidade diante do desafio de integrar os diferentes discursos produzidos nas narrativas dos sujeitos diversos em suas implicações com o campo de pesquisa. Uma análise e categorização a partir dos diferentes grupos de sujeitos não dá conta da explicação e compreensão do fenômeno, como por exemplo a análise dos discursos dos trabalhadores dissociada dos discursos dos usuários LGBTQ+ como categorias distintas, mas propôs-se uma integração dos dois discursos e como estes dialogam

entre si ou contrapõem-se. Os mosaicos/núcleos de sentido não são construções da frequência do que foi dito, mas uma construção dialógica de encontro de discursos do que é comum, mas também do que é diferente ou contraditório, também não como representação, mas como processo construtivo.

5.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, possuindo aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte sob parecer de número: 54407621.6.0000.5294.

De forma a garantir o sigilo das informações e proteção da identidade dos participantes os interlocutores tiveram seus nomes alterados por pseudônimos para fins de divulgação do conhecimento científico. Estes foram previamente contactados e convidados a participarem da pesquisa, onde foram esclarecidos sobre os procedimentos desta, bem como objetivos e a importância de sua participação e a contribuição. Após voluntariarem-se a entrevista foi marcada em local de preferência da pessoa entrevistada para que esta não tivesse custos ou ônus em sua participação e na ocasião do encontro presencial assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma via com o interlocutor/interlocutora, bem como o termo de autorização de gravação de voz. Ambos os termos constam em anexo.

Cabe ressaltar que durante os esclarecimentos foi explicado aos interlocutores que, apesar da descrição de diversos processos de pesquisa a participação em um deles não implica a participação em um outro encontro, como por exemplo, participar da entrevista não implicaria na participação em um círculo de cultura, tendo em vista que a participação seria de caráter voluntário. Os participantes dos espaços coletivos e os entrevistados no consultório não tiveram custos ou ônus por participação, tendo em vista estes já se encontravam no serviço em seu expediente ou em atendimento.

Os dados em áudios foram armazenados em *Pen Drive* de uso pessoal e individual para pesquisa. Os termos assinados, bem como os produtos em colagens foram armazenados em pasta arquivos. Todos os dados ficarão armazenados sob posse do pesquisador por no mínimo cinco anos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Da fauna à flora: conhecendo os interlocutores da pesquisa

Participaram desta pesquisa ao todo 37 interlocutores, que compuseram encontros individuais e coletivos, oferecendo suas experiências em entrevistas, oficinas e rodas de conversa. O Quadro 1 (Apêndice F) reúne a caracterização dos participantes de acordo com sua autodeclaração, bem como informações captadas nas entrevistas.

A caracterização dos interlocutores surge a partir da necessidade de compreensão da experiência sob um ponto de vista das diversas subjetividades em jogo, principalmente, no que diz respeito às questões de raça, gênero e orientação sexual, pois, percebeu-se uma intersecção entre estes marcadores nas experiências dos indivíduos, na forma de se portar diante do assunto e na produção de subjetividade.

Quadro 1 - Síntese dos interlocutores.

Usuários pássaros			Profissionais árvores		
Identificação	Característica	Espaço que participou	Identificação	Característica	Espaço que participou
Sabiá	Homem trans, negro	Oficina de colagens/Entrevista	Jurema	Mulher cis indígena, enfermeira do consultório familiar	Oficina de colagens
Anu	Homem trans branco, bissexual, assistente terapêutico		Ipê	Homem cis branco, homossexual, professor universitário	
Calopsita	Mulher cisgênero, mãe de Anu, professora universitária	Oficina de colagem	Pinheiro	Homem cis branco, heterossexual, enfermeiro e gestor em saúde	
Cacatua	Mulher cis branca, bissexual		Castanheira	Residente de odontologia (RMABSFC)	
Andorinha	Mulher trans heterossexual negra, profissional do sexo	Entrevistas	Embaúba	Residente de serviço social (RMABSFC)	
Arara	Travesti, pansexual, preta, atriz e performer, maquiadora	Entrevistas	Figueira	Mulher cis branca, heterossexual, médica psiquiatra	
Falcão	Homem trans heterossexual negro, comerciante	Entrevistas	Pitangueira	Mulher cisgênero, heterossexual branca, enfermeira	Círculo de cultura
Gaivota	Travesti branca	Entrevistas	Jacarandá	Advogada, mulher	

	heterossexual, jornalista.			cisgênero branca	
Canário	Homem cis gay branco, estudante universitário	Entrevistas	Jatobá	Enfermeira, mulher cisgênero branca	
Cardeal	Homem cis gay negro, trabalhador de <i>call center</i>	Entrevistas	Goiabeira	Enfermeira, mulher cisgênero branca	
Pardal	Homem cis branco bissexual, estudante, trabalhador informal	Entrevistas	Macieira	Técnica de enfermagem, mulher cisgênero branca	
Beija-flor	Homem cis pardo pansexual, garoto de programa	Entrevistas	Pitombeira	Enfermeira, mulher cisgênero, negra	
Garça	Mulher cisgênero branca, bissexual, professora universitária	Entrevista	Romãzeira	Assistente social, mulher cisgênero branca	
Coruja	Mulher cisgênero negra, bissexual, estudante	Entrevista	Cajueiro	Médico residente em GO, homem cisgênero heterossexual pardo. Possui residência em MFC	Entrevista
			Aroeira	Psicóloga residente em AB, mulher cis lésbica parda.	Entrevista
			Carnaubeira	Assistente social, programa de IST/AIDS, mulher cisgênero, heterossexual	Entrevista
			Cajazeira	Enfermeira, programa de IST/AIDS, mulher cisgênero branca heterossexual	Entrevista
			Mangueira	Enfermeira, programa de IST/AIDS, mulher cisgênero branca heterossexual	Entrevista

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

6.2 Mosaico do acolhimento

Este mosaico, retratado na Figura 3 (apêndice G) trata da produção de dados a partir dos encontros coletivos, oficina de colagens e círculo de cultura, que tiveram como palavras geradoras: “acolhimento” e “acolher sem preconceito”. Retrata os diversos sentidos que os interlocutores atribuem ao acolhimento e suas narrativas a partir de experiências vividas.

Trata da análise dos discursos presentes nas falas do círculo de cultura e das colagens produzidas na oficina, estas encontram-se no Apêndice H.

Figura 3 - Mosaico acolhimento.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

6.2.1 “Não se dança com quem não se confia”: sobre acolhimento às pessoas LGBT+

Este mosaico, retratado na Figura 3 (apêndice G) trata da produção de dados a partir dos encontros coletivos, oficina de colagens e círculo de cultura, que tiveram como palavras geradoras: “acolhimento” e “acolher sem preconceito”. Retrata os diversos sentidos que os interlocutores atribuem ao acolhimento e suas narrativas a partir de experiências vividas. Trata da análise dos discursos presentes nas falas do círculo de cultura e das colagens produzidas na oficina, estas encontram-se no Apêndice H.

Na fala dos interlocutores e interlocutoras o acolhimento tem sentido daquilo que produz, produz a sensação de conforto, a confiança, e o aconchego. A colagem de Pinheiro (Figura 4) traz a imagem de uma mulher cisgênero negra que cozinha em um fogão a lenha, a

qual ele nomeia como “vó”, que está em uma cozinha onde as paredes são estacas de madeira, denotando um lugar de muita simplicidade e humildade, presente em seu discurso de acolhimento, e há um rolo de filme que denota o papel da memória, como uma lembrança que se recorre ao necessitar de um acolhimento; ao fim da colagem coloca a palavra amor ligada a um coração que através de linhas vermelhas conecta todos os recortes da colagem, como algo que atravessa todo o processo.

Figura 4 - Colagem de Pinheiro.

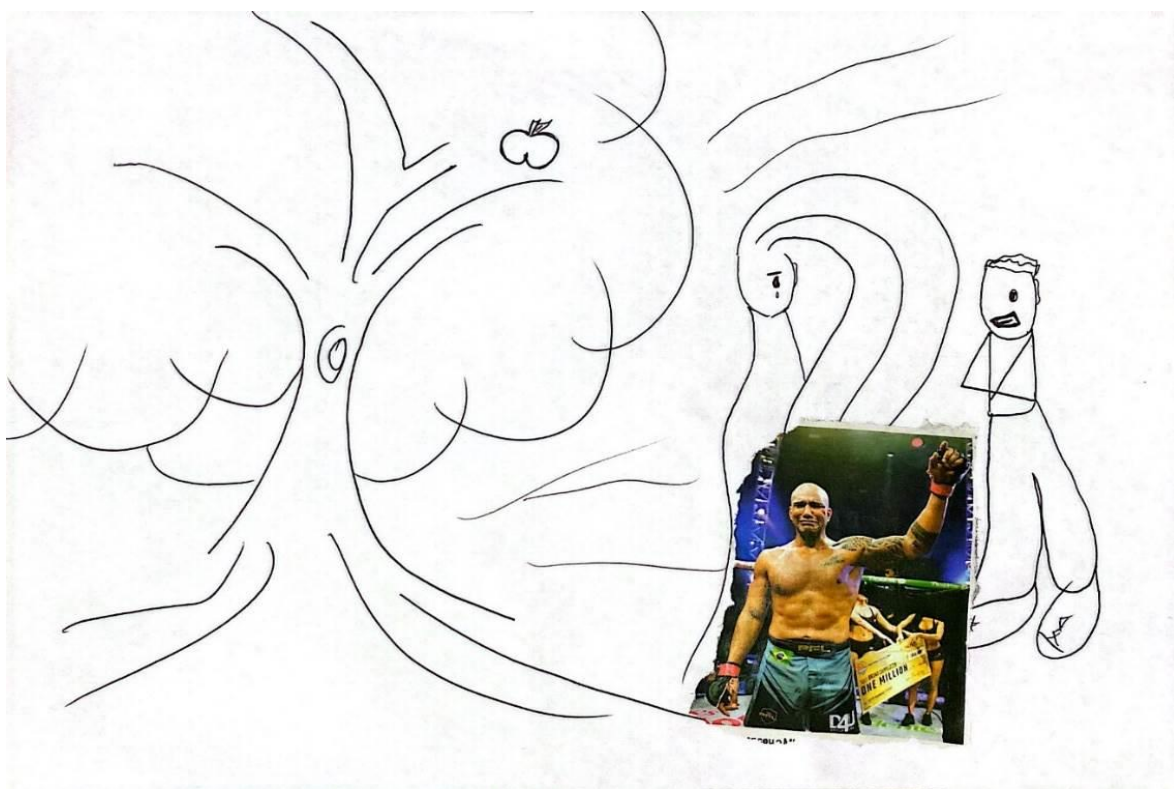


Fonte: Interlocutor, 2022

Há nesta imagem um discurso sobre família em uma visão romântica. A família como lugar de aconchego e de boas memórias, um lugar de refúgio onde se pode recorrer, pois existe o amor, e amor de família é “incondicional”. Há também um discurso sobre caridade na formulação “a procura de anjos” enquanto atores envolvidos no acolhimento, que em sua fala, são os profissionais da saúde implicados com o acolher. Ao utilizar anjos, figuras ligadas ao divino, seres espirituais que fazem a ponte entre os homens e Deus, entre céu e terra, figuras ordenadas pelo divino que estão entre os homens, mas também acima deles, coloca o acolhimento em um lugar de benevolência, de bondade pura e o profissional da saúde como alguém que manifesta essa caridade.

As colagens de Anu e Sabiá (Figuras 5 e 6) trazem contrapontos importantes para esta visão romântica e religiosa sobre acolhimento, atravessados por suas vivências trans carregam diferentes sentidos de acolhimentos e outros discursos sobre família, religião e amor.

Figura 5 - Colagem produzida por Sabiá.



Fonte: Interlocutor, 2022.

Figura 6 - Colagem produzida por Anu.



Fonte: Interlocutor, 2022.

A colagem de Sabiá retrata a gênese, a criação do mundo segundo a bíblia, representando duas figuras humanas, Adão e Eva em uma cena que remonta o nascimento do pecado original, quando Eva em um ato de desobediência a lei de Deus cede as tentações da serpente e come o fruto proibido da árvore do conhecimento, representadas também na imagem, e oferece a Adão que também cede e come o fruto proibido, que derrama todas as consequências negativas, como a morte, para toda a humanidade. Na colagem de sabiá Eva, a figura feminina no desenho, está triste enquanto que Adão, a figura masculina contém raiva em sua feição e os braços cruzados denotam a rejeição e desaprovação com esta. Ainda há ligada a raiz da árvore a figura de um homem lutador vencedor de uma luta e que toma o lugar e a forma da figura feminina.

Neste sentido, Sabiá narra a sua trajetória de transição de gênero e o “acolhimento” de sua família através da colagem. Eva representa os papéis sociais de gênero atribuídos ao sexo designado ao nascer, e o pecado através de uma metáfora com o fruto da árvore do conhecimento, que se trata da desobediência aos os papéis sociais de gênero, representados por Adão figura masculina metafórica ao sistema patriarcal onde se assentam tais papéis sociais, que produzem a reprovação, rejeição e a repressão à figura feminina pela sua escolha em não conformidade ao gênero designado. Ao escolher seguir seu próprio desejo, a árvore do

conhecimento cria novas raízes onde brota o verdadeiro “eu” que deseja florescer, que apesar da repressão e da dor do percurso vence a sua batalha ao fim do processo.

Há, neste sentido, um discurso não romantizado sobre a família, um discurso que revela a violência e a falta de acolhimento, um contraponto ao lugar romântico da família, um contraponto ao amor que neste caso é condicional, e que está ligado a obediência, a correspondência dos papéis sociais de gênero. Há o discurso religioso que fundamenta a falta desde acolhimento, cria o lugar do pecado a partir da escolha em viver e expressar sua identidade de gênero, para produzir repressão, rejeição e violência.

A colagem de Anu retrata também a falta de acolhimento e a solidão de seu processo de autodescoberta enquanto homem trans, utilizando a imagem da dança como metáfora para o acolhimento, como metáfora de um processo de relações, de construção conjunta, como uma dança, como endossa em sua fala:

Na dança você deve confiar naquele parceiro/parceira que lhe guia nos movimentos, não se dança em quem não se confia (ANU).

Ainda ressalta que o acolhimento, enquanto uma dança de confiança se trata, portanto, da criação de um ambiente seguro, e através deste se estabelece uma relação de confiança onde há a possibilidade de compartilhamento das dores e sofrimentos do outro.

É seguindo este sentido de dualidades do acolhimento a colagem trazida pela Calopsita, mãe de Anu, frequentadora do espaço da palavra para familiares traz diferentes faces do acolhimento (Figura 7). Em sua imagem utiliza a máscara utilizada como medida de prevenção na pandemia da *Sars-cov-2*, e os *smartphones* como objetos que aproximam que nos distanciam do outro, seja fisicamente ou distanciam a atenção; objetos que nas condições que se sucederam durante a pandemia foram instrumentos de acolhimento, a primeira porque foi ferramenta de proteção para os mais próximos, uma forma de cuidar do outro e o segundo como forma de nos aproximar de quem se precisou distanciar-se durante o isolamento social. Calopsita traz portanto o acolhimento como sentido de atitude, pois mesmo que você tenha e mãos algo em que o caminho mais natural seja o distanciamento, o uso deste objeto pode ser acolhedor, de acordo com a utilização e com a atitude de quem o usa.

Figura 7 - Colagem produzida por Calopsita.

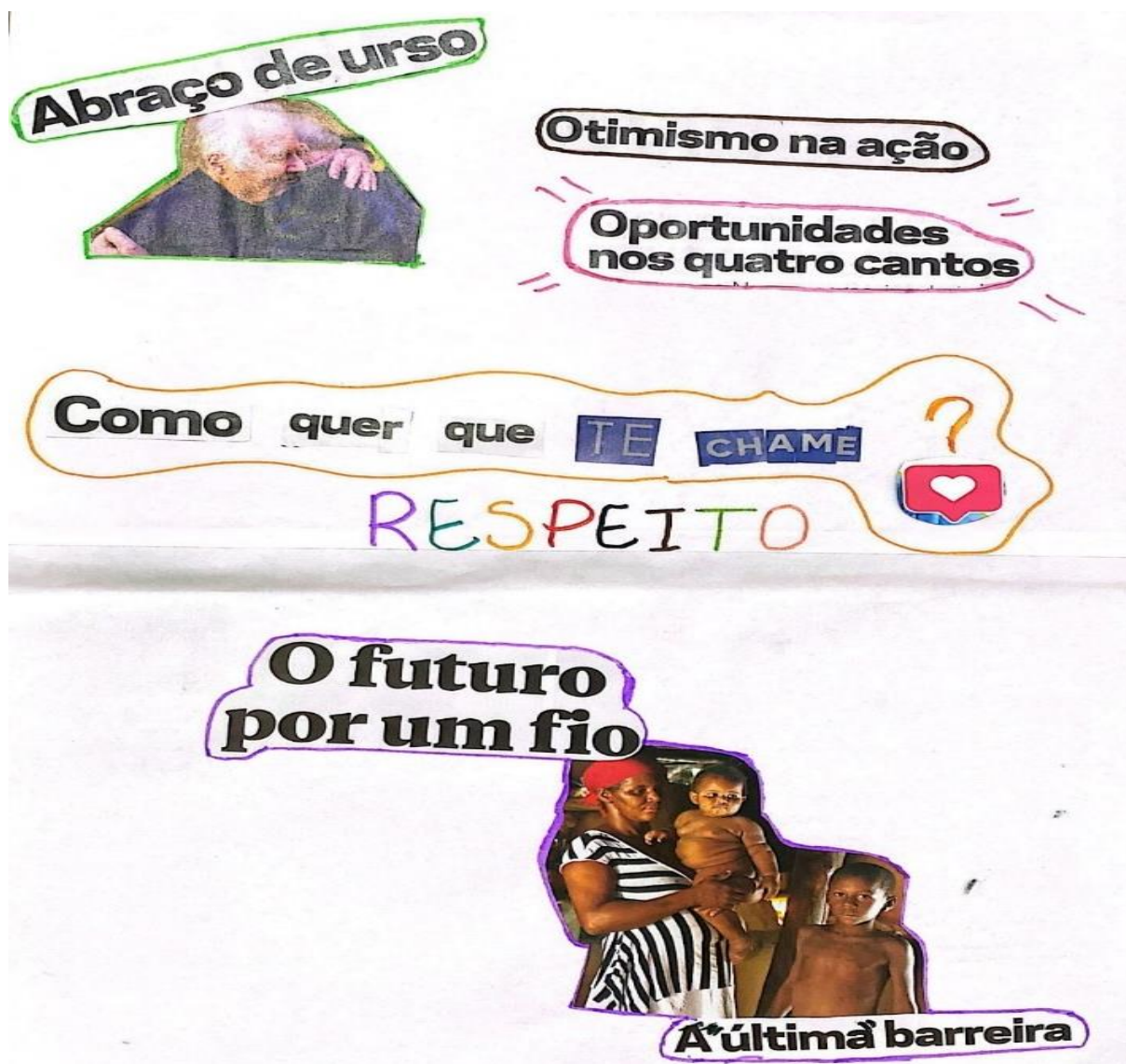


Fonte: Interlocutora, 2022.

Este lugar do acolhimento enquanto atitude se traduz enquanto ferramenta de cuidado, como ações nas colagens das profissionais residentes que participaram da oficina (Figura 8), onde trazem em sua colagem a frase “como quer que te chame?”, em volta de uma imagem de abraço e das palavras “respeito”, “otimismo”, “oportunidade em quatro cantos”, como elementos presentes no acolhimento, denotando a compreensão da identidade de gênero e o respeito ao nome social, a atitude positiva frente a demanda e o sigilo do momento do acolhimento. Há um discurso instrumentalizador do acolhimento, que traduz este em passos, ações concretas a serem realizados. Ainda acrescentam o temo barreira em volta de uma família de pessoas negras denotando o acolhimento também como barreira, em contraponto as atitudes que facilitam e dissolvem barreiras do acesso.

Esta última imagem abre os caminhos para a discussão colocadas com as colagens de Jurema, Ipê, Figueira e Cacatua, que trazem fortemente as questões de pluralidade, diversidade e singularidade, a partir da aproximação do acolhimento com as questões subjetivas dos sujeitos, do acolher a partir de um lugar da compreensão do lugar social que ocupam cada indivíduo, da sua história de vida e ancestralidade.

Figura 8 - Colagem produzida pela dupla de profissionais residentes, Embaúba e Castanheira.



Fonte: Interlocutoras, 2022.

Jurema traz em sua colagem (Figura 9) povos indígenas, pessoas negras e pessoas LGBTQ+ em manifestação associados à frase “*Nossa história é com os povos, precisa discussões sobre racismo estrutural, transgeneridade e muito mais*”, colocando a necessidade do acolhimento não somente como lugar de escuta, mas de compreensão do lugar social de cada um e cada uma, e do acolhimento em si como lugar de rompimento, como coloca em sua fala:

“[...] o acolhimento não está só na escuta, mas na nossa atitude. Por exemplo, quando a gente muda a conformação da sala, tira a mesa

entre nós e o usuário, isso produz acolhimento, quebra uma relação de poder (JUREMA).”

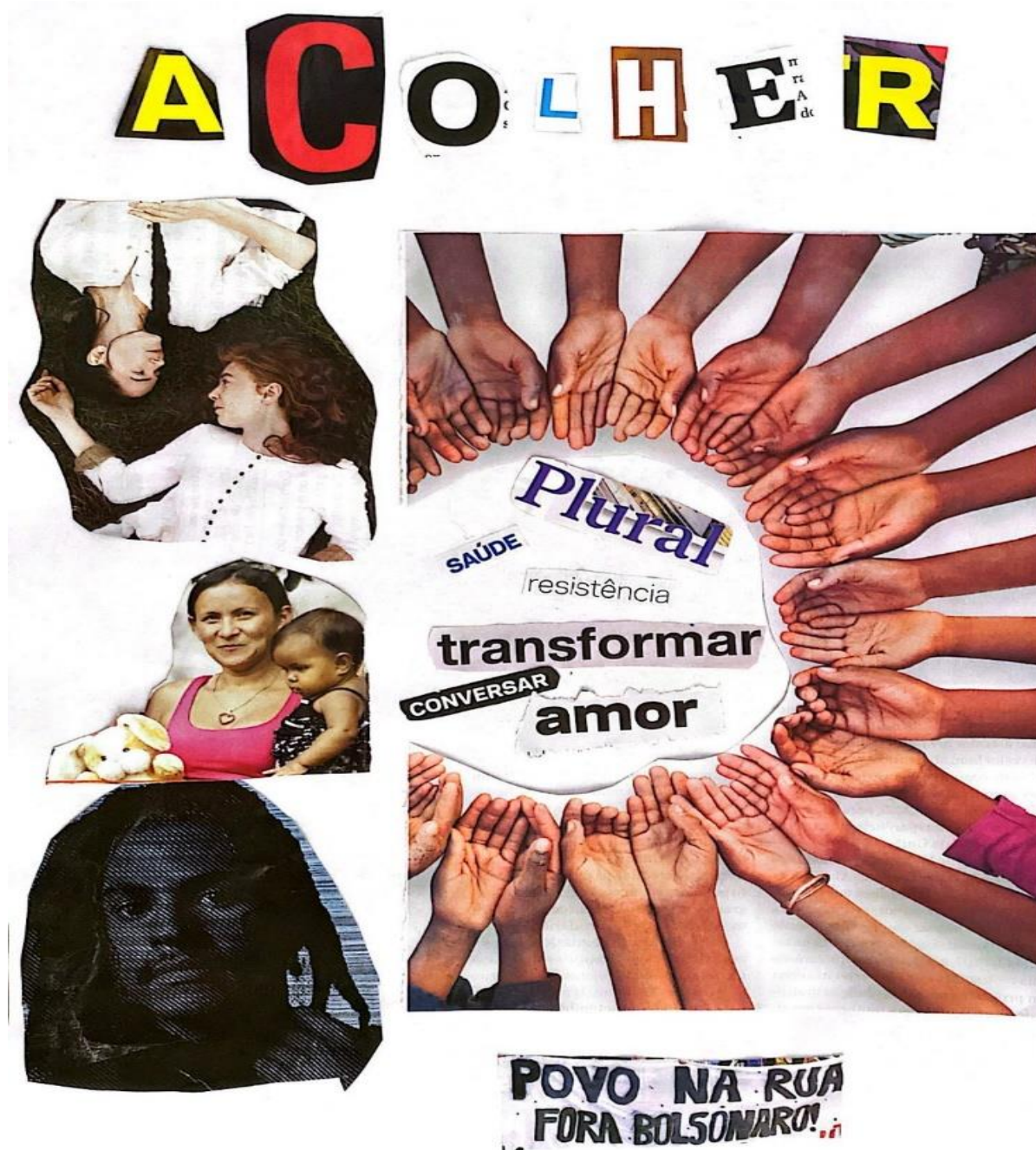
Figura 9 - Colagem produzida por Jurema.



Fonte: Interlocutora, 2022.

A Cacatua reforça esta noção a partir de sua colagem (Figura 10) com diversas mãos negras reunidas em torno das palavras “transformar”, “plural”, “resistência”, “conversar”, “amor” e trás também uma imagem de manifestação reforçando o acolhimento também como prática de transformação a partir das aproximações com as subjetividades diversas, retratadas nos rostos das pessoas utilizadas na imagem, pessoas de diferentes etnias, gêneros e sexualidades.

Figura 10 - Colagem produzida por Cacatua.



Fonte: Interlocutora, 2022.

A partir disto o acolhimento ganha sentido de transformação social, sai da esfera individual e passa a ganhar proporções coletivas, como traz a colagem de Figueira (Figura 11). Figueira coloca a solidão como uma questão central representando diferentes formas de se experimentar a solidão, sozinho sem ninguém ao redor, como um morador de rua retratado na colagem, ou sozinho ainda que cercado de uma multidão, onde todos estão compartimentados em carros, ou mesmo sozinhos entre semelhantes. Diversas mãos se

estendem para a pessoa que está só e dorme na rua, e transversalmente, cruzando todo o desenho há a frase “a que vida aspiramos?”.

Figura 11 - Colagem produzida por Figueira.



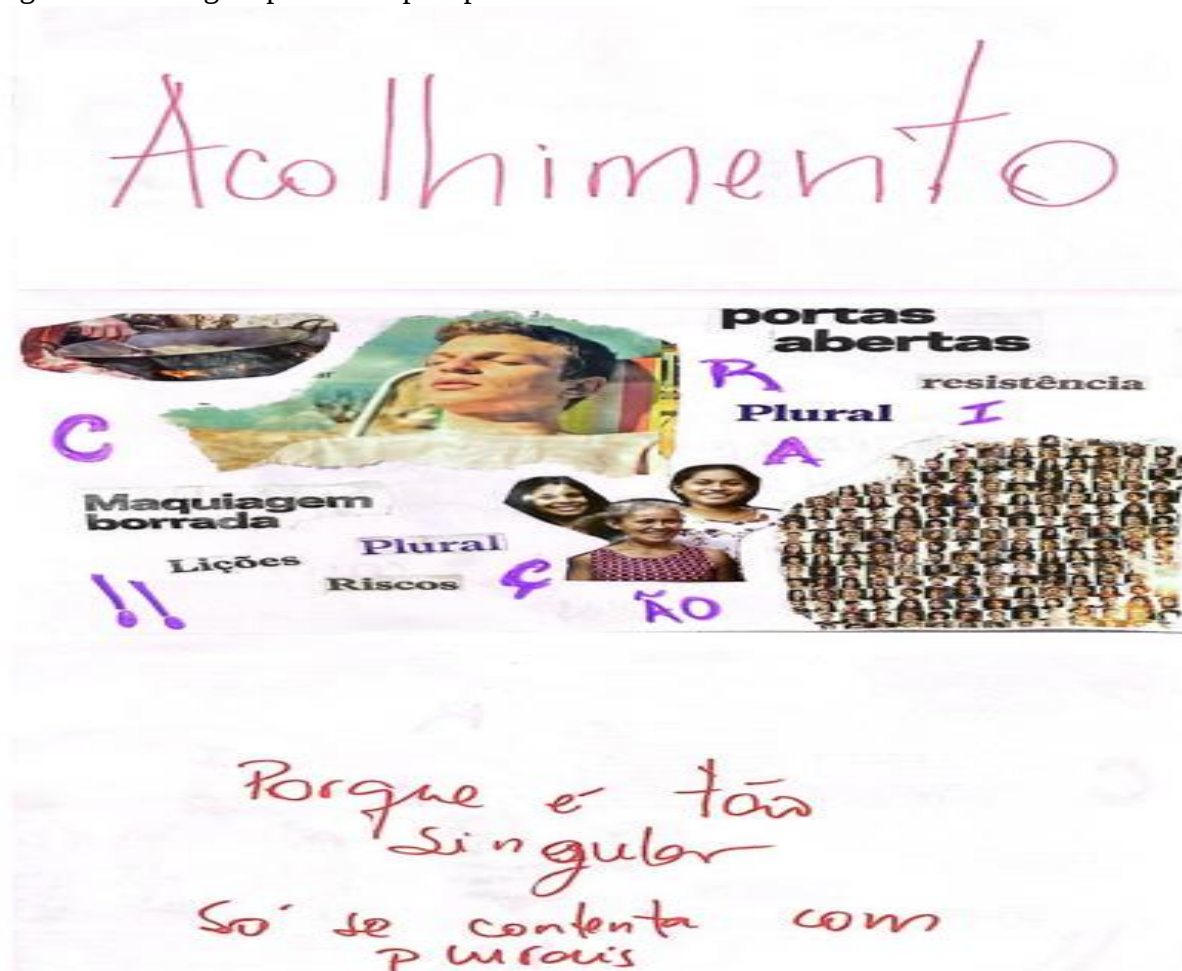
Fonte: Interlocutora, 2022.

A pergunta convida a reflexão do acolhimento frente a demandas de vulnerabilidade, mas também como uma ferramenta de luta coletiva, onde o acolhimento alimenta uma ideia de solidariedade, longe do lugar da caridade, mas como ferramenta transformação das práticas sociais em busca de justiça e igualdade.

Neste sentido Ipê traz em sua colagem (Figura 12) um remendo de todas as outras, atando o sentido do acolhimento enquanto produz o aconchego e conforto, através do rapaz que toma banho de sol e relaxa, mas associa o termo “portas abertas” trazendo a ideia de uma disponibilidade para acolher, diz portas abertas por não ter barreiras. As inúmeras faces e as palavra plural traz a noção de diversidade e o acolhimento às diversidades, em um sentido amplo de diversidade, que parte do diverso para o singular, e é atravessada pela palavra “criação”, em um exercício de criar formas de acolher a diversidade para contemplar toda a singularidade do diverso, todas as particularidades que estão no mundo e nas subjetividades

de cada um. Finaliza sua colagem com a frase que reúne este seu pensamento: “porque é tão singular, só se contenta com plurais”.

Figura 12 - Colagem produzida por Ipê.



Fonte: Interlocutor, 2022.

Há nesse sentido um discurso da ética, onde acolhimento ganha um sentido de postura ético-política, não é só aquilo que se faz, uma ação que se pratica, mas uma postura, uma forma de agir no mundo para além da esfera individual, mas uma postura que é política por se comprometer com a transformação de práticas sociais, das relações de poder e que produz relações de confiança, de cuidado e também de justiça.

6.2.2 “Já apareceu pessoas assim aqui na maternidade...”: Como os discursos sobre acolhimento operam no cotidiano

O círculo de cultura com palavra geradora “acolher sem preconceito” realizado com as enfermeiras coordenadoras de diferentes setores da maternidade mostraram como que estes discursos e sentidos operam na realidade cotidiana do serviço de saúde.

Diversos discursos estiveram em jogo no círculo de cultura, colocados em campo através da investigação do universo vocabular. O discurso da ética atravessou toda a atividade, a fala de Pitangueira abriu o momento e centraliza bem essa ideia.

“Eu sei que aqui cada um tem o seu credo religioso, acredita no que você quiser, mas a partir do momento que você entra aqui e assume o plantão, coloca a farda do hospital você está respondendo pela instituição, você tem que ir de acordo com o que se preza aqui, mesmo que vá de encontro a sua crença religiosa, porque você é um profissional da saúde (PITANGUEIRA).”

“[...] Isso é lei, não tem o que questionar, tem que ser cumprido, eles têm que ter o nome respeitado, e cumprir isso é parte do dever legal do profissional (JACARANDÁ).”

Pitangueira ao utilizar a expressão “quando entra aqui e assume o plantão, coloca a farda do hospital” há o discurso ético, onde não se fala do vestir a roupa física, mas se faz referência a assumir uma postura que é ético-política, que está alinhada com propósitos, neste caso princípios basilares do SUS. Já Jacarandá fala do dever legal do profissional da saúde, não é algo do indivíduo, é do campo do dever. Ambas negam o acolhimento enquanto ação individual, onde há pela parte de Pitangueira uma menção ao discurso religioso repressor, que não é acolhedor. Portanto, acolhimento não trata de ações e características individuais, e sim uma competência, um dever a ser cumprido.

Ainda nesta linha de raciocínio Pitangueira utiliza situações mais corriqueiras do cotidiano para fazer um paralelo com a atenção a mulheres cisgênero em situação de aborto de durante o parto, para evocar a postura ético política frente a estas duas situações para situar os a importância da postura acolhedora:

“[...] mesmo que seja algo que vai de encontro a nossa religião, não é o papel do profissional de saúde julgar, porque é um direito da mulher nas situações de estupro e quando constatado que o feto é anencéfalo (PITANGUEIRA).”

“A gente sabe que não é nosso papel julgar, mas sabe que acontece, por exemplo, na sala de parto dizerem pra mulher que tá sentindo dor

‘tá gritando de dor agora, mas na hora de fazer não gritou’, isso é violência obstétrica (PITANGUEIRA).”

Pitangueira usa as situações comuns na atenção do dia-a-dia daquele ambiente que em um primeiro momento parece tentar desviar o foco debate, mas há um discurso comprometido com uma tentativa habituação. O que se quer dizer na verdade e que não está em palavras é que essa postura, essa forma de agir comprometida com o acolhimento enquanto ação ética-política já é cotidiano, e não é um algo a mais, ou uma nova demanda pensar o acolhimento para pessoas LGBTQ+.

Ainda que isto estivesse implícito em seu discurso traz uma reflexão mais direta:

“A gente tinha essa necessidade de fazer uma formação sobre a população LGBTQ porque o consultório familiar meio que ampliou essa demanda, na verdade a gente vê que esses usuários estão vindo com uma maior frequência, mas que na a gente sabe que já é uma população que já acessa o serviço, e tem aumentado agora essa procura” (PITANGUEIRA).”

O que é confirmado por Jatobá, que ao ouvir a colocação de Pitangueira assume uma postura coçando a cabeça e com o olhar vago, como alguém que lembra de alguma situação e fala:

“É, já apareceu pessoas assim aqui pela maternidade... teve até aquele caso que a acompanhante era a companheira” (JATOBÁ).”

Chama atenção o termo utilizado por Jatobá: “pessoas assim”. Quem são essas pessoas assim? E se sabemos que se tratam de mulheres lésbicas ou bissexuais por quê “assim”? Há um apagamento ao passo que há o estereótipo em um mesmo discurso. Há um tom de casualidade como se “pessoas assim” fossem da ordem até da eventualidade, quando na verdade quer se fazer referência ao fora do comum, ao que não é habitual, não é o normal e correto. Este discurso distancia a população LGBTQ+ como responsabilidade também do serviço.

Seguindo o movimento do círculo de cultura, no momento da investigação do universo vocabular entraram em campo os diferentes discursos sobre acolher e acolher sem preconceito. A fala sobre empatia é recorrente, acolher como a condição de se colocar no lugar do outro, que em um primeiro momento denota um lugar do sensível, mas que revela o discurso da bondade, onde o acolhimento é um atributo intrínseco humano, como um dom, verificado na fala de Pitombeira. Contudo, a dinâmica do círculo de cultura coloca em jogo discursos que se contrapõe com o discurso da bondade, onde acontece a problematização

ocorrendo em ato no CC. Romãzeira faz menção a fala Pitombeira de forma imediata se contrapondo, como verifica-se abaixo:

“Acolher sem preconceito é ter empatia, se colocar no lugar do outro e tratar o outro como você gostaria de ser tratado (PITOMBEIRA).”

“Acolher é respeitar. Eu não gosto desse dizer de que empatia é você tratar como você gostaria de ser tratado, por que é como eu gostaria, mas como eu gosto de ser tratada pode não ser como o outro gosta, então não é só isso (ROMÃZEIRA).”

Romãzeira nega o discurso do dom sobre acolhimento, revela uma face egóica da fala de Pitombeira e em sua fala desloca a centralidade do acolher do eu para o outro, ao passo que diz que “não é só isso”, portanto, esse exercício da empatia não dá conta do acolher. Neste sentido, posteriormente traz uma fala que coloca o que é este algo a mais:

“Pra o acolhimento acontecer a gente tem que conhecer a outra pessoa. É assim: cada um de nós tem uma mochila nas costas, e a gente só conhece a outra pessoa quando ela abre a mochila. Aí que a gente vai conseguir entender como a pessoa quer ser tratada. (ROMÃZEIRA).”

A imagem da mochila nas costas é uma metáfora para a história de vida, tudo que compõe e constrói a subjetividade do outro, sendo assim o acolhimento acontece nesta relação de acessar a subjetividade, entender como este outro se constrói enquanto sujeito e as suas singularidades de forma a construir um acolhimento a partindo desta subjetividade, do que outro traz como bagagem.

Caminhando através desta compressão ainda sobre o algo a mais do acolhimento que não é só a empatia, as interlocutoras trazem o discurso da ação, da atitude diante do outro e da dimensão tecnológica do acolhimento enquanto a escuta qualificada. Ao passo que há também o discurso do lugar social também do outro que deve ser compreendido do ato de acolher, quando estas trazem as questões de gênero e raça como elementos que devem ser incorporados no acolhimento, trazendo mais situações do cotidiano da obstetrícia para comunicar.

“A gente sabe que todo mundo ouve o outro, mas não é todo mundo que efetivamente escuta (GOIABEIRA).”

“Acolher sem preconceito é ir além da escuta e pensar em outras formas de preconceito que existe como o racismo (PITOMBEIRA).”

“Como a gente sabe que acontece quando chega uma gestante que tá gritando, e alguém diz ‘na hora de fazer achou foi bom’. Então a gente não sabe como é a história daquela pessoa, se foi bom, se não foi, ela pode ter sido violentada, porque a gente sabe que tem mulher que é estuprada no próprio casamento pelo marido. Quando você não quer fazer e ele chega e você tem que fazer contra vontade, isso aí também é errado. Então não cabe a gente ficar fazendo esse tipo de comentário (MACIEIRA).”

A distinção feita entre ouvir e escutar feita por Goiabeira fala da diferença da ação e da atitude, uma postura diante da ação. Ouvir é a ação de estar ouvindo o que o outro comunica, mas o escutar é estar implicado na ação de ouvir, há uma postura ativa diante do outro, não só de receber o que o outro comunica, mas de se implicar, este implicar enquanto se importar com o que o outro traz dando uma resposta implicada com sua demanda.

Goiabeira e Macieira revelam o discurso de um ser social através das questões de raça e gênero em suas falas, colocando que as pessoas trazem consigo as subjetividades envolvidas em sua experiência racial e de gênero.

Macieira traz que uma situação de violência conjugal para falar diretamente da importância da história do outro, no entanto, há um algo a mais em sua fala, que se revela quando ela poderia ter utilizado outras situações de estupro para elucidar a intensidade da gravidade do comentário “na hora de fazer foi bom”, mas ao utilizar especificamente a situação de estupro marital em seu exemplo, Macieira traz um discurso que convida a uma desnaturalização dos papéis sociais hegemônicos. Neste caso desconstruindo a visão romântica do casamento, que é este onde há amor e não violência, onde a mulher deve submeter-se as vontades de seu marido.

A discussão então se encaminha para o momento formativo utilizando o fanzine do Anexo A, onde é debatido as questões de sobre as atitudes que promovem LGBT+fobia no serviço e o que deve ser fortalecido, com o foco no uso do nome social. É partir destes momentos que entram cenas do cotidiano e o acolhimento ganha a dimensão de gestão, de organização da assistência e fluxos. As interlocutoras colocam a necessidade de se dialogar com os outros núcleos profissionais como denotado nas falas de Pitangueira e Pitombeira:

“É importante a gente ver essa questão das fichas aqui e das pulseiras, pra ver se dá pra atualizar o sistema. Porque são esses dados que vão lá pro monitor, e é até bom ver essa formação com os maqueiros porque é quem chama pelo nome que aparece e faz o transporte. Eu vou ver como funciona pra a gente mudar essa questão dos nomes (PITANGUEIRA).”

“Agora não adiante ficar só entre a gente da enfermagem, tem que conversar com os médicos, os obstetras, porque não adianta a gente cuidar de um jeito e eles cuidar de outro (PITOMBEIRA).”

Pitombeira expõe as dinâmicas de relação de poder entre a equipe multiprofissional, em especial com os médicos, onde outras também endossam que se trataria de uma conversa mais difícil. Já Pitangueira toma nota e mostra sua implicação com a mudança de organização do serviço para melhor acolher as pessoas trans, faz menção ao nome que aparece no monitor da recepção do hospital que são chamadas pelos maqueiros para o transporte no serviço.

6.3 Mosaico das histórias de vida, narrativas de si e do outro

Este mosaico (Figura 13) é formado, principalmente, a partir dos fragmentos das entrevistas, do que foi mais emergente nas narrativas de profissionais de saúde na sua experiência e encontros com pessoas LGBTQ+ nos cotidianos, mas também o não encontro e os sentidos que atribuem as diversidades sexuais e de gênero e como estes sentidos repercutem e operam na produção de cuidado dos serviços onde atuam.

Reúne também as histórias de vida dos usuários e usuárias LGBTQ+ nos diversos ciclos de vida, na autodescoberta e na transição de gênero, nos rompimentos da revelação para a família, mas também do acolhimento em suas redes de apoio, bem como suas trajetórias românticas e sexuais que as movimentam e suas trajetórias em busca de emprego, sustento e vida digna, onde passam ou não por violências.

Figura 13 - Mosaico das histórias de vida.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

6.3.1 As dores e as delícias de ser o que é: sobre diversidade e as narrativas da transição de gênero

Ao nomear este mosaico como narrativas de si e do outro, este outro ocupa este lugar para demarcar as impressões dos profissionais da saúde, pois estes estarem referindo-se as vivências de gênero sempre no lugar do outro, e não incluindo-se dentro da diversidade. Estes atribuem sentidos as diversidades muito como algo que diz respeito a um outro, que não são e nem podem ser eles, pois a diversidade para estes é concebida no lugar da diferença sem ser a diferença da pluralidade, mas o diferente como atípico.

A primeira fala é de Pitangueira, ainda no círculo de cultura quando se falava sobre os papéis sociais de gênero e passa perceber-se no lugar de mulher em que há pressões sociais que a fazem seguir determinados padrões, como a cor do cabelo. Na fala de outros profissionais há tanto este movimento de separação como o de naturalização deste lugar da diferença enquanto atípico.

Isso é interessante porque, por exemplo eu... as pessoas vivem perguntando se eu sou sapatão, porque eu tenho cabelo branco e não pinto (PITANGUEIRA).

“Diversidade de gênero pra mim inclui, principalmente a luta pela inclusão social, quando a primeira coisa que me vem diversidade de gênero, primeira coisa que passa na minha cabeça é inclusão social [...] quando me falam de diversidade de gênero, pra mim a primeira questão é exatamente a inserção mesmo na sociedade pelas lutas, pelas batalhas (CAJUEIRO).”

“[...] acho que é poder existir de diversas formas e ser respeitado por isso (AROEIRA).”

“Acho que é liberdade de você expor, é, sua orientação sexual sem se limitar pelas opções, pelas opiniões dos outros, você se expressar da maneira que quiser em relação a sua sexualidade (CAJAZEIRA).”

Para Cajueiro a diversidade é concebida explicitamente como inclusão, porém fica implícito ao mencionar a “inserção na sociedade” que esta percepção parte de um lugar de exclusão como natural das pessoas LGBTQ+ a quem faz referência, em um discurso de naturalidade. As falas de Aroeira e de Cajazeira trazem termos como “ser respeitado por isso” e “sem se limitar pelas opiniões dos outros”, partem então de lugares de repressão, se é ser respeitado reconhece-se o processo de ser desrespeitado, assim como “não se limitar” revela que há o processo de limitação, e há porque ocupam lugares que não são os esperados, não são os lugares de normalidade. Neste sentido há o discurso da diversidade como o diferente, incomum, atípico e de naturalização da exclusão e repressão.

Contudo os sentidos e os discursos são múltiplos e estes encontram contrapontos como na fala de Carnaubeira:

“[...] O outro ele tem a particularidade, né, não por ser uma mulher trans, um homem trans ou gay, mas por ser, ser humano (CARNAUBEIRA).”

A Carnaubeira coloca a diversidade como uma condição humana que não diz respeito a ser LGBTQ+, portanto um processo do diferente que fala mais do que é singular a cada indivíduo. A partir disto são tecidos sentidos sobre DSG atrelados a ideia de liberdade, autonomia e expressão de si próprio.

“A diversidade sobre isso, que cada pessoa pensa de uma maneira diferente como ela vai se projetar pro mundo (MANGUEIRA).”

“Eu decidir o que eu quero em relação as minhas atividades tanto de me expressar sexualmente e direito de se eu quiser engravidar ou não, que tipo de anticoncepcional, se quero usar ou não quero, e ter esse

direito de escolha diante da minha expressão sexual, ou se eu quero ou não ter filhos [...] (CAJAZEIRA).”

“De forma geral é o direito que as pessoas tem de escolher com quem quer se relacionar, a forma como quer se relacionar, os meios, as práticas. [...] diversidade gênero eu acho que é mais a questão de como você se vê, de como se enxerga naquele universo, se o universo eu acho que não só naquela questão binária de homem e mulher, mas nessa amplitude, intersexo, as pessoas que não se identificam com nem um gênero, nem com outro, né? não-binários, eu acho que mais nessa perspectiva (PALMEIRA).”

As primeiras falas de Cajazeira e Mangueira trazem a ideia da diversidade como expressão, trazendo características que podem ser expressas, comunicadas e que envolvem também a escolha, portanto, há uma ideia de exercício, há uma diversidade em que se escolhe para si próprio e que também se expressa e comunica e que se pratica. Já palmeira traz a ideia de categorização associando a diversidade através de um discurso de identidade, entre ocupar o lugar de homem, mulher ou um não-lugar que, para esta, seria o não binarismo.

Parte-se então para as experiências das pessoas trans a fim de compreender como estas vivem e percebem a si próprias no entrelace com estes discursos sobre DSG, e como isto dialoga com as percepções dos profissionais de saúde.

As pessoas trans narram suas histórias de vida, onde fica evidente que suas trajetórias tratam de uma constante autodescoberta e invenção de si mesmo. As pessoas trans experimentam diversas formas de autoidentificação, onde se identificam e se desidentificam com papéis sociais de gênero e ao longo da vida se expressam e apresentam-se de diferentes formas, isto porque logo cedo parte de um processo de não identificação com os padrões cisheteronormativos que dá início a este autoconhecimento.

“Então Andorinha é uma mulher trans que em meados de 2009 foi se descobrindo como uma mulher trans, e essa descoberta ela começou o primeiramente em uma transformação primeiramente a nível psicológico né, eu tive que primeiro estudar o meu psicológico, me capacitar sobre algumas situação porque quando você é uma, aliás, toda trans ela foi um gay um dia né, a pessoa começa como... acha que está sendo um gay que realidade é uma transição [...] aí eu ficava muito no disse-me-disse, ou eu era gay afeminado ou era gay discreto. E não porque Andorinha queria, mas porque o mercado formal que era aquele que eu almejava muito me solicitava. Então na profissão de garçom eu sofri muito tabu, por que meu cabelo tava crescendo, as empresas queriam que todo garçom tivesse o padrão de cabelo curtinho (ANDORINHA).”

“A arara, ela iniciou a transição em 2017, passei pela não binariedade, gênero fluido, transfeminine e depois me vi como travesti. Fiz uns processos durante um ano pra entender com qual me identificava mais, enfim [...] (ARARA).”

“Então, eu me entendi enquanto homem trans dentro da minha transição, né, eu comecei a fazer assim... eu comecei me entendendo enquanto uma pessoa não binária, depois eu comecei a usar o hormônio e só depois que eu comecei que eu comecei a ver no espelho as questões da masculinização do hormônio foi que eu entendi que eu escolhi a identidade política de homem trans, , não uma questão de identidade pessoal, assim, ‘ai eu sou um homem’, foi uma questão política de decisão de quebra da masculinidade, ne, de entrar nessa questão do binarismo de gênero pra quebrar essa ideia, foi uma questão de escolha política depois do meu processo de transição [...] passei um tempo enquanto uma mulher lésbica, imaturidade mesmo, que isso aconteceu com 13 anos enfim [...] (ANU).”

A Andorinha reproduz a visão hegemônica de identidade trans enquanto patologia quando atrela seu processo de uma não conformidade com o papel de gênero masculino e passa a se identificar enquanto homem gay associada a questões do psicológico, o que denota muito mais processos que dizem respeito ao sofrimento que possivelmente pode ter passado neste processo, “estudar o meu psicológico” esconde esse sentido de sofrimento durante o processo e de na verdade fazer um trabalho de autoconhecer-se. Este processo de autoconhecimento é muito mais um percurso, uma caminhada do que um processo de seleção de si, de escolher alternativas, e sim um trajeto percorrido, uma bagagem, que para Anu, por exemplo, envolveu passar pela terapia hormonal.

É esta visão de gênero e identidade de gênero que Butler rompe em sua teoria de performatividade de gênero. Para Butler o sujeito não é um ser absoluto, fixo e final, portanto, acabado, mas o sujeito é um devir, descrito como um sujeito-em-processo construído nos discursos que executa (SALIH, 2019). Neste sentido diferencia-se *performance* de performatividade, no primeiro há o pressuposto de que existe um sujeito prévio que executa os atos (*performer*) e o segundo trata de um construto performativo, onde o gênero é um “fazer” e não um “ser”, a identidade de gênero envolve, portanto, a constituição do que se pretender ser e o que se simula ser, não em um processo de escolha, mas dentro de possibilidades, papéis de gênero, que estão disponíveis socialmente (SALIH, 2019, p. 65-66, 89-90).

Durante estes percursos do se conhecer e do se explorar as pessoas trans precisam fazer escolhas que não são da ordem apenas do ordenamento de uma autossatisfação, mas envolvem dilemas complexos de relações sociais que Anu traz como a escolha da identidade

política de homem trans. Há o discurso político de autoafirmação da identidade trans, o que se quer dizer nesta formulação é que a escolha de ser e de se expressar como homem trans é a de habitar o território do ser homem, afirmar a vivência transmasculina enquanto território do masculino e não como um território separado. É comum ser referir sempre a pessoas trans sempre com o sufixo trans, no entanto ao se referir a uma pessoa cis não especificar que trata de uma pessoa cis, ou seja, se reconhece a cisgeneridade a norma do ser homem e mulher. É neste sentido que Anu traz a escolha da identidade política de homem trans, pois há uma quebra da norma.

Contudo estas escolhas nem sempre estão atreladas a este processo que parece ser da ordem do interior de cada um e cada uma, mas elas não se dissociam do contexto amplo de vida. Neste sentido, Andorinha traz o seu relato as escolhas e as consequências que teve de lidar ao expressar-se como uma pessoa trans, que para ela custou o seu emprego:

“[...] E aí houve uma, como é que eu posso dizer? Eu me tornei uma pessoa não binária porque chegou o momento que eu precisei cortar meu cabelo e eu fui sou obrigada a cortar para trabalhar numa empresa, e isso me marcou muito (ANDORINHA).”

Durante a oficina de colagens Anu traz a “dança da solidão” em sua imagem no sentido de mostrar como o processo de transição de gênero é solitário e na sua fala da entrevista fica claro que seu processo foi desta ordem do individual. Porém Andorinha conta como o movimento social a ajudou a se entender como uma mulher trans, pois foi no seu engajamento no movimento social que esta passou a ter referências, passou a se construir na relação com outras travestis. Um processo semelhante ao da Gaivota, travesti jornalista, que passou a se construir também na relação com outras pessoas trans a partir de um documentário que ela produziu.

“[...] Então ali eu comecei a me transformar, comecei a me sentir uma mulher... quando foi um dia que eu entrei no movimento LGBTTT [...] Então, eu nasci como Andorinha dentro do movimento trans. Quando eu soube que tinha algumas leis que eu precisava tá dentro dela o movimento ele me ajudou bastante nessa transição” (ANDORINHA).”

“Eu me encontrei na minha transição dentro da minha profissão, que eu tinha muito de querer fazer documentários com pessoas trans, mas eu não entendia muito porque isso assim; nas entrevistas com as pessoas trans eu percebi que muito que o que elas sentiam antes dos incômodos que elas carregavam também era como dos que eu tinha dentro de mim, sabe? (GAIVOTA).”

É através destas trocas simbólicas que são produzidas as diferentes formas do devir trans, onde as pessoas trans se veem umas nas outras e constituem suas próprias subjetividades, também são nestas trocas que acontecem as aprendizagens aprende-se o que ser, mas também como ser e exercer o seu devir, as masculinidades e feminilidades. Entram em jogo as tecnologias de gênero, onde a terapia hormonal ganha um destaque, como colocado por Andorinha:

“Então, muitas amigas falavam: ‘mulher, você quer ter peitinho? Tome esse hormônio pra ficar feminina.’ E ali o psicológico, ele diz muito a respeito do que você faz, né?! É como se tivesse criando uma fé naquilo ali, então eu botei fé e disse ‘não, eu vou tomar’ e funcionou. Num ano eu chego em Natal de menino, no outro ano eu já estava de menina [...] (ANDORINHA).”

“Eu comecei a fazer terapia hormonal por conta própria, com ajuda das minhas amigas, né, elas que me passaram alguns hormônios que eu podia tomar, assim e eu na época eu estava em São Paulo (GAIVOTA).”

“[...] Eu conheci meninas que são garotas de programa que elas me deram auxílio ao entrar em site, fazer virtual e outros porque, filho que eu estava passando pela situação financeira que eu precisava me expandir para alguma coisa né, então ou eu buscava o mundo da prostituição via virtual de internet, ou eu ficaria na rua e ia ser mais uma eles não têm que tá se prostituindo (ANDORINHA).”

Para Andorinha suas trocas não foram apenas o lugar de acesso ao conhecimento sobre a terapia hormonal, mas de introdução ao mercado informal da prostituição em um momento em que necessitava ir atrás de renda. Movimentos sociais e os amigos figuram-se redes de apoio que ocupam o lugar de acolhimento para pessoas trans ao terem isto negado por suas famílias e pelo sistema de saúde.

“Foi só em 2019 que eu comecei o processo de hormonização, isso lá, morando no Acre. E no acre o sistema de saúde não oferece nenhum tipo de apoio pra pessoas trans, que vão começar a hormonização; então eu comecei a hormonização por conta própria, tomando uma perlutam a cada 21 dias [...] e um complexo de vitamina [...] conheci com outras meninas, porque lá não tem médicos que atendam outras pessoas trans. Por mais que eu chegasse numa UBS e dissesse: ‘sou uma pessoa trans que queria hormonizar’, eles diziam: ‘desculpa, nós não atendemos esse tipo de pessoa aqui’ (ARARA).”

“[...] conheci a questão hormonal, a perlutan, que é um erro grave que a gente tende a achar que a perlutan vai fazer uma feminilização, e até faz, mas traz um efeito colateral pra o corpo né, na medicina

[...]perlutan eu sempre fazia uso contínuo duas vezes por mês, uma vez por mês, até que me trouxe os problemas psicológico em relação ao comportamento, nervosismo... Chegava tempo que eu ficava tremendo, não consegue ficar com a mão parada, né, dava aquele treme-treme [...] (ANDORINHA)."

Há novamente a reprodução do discurso biomédico, atrelando o processo de transição na ordem da biologia, de processos psicológicos em desequilíbrio. No entanto, ainda que a terapia hormonal curse com alterações a níveis emocionais ao usar o termo “psicológico”, na verdade quer se fazer referência aos processos de sofrimento de não adequação aos papéis sociais, há nesse sentido um discurso de medicalização deste processo, onde a terapia hormonal ocupa este lugar de regulação deste “psicológico” que está em desequilíbrio e nervoso. Contudo este lugar de sofrimento não está dado, não é natural da experiência trans não surge pelo sentimento em si, mas é fruto deste sentimento frente as expectativas sociais e, sobretudo, frente a transfobia vivenciada durante este processo.

A fala de Anu sobre os motivos pelo qual procurou a terapia hormonal revela a problemática do discurso medicalizante. Tal discurso opera dentro do paradigma biomédico, onde todos os desvios precisam ser medicalizados, mas anterior a isso precisam ser categorizados e normatizados a fim de tornarem objetos de intervenção das ciências médicas.

“[...] Até hoje eu não tenho certeza... assim, me agrada muito a utilização do hormônio, mas até ‘hoje eu não tenho certeza de qual porcentagem foi o meu desejo e qual porcentagem foi pressão da sociedade pra eu me ver enquanto homem dentro desses marcadores de gênero, não sei lhe dizer (ANU).”

Este processo de normatização afeta as subjetividades trans de tal modo que as normatizam em prol de um modelo do que é ser uma pessoa trans, fazendo com que este discurso biomédico seja incorporado nas subjetividades produzindo os desejos sobre a terapia, e atrelando a experiência trans a uma busca por um corpo cis. O trabalho de Ker *et al.* (2020), traz relatos semelhantes, quando as pessoas trans entrevistadas compartilham que para se conseguir o acesso à terapia hormonal durante as consultas você precisa se estereotipar num lugar de sofrimento em um lugar de ódio ao próprio corpo. A fala de Anu coloca como a normatização da experiência trans opera nos serviços que realizam a terapia hormonal:

“[...] os ambulatórios do processo transexualizador no sus são verdadeiros... assim, são verdadeiros lugares de violências porque eles vêm no intuito de “a você vai ter que vir aqui e você vai ter que tomar hormônio e você vai ter que fazer a cirurgia” tipo uma fábrica de pessoas trans. Tem o molde e a gente transiciona dentro desse

molde a transicional gente vai passando igual um carro, coloca aqui agora... aquele modelo fordismo” (ANU).”

Quando Anu traz a pressão da sociedade para ter os marcadores de gênero, ele faz referência a atributos que são signos do masculino, como a barba, os pelos e a voz grossa e há a pressão para se consumir os hormônios a fim de acessar estes marcadores. O discurso biomédico concebe o processo de transição de gênero como a busca por um corpo cis, e as pessoas trans reproduzem este processo, não porque necessariamente se reconhecem neste lugar, mas porque precisam se enquadrar neste perfil para ter acesso a saúde, como traz Grubba (2022), como condição estruturante da política do PrTr.

No entanto essa visão não é homogênea, há pessoas trans que negam esse lugar de reprodução da cisgeneridade, como é o caso de Falcão Falcão, homem trans negro ao falar sobre sua relação com a terapia hormonal. Anu também trans uma experiência nesse sentido ao compartilhar como outros garotos trans estranham que tenha um jeito mais feminino, ao que ele reafirma que a sua própria produção de masculinidade.

“Porque assim, eu acredito muito no poder do psicológico. Então se você tá bem consigo mesmo, tudo vai fluir. O ambulatório ele mostrou muito quem eu era né, então assim, aparecia pelos onde não era pra surgir, e eu não tinha testosterona elevada. E tipo, minhas mudanças foram muito rápidas, mesmo sem a testosterona, porque eu estava bem comigo mesmo. Então assim, eu acredito muito no fator psicológico, você vai fluindo, você vai evoluindo de acordo com aquilo que você é... não questão de pensar, é aquilo que você quer pra você. Se eu hoje me considero Falcão, o homem, então independente de hormônio, ou não, eu sou essa pessoa. Então assim, o hormônio é mais, pra mim, ao meu ver, eu ainda vejo dessa forma. Sabendo que é uma medicação, sabendo que eu preciso dessa medicação, mas eu vejo mais como um mais como algo estético, tipo, não como uma questão ‘ah porque eu sou trans e eu preciso do hormônio’. De fato, a hormonização é algo opcional, ou a hormonioterapia que é algo que necessita o controle daquela coisa. É tanto que eu separo muito, a terapia hormonal da hormonização com o tratamento terapêutico “[...] Porque tem muitas pessoas trans que acham que pra você ser trans você tem que fazer o uso da hormonioterapia. O eu discordo disso totalmente, tanto que eu afirmo que eu gosto de menstruar, se eu pudesse eu estaria menstruando, então assim, eu não vejo o hormônio como algo necessário para mim, entendeu? Na questão de como eu estou, como eu sou, mas é necessário para meu tratamento, mas não para a minha condição de vida (FALCÃO).”

“Então eu já comecei outros meninos, aliás, outros meninos já chegaram pra mim e disseram, perguntaram como é que eu tinha confiança de ser tão feminino. Aí eu disse: “como assim, eu não entendi a pergunta” mas depois eu fiquei com isso na cabeça, eu

entendi, eu não preciso performar uma masculinidade tóxica para ser um homem, e muitos meninos não tem essa possibilidade eles acreditam que pra transicionar eles precisam bater todos esses marcadores de gênero, então eles precisam violentar as mulheres como um dia eles foram violentados, eles precisam ser machões, eles precisam ter barba, eles precisam fazer a cirurgia de mastectomia, eles precisam usar hormônio, que muitas vezes não é uma necessidade do indivíduo, mas muitas vezes torna-se uma necessidade pela pressão social mesmo, pela violência, pelo não reconhecimento dessa pessoa enquanto ela é (ANU).”

Na fala de Falcão entra novamente em jogo o “Psicológico”, este psicológico que pode estar em equilíbrio onde tudo vai fluir, ou em desequilíbrio que precisa de intervenção revela o discurso psiquiátrico sobre a saúde mental. O discurso psiquiátrico contemporâneo para Nunes (2012), concebe a saúde mental na ordem do orgânico, o equilíbrio das funções neurofisiológicas ao sair de sua homeostase gera as doenças e os transtornos logo deve ser controlado através de intervenções que trabalhem este equilíbrio neurofisiológico, portanto, enfraquece o debate da produção social da saúde mental e sobretudo sobre a autonomia do sujeito sobre si próprio e sobre seu cuidado.

Falcão em sua fala revela a complexidade na interação entre estes discursos conflitantes, e a importância da ideia da subjetividade trans enquanto um devir. Quando coloca que acredita no poder do psicológico e que é que quando este está bem “tudo vai fluindo” ele se aproxima da ideia de que o sofrimento está na forma em que se significa o processo em não no processo em si, pois quando abraça as singularidades do seu corpo trans há passa a não sofrer mais com isto, tudo começa a fluir utilizando suas próprias palavras. Isto se explicita quando faz referência à menstruação, que para muitos homens trans tem o sentido de sofrimento, para este há o sentido de prazer. Falcão sublima a menstruação como signo do feminino e incorpora na sua identidade do ser trans.

Ainda faz menção a uma separação entre hormonização e terapia hormonal, onde este último teria finalidades terapêuticas enquanto que o outro seria atrelado a ideais estéticos. Ambos os processos fazem parte das subjetividades trans, faz parte do devir de cada um e cada uma, mas a fala de Falcão é um convite para desnaturalizar o processo de afirmação de gênero. Não cabe reproduzir o discurso biomédico de criar e normatizar a vivência trans, e sim entender as diversas subjetividades e a pluralidade neste devir, e devir porque não é estático, de forma que estas significações podem mudar ao longo da experiência. Contudo independente do sentido atribuído há a necessidade de acolher e compreender estes sentidos e como estes operam na vida de cada pessoa trans.

A jornada através do mercado de trabalho seja formal ou informal é marcante nas histórias de vida das pessoas trans e aqui destaca-se como a questão da raça opera na forma como as pessoas trans experimentam o mercado de trabalho. Tomamos como partida os contrastes entre a experiência de duas mulheres trans, Andorinha e Gaivota, em suas trajetórias através do mundo do trabalho.

“Então na profissão de garçom eu sofri muito tabu, por que meu cabelo estava crescendo, as empresas queriam que todo garçom tivesse o padrão de cabelo curtinho [...] mas chegou um momento que eu não estava me conseguindo ser aquilo que era para mim ir pro mercado formal então quando eu passo de transformação física [...] Só que ali eu não tinha deixado de ser uma trans, só que eu estava me adaptando aquilo que o mercado queria. Eu estava entrando no padrão da modernidade que o mercado queria [...] chegou o dia que eu disse “vou cortar esse cabelo pra assinar a minha carteira pela primeira vez.” E você vê que a minha fala, ela tá muito ligada ao mercado formal, porque foi no mercado formal que eu tive que me adaptar e tive que fazer coisas que eu não queria, entendeu? (ANDORINHA).”

Para Andorinha que é uma mulher trans negra o mercado de trabalho foi um lugar de violência, onde esta precisou mutilar-se para enquadrar-se num papel de gênero demandado por seu trabalho. Para a mulher trans sua inserção no trabalho formal implicava a anulação de si e agir de acordo com sua vontade implicava em não ter mais o emprego, que foi a sua escolha, sendo violentamente colocada na prostituição, sendo o único lugar onde sua verdadeira identidade era aceita.

No entanto a experiência de Gaivota, travesti branca, difere em partes, pois a mesma teve acesso ao ensino superior e também ao emprego formal. Aqui não quer-se tirar os méritos de uma travesti que alcança o nível superior e o mercado de trabalho, na verdade o que se quer é avaliar como isto ocorre sob o ponto de vista de raça, inclusive a própria reconhece determinados privilégios de sua condição.

Para Gaivota o trabalho foi lugar também de acolhimento, onde passou parte de sua transição social de gênero sendo compreendida pelo seu entorno, sem a necessidade da mesma mutilação vivida por Andorinha, apesar de ainda sofrer transfobia nos espaços.

“[...] comecei atuar como jornalista, lá continuei na UFERSA por tempo fazendo os meus documentários né, de forma independente, muitos deles seriam também com outras emissoras como globo, Canal Futura [...] fui passar um tempo em São Paulo, trabalhei lá na Globo em São Paulo [...] quando eu comecei a atuar em empresas com

carteira assinada eu já tinha transicionado “[...] a minha grande transição mesmo eu passei dentro da UFERSA como estagiária, então eles me viram transicionar, viram meu corpo mudar lá dentro. E eu sempre fui muito bem acolhida assim, acho que por ser estagiária, e por ser muito jovem os profissionais eles me acolheram e queriam, e tinham essa preocupação que eu me sentisse acolhida lá dentro, então é uma casa para mim [...] aprender a fazer tudo isso em um lugar onde as pessoas queriam me acolher e queria meu bem, que foi a UFERSA, que foi ter transicionado a universidade, né? [...] é mais acolhedor que o mercado de trabalho. O mercado de trabalho ele é grotesco. Assim eu já passei por situações bem desconfortáveis no mercado de trabalho formal, assim de carteira assinado, sabe? A minha própria experiência na globo foi traumatizante. Assim, eu sofri algumas coisas de transfobias pesadas e eu saí do emprego com a cabeça bem transtornada, assim, precisei de um tempo para processar, entender que aquilo era transfobia, entender quão errado foram as atitudes comigo assim, sabe? (GAIVOTA).”

Gaivota relaciona o local de seu estágio com casa, sendo esta casa o lugar de acolhimento, o lugar para onde se retorna em busca de conforto. Contudo, ao falar de seu processo em uma grande empresa coloca como grotesco e traumatizando, além do mais, fala que precisou processar o vivido, revelando que a transfobia por vezes não está escancarada, mas velada nos discursos acolhedores.

Este mosaico revela a necessidade de descategorização do sujeito e ampliação da compreensão das pessoas enquanto sujeito-processo, enquanto devir, que está em constante movimento de entender a si mesmo e seu lugar no mundo, assim como para desnaturalizar os discursos medicalizante e patologizante sobre as identidades trans, em um exercício de aproximação das subjetividades e histórias de vida. Contudo ao falar de história de vida não para referir-se apenas ao passado, a memória do vivido, mas a história que está sendo escrita, o processo que está sendo construído daquele sujeito.

6.3.2 “O nosso amor a gente inventa”: das trajetórias afetivo sexuais à desconstrução do lugar de família

Este ponto as pessoas LGBTQ+ narram suas relações com seus familiares, destacando o momento de revelação de suas autodescobertas e de seus processos de revelarem suas orientações sexuais para as famílias, sendo um momento propício para o surgimento de violências. O que é marcante deste processo é que não trata de um movimento homogêneo para todas as pessoas LGBTQ+, tendo diferenças marcantes nas experiências que se relacionam com questões de gênero e raça.

“Não, foi tranquilo, tanto é que eu nem precisei me assumir, foi algo que sempre foi tratado comumente, até acho que até pela posição dos meus pais, meus pais são petistas, minha família paterna é petista, então a cabeça é bem mais leve de quando se é esquerdista, então foi algo bem, bem tranquilo, só no caso minha avó que já não tá viva que ela finge que não sabe, que eu não cheguei a falar, mas todo mundo, de todo o resto de minha família sabe, e eu também nem faço questão (CANÁRIO).”

“Pra mim foi bem tranquilo porque eu tenho muitos familiares que também são gays, que são da minha idade, da minha geração, aí pra mim foi um processo bem natural, sabe? Aí eu já cresci com várias referências, pessoas próximas de mim que eram parecidas comigo e pra me aceitar foi super de boa assim, entendeu? não tive nenhum tipo problema. [...] Então assim, com meus pais foi questão assim só de eu me assumir, entendeu? mas depois que eu me assumi foi super tranquilo, não teve nenhum tipo de preconceito nada não (CARDEAL).”

“[...] Aí quando eu fui me assumir de fato assim fui bem incisivo, que ele teria duas escolhas, ou ele me aceitava como filho e bissexual que eu sou ou então ele ia se juntar ao mundo que já ia me massacrar, o mundo por si só ia me massacrar e ele ia se juntar, então acho que ele ficou com isso na cabeça que eu disse a ele que ele podia ter a oportunidade, já que ele não tinha tido a oportunidade de ter um laço tão forte comigo na minha vida toda, ele poderia criar esse laço agora, que é uma segunda chance que muitos pais não tem acredito eu (PARDAL).”

A experiência destes interlocutores que são homens cis gays e bissexuais falam de lugares de não problema em relação a revelação, ainda que mesmo que houvessem expectativas de um momento de tensão, a condição de masculinidade permite, por exemplo no caso de Pardal, ser mais incisivo e encarar com uma postura de enfrentamento. No entanto, a experiência de Coruja, que é mulher cis bissexual e negra é marcada pela quebra da expectativa, onde esta acreditava que haveria acolhimento, mas que na verdade foi o pé para inúmeras violências.

“[...] Eu achava que pelas conversas que existiam dentro de casa assim, de comentários, principalmente da minha mãe, eu acreditava que a aceitação dela fosse ser tranquila. Então eu contei muito por essa questão de apoio, pra querer entender mesmo aquilo que estava acontecendo, e aí conversar com ela sobre o que estava acontecendo na vida assim, só que a reação dela foi total oposto do que eu imaginava assim, e tem sido até hoje [...] disse pra ela que eu queria que ela não contasse a ninguém, aí ela imediatamente chamou meu pai e contou, e aí desde então foi um ‘bafafá’ assim, foi uma

experiência muito violenta assim [...] Eu dividia quarto com minha irmã, a do meio, e por um tempo eu tive que dormir fora do quarto porque eles ficavam nessa falando que eu ia abusar da minha irmã [...] estava nessa já de querer sair de casa porque sabia que ia ser muito difícil e aí num determinado momento quando eu chego em casa depois da aula, como era em outra cidade e tal eu chegava de meia noite, a minha mãe estava com meu computador vendo todas as minhas conversas, vendo tudo, e aí ela ficou com muito medo, eu querendo pegar o computador e ela não querendo, nesse ato ela ficou tipo apontando a faca pra mim, eu não consegui acessar o computador [...] isso especificamente é uma coisa intocável assim, uma coisa que ela não concorda, deixa nítido que não concorda e a gente não fala sobre, finge que não existe. Ou quando esse assunto é tocado é sempre em tom de briga, de violência e alguém sai magoado, que a gente troca as palavras muito duras assim [...] Meu irmão ninguém sabe, assim né, oficialmente... Ele nunca falou assim, e isso é muito forte ainda porque as minhas irmãs sabem e são muito tranquilas (CORUJA).”

A Coruja ao procurar acolhimento em casa na tentativa de tentar compreender seu processo de autodescoberta, que pelo seu discurso conferia algum tipo de sofrimento, ou de confusão teve sua resposta através da violência.

Neste sentido o trabalho de Bermea, Slakoff e Goldberg (2021), amplia o debate sobre a violência intrafamiliar para as pessoas LGBTQ+ no sentido de elucidar como este tipo de violência cometido por entes familiares opera na vida de pessoas LGBTQ+ em suas especificidades, colocando por exemplo a reclusão do indivíduo de seu ciclo social e a supressão de sua expressão de gênero são formas como atuam sobre as pessoas LGBTQ+.

Do ponto de vista assistencial, em especial para AB, este é um debate emergente e necessário. Tendo em vista o lugar que a família ocupa no modelo assistencial da AB como estruturante da assistência.

A família é o núcleo de organização do modelo patriarcal, é na família que são socializados os primeiros papéis do masculino e do feminino, cabe a família a educação das crianças anterior a escola, e por ser a forma hegemônica de organização diversas situações que envolvem punições são tidas como naturais do processo de educar os filhos. Contudo há uma linha tênue para as pessoas LGBTQ+ entre a educação a violência, ocorrendo o que pode se dizer como uma violência educativa através da repressão. Por exemplo, nas crianças as famílias utilizam das palmadas, por exemplo para ensinar o que não pode ser feito. Quando uma criança pega algo que não deve seu familiar dá um tapa em sua mão para que esta aprenda não fazer aquilo que é proibido.

No caso de Coruja ela não foi só ameaçada de violência física como passou por outros mecanismos de repressão que foram a reclusão e o escrutínio. Coruja foi restrita da convivência de sua irmã sob o pretexto de que abusaria sexualmente desta, demonstrando um discurso de perversão por trás da fala de seus pais, ao passo também que teve sua privacidade violada, submetida a um processo de escrutínio tendo suas conversas na internet investigadas.

Para Sedgwick (2016), o momento de revelação é o ponto pé para o desvelar das violências, pois a revelação implica a publicização da identidade o que rompe com o lugar esperado para as pessoas LGBTQ+.

Na contracorrente destas experiências violentas a Arara traz uma história vivenciada com sua família com a possibilidade de gestação de seu namorado Falcão, onde ao contrário de suas expectativas de discriminação por fugir da norma social encontrou acolhimento, amor e suporte familiar. Arara conta que em determinado período ela e o Falcão tiveram a suspeita de que ele estaria grávido, por ter cessado as menstruações de forma não usual, o que gerou um sentimento de animação para o casal, que fez com que Arara fosse contar para uma familiar.

“[...] minha família por parte de pai que são pessoas que apoiam a gente de qualquer forma. E que eu sabendo que eu vou ter esse apoio, eu me sinto mais segura, teve até um momento que a gente achava que ele tava grávido, e aí contei pra minha irmã, e minha irmã ‘ai eu vou ser titia, eu vou ser titia, ai que felicidade’ eu falei: ‘não conta pro pai, ainda não, vamos esperar o resultado pra ver se dá certo, pra ver se ele tá grávido, se são só os hormônios que tã na loucura do corpo dele, e aí pra resumir a história, o resultado deu negativo, e aí ele muito tempo depois eu fui conversar com minha irmã sobre. Aí ela me disse que tinha contado pro pai, sem eu saber e que pediu que o pai não falar nada, e que o pai tinha ficado super eufórico: ‘ai eu vou ter um neto, a arara vai me dar um neto, tomara que dê certo, espero que o exame dê positivo’ e aí foi a partir desse start do meu pai, de ele, primeiro ponto respeitar eu e Falcão, isso meu pai nunca me despertou pra falcão e eu, ainda tem aqueles deslizes, mas eu fico em cima direito, mas que ele nunca desrespeitou Falcão, e que eu quer ser avô, e que eu e falcão possamos dar um neto, uma neta, nas céu ontem minha sobrinha e meu pai tem essa esperança de dar outro neto, outra netinha pra ele poder paparicar e ser um pouco um avô coruja (ARARA)”

A história de Arara e sua família subverte o lugar de violência familiar como dada para pessoas LGBTQ+, porém mais que isso, revela que a própria forma de lidar da família é marcada por movimentos, movimentos de negação e de repressão, mas também movimentos de aceitação e acolhimento. Movimentos estes que não são necessariamente excludentes, mas que podem mudar ao longo do tempo.

Estas narrativas colocam a necessidade de singularizar também o cuidado familiar e situar esta família dentro do cuidado em uma perspectiva de compreensão de sua dinâmica de receber uma notícia de revelação, que pode ir da violência ao acolhimento. Neste sentido é preciso desnaturalizar as violências intrafamiliares contra as pessoas LGBTQ+, pois a naturalidade destas violências reforça a subjetividade LGBTQ+ no lugar de um atípico passageiro, e o gênero e orientação sexual como algo reversível mediante a repressão.

É em meio a estas dinâmicas familiares que as pessoas LGBTQ+ constroem sentidos sobre família, onde se vê o desejo de gestar e constituir família no casal Arara e Falcão, assim também com o de Anu. Ambos discursos desconstróem os estereótipos de gênero que afetam também as pessoas trans, subvertem a lógica da gestação hegemônica atrelado as pessoas cis e produzem suas formas únicas de conceber o gestar.

“[...] a necessidade de ser pai para mim fazer uma reconstrução do que eu não tive na minha família, para mim mostrar que ser homem não é você ter uma genitália, não é você se encaixar em um padrão masculino, não é você andar assim andar assado, sabe, entendeu? Também eu sinto a necessidade de uma construção familiar para que eu possa viver esse momento que eu tô vivendo, que eu já passei assim já tive várias meninas e nenhuma teve tanta necessidade de falar o que é o amor quanto eu tive com a arara, para mim é algo assim surreal [...] que hoje o que empata mesmo da gente não ter nosso filho é a questão financeira, porque eu não quero colocar uma criança no mundo para mim ser um pai irresponsável para ver meu filho faltando uma coisa e eu não ter como comprar, para mim ver meu filho pedir e eu não ter como comprar, para mim não fazer nada hoje, eu tenho que dizer isso, eu não vou dizer de forma negativa, mas de forma positiva (FALCÃO).”

“Eu sempre quis ser mãe, sempre quis constituir uma família. No meu pensamento, antes de começar a me relacionar com Arara era de adotar, tipo adotar umas quatro ou cinco crianças, e enfim não ter algo, não passava isso de ter o processo de gestação com o meu parceiro. Depois de me relacionar com ele, e tendo essa vontade mútua, de gerar essa criança. É algo que surge e que eu tenho muita vontade, e que eu me sinto muito preparada e disposta de ter uma criança e de ser mãe e de cuidar, pra amamentar, porque eu sei que hoje tem procedimentos que ajudam na amamentação de corpos travestis. É que enfim, não sei o que vai acontecer, se vai dar certo e se não, mas eu sinto que eu tô preparada, que eu tô pronta, tô disposta, o mais importante é tá disposta e tá segura consigo mesmo, e eu me sinto de boa, sabe? Bem segura enfim. Não sei se vai dar certo, a gente até se frustra as vezes eu ele, porque entra a questão financeira, entra a questão psicológica, entra a família, que é uma questão pra ele, que a família dele não apoia ele em nada [...] (ARARA).”

“[...] uma coisa que eu tenho muito é essa questão da maternidade. Não vou dizer no sentido da paternidade porque eu acho que a paternidade que a gente tem na nossa sociedade hoje não condiz com o sentimento que eu tenho, mas eu quero ter um filho, eu quero cuidar, eu quero me dedicar, quero ter uma família e aí é esse sentido de maternidade que eu digo, não o sentido de mãe, eu quero ser pai, mas um pai materno, nas construções da nossa sociedade (ANU).”

As falas dos interlocutores e interlocutora revela a necessidade de deslocar o olhar sobre as questões de planejamento familiar, ampliar a visão e os sentidos de família, pensar o planejamento para além da anticoncepção. No caso de Arara e Falcão que desejam gestar há uma forte barreira social devido as condições financeiras, que são atravessadas pelas barreiras do ser trans e o do mercado de trabalho. Anu trás sentidos sobre uma paternidade materna, que fala do lugar afetivo de ser pai, um contraponto aos papéis sociais de masculinidades que distanciam o homem do exercício do cuidado, da demonstração do afeto, que está presente no desejo de Falcão, de ser a figura paterna a qual não teve.

A visão ciscentrada do planejamento reprodutivo é explicada por Agonese e Lago (2017), que colocam que as pessoas trans passam por um processo de esterilidade simbólica, uma crença de que as pessoas trans são naturalmente estéreis, não pelas questões da hormonização, mas pela impossibilidade da escolha pela reprodução e parentalidade, desde biológico, por processo de adoção ou da própria função social do cuidar. As políticas de planejamento familiar são centradas no padrão normativo de família heterossexual e cisgênero, onde as demandas de casais homoafetivos e das pessoas trans é atrelada à prevenção a ISTs, sem nenhuma possibilidade de pensar a gestação de pessoas trans (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

Neste sentido a assistência ao planejamento reprodutivo deve ser ampliada para os diversos sentidos de ser famílias, como as famílias transcitradas, aos diversos tipos de gestações e, sobretudo, incorporando também as demandas socioassistenciais, pensar a planejamento de família para além do viés biológico, mas garantindo também a dignidade da vida desta família através de um planejamento familiar que não seja só da ordem de acompanhar o processo biológico em si, mas também dando suporte através de políticas socioassistenciais.

Ainda nesse sentido é necessário pensar não só o padrão de relacionamentos para além da cisheteronormatividade, mas também desnaturalizar a monogamia das relações, não exclusivamente para pessoas LGBTQ+. As relações não-monogâmicas são emergentes também

nas trajetórias dos interlocutores, uma reinvenção do amor fora deste lugar do desejo exclusivo e dos relacionamentos como fórmula única, mas algo inventado em comum acordo.

“[...] desde que eu me assumi gay né, eu sempre namorei... agora, passei um tempo solteiro, mas atualmente eu tô namorando já vou fazer quatro meses e já tive relacionamento aberto, só que esse atual é fechado [...] nesse meu último relacionamento. A gente meio que combinou por causa dessas coisas de ter aberto (CARDEAL).”

“[...] eu sou muito de fases, eu tive diversos relacionamentos e relacionamentos duradouros, de dois três anos, já fui casado entre aspas vivi numa casa com uma pessoa, durante dois anos, foi dois anos que meu último relacionamento foi um relacionamento não monogâmico, a gente tinha um relacionamento aberto e eu sou muito assim, sou muito de namorar, mas também quando eu tô solteiro aproveito bastante [...] cada relação é cada relação, eu acho que naquele momento de nossas vidas, devido as circunstâncias [...] também tem as questões de preferências sexuais que a gente não, ele gostava de tudo, já eu me limito um pouco nesse sentido [...] É como eu disse cada relação é cada relação então obviamente cada relação aberta vai ser uma relação aberta diferente né, tem coisas que me tocam que não lhe tocam e vice e versa e tem que ser muito conversado [...] você saber que você é uma pessoa que você vai evoluir e que você tem pensamentos que hoje possa ser que amanhã você não tenha e você tem e até mais abrangente e foi dessa forma que aconteceu. No começo da minha relação, essa relação que foi aberta, a gente começou num relacionamento que foi um relacionamento fechado [...] eu tenho muito essa visão do relacionamento de fato algo livre, até no relacionamento monogâmico você respeitar a individualidade do próximo você entender que desejo sempre vai existir [...] foi o que realmente fortaleceu essa relação, porque a gente começou a fazer terapia junto, e estudar tudo isso junto e isso foi fazendo com que eu pertencente a ele pertencente pertencesse a mim de uma forma muito genuína, de certo modo (PARDAL).”

Assim como a própria construção de sujeito a construção dos relacionamentos é um devir e não fórmulas estáticas, como coloca Pardal, cada relação é uma relação, e a diversos são os acontecimentos que modulam a experiência, que no seu caso envolviam ser um relacionamento também a distância, e a questão de preferências sexuais, que *a priori* eram barreiras, mas que são superadas através de uma invenção de um novo amor, um amor que não prende e que respeita as individualidades. No caso de Cardeal o relacionamento aberto foi pensado a partir das dinâmicas do desejo, do atrair-se também por outras pessoas e por situações de relações extraconjugais que os fizeram construir esta forma de relacionar-se.

Ampliar o olhar sobre família e sobre as relações do amor e do desejo é também reconhecer que este não se expressa apenas na paixão e no romantismo, como é trazido no depoimento de Cajazeira ao relatar o caso de uma pessoa com HIV que acompanha no serviço. Para ela a constituição de uma relação heterossexual é apenas o cumprir um papel social no qual não se identifica, mas o exercício do seu desejo está fora disto.

“[...] Tem pacientes com HIV positivo que eles eram casados com mulheres, só que tiveram aí no momento do diagnóstico se abriu, ‘olhe eu tenho relações extraconjugais com outros homens e creio que tenha aí que eu tenha sido pego, porque até então minha mulher nunca demonstrou traição ou algo do tipo’ ele se revelou, disse que estava na relação matrimonial exclusivamente para dar satisfação a sociedade, tem muita essa vergonha, vejo mais com vergonha de ser homossexual do que vergonha de se ter HIV (CAJAZEIRA).”

Pensar a atenção à sexualidade e reprodução de forma ampliada é, portanto, desnaturalizar o lugar que o amor e o romantismo ocupam nas relações socioafetivas e nas relações do sexo que também são econômicas, como é trazido pelos interlocutores que se relacionam sexualmente de forma profissional como Andorinha e Beija-Flor. Pensar o exercício da sexualidade também como papel social e que acontece dentro de um emaranhado de relações complexas, é pensar que o desejo nem sempre é romântico e exclusivo e que a forma de relacionar-se afetivamente, sexualmente também é um processo e não um modelo estático que é inventado no cotidiano das relações.

Nesse sentido há um grande papel da ética profissional e do sigilo para que esta atenção não seja um lugar de expressão da moralidade, mas sim um lugar de compreensão do sujeito dentro do seu contexto de vida. Estas questões são exploradas mais à frente.

6.4 Mosaico do acesso à saúde

É comum que a temática do acesso ganhe a centralidade nas análises da situação de saúde das pessoas LGBTQ+, sendo a perspectiva mais comum a revelação dos problemas de acesso, a negação da assistência e a produção de violências, no entanto estas são apenas uma parcela das narrativas sobre o acesso à saúde das pessoas LGBTQ+. Esta visão coloca alguns questionamentos como, as experiências de acesso se dão de forma homogênea? Como diferentes perspectivas de acesso modulam as experiências das pessoas LGBTQ+ em seus itinerários em busca de atendimento em saúde? Se não conseguem atendimento no setor saúde aonde recorrem? Sendo assim, explora-se como as diferentes perspectivas sobre o acesso à

saúde operam no cotidiano e como as diversas produções discursivas quanto a gênero, raça, sexualidade e classe modulam esta experiência.

Este mosaico compreende as narrativas do vivido pelas pessoas LGBTQ+ nos serviços de saúde em sua busca pelo sistema, suas experimentações sobre acesso e como este acesso acontece por diferentes vias para além da negação, explorando também seus itinerários. Estes falam sobre os enfrentamentos nos serviços de saúde e também os não enfrentamentos daqueles e daquelas que não sofreram violências, ou não as percebera, alguns não tendo seu acesso negado e sim facilitado em algumas situações. Abrange as perspectivas dos profissionais de saúde que compartilham suas percepções sobre as pessoas LGBTQ+ e suas leituras sobre as demandas que trazem ao serviço.

Figura 14 - Mosaico do acesso à Saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

6.4.1 Rotas de fuga para o acesso à saúde

Na contramão dos relatos de experiências que de parte das pessoas LGBTQ+ nos serviços de saúde, é emergente aqueles que relatam não sofrer violência nos serviços e não passam por experiências negativas na busca por atendimento em saúde, estando mais presente nas narrativas dos homens cisgêneros.

“Quando você vai para algum atendimento você fica receoso em falar sobre a sua sexualidade sobre suas práticas?”. Não (BEIJA-FLOR).”

“Em algum momento em que você precisou revelar, falar sobre sua sexualidade, sobre suas práticas, você passou por alguma situação vexatória? Nunca. Nunca nem sofri preconceito, na verdade (BEIJA-FLOR).”

“Só teve uma vez que o médico me perguntou, que eu fui fazer um exame de toque anal, aí ele perguntou se eu era gay e eu disse que era gay e namorava. Porque eu fui fazer um exame preventivo de ter algum tipo de doença na região dos anus, aí ele perguntou se usa camisinha e tal, mas foi super respeitoso (CARDEAL).”

Ao afirmar que nunca nem sofreu preconceito Beija-flor causa a impressão de que não existam violências nos discursos dos profissionais que o atenderam, o que no depoimento de Cardeal ganha um tom de naturalidade no diálogo sobre suas práticas homossexuais, contrariando o que é difundido na literatura. Porém estas experiências abrem para se partir de uma análise de quem são e de onde falam estes dois homens, que lugares ocupam. Ambos homens cisgênero, pardo e negro, que nas suas expressões correspondem a papéis sociais do atribuídos ao masculino, de corpos atléticos que reproduzem o que se espera no padrão de masculinidade hegemônico, ou seja, ainda que não cumpram o papel da heterossexualidade compulsória, os signos que carregam do masculino na voz e no comportamento garantem mais naturalidade ao tratar de sua homossexualidade em consultas.

Isto porque a homossexualidade masculina é mais naturalizada na sociedade, pois os mecanismos de controle relacionados a sexualidade não criam apenas espaços de exclusão, mas normatizam todas as práticas. Ainda que a homossexualidade não seja considerada a norma padrão o exercício de categorizar cria como formas de como esta deve ocorrer, sendo, portanto, aceita dentro desses moldes, ou seja, dentro dos mecanismos de controle, porque obedecem a esta regra.

Quando se fala que a homossexualidade masculina é mais naturalizada quer se dizer que estes mecanismos de controle produzem os estereótipos de homossexuais que são amplamente “aceitos”, aceitos não em um sinônimo de bem aceitos, mas aceitos porque correspondem aos padrões normatizados. Além do mais a homossexualidade já foi

despatologizada anterior as identidades trans, o que ajuda na difusão desta naturalidade na sociedade.

Contudo o depoimento de Canário traz um contraponto a estas narrativas revelando uma diferente nuance para o debate, a face da violência não percebida. Assim como os outros dois homens cis citados, Canário, homem branco cisgênero e gay refere nunca ter tido problemas de discriminação em consultas, no entanto, ao relatar uma experiência ao solicitar orientações sobre o uso da PrEP para uma profissional de saúde com quem realizava testagem rápida para ISTs.

“Ela falou como era, mas ela também falou que era melhor o uso do preservativo, que não anularia o fato de eu precisar usar preservativo, ‘porque o PrEP é só contra o HIV aids, não é contra outras doenças sexualmente transmissíveis, que não iria substituir, mas como você muitas vezes se torna irresponsável sexualmente, enquanto você não tiver essa maturidade’, ela disse: ‘então você pode fazer esse acompanhamento, até você ter essa maturidade’ [...] Tipo assim, foi uma forma bem direta, mas é a forma que ela precisava tratar mesmo. Porque não é algo que a gente dialoga (CANÁRIO).”

Há implícito na fala da profissional da saúde um discurso moralizante sobre o sexo protegido. Ela associa maturidade ao uso de preservativo, colocando o uso da PrEP e o sexo sem uso de preservativo como sinônimos de imaturidade. Ao realizar esta associação atribui julgamento moral e de valor sobre o uso preservativo criando os lugares do sexo responsável (com preservativo) e o sexo irresponsável (sem preservativo), ignora o uso da profilaxia como uma forma de proteção contra a infecção pelo HIV assim como o preservativo. Este discurso revela a tentativa de controle sobre as práticas sexuais a fim de criar essa normatização sobre o como devem ocorrer as práticas sexuais, cria diversas subjetividades de culpa de criminalização deslocando o foco da responsabilidade quanto a infecção para a esfera individual, negando quaisquer outras situações que possam ocorrer.

Para Silva *et al.* (2016), a homofobia está presente mesmo nos discursos apaziguadores e que neguem a presença de violência, isto porque a crescente ideia da não permissão de preconceitos criam mecanismos de trocas onde os profissionais passam a disfarçar seus preconceitos e externalizá-los de forma sutil, mansa e branda. Neste sentido como demonstrado o fato de alguns homens terem relatado que não sofreram violência não reflita o que de fato aconteceu na realidade, isto porque como verifica-se na fala de Canário, o mesmo compra essa ideia de que “era forma que ela precisava tratar mesmo”, denotando que

há esta subjetividade de culpa sobre suas práticas, refletindo os mecanismos de controle sobre a sexualidade.

Em uma outra perspectiva o acesso é facilitado ou intermediado, demonstrado em situações onde amigos, conhecidos e até por profissionais de saúde que são mais acolhedores intermediam a relação com o sistema para garantir consultas e acesso a procedimentos. Beija-flor e Pardal narram situações onde o acesso à PrEP foi facilitado por amigos.

“Quando você vai fazer o atendimento você é bem atendido? Sim. Talvez seja porque tipo quem faz é meu amigo. Eu tenho amizade dentro. No meu caso não sei se é por isso, mas é porque eu conheço a pessoa e me trata bem. Não sei se seria pra outras pessoas, mas pra mim é fácil o acesso (BEIJA-FLOR).”

“Eu não usei o serviço daqui. A gente fez tudo com uma amiga dele. A gente foi se informar, e aí falamos com essa amiga dele que trabalha com isso por lá e ela passou todos os exames que a gente tinha que fazer e tal, nós fizemos e ela conseguiu pra a gente a medicação, pra a gente tomar (PARDAL).”

Neste sentido Palmeira, enfermeira da AB conta de uma funcionária da UBS que fazia o acolhimento as pessoas LGBTQ+ e após sua saída da unidade a procura destas pessoas pelo serviço caiu.

“[...] a gente tinha uma pessoa na recepção que tinha uma recepção digamos assim, de receber essas pessoas de forma mais empática e a gente tinha essas pessoas acessando o serviço, nem que fosse minimamente pra vir pegar preservativo, mas ao longo do tempo, essa pessoa saindo a gente não conseguiu mais nem ter visão dessas pessoas aqui, ou se estão elas não demonstram ou não falam sobre essas demandas específicas relacionadas a questão da sexualidade (PALMEIRA).”

Em um primeiro momento essas vias de acesso parecem ser mecanismos de burlar a via comum do acesso, porém ao se aprofundar nas experiências verifica-se que na verdade são mecanismos de evitação da violência. Por exemplo, no caso das profilaxias Pardal afirma que só recorreu a via da amizade pela resistência em sofrer violência no serviço, ao que Beija-flor confirma pelo seu relato de não passar por violências, provavelmente também por este intermédio.

Esta questão se adensa quando se verifica que estas vias de acessos são quase que institucionalizadas ainda que informalmente. Palmeira trouxe a situação desta recepcionista e que o acesso de pessoas LGBTQ+ se condicionou culturalmente a figura desta pessoa. Neste

mesmo sentido, Carnaubeira, traz sua experiência no cuidado a pessoas com HIV/AIDS narrando que as demandas que dizem respeito a pessoas LGBTQ+ são sempre direcionadas para que o serviço social realize o intermédio.

“Aqui é muito comum dizer assim ‘ah a pessoa veio, passou pelos outros setores porque ela precisa tomar medicação, precisa ir pra um infectologista, precisa pegar o comprimido dela, mas tudo que foge dessa rotina de tomar um comprimido pra tratar a doença, essa pessoa é encaminhada pro Serviço Social, né? Como se essa demanda fosse característica nossa, assim, é só do nosso setor [...] ela disse ‘a questão do hormônio pra ela aqui? que ela precisa de hormônio e eu não sei’ então assim, se concentra a informação como se nós fossemos as detentoras dessa população. ‘Não, é população trans, é população LGBTQ mande aí pro Serviço Social pra as meninas ver.’ E na verdade eu entendo que essa informação deveria ser pra qualquer pessoa do setor, né, então todas as pessoas deveriam ter essa informação, deveriam ter esse contato, deveriam ter esse conhecimento (CARNAÚBA).”

Há o discurso médico e da especialidade, tudo que está além do medicamento, do tratamento da doença é delegado ao serviço social. Este discurso nega as subjetividades e criam um espaço de desresponsabilização das demais categorias sobre as demandas de saúde da população LGBTQ+ que estão para além da questão do HIV/AIDS.

Estes lugares criam estas rotas de acesso que sendo intencionais ou não se instituem como as vias de acesso de fato, ou seja, configuram-se para além de uma forma de burlar o sistema, mas produzem espaços muito mais de exclusão.

Seguindo este caminho do intermédio e as rotas de fuga há o acesso que acontece nas surdinas, ele é intermediado, mas em um lugar do escondido, do que deve ser mantido em segredo, pois é da ordem do proibido e deve acontecer por debaixo dos panos. Isto se expressa nas narrativas de Andorinha e Arara na busca pela terapia hormonal.

“Então eu ia na farmácia de forma clandestina pra tomar. Alguns farmacêuticos vendiam, outros não. Então creio que hoje devido a retificação do nome né, para eles eu me trato de uma mulher cis, então eles têm mais segurança pra aplicar aquele hormônio e não ser recriminado por algum órgão que já vi fiscalizando, né, mas quanto mulher trans era como se fosse algo inadmissível, e às vezes ficava até assim: “nossa venha em tal horário”, por que a gente toma hormônio de forma legalizada entendeu? (ANDORINHA).”

“[...] passei a tomar hormonização com receita, por mais que eu tome perlutan, que não precisa de receita pra comprar, mas eu sempre

peço, eu quero pegar uma receita, pra atestar que eu tô num acompanhamento pra poder entregar na farmácia (ARARA)."

Fica nítido o discurso criminalizante e patologizante da identidade trans, quando não há a receita que a comprove suas necessidades em comprar a terapia hormonal, que normatiza a experiência como sendo da ordem da doença, estas precisam frequentar horários extraoficiais para conseguir comprar a medicação, pois parte-se do pressuposto que é uma prática errada e criminosa. Esta produção discursiva é muito atravessada pela questão da religião, pois este discurso concebe a cisgeneridade como lei natural, portanto sendo da ordem do crime ir contra esta lei e mudar a própria natureza, exceto ao ocupar o lugar da doença.

Quando estas condições não são colocadas é necessário mentir ou omitir os verdadeiros motivos pelos quais ocorre a busca ao serviço, como narra Andorinha no acesso a PEP ao acompanhar um conhecido no serviço.

"[...] tivemos um caso recentemente há menos de três meses atrás de um rapaz que precisou pegar a PEP; e aí a mulher disse que não podia dar a PEP, por isso, isso e aquilo, que o médico não tava lá no momento. E eu disse: "não, mas a PEP" não é emergencial? Já a prep que precisa de um acompanhamento inicial, que tem a pré e a pós exposição, se eu não me engano." E ela não cedeu, e, então o rapaz ficou constrangido, na hora ele tava comigo ele teve que mentir o que fazer ali porque a mulher ficou: "Mas por que você quer fazer o teste? O que foi que houve?" porque ela disse assim: "olha aqui não é para você fazer teste não, aqui é um teste de urgência, teste rápido você faz particular ou você faz pelo PAM. Aqui é um teste de urgência você só pode e, vir para cá se for um caso de urgência, de última hora que você pode vir para cá" (ANDORINHA)."

No caso narrado há não só a negação do acesso como a negação de qualquer acolhimento e orientação. No depoimento é perceptível que a profissional não se implica com o caso do rapaz, de forma que suas perguntas são muito mais em tom de intimidação do que de compreensão. Ainda que não houvesse a indicação ao procedimento a profissional coloca uma série de barreiras para dificultar o acesso e suas perguntas carregam um discurso de descreditar a necessidade do procedimento, sem escuta qualificada, sem acolhimento, acontecendo antes mesmo de entrar no espaço, ali na recepção.

A deslegitimação é um mecanismo de produção de violência a pessoas LGBTQ+ que consista na recusa do profissional em considerar algum elemento de sua demanda, causando a negação da existência a não ser em critérios específicos (FÉBOLE, 2017). A não implicação da profissional no envolvimento com a demanda do usuário cria um espaço de desresponsabilização, ao colocar o motivo de sua procura como não necessário ela o torna

ilegítimo, portanto, não é de sua responsabilidade, pois não está dentro das indicações comuns. No entanto, não houve atendimento para se entender o motivo da procura para então conseguir dar o encaminhamento correto.

Nestes casos segue a via do acesso espetacularizado, onde as pessoas, em especial as pessoas trans precisam recorrer ao mecanismo do barraco para conseguir o acesso, precisam instaurar uma confusão, onde na tentativa de apaziguar a confusão e acalmar os ânimos tem o acesso garantido em uma espécie de barganha, como complementa Andorinha trazendo o desfecho de seu amigo no acesso à PEP.

“[...] O rapaz ficou sem atendimento e eu fui atendida depois de fazer uma confusão, e a mulher dizendo: “esse povo quer ter muita prioridade”, e dizendo por telefone para outra atendente, eu estava lá na hora ouvindo perto dela ela não percebeu que eu estava escutando, que quando eu disse: “não, minha senhora, não quero prioridade, é direito meu perante a lei, até porque se não fosse essas doenças infecciosas vocês não estariam trabalhando aqui, vocês trabalham em nome disso e não de outro cargo, e aí pronto, chegou essa desavença (ANDORINHA).”

Em um caso semelhante Falcão narra uma tentativa de ir marcar um exame comum de radiografia em sua UBS e sofre transfobia. Destaca-se como a atitude do serviço muda após o caso tomar proporções de confusões.

“[...] Eu cheguei educadamente, “moça, boa tarde, eu queria saber como eu faço pra marcar esse exame”. Aí foi ela, sabendo que ali era sala de exames, mas mesmo assim eu perguntei e ela respondeu: “não, aqui não tá tendo raio-x não, não tá marcando exame”, toda ignorante, e aí eu disse “tá, tudo bem”, aí foi e disse: “mas você sabe quando eu posso vir aqui? Como é que eu faço?” ela disse: “por acaso eu tô com cara de quem conserta raio-x?” Assim bem ignorante, eu dei “boa tarde pra você também”. Então eu fui procurar a diretora, desde o dia que eu fiz um barraco no Instagram da prefeitura ela tá me tratando muito bem [...] Tanto que as minhas vacinas que eu fui tomar lá no covid né, e ela disse: “não se preocupe que você não vai pegar fila, você vai ter atendimento VIP”. Eu disse: “mulher, eu não quero atendimento vip, eu quero esperar como todo mundo. Eu não sou diferente de ninguém, eu quero um atendimento humanizado. Eu quero ser tratado com respeito, da mesma forma”, ela disse “tá”, então se eu estou lhe respeitando. Então não tem isso, não tem nada disso... daí em diante ela sempre facilita esse atendimento pra eu não sentir tanta transfobia (FALCÃO).”

Destaca-se o fato de que para além de consultas essas rotas de fuga também estão para os mecanismos de reivindicação, à medida que falcão recorre a uma mídia social para

reivindicar seu direito e não a uma instância como ouvidoria ou de controle social, mas cria ali seu próprio mecanismo de vigilância. Neste sentido a narrativa de Andorinha soma-se a de Falcão:

“Passo sim, mas não pela pessoa não saber meu nome que tem no documento, mas pela questão de cultura. Então quando a pessoa nota assim que é uma pessoa transgênero ou travesti ali, ela já ‘ele!’, ‘minha senhora, não é ele, é ela, olhe meu documento’, ‘aí não sei o quê, me desculpe!’, ‘quem é a pessoa que vai ser atendido? É ele’. Aí a pessoa me olha dos pés à cabeça. ‘não, é ela mesmo’. Então isso é uma coisa que é o cotidiano mesmo, sabe? É o dia a dia. Raramente você vai encontrar pessoas que te respeitam [...] são pessoas que faz isso as vezes porque quer, não é porque nunca viu, não é porque nunca teve contato, não é porque é algo de outro mundo, é a convivência do dia a dia, é a cultura, acha que pode levar o achismo pro dia a dia, e as vezes apreendendo na peia né, você usa da educação, então é como se o caminho judicial, muitas vezes eu tenho que ir procurar os meios de comunicação, ouvidoria, eu peguei uma pessoa que ela e concursada, e ela disse que não ia me dar uma informação que eu preciso pra um caso de uma cirurgia de Proctologia, porque ela só podia me dar a informação se eu levasse a procuração pra ela ver, sendo que eu já levei a procuração antigamente, já dei tudo no sistema, não era custo ela pegar meu nome e ir no sistema e olhar se eu estava naquela lista de espera de cirurgias. Então, tudo é por aí. É a falta de interesse humano (ANDORINHA).”

Quando Andorinha em dois momentos trás termos como “se não fosse essas doenças infecciosas você não estaria aqui” e “é a falta do interesse humano” ela questiona não o lugar do campo de saber do indivíduo, mas a sua postura, o propósito de estar ali não para tratar um grupo de doenças, mas para exercer o papel de garantir um direito, questiona-se a falta da postura acolhedora enquanto atitude diante daquela demanda, a falta de uma competência do acolhimento.

Uma questão recorrente em ambas narrativas é a ideia do “atendimento privilegiado”, discurso utilizado muitas vezes para deslegitimar as demandas da população LGBT+. Utilizados para disseminar uma ideia de que existe as pessoas LGBT+ buscam por exclusividade no atendimento em um sentido de um atendimento que se sobreponha a outros atendimentos, numa qualidade de ser melhor do que para pessoas não LGBT+. Quanto a isto, Carnaubeira sintetiza bem como isto ocorre no cotidiano do seu serviço.

“Eu fui recentemente atender com uma assistente social que olhou pra mim e disse assim ‘mulher, eu não posso atender a sua solicitação isolada, você tem que ser atendida igual a todo mundo’, eu ‘de modo

nenhum, amor, somos de várias tribos diferentes, o meu serviço enquanto assistente social é atender você dentro da sua particularidade’, eu não posso dizer assim ‘ah eu vou dá tudo amarelo pra todas as pessoas porque eu não sei se todas as pessoas se dá com tudo amarelo, nós vivemos num mundo de diversidade’, então cada pessoa que se apresenta aqui vai trazer sua particularidade, né?[...] Dentro do processo daqui do SAE, acho que o conhecimento, a abordagem, o acolhimento, receber essa pessoa adequadamente, né, e é como eu digo as meninas ‘eu não quero que seja recebido diferente’, tipo eu não preciso que elas tratem uma mulher trans no acolhimento específico não ‘ah você venha aqui, senta aqui florzinha’, tenho raiva dessas coisas. Não, eu quero que você trate todas as pessoas com respeito dentro das particularidades dela. Então, se ela tem um nome social, chame por ele, se ela tem direito de sentar nessa cadeira como qualquer outra pessoa, ela vai esperar a vez dela como qualquer outra pessoa, tá entendendo? é esse entendimento que não existe diferença nessa perspectiva de acesso, ao serviço, a um recurso, tá entendendo? (CARNAUBEIRA).”

Estes profissionais colocam o atendimento privilegiado como um atendimento especial, extraordinário, no entanto, o atendimento as pessoas LGBTQ+ já é privilegiado negativamente. Seja através das grosserias relatadas por Falcão em uma ida comum à UBS, ou na necessidade de acessar os locais em horários específicos, tendo que mentir para conseguir o verdadeiro atendimento ou recorrer a confusões ou conversa com superiores. Na verdade reivindica-se um atendimento como coloca Carnaubeira dentro a particularidade de cada um, independente da condição de ser LGBTQ+, como já acontece com quem não é LGBTQ+.

Nos casos citados alguns questionamentos contribuem para a compreensão desta reflexão. Será que pessoas cis ao buscarem marcar um exame de radiografia passariam pela mesma grosseria, ainda que passasse, esta mesma pessoa necessitaria ir a uma mídia social fazer um barraco para conseguir acesso a um exame simples? Ou no caso de uma pessoa cis em busca da PEP teria sido tão questionada quanto aos motivos e não teria sido acolhida?

Quando nenhuma destas rotas dão resposta à demanda outras vias precisam ser acionadas. Para aquelas pessoas que possuem renda suficiente recorrem ao plano privado, e as que não podem arcar com o custo, recorrem-se as redes de apoio, aos amigos, principalmente.

Cajueiro conta como algumas pessoas trans, mesmo que possuam acesso à saúde em equipamentos como o ambulatório LGBTQ+ ainda o procuram para fazer atendimentos no consultório privado. Atribui este fenômeno a possibilidade destas pessoas ainda passarem por violências neste espaço, além da questão do vínculo.

“Por exemplo, tenho bastante paciente que me procura no particular, mas por que que vai no particular se na universidade a gente tem o consultório LGBTT, entendeu? [...] porque o consultório LGBTT é portas abertas, e aí por que que há certas pessoas LGBTT que me procuram no particular? Tem uma certa predileção ao meu atendimento, a como eu atuo com a população, ou será que é algo mais pela questão de ser privativo, mais privativo, entende? Eu até oriento a procurar o consultório LGBTT porque é algo aberto, tem equipe multiprofissional, não é só um olhar médico, certo? [...] eu percebo uma certa aflição, apesar de não ser relatado pra mim, mas o olhar corporal, a linguagem corporal fala muito, das vezes procuram mais na questão particular e aí eu fico naquela dúvida, será que os grupos estão particular pela pessoa realmente que eu sou, que eu sou mais aberto e disposto a trabalhar com essa população, ou será que é uma barreira ainda imposta nos serviços públicos abertos? (CAJUEIRO).”

Quando o acesso ao sistema de saúde, seja público ou privado não é possível, as redes de apoio são acionadas, neste sentido já relatado o papel destas redes nas trocas simbólicas em relação ao acesso a terapia hormonal. Contudo a questão se complexifica na narrativa de Andorinha, por exemplo, que toma a responsabilidade para si em relação a distribuição de preservativos para outras pessoas trans que fazem programa, assim como esta agencia as orientações necessárias e encaminhamentos no que diz respeito a testagem rápida e profilaxias.

“Então assim, quem leva essa comunicação para ela sou eu. ‘Andorinha, me diga um canto aí que faz um teste rápido’ ‘Andorinha, como é que funciona a prep, a PEP?’ ‘Onde é que eu posso pegar uma quantidade significativa de preservativo?’. Então finda que às vezes chega no Centro de Saúde, as vezes tem um canto que elas não têm o acolhimento que era para ter, a quantidade de preservativo que é para ter, entendeu? [...] Sim, eu canso as vezes de ir no programa DST pegar em torno de 2 a 3 caixas de preservativo, lubrificante, como você sabe disso, o município não disponibiliza mais, por que houve uma, como é que eu posso dizer? Houve uma diminuição de entrega de lubrificante, os órgãos como Prefeitura do programa DST, outros. Então automaticamente a gente acaba pegando só o preservativo e comprando o lubrificante por conta própria (ANDORINHA).”

“[...] uma coisa que eu lembro que foi bem complicada pra mim foi... a testosterona ela inibe o sistema límbica, que é o nosso sistema emocional, e aí eu estava tomando um hormônio muito forte e eu não conseguia chorar, e aí eu me desesperei, porque eu não conseguia mais chorar, e eu não sabia mais porque que era, e eu não sabia porque eu não conseguia mais chorar, eu fui pra minha psicóloga e ela não entendia porque eu não conseguia chorar, eu tinha vontade de

chorar, eu estava triste, mas não caia uma lagrima e aí eu cheguei pra um amigo meu e ele disse ‘não, é normal’ e foi depois que eu descobrir, e aí quando eu retornei pra endocrinologista ela disse ‘é realmente da testosterona’ e eu já conversei com outros meninos trans que são efeitos que infelizmente a gente tem que descobrir sozinho, né? (ANU).”

6.4.2 Narrativas de violência: como os discursos operam no cotidiano

Este ponto reúne como as produções discursivas exploradas nos mosaicos acima operam produzindo violências institucionais nos serviços, uma forma de compreender o papel dos discursos e como estes organizam os espaços de atenção as pessoas LGBT+.

Há um jogo de visibilidades envolvidos na produção de violências, ocorrendo momentos de invisibilidade, através de evitações e de não-respostas, acontece quando os profissionais deixam realizar procedimentos ou indica-los quando não consideram importantes para pessoas LGBT+, ou não consideram nas consultas a existência de práticas não heterossexuais, mas também de visibilidade excessiva, quando dimensões estereotipadas tomam o foco da consulta em função da revelação de práticas não heterossexuais (FÉBOLE, 2017). Percebe-se estes mecanismos presentes nas falas de Coruja, mulher cis, bissexual, Aroeira, mulher cis lésbica e residente, e na fala de Pardal, homem cis bissexual:

“Não, porque na verdade isso nunca é perguntado, acho que isso é um grande problema [...] quando foi pra perguntar questão de relação sexual, com quem tinha e tudo mais, em momento nenhum foi cogitada a possibilidade da relação não acontecer com homens, só foi perguntado a última vez que fez relação sexual e ponto assim., que existe diferenças né [...] (CORUJA).”

“No caso a não experiencia, né? Porque eu tenho muita resistência em procurar atendimentos em saúde, por acreditar que eu não vou ser bem recebida, os profissionais não vão saber atender né. Já tive experiências de, por exemplo, de chegar num consultório de um ginecologista e a pergunta: ‘está tendo relações sexuais com seu namorado?’ como se fosse um direcionamento. Não necessariamente eu preciso ter um namorado né (AROEIRA).”

Nas falas percebe-se o apagamento das subjetividades femininas não heterossexuais e a operação da heterossexualidade compulsória, onde os profissionais pressupõem a heterossexualidade como norma das relações (RICH, 2012). Partindo do caso das mulheres lésbicas, ao assumir a heterossexualidade como norma os profissionais deixam de dar orientações e realizar procedimentos porque associam suas indicações à orientação sexual em

si, mas não as práticas sexuais, gerando uma grande desassistência nesta população de mulheres cisgênero (ARAÚJO *et al.*, 2019; KETZER *et al.*, 2022). Isto apaga a própria subjetividade destas sujeitas, tendo em vista que no relato de Coruja e Aroeira que ao serem indagadas sobre práticas sexuais, os profissionais não consideram o sexo entre mulheres cis como prática sexual há, portanto, uma invisibilidade que cursa com este apagamento.

Isto se reflete também para os cuidados ginecológicos de homens trans, pois a heterossexualidade compulsória também toma estes necessariamente como heterossexuais dentro do papel social do gênero masculino, ignorando que estes podem ter relações sexuais de penetração e com potencial de gestação, como é expresso na fala de Anu:

“[...] passei um tempo enquanto uma mulher lésbica, imaturidade mesmo, que isso aconteceu com 13 anos enfim, e aí depois que eu transicionei, eu tive uma certa dificuldade em aceitar que eu seria hetero, só que aí eu olhei um pouco pra trás a minha trajetória e eu vi que me interessava por... porque assim, primeiro eu tive a dificuldade de me entender a diferença entre me interessar por homens e desejar ter aquele objeto que eu desejava, então depois que eu me tornei aquilo que eu deseja ser, eu percebi que existia um interesse diferente então eu precisei passar pela transição para assumir a minha bissexualidade (ANU).”

Na fala de Anu fica evidente o processo de heterossexualidade compulsória como um inconsciente que para ele funcionou quase como um imperativo para seu processo de transição.

Na narrativa de Pardal podemos perceber como opera a visibilidade excessiva, quando a dimensão da sua sexualidade ganha proporções maiores na sua busca por atendimento, como se sua busca sempre fosse por questões relacionadas à ISTs.

“[...] E desde sempre eu já percebi muito isso, isso acontece quando eu vou fazer todo e qualquer exame de sangue, quando as pessoas sabem da minha sexualidade né, porque é algo que eu não me escondo, então as vezes fica um pouco explicito, já vi gente tipo, já deduzir qualquer exame de sangue é hiv (PARDAL).”

Para Fébole (2017), este mecanismo de violência é o hiperfoco, recorrente nas experiências de homens cisgêneros gays, que ao procurem consultas quando revelam suas orientações homossexuais as questões relativas sobre IST, HIV/AIDS tomam o foco total do cuidado. Isto acontece não somente com homens cis, mas também para mulheres cis, como é o caso de Garça, ao relatar uma de suas idas a ginecologista.

“Um dia desses eu fui a uma consulta com uma ginecologista, porque eu tive tipo uma reação alérgica ao preservativo que eu usei com esse boy que eu estava ficando. E tipo, eu estava ficando só com ele, aquela coisa bem intensa e tal, mas estava lá toda irritada. Aí eu quando ela me perguntou se eu tinha relações sexuais eu disse: ‘sim, com homens e com mulheres’. E sabe quando você percebe que a pessoa muda com você? A postura, a forma de falar, a gente sabe. Tipo do nada ela começou a falar coisas sobre como pegar IST, umas coisas nada a ver, sendo que eu falei pra ela que eu não estava tendo relações, e na última semana que fiquei com esse rapaz e mais nada, e eu sabia que era da camisinha porque quando eu uso a minha não fico com isso. E me incomodava que ela falava o tempo todo ‘pessoas como vocês’, ‘ai por que pessoas como vocês’, tipo, o que ela estava querendo dizer como isso não sei. Mas eu fiquei pensando, se ela faz isso com uma mulher mais velha que é professora universitária, imagina com alguém que não tem tanto acesso a informação, sabe? Porque ela disse que atendia no SUS também (GARÇA).”

Ao contrário da experiência das outras mulheres cis relatadas a experiência de Garça mostra como o foco da sua consulta foi tomado pela questão da prevenção de ISTs. Fica nítido que a consulta toma este rumo pela revelação de que Garça mantém relações com outras mulheres cis, tendo em vista a linguagem da profissional, o uso do termo “pessoas como vocês” para se referir a mulheres lésbicas e bissexuais. A utilização do termo faz uma associação de que as ISTs são quase que exclusividades de pessoas LGBTQ+.

Percebe-se então que estes espaços de cuidado da saúde sexual e reprodutiva reproduzem o discurso médico e operam em uma lógica de queixa-conduta. Associam as condições de gênero e sexualidade com as condutas a serem tomadas, generalizando as experiências dos indivíduos. No entanto, estes espaços devem ser espaços também de expressão de subjetividades, onde deve operar a individualização a partir da singularidade de cada um e cada uma, acontecendo em um espaço de troca, de construção mútua do cuidado. Neste sentido a fala dos profissionais demonstra como este pensamento é construído ao longo de suas formações e produz esta relação de cuidado:

“Existe uma necessidade de se apropriar mais de tudo isso enquanto profissional pra que a gente possa estar preparado pra atender essas demandas que já existiam, mas que fingia que não existia [...] em relação a essa população é como se não existisse, fizesse de conta que não existe [...] eu até digo muito assim, na minha formação a gente não aprendia como orientar, por exemplo, uma mulher lésbica a evitar as doenças sexualmente transmissíveis (PALMEIRA).”

“Porque na residência de medicina de família a gente aprende a enxergar a população LGBTT, aprende a ver as vulnerabilidades do grupo. Tem alguns profissionais na GO que conseguem ver isso, só que tem outras, ao deparar por exemplo com uma mulher trans, já tem um certo, já tem uma certa barreira, entendeu? Você percebe aquele clima que se distancia, ao invés de aproximar, de criar um vínculo, faz isso aqui, se distancia (CAJUEIRO).”

A fala de Palmeira demonstra a invisibilidade das pessoas LGBTQ+ nas formações, essa invisibilidade de conteúdos específicos, mas de realmente trazer a existência destas vidas e de suas subjetividades para as formações, o que repercute no que traz a fala de Cajueiro dos profissionais da GO que “não conseguem ver isso”, em uma metáfora para colocar que estes profissionais não conseguem ver as vulnerabilidades, como coloca “enxergar a população LGBTT”, significa ver suas demandas, enxergar que são pessoas também se suas responsabilidades.

O discurso de uma formação insuficiente é recorrente nos profissionais de saúde, trazido principalmente na fala das pessoas LGBTT, como vemos pelos depoimentos de Anu e Arara:

“E sei que na área da saúde não tem nenhuma disciplina que fale sobre isso, então a falha começa aí. Mas o que é que os profissionais podem fazer? Já que entendem que o SUS é equitativo, principalmente equitativo, e atende toda uma população e não somente um certo público de pacientes e não só uma certa população, é dar a formação, até pelo próprio ambulatório a gente vê pessoas que não estão preparadas e não sabem nada de atender população LGBTQ+, isso pra mim é nítido (ARARA).”

“Acho que seria interessante as pessoas entenderem quem tem responsabilidade de quê, sabe? Às vezes só ficar mandando pro outro, “ah a prefeitura não mandou formação” sim, você não tem internet? Se você não tem internet, você não pode perguntar pra outra pessoa? Se chega pra você uma demanda de uma pessoa que tem uma mancha no corpo, que não é câncer de pele, não é outra coisa, você vai fazer o quê? Você vai lá num livro e vai pesquisar. Por que que quando é a questão da diversidade as pessoas dizem “ah não sei”, ou então “ah vamos aqui juntos?”, meu amigo, eu vou aprender junto? Eu já sei muita coisa, eu não vou aprender nada com você, eu vou te ensinar e eu tô cansado de ensinar. Eu tô muitas vezes eu vou doente, vou cansado e aí eu vou ter que ensinar ainda? E ainda ter paciência, sabe? Assim não dá. Realmente não dá! [...] tem formação boa, tem muitos canais de pessoas trans sentando com médico, falando sobre processo de transição delas, então tem como você ter acesso hoje a várias outras coisas, mas as pessoas não buscam, as pessoas não buscam! Elas querem que chegue até elas, então... (ANU).”

“[...] no sistema público tem muito essa responsabilização do outro “ah não tenho formação”, “não aprendi isso na graduação” então tem muito essa conformação, “ah não sei, vou continuar sem saber e pronto, o problema é seu, se vire, sabe? (ANU).”

As formações ao não assumirem a existência das pessoas LGBTQ+ incorporando seus corpos e suas vivências nas práticas de saúde criam estes mecanismos de cegueira nos profissionais da saúde, de forma que não conseguem enxergar suas demandas e o que seriam de sua responsabilidade, esta cegueira produz um discurso de não responsabilidade quando os profissionais se eximem de realizar o atendimento, negam o serviço ou assumem que não há a possibilidade de realizar o atendimento de forma adequada por não ter contato prévio com o conteúdo.

A desresponsabilização gera um mecanismo de ociosidade onde os profissionais vivem a constante espera de que esta formação chegue de alguma entidade que detenha a responsabilidade sobre este quesito, impondo esta como uma condição para o atendimento digno, como fica evidente na fala de Anu quando descreve como a responsabilidade é jogada de um lado para outro, para que os profissionais se isentem da culpa.

Em especial o discurso do “aprender junto” narrado por Anu cria um espaço de amenização do problema, e são nestes espaços de amenizações, de neutralizações que a transfobia opera de forma velada (REIS *et al.*, 2021). Tais discursos não se fundamentam na prática de saúde, tendo em vista que as ações afirmativas não são exclusivas para populações LGBTQ+, mas é da prática assistencial de qualquer profissional da saúde perguntar como o indivíduo quer ser chamado e conhecer sua orientação sexual quando há relevância no processo de cuidado (JUNIOR; PANKEY; GONZALEZ, 2021). Portanto a não utilização destas ações de uma forma geral, não só no atendimento a pessoas LGBTQ+ parte então de problema estrutural, pois as práticas estão organizadas desta forma.

Outro discurso evidente nas narrativas que opera na produção de violência é o discurso religioso. No mosaico do acolhimento, o discurso religioso opera através da prática discursiva da caridade, neste mosaico a religião se coloca em uma prática discursiva de repressão e moralidade. Os profissionais entrevistados colocam suas percepções quanto a presença deste discurso religioso em colegas de trabalho:

“Pessoas com algumas religiões mais, mais tradicionais elas têm dificuldade em aceitar esse tipo de coisas [...] Então eu vejo mais pra algumas pessoas mais velhas, de mais idades e pessoas com religiões

mais fervorosas, mas tradicionais (Cajazeira, enfermeira do programa de IST/AIDS.”

O discurso religioso opera produzindo encontros entre profissionais e usuários, não somente nas consultas, mas na organização da assistência através dos fluxos de atenção, que geram efeitos de julgamentos, ao que aqui denomina-se de mecanismos de inquisição e penitência. Estas práticas se traduzem através de consultas inquisitórias com grande moralização das práticas, em penitências através de burocracias excessivas sem finalidades para o cuidado e apenas com efeitos corretivos.

As falas de Pardal e Canário em suas trajetórias em consultas de saúde sexual e reprodutiva demonstram o caráter inquisitório das consultas:

“Pronto, é uma ficha de avaliação dela, várias perguntas sobre tudo, sobre se usa droga, se bebe, se... quando foi a última vez que fez sexo sem preservativo, se tem relacionamento, várias perguntas em relação á... e orientação, a psicóloga e assistente social faz muito orientação [...] Se eu penso em fazer aí já vem o coração na boca. Não gosto de fazer só, sempre vou acompanhado de amigos pra fazer todo mundo junto e é isso. É com o coração na boca, nervosismo né? [...] é mais pra desabar mesmo o resultado, tanto que quando eu entro na sala da psicóloga eu já fico aliviado que não foi chamado pro reteste. Porque você faz o teste e caso no primeiro der positivo você vai lá e faz o reteste, entendeu? Quando você vai pro reteste você já vai sabendo, pronto, pegou tudo” (CANÁRIO).”

“[...] eu acho que a questão do julgamento ainda, porque particularmente eu acho que isso deveria ser muito natural, você poder ir num postinho, você poder conversar sobre esse tipo de coisa, você ter todas essas informações, só que eu vejo muito que é um problema que muitos profissionais das saúdes ainda têm. Tipo eles não conseguem disfarçar aquele falso moralismo sabe? Eu digo isso porque eu não cheguei a participar da entrevista, mas eu fui com um amigo meu, que ele foi pra esses exames e tal, e ele saiu de lá completamente cabisbaixo, eu perguntei por que foi e ele disse que foi porque justamente a mulher, ele disse que quando falou de querer usar o PrEP, a enfermeira ela meio que já questionou ‘tá! você fica fazendo sem camisinha?’, tipo contou que ele percebeu que parecia um tom de julgamento [...] é muito real assim, você ser julgado assim, elas pegam... eu sei que são perguntas que são pertinentes né, tipo aí quantas... o número de parceiros, essas coisas do tipo, eu acho que a forma como é perguntado ainda é um pouco muito impessoal sabe? É muito de muito julgamento, na verdade é muito, eu acho que deveria ser ao contrário, deveria ser mais impessoal, eles perguntam com um certo julgamento moral sabe? Eu preferia que fosse bem mais humano esse tipo de atendimento e tal (PARDAL).”

Pardal traz um ponto de vista sobre o tom em que acontecem as consultas, conta como percebe um tom de julgamento nos questionamentos, e como este julgamento produz sensações de mal-estar. Apesar de entender a pertinência das perguntas, colocam que a forma de condução destas deva ser repensada, por exemplo, na frase que menciona do profissional citado: “tá! você fica fazendo sem camisinha?” há um teor de moralidade, onde não se quer conhecer a prática sexual do indivíduo para produzir o cuidado, pois a prática questionada é considerada “irresponsável” e “imatura”, mas espera-se que na resposta o indivíduo confesse sua culpa.

Estas narrativas dialogam com a experiência de Canário que relata como que as entrevistas acontecem mediante uma ficha que deve ser preenchida em que categoriza as práticas sexuais do indivíduo, como um sumário ou uma forma de escrutínio e não uma forma de troca, de conversa, como atenta Pardal. Quando Pardal traz que as perguntas deveriam ser mais “impessoais” fala, na verdade, de uma necessidade de que estes momentos sejam menos atravessados pelo julgamento moral dos indivíduos, há nesse sentido um discurso que caracteriza uma moralização do cuidado. Na fala de ambos não se verificam que eles tenham sido orientados sobre a pertinência ou não daquelas perguntas, apenas entendem como importantes, apenas precisam responde-las para passar pela sua inquisição.

Utiliza-se a inquisição como uma imagem metafórica para sintetizar o discurso religioso presente na produção destas experiências, sendo esta figura do tribunal da inquisição o mecanismo de acusação, repressão e punição da igreja católica para os sujeitos tidos como hereges, que na verdade eram indivíduos que fugiam as normas da igreja. Aqui tensionam-se como estes mecanismos de inquisição operam na prática, acusando através de discriminações diretas nas consultas, reprimindo através dos efeitos produzidos nestes espaços e criando formas de punição.

Esta formulação parte da compreensão da produção de discurso enquanto uma produção de sentidos que opera através da linguagem, reconhecendo-se que a formação discursiva também é não se reduz ao objeto da fala, mas opera nas diferentes formas que as linguagens encontram de articular transmitir os discursos (AZEVEDO, 2013). Os discursos de moralidade presente nos atendimentos produzem sentidos e efeitos de mal estar, de sofrimento nos indivíduos que percebem os julgamentos e discriminação nas entrelinhas das falas dos profissionais. No entanto estes efeitos também são produzidos para além do momento de consulta, através do que é dito pelo profissional de saúde, mas precede o momento do atendimento e passa pelo momento da espera. A forma de organizar o espaço, o fluxo da

atenção e a comunicação que precede o momento da consulta também comunica os discursos, como verifica-se na experiência de Canário.

A fala de Canário conta sobre sua experiência na realização de testagem rápida para ISTs, marcado pelo momento da espera do resultado, que descreve ser de muita apreensão e nervosismo, de ficar “com o coração saindo pela boca”, uma espera que, apesar de rápida é angustiante. É marcante em sua fala como a espera ela é produzida pela forma como o momento é sistematizado. Na fala de Canário, através do nervosismo, da angústia da espera é como se a espera pelo resultado do teste rápido é o aguardar de uma sentença em um purgatório. A resposta não é comunicada pelo profissional, mas através de qual porta é chamado.

Para o pensamento cristão a purificação dos pecados acontece através do sofrimento, através da dor. O purgatório no pensamento cristão é um lugar de tormento e sofrimento temporário e que acontece no pós-morte, onde as almas pecaminosas tem sua chance de purificação ao passar por este tormento. Dessa forma este discurso sobre purificação através do sofrimento se reproduz na narrativa de Canário, que após descrever essa situação segue narrando o ocorrido da profissional que falou que sua conduta de fazer sexo sem preservativo seria uma imaturidade sexual. Portanto, o pecado ao qual Canário teve que pagar com o sofrimento e angústia da espera foi o sexo sem preservativo, a fuga do que é normatizado para o sexo dos homossexuais.

Já a penitência é uma outra forma de purificação dos pecados para o pensamento cristão, onde o indivíduo sofre uma pena imposta para a expiação dos seus erros em sinal de arrependimento pelos seus pecados. O indivíduo se submete condutas que envolvem o sacrifício pessoal através de jejuns, de vigílias, autoflagelação e peregrinações para alcançar o perdão divino. Utilizam-se estas imagens, pois como colocam Santos, Barbosa e Júnior (2012), o discurso religioso sempre foi mecanismo repressor e ainda fundamenta a discriminação com as pessoas LGBTQ+ em especial a patologização destas identidades.

As narrativas de Arara e Andorinha mostram como operam este discurso religioso através das penitências traduzidas em burocracias. Entende-se estas burocracias como procedimentos que estas tiveram que realizar, mas que não são parte do fluxo para pessoas cis, momentos que pessoas cis não passariam ao se encontrarem na mesma situação, como por exemplo, mostrar documentos de registro sem a retificação no nome, mesmo que a tenha sido mostrado um documento válido com o nome retificado, como no caso de Arara, que mesmo mostrando o seu nome retificado na carteira nacional do SUS (CNS) teve o nome do

documento de seu RG registrado no prontuário. Carnaubeira narra situação parecida em seu serviço.

“Foi fevereiro do ano passado só que no dia que eu cheguei no ambulatório a primeira coisa que me fizeram foi não colocar o nome social no meu prontuário. E eu: “vixe” [...] E aí a primeira vez, cheguei “Olha, meu nome é esse, tá aqui, o meu cartão SUS já está com meu nome social” dei o cartão do SUS [...] deveria usar o meu nome social e não o nome que tá nos meus documentos, que não tem nada a ver com quem eu sou hoje. Enfim, resolveram lá, cobriram meu nome, colocaram o meu nome social, fui pro atendimento (ARARA).”

“[...] a usuária que veio hoje, né, ela insistentemente pede pra ser chamada pelo seu nome social, [...] mulher, bote aqui o nome dela porque ela já brigou porque eu chamei pelo nome dela mesmo’, eu disse ‘pois é, mas o nome dela mesmo não é esse, o nome dela não é do registro civil, é porque a gente botou na cabeça que é documento oficial, mas nesse caso não, o nome dela é esse aqui (CARNAÚBA).”

Estas narrativas levantam os questionamentos, para pessoas cisgênero em atendimentos é realizada a mesma exigência quanto ao uso dos documentos? É comum que estas informações sejam adquiridas pelo relato das pessoas, mas quando tratam-se de pessoas trans estas tem o dever de apresentar seus documentos. Ignorando totalmente o uso do nome social.

Outra situação é a de Andorinha, que ao buscar atendimento no endocrinologista para acompanhar sua questão hormonal teve o acesso a terapia negado, no entanto, o atendimento não foi negado logo em sua procura, mas em um segundo momento, após ela ter de se submeter a uma série de exames que não haviam finalidade alguma já eu ele não iria fornecer o atendimento de qualquer forma.

“[...]Então, a última vez que eu me fiz nunca teve acompanhamento médico. Chegou há 5 anos atrás eu ir atrás de procurar um endocrinologista que foi através da unidade do PAM do Bom jardim, só que não prosperou porque ela disse que eu era o primeiro caso que ela pegava de mulher trans, era uma endocrinologista e na hora de fazer os exames, que eu fiz todos os exames contendo doenças sexuais transmissíveis, todos aptos sem doença alguma tanto de doença DST, quanto hormonal, tanto que o médico até questionou porque que eu tinha tanto hormônio feminino se eu estava com algum acompanhamento sobre isso, enfim, aí deu no que deu né. Eu nunca fiz acompanhamento médico e ele disse para mim que não ia me dar meu laudo para eu tomar o hormônio, mas que poderia me dizer o que ocorreu dos exames que estaria tudo bem, mas que não era [...] “Não

prescreveu hormônio. E eu acabei deixando de lado e eu acabei tomando por conta própria (ANDORINHA).”

Questiona-se então, se uma pessoa cisgênero ao procurar um especialista que não tem domínio sobre o tipo de atendimento e demanda necessária ela ainda precisa realizar exames para receber uma negativa, ou teria sido comunicado no primeiro momento até antes do atendimento?

Para Foucault (2014, p. 20-21), traz a questão da confissão e da penitência como mecanismos de controle da sexualidade, sendo as pessoas expostas ao constante e meticuloso exame de si mesmo de todas as insinuações da carne: pensamentos, desejos e imaginações voluptuosas, tudo deve ser confessado. Ainda coloca:

É aí, talvez, que pela primeira vez se impõe, sob a forma de uma constrição geral, essa injunção [...] tarefa, quase infinita, de dizer, de se dizer a si mesmo e de dizer a outrem, o mais frequentemente possível, tudo o que se possa relacionar com o jogo dos prazeres, sensações e pensamentos inumeráveis que, através da alma e do corpo, tenham alguma afinidade com o sexo. Esse projeto de uma ‘colocação do sexo em discurso’[...] (FOUCAULT, 2012, p. 22-23).

Tal colocação do sexo em discurso é um mecanismo de controlar as sexualidades não através da proibição, da interdição, mas através de uma presença constante, da ampliação do discurso (FOUCAULT, 2012).

6.5 Mosaico “Como produzir serviços que acolha as diversidades?”

Este mosaico marca os compartilhamentos das pessoas LGBTQ+ sobre os seus desejos de serviços que de fato acolham suas necessidades em sua inteireza, onde possam não somente serem acolhidos e acolhidas, mas serem compreendidos, entendidos em sua completude. Passa pelas demandas e necessidades de saúde e as demandas que são colocadas como desafios para os serviços, sobre a emergência da interprofissionalidade e das reconfigurações dos saberes profissionais e reconfiguração das práticas assistenciais já existentes, bem como a ampliação dos fluxos de gestão. Também compreende os processos formativos, não no sentido tradicional de formação, mas de formação enquanto diálogo sobretudo a partir das vivências das pessoas LGBTQ+ em um exercício de formar-se com elas não sobre elas apenas. Trata também das narrativas dos serviços que compõe a linha de cuidado, em especial o consultório familiar e ambulatório LGBTQ+.

Figura 15 - Mosaico “como produzir serviços que acolhem?”



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

6.5.1 Atenção básica e saúde da família: Quando os atributos traduzem violências

Este ponto é marcado pelas emergências da produção de cuidado realizado nas UBS, aparece sobretudo na narrativa dos profissionais da saúde ao reconhecerem as especificidades do atendimento na AB, porém como as violências operam dentro de uma lógica que traduz atributos essenciais do cuidado em formas de violentar as pessoas LGBTQT+.

A fala de Falcão traz o ponta pé destas experiências falando da UBS na qual é vinculado, personificando-a transfobia. Já Aroeira traz as especificidades de realizar o atendimento a pessoas trans na AB diante das questões da proximidade do cuidado com a comunidade e com as famílias.

“A UBS do Abolição IV é a transfobia em pessoa” (FALCÃO)”

“[...] inclusive. uma das coisas que é uma questão assim pra mim, é porque fora do consultório, da sala de atendimento da psicologia essas pessoas não tem a liberdade de se dizer enquanto pessoas trans,

elas só dizem que são trans lá no consultório da psicologia, elas, essas pessoas só colocam no cartãozinho da psicologia o nome social, mas na unidade são reconhecidas enquanto... enfim, pessoas cis. Homens trans são chamados por nomes de mulheres, enfim, pelo outro nome né [...] acho que é isso que mais pega né, até pra própria pessoa, pro próprio sujeito se sentir confortável de dizer que é trans ali, e o até o discurso que eu escuto e sempre esse: ‘ah eu vi essa menina crescendo, não tem condições, não tem como’. Como se o fato de ter acompanhado essa pessoa desde o nascimento dissesse alguma coisa sobre a orientação sexual dela, como se conhecesse muito “não, não é não, conheço essa pessoa [...] As vezes sim, tem algumas vezes né, eu já tive casos que precisava ser mais sigiloso, até porque já aconteceu até situações de... pode chamar de violência com alguns membros de equipe, então pra não gerar isso, as vezes é necessário resguardar o paciente, porque... porque o paciente não se sente confortável assim de relatar, e mesmo relatando já aconteceu de ser chamado não pelo nome social, um desrespeito mesmo em relação a identidade daquela pessoa (AROEIRA).”

A fala de Aroeira traz uma complexidade para o acompanhamento das pessoas trans na AB. O dilema de usar o nome social dentro do consultório e não fora revela os dilemas sobre o acompanhamento do processo de transição de gênero que deve ser amplo, portanto, a abordagem clínica não dá conta de todo o processo, tendo em vista estes dilemas em relação as questões familiares. A transição de gênero não é apenas da ordem biológica, mas os profissionais da atenção básica devem dar suporte em um processo amplo de transição social de gênero, auxiliando também a família neste transicionar (KAMEG; NATIVIO, 2018; VOSS; SIMONS, 2021).

Ainda traz um ponto sobre o cuidado longitudinal, que é utilizado como uma forma de autorização para o profissional desferir a transfobia, pelo fato de conhecer a pessoa desde o início de sua vida. O fato é que o cuidado foi longitudinal apenas na questão do tempo cronológico, mas não acompanhou longitudinalmente as mudanças nas subjetividades do indivíduo. Reforçando a necessidade de entender o processo das identidades de gênero como um devir.

Os serviços, de uma forma geral, porém especialmente os de atenção básica sofrem com dependência de pessoas específicas para realizarem o atendimento a pessoas LGBTQ+, como colocado por Aroeira e Arara.

“[...] principalmente pessoas trans, e na UBS muitas vezes, se não for pela equipe da residência elas não são acolhidas, não são bem recebidas (AROEIRA).”

“[...] se eu chego num lugar e eu não sou bem acolhida pra mim, principalmente quando eu to num lugar que eu sei dos passos, eu entendo de como uma pessoa que chega pra ser atendida em local de saúde, eu sei dos passos que tem que ser feitos no acolhimento, quando isso não acontece, pra mim fica a ideia que aquelas pessoas estão ali só por obrigação, e não por terem de fato estarem atendendo querendo. Eu lembro que no ano passado quando era uma outra equipe, chegavam era aquele atendimento massa, eu me sentia bem, eu gostava de estar naquele espaço (ARARA).”

A fala de Aroeira destaca o papel da residência na produção de cuidado as pessoas LGBT+ na AB, enquanto que Arara revela que isto não acontece a todos os residentes, por exemplo, contando da diferença entre o acolhimento no ambulatório LGBT+, que funciona com os serviços dos residentes. Estas narrativas dialogam com as falas já expostas de Palmeira e Carnaubeira, onde a primeira contou de uma recepcionista que era “mais empática” com a população LGBT+ e por isto frequentavam mais a unidade, e a segunda conta como as questões das pessoas LGBT+ que vão para além da ordem da terapia antirretroviral são encaminhadas ao serviço social. Estas ideias enfraquecem a produção de cuidado associando o acesso a pessoas LGBT+ em uma ideia de prestação de favores e não da ordem da garantia de direitos.

Ainda que existam estas figuras que acabam centralizando o cuidado, o dia-a-dia dos serviços os profissionais são marcados por alguns entraves ao lidar com o tema. Cajueiro, conta que quando atuava enquanto médico de família não conseguia estabelecer uma discussão e atividade voltada para população LGBT+ em sua equipe.

“Por exemplo ‘vamo fazer alguma atividade em grupo envolvendo a população LGTB’, a população mais que tem uma dificuldade de ser inserida na atenção básica ‘ah mas aí se for por isso a gente tem que correr atrás, porque aqui é portas abertas, eles não vem porque eles não querem [...] eu acredito que é até mais fácil fazer onde tem as residências multiprofissionais essas atividades, porém na UBS que eu participei na residência médica, infelizmente eu não tinha aquele apoio todo da equipe (CAJUEIRO)”

“Eu sinto sim porque parece que a gente tenta conversar já diversas vezes pra fazer capacitações sobre a população LGBT, como fazer um acolhimento, como promover saúde pra essa população de acordo com suas especificidades que a gente sabe que existe, mas eu sinto que é difícil a informação chegar, parece que não alcança, as pessoas escutam, mas logo depois estão promovendo as mesmas práticas, então eu tenho dificuldade de como fazer de forma efetiva (AROEIRA).”

Cajueiro e Aroeira, ambos residentes destacam o papel das residências multiprofissionais na produção do cuidado, atribuindo como limitante para o desenvolvimento de ações em sua UBS. Neste sentido há um atravessamento das relações de poder que estão em jogo no cotidiano do serviço, demonstrado pela resistência da equipe em tratar do tema, desviando o foco do assunto em uma tentativa de apagar e descredibilizar a sua importância.

Emergiram diversos relatos envolvendo o espaço do ambulatório LGBTQ+ revelando casos de violências institucionais, mesmo em um espaço proposto para acolhimento e atendimento digno. As falas são marcadas por desistências e obrigações, sendo um lugar a ser recorrido porque é o único que se tem.

“[...]Passou-se os tempos, não tive problema no ambulatório até então, aí depois eu fui fazer uma sessão de... aí meu deus não vou lembrar o nome... de ventosaterapia. As pessoas que estava atendendo nesse dia específico que fui fazer as ventosas, em nenhum momento respeitaram o meu corpo, e ficaram durante toda a sessão comentando sobre outros pacientes que tinham entrado antes de mim. Que isso já me deixou muito incomodada, primeiro ponto: não respeitaram meu corpo [...] eu Arara fora do palco, a arara não artista, tem sérios problemas com o corpo, tem sério problemas em mostrar o corpo na frente de outras pessoas. E aí entra a questão da ética profissional que não teve naquele momento, as pessoas não se viraram de costas, só disseram “tira a roupa e deita aqui” [...] só assim: “vai se troca, tira a roupa aí e se deita aqui na maca”. Me deitei, fiz isso, constrangidíssima dessa situação, fiz o processo, mas ainda sim não foi um processo que pra mim foi bom, porque eu fiquei mais tensa ainda do que eu deveria estar. Eu deveria sair bem, relaxada, enfim, eu saí mais tensa e muito chateada com as coisas que eu ouvi dentro da coisa, falando de outros pacientes que não tinha pra quê e nem necessidade nenhuma, e nem é da ética profissional falando dos pacientes, principalmente, quando tem outro paciente sendo atendida (ARARA).”

“[...] eu vejo que as pessoas que estão atendendo naquele lugar não tão nem aí pra pessoas LGBTQ+, principalmente pras pessoas trans e travestis, sabe? Aí vou fazer porque eu tenho aqui a residência e vou cumprir essa carga horária e é isso (ANU).”

“[...] no ultimo atendimento que eu tive, quando a gente chegou começou a questão a tratar amor no pronome feminino, isso me incomodou muito [...] (ARARA).”

“Teve um dia que uma disse assim: “ah, então tu é o falcão, né?” e eu: “sim”, e já fiquei assustado da pessoa me conhecer, sabe? “aí... não é que eu já ouviu falar de você... me diga uma coisa, como é seu nome de verdade?” eu: “pô, moça, meu nome de verdade é falcão.” E ela ainda ficou meio assim. E eu ainda falei: “olhe você jamais faça

isso para outro usuário, porque eu tenho experiência na área da saúde como profissional, também como usuários, então assim, eu já tô muito bem comigo mesmo, mas assim tem gente não está, estão começando a se iniciar” (FALCÃO).”

“[...] se eu chego num lugar e eu não sou bem acolhida pra mim, principalmente quando eu to num lugar que eu sei dos passos, eu entendo de como uma pessoa que chega pra ser atendida em local de saúde, eu sei dos passos que tem que ser feitos no acolhimento, quando isso não acontece, pra mim fica a ideia que aquelas pessoas estão ali só por obrigação, e não por terem de fato estarem atendendo querendo (ARARA).”

“Hoje eu vou porque eu não tenho outro lugar que eu me sinta acolhida (ARARA).”

Estas colocações trazem diversos apontamentos sobre a qualidade da atenção e gestão do serviço, das relações entre profissionais e usuários que se estabelecem. Há a necessidade de institucionalizar a experiência e, sobretudo, tornar política pública. A ideia passada na fala de que existe uma obrigação, de que há um profissional que não quer estar ali parte muito deste lugar da atenção produzida que é destituída de um sentido para acontecer, como se os profissionais sequer entendessem os propósitos do próprio ambulatório em si. É fundamental produzir os sentidos do que se propõe o ambulatório enquanto garantia de direitos e não como núcleo de oferta de atendimentos para LGBTQ+, mas como um centro formativo que deve repercutir nos territórios e formar ativadores destes processos.

Nota-se uma falta de gestão dos processos e sistematização da aprendizagem, por exemplo, a experiência de Arara no atendimento com ventosaterapia levanta questões quanto a preparação dos profissionais para o atendimento a corpos trans, quais especificidades que devem ser observadas nesse processo? Esta experiência indica a necessidade de organização de saberes de núcleo para a categoria profissional em questão. Da mesma forma nota-se que não existe um processo de reavaliação da prática a partir da avaliação da qualidade da assistência, dada tantas violências ao longo do tempo.

Para melhor elucidar a importância da sistematização das aprendizagens coloca-se a fala de Aroeira, que fala sobre o consultório familiar enfatizando a importância da preparação prévia ao atendimento.

“Aqui no consultório familiar de certa forma eu vejo uma abertura maior, eu tenho essa impressão pra o acolhimento desses sujeitos, porque nós já somos orientados desde o começo quando a gente

chega aqui né, de coisas simples como perguntar como a pessoa gostaria de ser chamado, e que coisas simples e as vezes os próprios profissionais não fazem né, na maioria das vezes não fazem, mas que fazem a diferença (AROEIRA).”

Enquanto espaços de prática da residência os profissionais transitam entre os dois serviços, no entanto, há uma discrepância entre a atenção prestada. Por que que os mesmos profissionais produzem cuidados diferentes em diferentes serviços, tendo o mesmo público? Este questionamento levanta a importância da gestão desses processos de aprendizagem. Sendo assim coloca-se como fundamental que a atenção seja organizada no sentido de estabelecer fluxos, definir as práticas, mas sobretudo alinha os propósitos e objetivos com os profissionais, tendo em vista que a postura frente ao atendimento, a postura acolhedora não é só de ordem da ação, mas é ético-política, possui uma finalidade e um propósito para acontecer.

Sabiá compartilha sua experiência no consultório familiar enfatizando o acolhimento e como se sentiu livre para ser quem é em meio a todo processo de repressão que vivencia. Já Andorinha e Gaivota trazem elementos fundamentais no que fiz respeito as limitações e fragilidades do serviço, principalmente por estar associado ao público cisgênero.

“É uma forma de conseguir auxílio pra ser realmente o que somos exteriormente, o que somos no nosso interior da forma que nos vemos, pra mim foi uma alavancada e tanto entendeu? me impulsionaram muito e só gratidão (SABIÁ).”

“Então, aqui é um excelente ambiente por se tratar de um ambiente que abrange 99% do público cisgênero (ANDORINHA).”

“É bem cis e hetero. O primeiro ponto pra trazer esse pessoal pra cá é usar o Instagram, usar uma estratégia de marketing, dizendo, olha pessoal aqui estamos atendendo população lgbti+ no consultório familiar e que a gente tá de portas abertas pra vocês, pra o que vocês precisarem de atendimentos, é pensar em marketing e passar pra população LGBT+ que aqui tá tendo atendimento (ARARA).”

Andorinha ressalta o caráter cisnormativo do serviço enquanto que Gaivota tensiona a produção de mídias do serviços colocando a necessidade de ampliar a visibilidade de que as pessoas LGBT+ são acolhidas a li, não somente acolhidas, mas tem suas demandas respondidas. Ambas as falas ampliam o debate da produção discursiva que não é da ordem apenas da comunicação verbal, mas de como estas ideias são comunicadas também nas imagens produzidas no cotidiano. A figura do consultório familiar retrata uma mulher

cisgênero gestante, há diversos signos que remetem a ancestralidade, ao semiárido, no entanto fecha em uma figura ligada a cisgeneridade.

6.5.2 Emergências na reconfiguração do cuidado

Este ponto marca as emergências do campo no que diz respeito a produção das práticas assistenciais, os apontamentos para a reorientação do cuidado e experiências realizadas em ato durante a pesquisa, na construção de um fanzine e de uma tecnologia de acompanhamento pré-natal para homens trans.

A terapia hormonal se destacou ao longo de todo processo da pesquisa, visto que dentro do consultório familiar é uma linha importante de cuidado, assim como o lugar que ocupa nas histórias de vida das pessoas trans. No entanto esse lugar da terapia hormonal emerge como um lugar a ser repensado. A hormonização é concebida somente como o processo de consumir o hormônio, não há acompanhamento das mudanças em um processo dialógico com os profissionais da saúde. Os profissionais deveriam acompanhar esse processo dentro de seus campos de saber e entre si, criando espaços de conversa entre profissionais e usuários. A fala de Gaivota e Anu retratam como acontece a atenção ao PrTr.

“[...] Eu, por exemplo, os meus peitos estão crescendo, né? Mas eu tenho zero informações de que tipo de acompanhamento médico eu tenho que fazer com essas glândulas mamárias que estão se desenvolvendo, então acredito que eu não sei, assim, mas algum médico para fazer esse tipo de acompanhamento, por exemplo na bula dos os remédios que eu leio fala que o uso contínuo com mais de 5 anos desse pode remédio que podem desenvolver tumores [...] Nunca fiz. Aí, eu tenho que fazer? Não sei, entendeu? Muitas mulheres trans tem óleos, ou silicone industrial nos peitos colocados das formas mais medonhas possíveis, então precisa ter um acompanhamento diferenciado para isso? Não sei, então eu acho que é uma coisa que a saúde deveria pensar em estudar assim, sabe? Homem trans quando começam a tomar a testosterona o clitóris cresce muito, né? Fica muito diferente do clitóris de uma mulher cis, então eu acredito que tem outras especificidades também aqui, não sei quais são, mas que um médico... que muitos médicos também não sabem, mas que os médicos devem ficar atentos. No meu caso o testículo reduz muito, reduz tipo um terço do tamanho que ele era, então são várias pequenas mudanças que eu vejo que acontece, mas eu não sei que tipo de acompanhamento deveria ter, mas eu acho que deveria ter. É normal? Não é normal? Que tipo de acompanhamento a gente tem que fazer, sabe? as meninas estão tomando remédio que na bula diz que com mais cinco anos ela pode ter câncer, então que tipo de exames ela tem que fazer em 3, 5 e 10 anos, sabe? Então eu acho, eu

não sei como é que funciona [...] Eu simplesmente não sei, mas eu precisava saber, o tipo de coisa que é pra eu me preocupar. Eu tô fazendo só os meus exames para saber se tá tudo ok, mas tanta coisa mudou o meu corpo e eu não sei se só o exame de sangue é suficiente (GAIVOTA)."

A fala “não sei se só o exame de sangue é suficiente” por si só sintetiza a necessidade na reformulação desta prática assistencial. A dispensação e prescrição de medicamentos não dá conta das necessidades de saúde produzidas em um processo transexualizador, as mudanças corporais e as subjetividades em jogo precisam entrar em campo. Não há espaço nas consultas para tirar dúvidas, na verdade, a fala de Anu coloca que a certeza de saber que não terá suas dúvidas sanadas é dada, fazendo com que este tenha que sanar por conta própria quaisquer dúvidas quanto ao seu processo de transição.

“Só passando hormônio e nunca me perguntaram sobre [...] Você me lembrou algo que eu, tipo assim, eu tinha, mas por bater tanto a cara na parede eu esqueci que isso era uma demanda [...] eu nunca fui a um médico de ir perguntar algo ao médico, eu sempre tinha que saber minimamente alguma coisa, pra que eu não fosse receber desinformação ali. Eu iniciei meu processo de transição já sabendo de muitos efeitos colaterais, eu tenho essa necessidade de uma obrigação quase de saber o que tá acontecendo comigo antes de ir a um médico, pra que ele me passe, ou pra que eu consiga sondar aquilo que ele tá me passando, porque ele, eu sei, eu não espero que ele tenha o conhecimento pra me dar, não espero, e isso realmente é muito violento, foi uma coisa que eu não lembrava (ANU)."

As mudanças corporais convidam o debate da atuação interprofissional para pensar qual o papel das diferentes categorias profissionais presentes no consultório familiar no acompanhamento dessas mudanças, quais são os saberes de cada núcleo profissional e como estes podem compor o PrTr?

As questões emocionais são recorrentes no processo de transição e envolvem tanto os efeitos das medicações, mas falam muito mais da necessidade de construção de um espaço de troca, de conversa onde se possa acessar também as subjetividades produzidas em cima deste processo. Um espaço onde se dialogue sobre os sentidos produzidos do ser trans e as experiências vividas ao longo do processo a partir das experiências de diversas pessoas trans, assim como coloca Anu.

“Acho que além da hormonização, eu acho que seria importante, eu queria era o meu desejo fazer no ambulatório um grupo pra que as pessoas, elas entendessem aonde elas tão transicionando, sabe? Quais barreiras elas estão rompendo, porque a gente passa por um

processo de transição e que é necessário romper muitas coisas, mas ao mesmo tempo a gente não tem noção do que é aquilo que tem que ser rompido e aí a gente acaba se violentando (ANU)."

Como em falas anteriores colocou que o processo de transição de gênero passa por diversos processos de que envolvem também papéis sociais, normatizações, coloca como necessária um momento para conversar sobre estes processos. Isto é importante pois garante um processo de maior autonomia dos indivíduos sobre o seu processo de transição de gênero e na criação de seu devir.

Chama atenção que coloca a necessidade de acontecer em grupo, o que em outra fala demonstra a importância da troca de experiências que já acontece dentro das redes de apoio entre pessoas trans.

"[...] uma coisa que eu lembro que foi bem complicada pra mim foi... a testosterona ela inibe o sistema límbica, que é o nosso sistema emocional, e aí eu tava tomando um hormônio muito forte e eu não conseguia chorar, e aí eu me desesperei, porque eu não conseguia mais chorar, e eu não sabia mais porque que era, e eu não sabia porque eu não conseguia mais chorar, eu fui pra minha psicóloga e ela não entendia porque eu não conseguia chorar, eu tinha vontade de chorar, eu tava triste, mas não caía uma lagrima e aí eu cheguei pra um amigo meu e ele disse 'não, é normal' e foi depois que eu descobrir, e aí quando eu retornei pra endocrinologista ela disse 'é realmente da testosterona' e eu já conversei com outros meninos trans que são efeitos que infelizmente a gente tem que descobrir sozinho, né?" (ANU)."

Este último exemplo traduz a necessidade da atenção ao PrTr ser pautado em um processo que valorize a subjetividade e aconteça de forma singularizada e não centrada apenas no hormônio, mas no processo como um todo e com abordagem interprofissional.

Para além da terapia hormonal há algo que deve ser transversal a todo o processo de reconfiguração do cuidado, que é o combate aos estigmas, um verdadeiro processo de desmoralização do cuidado. Mesmo as pessoas LGBTQ+ associam o atendimento acolhedor a profissionais de saúde que sejam LGBTQ+:

"Também seria interessante a gente ter pessoas que tivessem vivências com a gente porque muito do que muito do que nos distancia da gente também desse uso dessas informações é porque muitas vezes a gente não se sente acolhido pelos olhares de julgamento das equipes de saúde sabe? [...] seria muito bacana se eu fosse ser atendido por uma pessoa bissexual, por exemplo, alguém que entenda que muitas vezes a pessoa só tá com tesão e que

realmente as vezes não pensa bem, que esse tipo de coisa é comum e natural de acontecer, né? (PARDAL)."

"[...] Acho que a difusão no próprio meio, acho que eu se eu tivesse sido atendido por alguém que é LGBT seria, teria tido uma escuta ou uma abertura melhor, acho que essa inclusão que a gente não vê muitos assumidos e conhecidos, pode até ser que seja, mas que a gente não aceita abertura e a gente sabe a diferença no momento de fala quando a gente tá sendo atendido por uma pessoa LGBT e quando não tá" (CANÁRIO)."

Esta visão reforça a ideia do acolhimento as pessoas LGBT+ em uma ideia de favor, ou da ordem de competências inatas, e enfraquecem a visão de que o acolhimento deve ser uma competência de profissionais da saúde. Cajazeira traz a emergência de um cuidado que não julgue e não projete as implicações morais individuais durante o atendimento.

"Acho que a gente não tá aqui pra julgar se a pessoa sexo com outro homem, ou se a pessoa é profissional do sexo, ou se a pessoa faz sexo com várias mulheres. Ninguém está aqui pra isso não, a gente tá aqui pra atender os usuários (CAJAZEIRA)."

Quando coloca "a gente tá aqui pra atender os usuários" reforça a dimensão ético-política do trabalho em saúde, que não é da ordem apenas do realizar serviços, mas de garantir direitos, que independem das condições de gênero, raça e orientação sexual.

Aroeira traz uma pista que direciona qual deve ser a centralidade desta ideia de combate aos estigmas, onde coloca o papel da escuta, não no sentido do ato de ouvir, mas escutar o outro em uma tentativa de colocar as suas subjetividades na centralidade do cuidado.

"Acredito que escutar é uma forma de respeitar, é o primeiro passo assim, você escutar os outros sujeitos né, esses sujeitos que chegam né, já é um passo importante, porque muitas vezes as pessoas que chegam só precisam ser ouvidas né, sobre a sua demanda e que acaba que a unidade se torna barreira pra essa pessoa conseguir ser atendida, já que ela não é ouvida desde a hora do SAME, né, não entra né, na unidade, chega no Same e já volta por acontecer algum tipo de desrespeito, olhares, comentários, chega nem a escutar o que aquele sujeito tem trazido (AROEIRA)."

Colocar as subjetividades das pessoas LGBT+ na centralidade dos processos formativos e assistenciais é um convite a se pensar a educação permanente. Pensar processos que sejam orientados com as questões do cotidiano, que tensionem os dilemas micropolíticos entre as equipes nas suas resistências à temática, gerando autorreflexão e reconfiguração das

práticas e também das posturas. Alguns apontamentos neste sentido são trazidos pelos interlocutores:

“Capacitação dos profissionais pra receber a população LGBTT, certo? O ambiente também, o ambiente ele ser mais aberto e mais acolhedor pra este grupo que as vezes não é, certo? E a informação e divulgação [...] Creio eu e na sua visão que você também foi residente que nas UBS que tinham equipe multiprofissional, ou seja a capacitação, que tinham uma capacitação maior, agente comunitário, diretor, todo mundo faria por onde, faz por onde ter essa inclusão, na minha como só eu tinha essa visão tinha uma certa resistência e sempre eu era confrontado (CAJUEIRO).”

“Chamar pessoas trans e travestis pra capacitarem os profissionais [...] E sei que na área da saúde não tem nenhuma disciplina que fale sobre isso, então a falha começa aí. Mas o que é que os profissionais podem fazer? Já que entendem que o SUS é equitativo, principalmente equitativo, e atende toda uma população e não somente um certo público de pacientes e não só uma certa população, é dar a formação, até pelo próprio ambulatório a gente vê pessoas que não estão preparadas e não sabem nada de atender população LGBTI+, isso pra mim é nítido (ARARA).”

Arara coloca a necessidade de fazer as formações em uma perspectiva dialógica com o movimento social, ao colocar a necessidade de pessoas trans que façam a formação fala da importância que estas ocorram a partir do que é a vivência concreta das pessoas trans, sobre o olhar de pessoas trans e não seguindo a ótica de profissionais da saúde. Cajueiro coloca que a necessidade de capacitar os profissionais é importante, porém sua fala é atravessada pelo fato de que a capacitação não dá conta, é necessário incidir sobre os mecanismos que geram os confrontos e diluam estes para de fato garantir o acesso.

6.6 Tecnologias do cuidado e a comunicação popular no cuidado às pessoas LGBT+

Este ponto trata de dois produtos desta pesquisa que aconteceram durante o processo de trabalho de campo, a Caderneta do Gestante (apêndice I) e o Fanzine do direito ao nome social no SUS (Apêndice J)

Ambos os instrumentos foram produzidos a partir de necessidades que emergiram no cotidiano do consultório familiar. A caderneta do gestante surge como necessidade a partir da observação do espaço coletivo de pré-natal realizado no consultório e ao ser acolhido no serviço um homem trans grávido para o acompanhamento pré-natal. O processo está retratado nos registros do diário de campo.

O pré-natal coletivo é um espaço de consulta coletiva interprofissional onde há uma troca dialógica e simbólica de saberes entre profissionais da saúde e gestantes. Os procedimentos das consultas individuais são feitos de forma coletiva, altura uterina, verificação de batimentos fetais e há a educação em saúde, porém intermediados por uma linguagem da pintura, através da pintura de um feto na barriga das pessoas gestantes. A seguir coloca-se a transcrição do caderno de campo sobre o espaço.

“Quando cheguei a enfermeira falava sobre os movimentos fetais, sobre as sensações que as gestantes poderiam sentir no corpo, e também sobre as modificações corporais ao longo da gestação, algo sobre trabalho de parto também. E a medida que esta falavam outras participantes também compartilhavam experiências em gestações anteriores, intercaladas entre intervenções profissionais dos residentes presentes, e assim acontecia toda uma troca de experiências entre o saber da equipe de saúde e o saber da experiência daquelas mulheres cis e suas/seus acompanhantes (DIÁRIO DE CAMPO).”

Os espaços de atenção pré-natal seguem o papel social do gênero feminino, reproduzindo uma ideia de gestação não só ciscentrada, mas romântica de gravidez, daquele momento “sublime” na vida da mulher.

Alguns dias após chega a demanda de um homem trans em uma gestação ao consultório, este passa pelos atendimentos individuais, mas também participa do espaço da palavra com sua mãe que o acompanhou.

“No fim de tudo Jurema me alertou que havíamos esquecido de entregar a caderneta da gestante para o rapaz. Eu falei que havia sido melhor assim, teria sido violento entregar algo com imagens e discursos tão estereotipados de feminilidade de uma gestação romântica para ele. Então pensamos em como fazer isso de forma não violenta e eu sugeri criarmos um instrumento específico para a gestação dos homens trans, o que seria a caderneta do gestante (DIÁRIO DE CAMPO).”

Dessa forma foi elaborado a caderneta seguindo os alguns eixos: 1. Identificação, 2. Dados clínicos e obstétricos, 3. Plano de parto, 4. Saúde mental e 5. Direitos das pessoas trans. A ideia da caderneta não é apenas uma ferramenta de registro, mas uma tecnologia que module as relações de cuidado, que funcione como uma ferramenta de produção de acolhimento para homens trans gestantes.

Em um segundo momento foi pensado o fanzine do nome social a partir do círculo de cultura do projeto “acolher sem preconceito”. O processo está retratado no recorde do diário de campo:

“A atividade encerrou-se com uma fala de Jacarandá do jurídico realizando uma fala sobre a entrega legal para adoção. Em sua fala mencionou um cartaz que fala sobre a entrega legal pra doação que se encontra na recepção da maternidade, o cartaz reforça a entrega legal como um direito e assim reforça que por isto não cabe julgamentos e questionamentos desnecessários para a mulher que decidir doar. Me despertou para a necessidade de criação de cartazes para orientação quanto ao direito ao uso do nome social. Se é na porta de entrada já há uma orientação sobre a entrega legal, algo que acontece muitas vezes no primeiro contato com o hospital, por que não também sobre o nome social, tendo em vista que muitas violências já ocorrem no momento da recepção?(DIÁRIO DE CAMPO).”

Sendo assim criou-se o fanzine com destino principal os profissionais da saúde, os da recepção e os usuários e usuárias LGBTQ+ em atendimento, como uma forma de difundir e orientar quanto aos procedimentos e ao respaldo legal o uso do nome social, que é constantemente questionado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meio a tantos acontecimentos produzidos ao longo deste percurso de pesquisa, se tecem agora as considerações finais do trabalho, mas que finalizam tão somente este relato da pesquisa. Os produtos e os processos disparados com esta pesquisa de mestrado na verdade marcam inícios para reconfigurações e não tem fim, desencadeiam novos processos, instaura movimentos nos serviços que não terminaram nunca.

Frente a ameaça sempre iminente do avanço do conservadorismo que tem como central a perseguição as diversidades e o ódio aos corpos LGBT+ é necessária difusão de experiências e a produção de conhecimentos que fortaleçam os serviços que resistem a estas ameaças, e sobretudo, resistem ao desmonte das políticas de saúde, em especial para pessoas LGBT+.

Em meio a uma disputa de produções discursivas onde estão em jogo diversas concepções de corpo, saúde e acesso para pessoas LGBT+ , há na AB um potencial pulsante de transformação produção de cuidado às pessoas LGBT+, como foco especial para o processo de despatologização das diversidades de apoio interprofissional e reconfiguração das práticas, tirando o foco das especialidades médicas e trazendo o olhar ampliado para as práticas de saúde, valorizando sobretudo as subjetividades diversas das pessoas LGBT+. Contudo é emergente que a necessidade de se avançar na produção de resposta e no aumento da capacidade resolutiva da AB, apostando nas estratégias de ampliação do escopo das ações, como a descentralização das profilaxias de prevenção ao HIV do processo transexualizador no SUS.

A formação deve acompanhar a reconfiguração das práticas em uma perspectiva de educação permanente, onde a centralidade do processo está na experiência cotidiana dos sujeitos e das sujeitas que vivem seus devires diversos. A categorização nunca dará conta de uma prática que seja de fato integral e de uma formação ampla, pois a diversidade humana é imensa e não pode ser categorizada para ser aprendida, mas os serviços devem estabelecer a prática de uma constante capacidade de aprender e acompanhar os movimentos humanos. As estratégias de educação permanente devem não só capacitar os profissionais, mas repensar as práticas assistenciais e de gestão do cuidado, assim como incidir sobre as relações de poder que levam resistências ao desenvolvimento de ações voltadas a saúde da população LGBT+ nos serviços de AB.

A vulnerabilidade e a desigualdade do acesso à saúde não está dada para as pessoas LGBT+, mas são produzidas no cotidiano da estrutura social, e envolvem não só a cultura

LGBT+fóbica, mas também as dinâmicas raciais, de gênero e de classe que modulam a experiência das pessoas LGBT+ em seus itinerários nos serviços de saúde. Neste sentido, os mecanismos de violência operam sobre diferentes discursos que envolvem estas relações, criando várias vias de acesso a saúde, sejam elas formais ou informais.

O acolhimento deve ser pensado enquanto competência profissional, havendo a necessidade de se tensionar os diferentes discursos envolvidos sobre o acolhimento, principalmente aqueles que reforçam as violências e a discriminação das pessoas LGBT+. Nestes discursos há um forte atravessamento do discurso religioso cristão que produz diversos mecanismos de repressão sobre as pessoas LGBT+, tanto na discriminação direta, como na criação de mecanismos que produzem efeitos e sensações de mal estar e sofrimento nestes sujeitos.

Apesar da potência os discursos opressores conseguem transformar a AB e seus atributos em espaços de violência que devem ser repensados para alcançar um cuidado integral em uma postura de defesa das diversidades.

A reconfiguração das práticas assistenciais deve responder as necessidades de saúde das pessoas LGBT+ para além de suas questões da ordem biológica, mas devem ser um exercício constante de singularização da atenção, para alcançar uma atenção mais diversa para todas as pessoas.

Frente aos processos cotidianos de apagamento das subjetividades LGBT+ a reorientação das práticas assistenciais com a centralidade nos processos de diversidade são, portanto, uma tentativa de fortalecer a garantia do exercício das liberdades, autonomia e da defesa da expressão das subjetividades diversas, portanto, de defesa da vida das pessoas LGBT+ e, sobretudo, o fortalecimento do SUS enquanto projeto de transformação da sociedade e de promoção da justiça social.

REFERÊNCIAS

- AGONESE, M.; LAGO, M. C. D. S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 256-70, mar 2017.
- AITKEN, S. The primary health care of transgender adults. **Sexual Health**, v.14, [s/n], 2017. p. 477-83.
- ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Planejamento reprodutivo em casais homossexuais na estratégia saúde da família. **Revista APS**, v.21, n. 1, 2018. p. 104-111.
- ALVES, M. M.; SILVA, A. T. M. F. A influência do estado neoliberal no sistema de saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde. **Perspectivas Online**, v.1, n. 1, 2011. p.48-52.
- ANGONESE, M.; LAGO, M. C. D. S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e Sociedade**, v.26, n.1, p. 256-270, 2017.
- ;
- ARAÚJO, L. F. S. D. *et al.* Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 15, 2013. 53-61. Acesso em: 24 set. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/download/6326/4660/14272>.
- ARAUJO, L. M. D. *et al.* O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 27, 2019. e34262. Acesso em: 27 set. 2022. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/34262>>.
- AZEVEDO, S. D. R. D. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. **Filogenese**, v. 6, n. 2, 2013. p.148-162.
- BARROS, L. M. R. D.; BARROS, Maria E. B. D. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal Revista de Psicologia**, v.5, n. 2, 2013. p. 373-90.
- BARROS, R. B. D.; PASSOS, E. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Líliliana D. **Pistas do método da cartografia**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 172-200.
- BERMEA, A. M.; SLAKOFF, D. C.; GOLDBERG, A. E. Intimate Partner Violence in the LGBTQD Community Experiences, Outcomes, and Implications for Primary Care. **Prim Care Clin Office Pract**, v.48, [s/n], 2021. p.319-337.
- BEZERRA, M. V. da R. *et al.* Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 8, 2019. p. 305-323. Acesso em: 20 mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DkZJz3V4kfLczm7Qbvpr3Xh/abstract/?lang=pt>
- BONIFACIO, J.H. *et al.* Management of gender dysphoria n adolescents in primary care. **CMAJ**, v. 191, n. 3, 2019. e69-e75.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, mar. 2012. p. 575-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde**. Ministério da Saúde. Distrito Federal, p. 240. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2013. p. 32. (978-85-334-144-5).

BRASIL. Ministério da Saúde **PORTARIA Nº 457, DE 19 DE AGOSTO DE 2008**. Ministério da Saúde. Distrito Federal. 2008.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. de. Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser. Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 6 jan. 2020. Biblioteca Central da UNB.

CABRAL, K. T. F. *et al.* ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS. **Revista de enfermagem UFPE**, v.13, n. 1, 2018. p.79-85.

CAZEIRO, F. Saúde da População LGBT para além do HIV/aids e Processo Transexualizador no SUS. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 3, n. 11, mar. 2021. p. 19-45.

CECCIM, R. B. *et al.* **Intensidades na atenção básica**: prospecção de experiências in-formes e pesquisa-formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p.17-30

CELE, N. H.; SIBIYA, M. N.; SOKHELA, D. G. Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal. **Curationis**, v.38, n. 2, 2015. p.1-9.

CHARESTI, M. *et al.* Decentralizing PrEP delivery: Implementation and dissemination strategies to increase PrEP uptake among MSM in Toronto, Canada. **PLoS One**, v.16, n. 3, 2021. p. 1-13.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesqui. prá. psicossociais**, v. 15, n. 1, mar. 2020. p. 1-17.

ETTNER, F. M. Primary Care for the Transgender and Gender Nonconforming Patient. **Clin Plastic Surg**, v.45, n.13, 2018. p.301-306. Acesso em: 20 de mai. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908616/>

FÉBOLE, D. D. S. **A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS**. 232f. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Dep. de Psicologia, 2017, Maringá, PR.

FÉBOLE, D. da S.; MOSCHETA, M. dos S. A POPULAÇÃO LGBT E O SUS: produção de violências no cuidado em saúde. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL EM EDUCAÇÃO SEXUAL. **Anais do V SIES**, v. 5, 2017, p. 1-13.

FELSENSTEIN, D. R. Enhancing Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Cultural Competence in a Midwestern Primary Care Clinic Setting. **Journal for Nurses in Professional Development**, v.34, n. 3, 2018. p. 142-150.

FERNANDES, H *et al.* Violência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS em jovens homossexuais e bissexuais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, ago. 2017. p. 390-396. Acesso em: 01 de nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/4GmytzFPxc57q4J9nNCXYJB/?lang=pt>

FERREIRA, B. D. O.; BONAN, C. Cadê as populações LGBTTT na Estratégia Saúde da Família? narrativas de profissionais de saúde em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, 2021. p. 1669-78.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 1 ed. 2003. 152p.

FURNESS, B. W. *et al.* Transforming Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: A Collaborative Quality Improvement Initiative. **Annals Of Family Medicine**, v.28, n. 4, 2020. p. 292-302.

GAHAGAN, J.; SUBIRANA-MALARE, M. Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada. **International Journal for Equity in Health**, v.17, n. 76, 2018. p.1-9.

GALINDO, D. *et al.* Lgbts e gênero banidos? Notas genealógicas sobre projetos de lei no brasil. *Psicologia em Estudo*, v. 22, n. 2, 2017. p. 253-264. Acesso em: 2 de jul. 2022. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/33506>

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

GREENE, R. E. *et al.* Meeting the Primary Care Needs of Transgender Patients Through Simulation. **Journal of Graduate Medical Education**, v.9, n.3, jun., 2017. p. 380-381.

GRUBBA, L. S. Equidade em saúde para pessoas trans: análise do processo transsexualizador brasileiro. **Direito, Estado e Sociedade**, 2022. n.60. p. 164-189. Acesso em: 26 de set. 2022. Disponível em: <https://revistades.jur.puc-rio.br/index.php/revistades/article/view/1238/712>

GUIMARÃES, N. P. *et al.* Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. **RECIIS**, v.14, n. 2, jun. 2020. p. 372-85.

GUIMARÃES, R. D. C. P. *et al.* Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes. **Tempus**, mar., v.11, n.1 2017. p. 121-139.

HASHEMI, L. *et al.* Transgender Care in the Primary Care Setting: A Review of Guidelines Care Setting: A Review of Guidelines. **Federal Practitioner**, v. 35, n.7, jul. 2018. p.30-37.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Treire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4, agos., 2017. p. 2-8.

HEREDIA JUNIOR, D.; PANKEY, T. L.; GONZALEZ, C. A. LGBTQ-Affirmative Behavioral Health Services in Primary Care. **Prim Care Clin Office Pract**, v. 48, n.2, 2021. p. 243-257. Acesso em: 21 de jan. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33985702/>

HINRICHS, A. *et al.* Transgender and Gender Nonconforming Patient Experiences at a Family Medicine Clinic. **Academic Medicine**, v. 93, n. 1, 2018. p. 77-81.
IRINEU, B. A.; OLIVEIRA, B. A.; LACERDA, M. C. Um balanço crítico acerca da regressão dos direitos lgbti no brasil sob ascensão do Bolsonarismo. In: IRINEU, Bruna Andrade *et al.* **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero: temas emergentes**. Salvador: Devires, 2020. p. 283.

JESUS, J. G. de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. 2. ed. Brasília: Se, 2012. 42 p.

KAMEG, B. N.; NATIVIO, D. G. Gender dysphoria in youth: An overview for primary care providers. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v.30, n. 9, 2018. p. 493-498.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana D. **Pistas do método da cartografia**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015. Cap. 2, p. 32-51.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliane D. **Pistas do método da cartografia**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 207.

KER, Alex *et al.* Providing gender-affirming hormone therapy through primary care: service users and health professionals' experiences of a pilot clinic. **J. Prim Health Care**, v.12, n. 1, 2020. p. 72-78.

KETZER, N. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde: relatos de mulheres lésbicas. **Revista baiana de enfermagem**, v.36, [s/n], 2022. e45637.

KLEIN, D. A. *et al.* Quality Primary Care and Family Planning Services for LGBT Clients: A Comprehensive Review of Clinical Guidelines. **LGBT Health**, v.8, n. 3, 2018.p. 153-170. Acesso em: 20 de jan. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29641315/>

LAW, M. *et al.* Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: a qualitative study. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 175, 2015. p. 1-8.

LIMA, A. M. *et al.* Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: Relato de caso. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 14, n. 41, 2019. p.1-9.

MACKINNON, K. R. *et al.* Integrating trans health knowledge through instructional design: preparing learners for a continent – not an island – of primary care with trans people. **Education for Primary Care**, Online, 32, n. 4, 2021. p. 198-204.

MARASCHIN, C.. Pesquisar e intervir. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 1, 2004, p. 98-107.

MARIANO, T. D. S. O.; MORETTI-PIRES, R. O. Disforia de Gênero em crianças: revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 13, n. 40, 2018. p. 1-11.

MENDES, R.; PEZZATO, L. M.; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar com. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, jun. 2016. p. 1737-46.

MINAYO, M. C. D. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petropolis: Vozes, 1994.

MOSACK, K. E.; BROUWER, A. M.; PETROLL, A. E. Sexual Identity, Identity Disclosure, and Health Care Experiences: Is There Evidence for Differential Homophobia in Primary Care Practice? **Womens Health Issues**, v. 23, n. 6, 2013. e341–e346.

MOURA, A. C. D. O. S. D.; LAURINO, D.P. Nós reflexivos: a cartografia como estratégia metodológica. **Rev. Polis e Psique**, v. 4, n. 3, 2014. p. 86-105.

NISLY, N. L. *et al.* Developing an Inclusive and Welcoming LGBTQ Clinic. **CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**, v. 61, n. 4, 2018. p. 646–662.

NISLY, N. L. *et al.* Unique Primary Care Needs of Transgender and Gender Non-Binary People. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 61, n. 4, 2018. p. 674–686.

NOCKA, K. *et al.* Primary care for transgender adolescents and young adults in Rhode Island: an analysis of the All Payers Claims Database. **J Adolesc Health**, v. 68, n. 3, 2021. p. 472-479.

OLIVEIRA, E. A. de. Reflexões em Torno da Saúde da População LGBT: cruzando temas, problemas e perspectivas. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 3, n. 11, mar. 2021. p. 7-18.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 10, 2018. p. 2598-2609.

OLIVERIA, J. M. D. D.; MOTT., Luiz. **População LGBT morta no Brasil: relatório do Grupo Gay da Bahia**. Grupo gay da Bahia, 2020. p. 174.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. D. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana D. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. D. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana **Pistas do método da cartografia**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 150-171.

PASSOS, E.; EIRADO, A. D. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. D. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 109-30.

PAULA, C. E. A.; SILVA, A. P. D.; BITTAR, C. M. L. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, dez. 2017. p. 3841-48.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e mandros metodológicos. **Estudos e pesquisa em psicologia**, v. 10, n. 1, abril 2010, p. 85-102.

PAVELTCHUK, F. D. O.; BORSA, J. C. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. **Revista SPAGESP**, v.21, n. 2, 2020. p.41-54.

PEREIRA, L. B. D. C.; CHAZAN, Ana C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.14, n. 41, 2019. p. 1795.

PORTAL G1. Travesti Dandara foi apedrejada e morta a tiros no Ceará, diz secretário, Fortaleza, 7 mar. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ceara/noticia/2017/03/apos-agressao-dandara-foi-morta-com-tiro-diz-secretario-andre-costa.html>>. Acesso em: 04 outubro 2022.

POTAPOV, A. *et al.* Electronic Consultations as an Educational Tool to Improve the Care of Transgender Patients in Primary Care. **Johns Hopkins University Press**, Edinburgh, 32, n. 2, 2021. p. 680-687.

POZZETTI, V. C.; ROCHA, N. P. P. A patologização da identidade “trans”: uma violação aos direitos fundamentais. **Direito UFMS**, v. 4, n. 2, 2018. p.175-185.

QUEIROZ, D. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v.15, n. 2, 2007. p. 276-83. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observe%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf>.

REIS, P. S. D. O. *et al.* Transfobia velada: sentidos produzidos por enfermeiros (as) sobre o acolhimento de travestis e transexuais. **Revista de Pesquisa**, n.13, [s/n], 2021. p. 80-85. Acesso em: 20 de mai. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146796>

RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Bagoas**, [S.l.], v.4, n. 5, 2012. p.18-44.

ROCHA, Marisa L. D.; AGUIAR, Katia F. D. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, 2003. p. 64-73.

SALIH, S. **Judith Butler e a Teoria Queer**. Trad.: LOPES, G. L. 1. ed. 2013.

SAMPAIO, A. F.; SOUZA, K. C.; FERNANDES, A. C. L. Trans.Formando-se: a educação popular na construção de saberes sobre saúde da população trans. **Revista de Educação Popular**, v. 18, n. 2, out. 2019. p. 229-251.

SANTOS, L. P. D.; BARBOSA, P.; JUNIOR, José A. L. A CURA GAY – DOS DISCURSOS RELIGIOSOS AOS PATOLÓGICOS. **Anais do III Seminário Internacional Imagens da Justiça, Currículo e Educação Jurídica**, 2012. p. 1-13.

SANTOS, W. S. D. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.35, n. 1, 2011. p. 86-92.

SEDGWICK, E. K. A epistemologia do armário. **Cadernos Pagu**, v.28, [s/n], 2016. p.19-54.

SEFOLOSHA, A.; WYK, N. V.; WATH, A. V. D. Reframing Personal and Professional Values: A Substantive Theory of Facilitating Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Youth-Inclusive Primary Health Care by Nurses. **Journal of Homosexuality**, v. 68, n. 8, 2019. p.1298-1319.

SEFOLOSHA, A.; WYK, N. V.; WATH, A. V. D. Reframing Personal and Professional Values: A Substantive Theory of Facilitating Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Youth-Inclusive Primary Health Care by Nurses. **Journal of homosexuality**, v. 68, n. 8, 2019. p.1-23.

SILVA, A. A. D. C. *et al.* Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. **REVISA**, Valparaíso de Goiás, 10, n. 2, 2021. 291-303. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/721>.

SILVA, A. L. R. D.; FINKLE, Mirelle; MORETTI-PIRES, Rodrigo O. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SOBRE PESSOAS LGBT. **Trabalho, Educação, Saúde**, v. 17, [s/n], 2019. p. 1-20. Acesso em: 27 set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/fJ8zJth7rcy68BddtPwg75w/?lang=pt>.

SILVA, B. P. D.; SCHONS, A. A. N. Desenvolvimento de um guia rápido para prática de atenção à saúde da população transgênero. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.14, n. 41, 2019. p.2027.

SILVA, G.W. D. S. *et al.* Diversidade sexual e homofobia: o conhecimento de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 8, n. 1, jan./mar. 2016. p. 3725-39.

SILVA, J. W. S. B. D. *et al.* Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 1, jul. 2017. p. 140-149.

SOUSA, L. M. M. D. *et al.* A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Rev Inv em Enferm**, Coimbra, v. 21, n. 2, nov. 2017, p. 17-26.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, abr. 2014. p. 32-43.

STERN, M. Perspectives of LGBTQ Youth and Pediatricians in the Primary Care Setting: A Systematic Review. **J Prim Care Community Health.**, v.12, [s/n], 2021. p. 1-7.

SULLIVAN-BLUM, Z. C. *et al.* PrEP patient attitudes, beliefs and perceived barriers surrounding HPV vaccination: a qualitative study of semistructured interviews with PrEP patients in primary care clinics in Kansas and Missouri. **BMJ Open**, v.12, [s/n], 2022. e058510.

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/05042022-Lei-Maria-da-Penha-e-aplicavel-a-violencia-contramulher-trans--decide-Sexta-Turma.aspx>, 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/05042022-Lei-Maria-da-Penha-e-aplicavel-a-violencia-contramulher-trans--decide-Sexta-Turma.aspx>. Acesso em: 04 out. 2022.

UFOMATA, E. *et al.* **Comprehensive Curriculum for Internal Medicine Residents on Primary Care of Patients Identifying as Lesbian, Gay, Bisexual, or Transgender**, v. 16, 2020. p. 1-7. Acesso em 12 jan. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012308/>

URWIN, S.; WHITTAKER, W. Inequalities in family practitioner use by sexual orientation: evidence from the English General Practice Patient Survey. **BMJ Open**, v.6, [s/n], 2016. p. 1-9.

VOSS, R. V.; SIMONS, L. Supporting the Health of Transgender and Gender Diverse Youth in Primary Care Settings. **Prim Care Clin Office Pract**, v. 48, n.2, 2021. p. 259-270.

WHITEHEAD, J.; SHAVE, J.; STEPHENSON, R. Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations. **PLOS One**, v.11, n. 1, 2015. p. 1-17.

WHITLOCK, B. L. *et al.* Primary Care in Transgender Persons. **Endocrinol Metab Clin N Am**, v.48, [s/n], 2019. p. 377-90.

ZIEGLER, E. The integral role of nurses in primary care for transgender people: A qualitative descriptive study. **J Nurs Manag**, v.29, n. 1, 2020. p. 95-103.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista: usuários e usuárias LGBT+**ROTEIRO DE ENTREVISTAS – GRUPO LGBT+****CARACTERIZAÇÃO GERAL**

Idade:
Etnia/Raça:
Naturalidade:
Profissão/Ocupação:
Escolaridade:
Renda mensal (salário mínimo):
Local/bairro de residência:
Plano de saúde ou SUS:
Identidade de gênero
Orientação sexual:
Pronomes que se identifica:

PERGUNTAS

1. Fale sobre sua trajetória como uma pessoa LGBT+ até aqui e como você vivencia a sua sexualidade, afetos e relacionamentos.
2. Comente sobre seus projetos de vida futuros.
3. Fale sobre seu itinerário enquanto pessoa LGBT+ nos serviços de saúde (principais demandas, onde costuma procurar atendimento, se é acolhido e/ou existem/iram barreiras, se sofreu alguma violência)
4. Na sua opinião, como um serviço de saúde pode acolher as diversidades sexuais e de gênero (estrutura física, horários de atendimento, serviços ofertados, profissionais, entre outros)?
5. Como você percebe hoje o atendimento a pessoa LGBT+ no Hospital Maternidade Almeida Castro (se já teve algum contato/experiência pessoal ou familiar?)

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista: profissional de saúde**ROTEIRO DE ENTREVISTA – GRUPO PROFISSIONAL/GESTOR****CARACTERIZAÇÃO GERAL**

Idade:

Etnia/Raça:

Naturalidade:

Profissão/Ocupação:

Escolaridade:

Renda mensal (salário mínimo):

Local/bairro de residência:

Plano de saúde ou SUS:

Identidade de gênero

Orientação sexual:

Pronomes que se identifica:

FORMAÇÃO

Tempo e área de formação (graduação):

Tempo no serviço:

Cursos de Pós-graduação e/ou aperfeiçoamento:

Curso na área de atendimento em saúde ao grupo LGBTT:

PERGUNTAS

1. Para você o que é diversidade sexual e de gênero?
2. Qual sua percepção sobre a população LGBT+ nos serviços de saúde? Como você enxerga as demandas desta população no seu cotidiano?
3. Você tem alguma experiência com pessoas LGBT+ nos serviços de saúde?
4. O que você entende por direitos sexuais e reprodutivos e como você enxerga estes direitos das pessoas LGBT+?
5. Na sua concepção, como um serviço de saúde pode acolher a diversidade sexual e de gênero?
6. Como você avalia o atendimento a população LGBT+ no consultório familiar?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM COGNIÇÃO,
TECNOLOGIAS E INSTITUIÇÕES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Esclarecimentos:

Este é um convite para você participar da pesquisa **“Cartografias da produção de cuidado à população LGBT+ em um Consultório Familiar”** coordenada pelo (a) **Prof. Dr. João Mário Pessoa Júnior** docente da Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA), Campus Mossoró/RN e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: Analisar os espaços de qualificação da linha de cuidado à população LGBT+ a partir de um consultório familiar. E como objetivos específicos: conhecer os itinerários e demandas de cuidado em saúde da população LGBT+; sistematizar as experiências de organização e fluxos da linha de cuidado; e Cartografar as vivências de cuidado da equipe de profissionais e a população LGBT+ atendida.

O benefício desta pesquisa é a possibilidade de contribuir para a formulação de estratégias de intervenção e cuidado em saúde voltadas à população LGBT+ e na melhoria e estruturação de serviços de saúde com acolhimento e atenção integral a esse público em Mossoró/RN. Os riscos mínimos que o participante da pesquisa estará exposto são de exposição do sujeito; constrangimento ou desconforto ao ter que expor suas opiniões acerca do processo de trabalho vivenciado. Esses riscos serão minimizados mediante: Garantia do anonimato/privacidade do participante na pesquisa, onde não será preciso colocar o nome do mesmo; Para manter o sigilo e o respeito ao participante da pesquisa, apenas o pesquisador responsável e o mestrando conduzirão a etapa de entrevista, as oficinas e os círculos de cultura, e, somente estes poderão manusear e guardar os dados obtidos; Sigilo das informações por ocasião da publicação dos resultados, visto que não será divulgado dado que identifique o participante; Garantia que o participante se sinta a vontade para responder à entrevista e Anuência do serviço de saúde para a realização da pesquisa.

Caso decida aceitar o convite, você poderá passar pelos seguintes procedimentos: a) realização de entrevista individual (autonarrativa), encontros em grupos no formato de oficinas e encontros com aplicação da técnica de Círculo de Cultura sob a responsabilidade de Matheus Madson Lima Avelino, Fisioterapeuta e mestrando em Cognição, Tecnologias e Instituições da UFERSA. No geral, serão ao todo duas oficinas e um encontro em grupo mediado pela técnica do Círculo de Cultura, ambos com duração média de duas horas e acontecerão no auditório do Consultório Familiar. Nos encontros presenciais o pesquisador e os participantes estarão de máscara facial, mantendo o distanciamento de 2m, além disso, será disponibilizado álcool em gel a 70% para higienização das mãos e objetos.

Os dados coletados a partir das entrevistas, ao final da pesquisa, armazenados em pen drive, bem como os demais oriundos dos encontros outros produzidos, serão

guardados em caixa arquivo por no mínimo cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador responsável (orientador) da pesquisa **Dr. João Mário Pessoa Júnior** no Departamento de Ciências da Saúde, Sala 7, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes e o responsável, garantindo-se a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas.

Você ficará com uma via original deste TCLE e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador **Matheus Madson Lima Avelino** da Universidade Federal Rural do Semiárido, Campus Mossoró. Você poderá encontra-lo no endereço Rua Francisco P. da Silva, n 89, casa 09, Aeroporto, 59607-230, Mossoró/RN. Tel.(84) 99979-6851. Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN)** – Faculdade de Medicina da UERN - Rua Miguel Antonio da Silva Neto s/n - Aeroporto Home page: <http://www.uern.br> - e-mail: cep@uern.br – CEP: 59607-360 - Mossoró –RN Tel: (84) 3312-7032.

Caso você tenha algum gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res. 466/12 II.7) – cobertura material para reparar dano – e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação – sob a responsabilidade do (a)pesquisador(a) **Matheus Madson Lima Avelino**.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Consentimento Livre

Concordo em participar desta pesquisa “**Cartografias da produção de cuidado à população LGBT+ em um Consultório Familiar**”. Declarando, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foram garantidos a mim esclarecimentos que venham a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Mossoró, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador

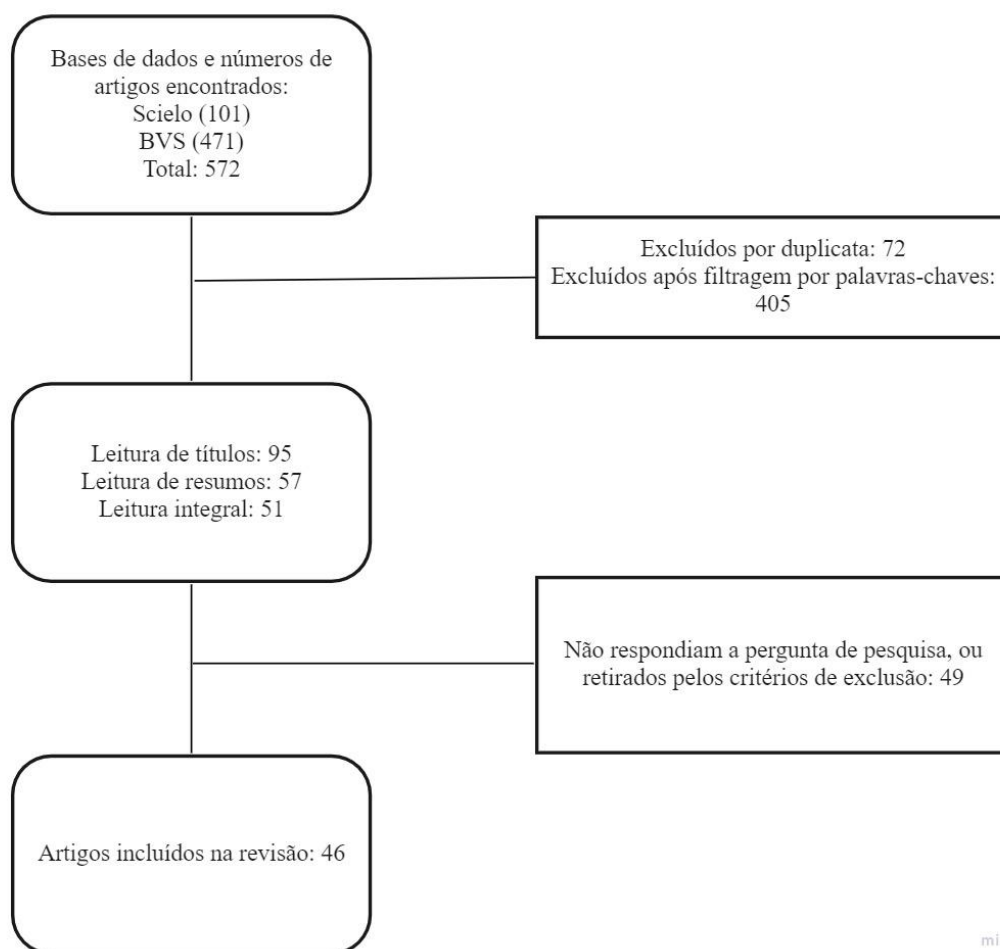


Assinatura do Participante

Matheus Madson Lima Avelino (Pesquisador Responsável). Mestrando do Mestrado Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições Universidade Federal Rural do Semiárido – UFERSA, Campus Mossoró, no endereço Rua Francisco P. da Silva, n 89, casa 09, aeroporto, 59607-230, Mossoró/RN. Tel.(84) XXXXX-XXXX.

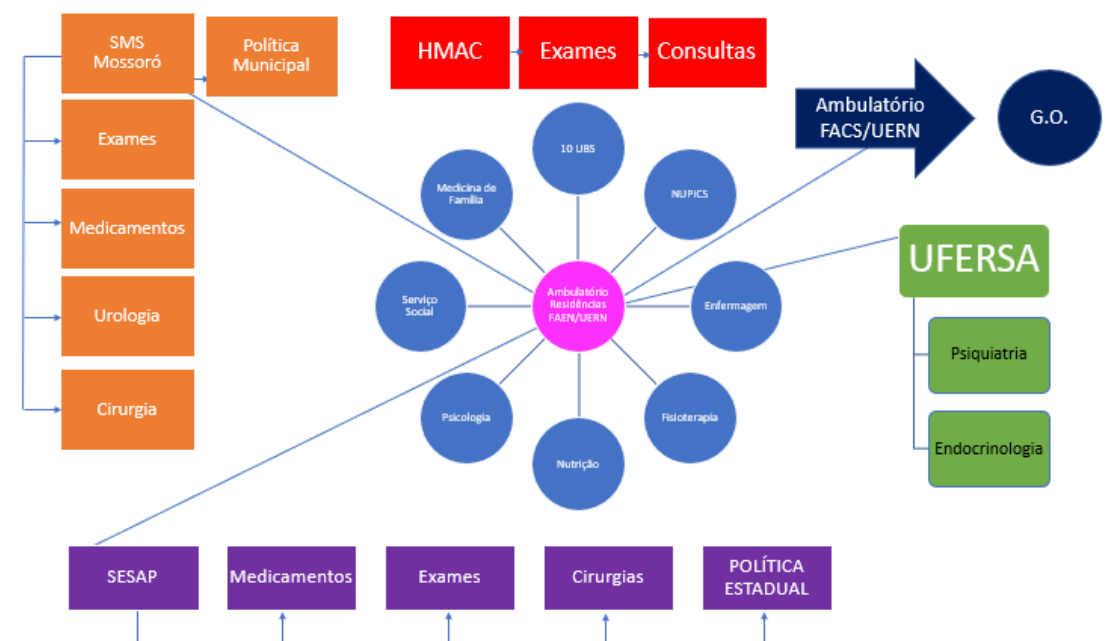
Prof. Dr. João Mário Pessoa Júnior (Orientador da Pesquisa). Curso de Medicina, da Universidade Federal Rural do Semiárido – UFERSA , Campus Mossoró, no endereço Rua Francisco Mota, n. 1478, bairro Alto São Manuel, CEP 59.625-900 – Mossoró – RN. Tel.(84) XXXX-XXXX

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN) - Faculdade de Medicina da UERN - Rua Miguel Antonio da Silva Neto s/n - Aeroporto Home page: <http://www.uern.br> - e-mail: cep@uern.br – CEP: 59607-360 - Mossoró –RN Tel: (84) 3312-7032.

ANEXO I – Fluxograma da revisão integrativa**Figura 1.** Fluxograma dos estudos incluídos na revisão integrativa.

ANEXO II – Fluxograma da linha de cuidado à população LGBT+ em Mossoró-RN

Figura 2. Fluxograma da linha de cuidado às pessoas LGBT+ em Mossoró/RN.



ANEXO III – Mosaicos de experiências

Figura 3. Mosaico do acolhimento



Figura 4. Mosaico das histórias de vida



Figura 5. Mosaico do acesso à saúde**Figura 6.** Mosaico “como produzir serviços que acolhem as diversidades?”

ANEXO IV – Quadro síntese dos interlocutores

Usuários pássaros			Profissionais árvores		
Identificação	Característica	Espaço que participou	Identificação	Característica	Espaço que participou
Sabiá	Homem trans, negro	Oficina de colagens/Entrevista	Jurema	Mulher cis indígena, enfermeira do consultório familiar	Oficina de colagens
Anu	Homem trans branco, bissexual, assistente terapêutico		Ipê	Homem cis branco, homossexual, professor universitário	
Calopsita	Mulher cisgênero, mãe de Anu, professora universitária	Oficina de colagem	Pinheiro	Homem cis branco, heterossexual, enfermeiro e gestor em saúde	
Cacatua	Mulher cis branca, bissexual		Castanheira	Residente de odontologia (RMABSFC)	
Andorinha	Mulher trans heterossexual negra, profissional do sexo	Entrevistas	Embaúba	Residente de serviço social (RMABSFC)	
Arara	Travesti, pansexual, preta, atriz e performer, maquiadora	Entrevistas	Figueira	Mulher cis branca, heterossexual, médica psiquiatra	
Falcão	Homem trans heterossexual negro, comerciante	Entrevistas	Pitangueira	Mulher cisgênero, heterossexual branca, enfermeira	Círculo de cultura
Gaivota	Travesti branca heterossexual, jornalista.	Entrevistas	Jacarandá	Advogada, mulher cisgênero branca	
Canário	Homem cis gay branco, estudante universitário	Entrevistas	Jatobá	Enfermeira, mulher cisgênero branca	
Cardeal	Homem cis gay negro, trabalhador de <i>call center</i>	Entrevistas	Goiabeira	Enfermeira, mulher cisgênero branca	
Pardal	Homem cis branco bissexual, estudante, trabalhador informal	Entrevistas	Macieira	Técnica de enfermagem, mulher cisgênero branca	

Beija-flor	Homem cis pardo pansexual, garoto de programa	Entrevistas	Pitombeira	Enfermeira, mulher cisgênero, negra	
Garça	Mulher cisgênero branca, bissexual, professora universitária	Entrevista	Romãzeira	Assistente social, mulher cisgênero branca	
Coruja	Mulher cisgênero negra, bissexual, estudante	Entrevista	Cajueiro	Médico residente em GO, homem cisgênero heterossexual pardo. Possui residência em MFC	Entrevista
			Aroeira	Psicóloga residente em AB, mulher cis lésbica parda.	Entrevista
			Carnaubeira	Assistente social, programa de IST/AIDS, mulher cisgênero, heterossexual	Entrevista
			Cajazeira	Enfermeira, programa de IST/AIDS, mulher cisgênero branca heterossexual	Entrevista
			Mangueira	Enfermeira, programa de IST/AIDS, mulher cisgênero branca heterossexual	Entrevista

ANEXO V - Colagens produzidas na oficina

Figura 7. Colagem produzida por Pinheiro.



Figura 8. Colagem produzida por Sabiá

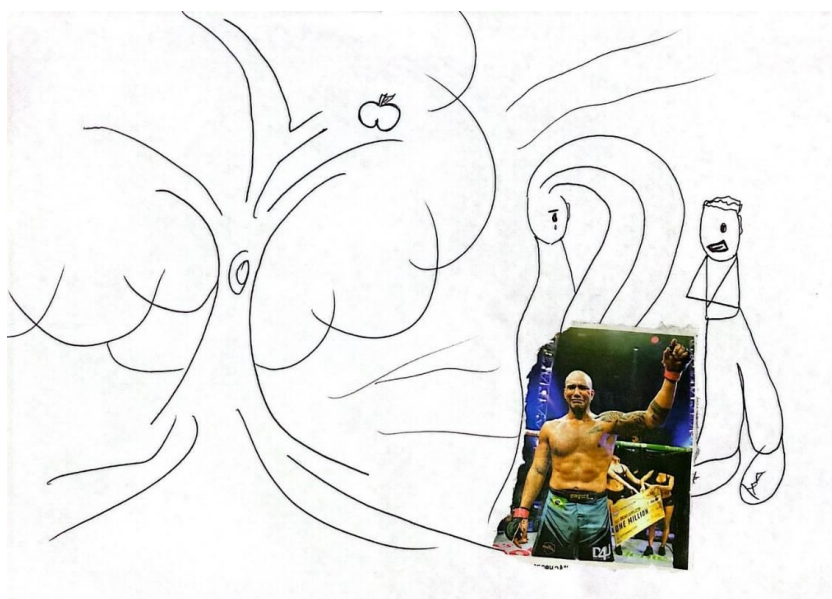


Figura 9. Colagem produzida por Anu



Figura 10. Colagem produzida por Calopsita



Figura 11. Colagem produzida pela dupla de profissionais residentes, Embaúba e Castanheira.



Figura 12. Colagem produzida por Jurema.



Figura 13. Colagem produzida por Cacatua.



Figura 14. Colagem produzida por Figueira.



Figura 15. Colagem produzida por Ipê

Acolhimento



Porque é tão
Singular
Só se contenta com
Plurais

ANEXO VI – Caderneta do gestante

EXAMES		Tratamento para Sífilis	
1ª dose ○ / / 2ª dose ○ / / 3ª dose ○ / /			
Exames	Data	Resultado ▽	
ABO-RH			
Glicemia de Jejum			
Teste Oral de Tolerância à Glicose			
Sífilis (Pasta Rapida)			
VDRL			
HIV / Anti HIV (teste rápido)			
Hepatitis B-HBsAg			
Torçoplomase			
Hemoglobulina Hematócrito			
Urina - EAS			
Urina-Cultura			
Coroado Indireto			
Otros			
Otro			

RETORNOS	
DATA 1 / / 2 / / 3 / / 4 / / 5 / / 6 / /	DATA 7 / / 8 / / 9 / / 10 / / 11 / / 12 / /

Data	Exame
	IG - DUM/USG
	Peso (kg)/IMC
	Etema
	Fresso arterial (mmHg)
	Altura uterina (cm)
	Apresentação fetal
	BCF/Mox. fetal
	Toxou, se indicado

A cartoon illustration of a man with a beard and mustache, wearing a headband, sitting in a meditative pose. He has a calm expression and is holding his hands in front of him. He is surrounded by stylized elements: a blue cloud on the left, a yellow sun with rays on the right, and two green cacti on either side of him. A large yellow banner with black text reads "Caderneta do GESTANTE!". The banner is held by two black figures. The background is white.



Identificação

Me chamo _____ me identifico como _____
e quero ser tratado com os _____
pronomes _____ Minha orientação sexual _____

Retificação de documentos: () Sim () Não
Se não, deseja realizar a retificação? () Sim () Não

Seu nome social deve ser respeitado nas fichas e identificações, mesmo que seus documentos não estejam retificados, caso os pronomes de tratamentos adequados a minha identidade de gênero.
(Portaria nº 1820 de 13 de agosto de 2009)



Data de Nascimento: / / Idade: _____

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Trabalha fora de casa: () Sim () Não

Ocupação: _____

End.: _____

CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Ponto de Referência: _____

Tel. Fixo / Cel.: _____

Número do cartão SUS

Número do NIS





QUIM / / OPP / / OPP / /	Tipo de Exatidão ☐ Única ☐ Gemelar ☐ Não há info. ☐ Ignorada
--	---

☐ Não habitua ☐ Gravidez ☐ Não há info. ☐ Sim
--

Gestação atual

NÃO SIM	NÃO SIM
Fumo (p/ dia cigarro) ☐ Sim ☐ Não	Arenosia ☐ Sim ☐ Não
Alcool ☐ Sim ☐ Não	Hipertensão arterial ☐ Sim ☐ Não
Outros drogas ☐ Sim ☐ Não	Pré-eclâmpsia/lesão ☐ Sim ☐ Não
Violência doméstica ☐ Sim ☐ Não	Cardiopatia ☐ Sim ☐ Não
HIV/AIDS ☐ Sim ☐ Não	Diabetes gestacional ☐ Sim ☐ Não
Sífilis ☐ Sim ☐ Não	Uso de insulina ☐ Sim ☐ Não
Tromboflebite ☐ Sim ☐ Não	Hemorragia 1º grau ☐ Sim ☐ Não
Infecção urinária ☐ Sim ☐ Não	Hemorragia 2º grau ☐ Sim ☐ Não
Cúrculo ☐ Sim ☐ Não	Hemorragia 3º grau ☐ Sim ☐ Não
	Descolamento da placenta ☐ Sim ☐ Não

[illegible]

 **São direitos das pessoas trans no SUS**

- Ser tratado/tratada pelo nome social e pronomes adequados ao gênero que se identifica.

(Portaria nº 1820 de 13 de agosto de 2009)

- ter o nome social registrado em fichas, prontuários e identificações, mesmo que não haja retificação dos documentos.

- ter atendimento digno e livre de julgamentos e discriminação de orientação sexual e de gênero.

(Lei Estadual nº 9.036, de 29 de novembro de 2007)

DISQUE - DEFESA LGBTI+
0800 - 281 - 1314

- Lei Estadual - 8.225
12 Ago 2002

Plano de Parto

TRANSALTO

Unidades de Saúde

 **HOMEM trans,** 

A sua FORMA de VIVER SUA IDENTIDADE de GÊNERO É ÚNICA E FAZ PARTE DA SUA história DE VIDA!

VOCÊ ESCREVE COMO DESEJAR



Sua Gestação, seja ela planejada ou não, não diminui a sua masculinidade!



ANEXO VII – Fanzine do direito ao uso do nome social o SUS

ALMIDA CASTRO

Direito ao Nome Social

O QUE É?

É o nome pelo qual as pessoas trans e travestis se identificam, se apresentam e que comunica a sua identidade. **NÃO É UM APELIDO!**

Retificação: É o processo de mudança do nome e sexo/gênero nos documentos. **É UM DIREITO!**

DECRETO Nº 9238 05.FEV. 2018

1. Tratar pessoas trans e travestis pelo nome social.
ELE → HOMEM TRANS
ELA → MULHER TRANS

2. Usar pronomes adequados ao gênero que a pessoa se identifica.
(Portaria nº 1820 de 13 de agosto de 2009)

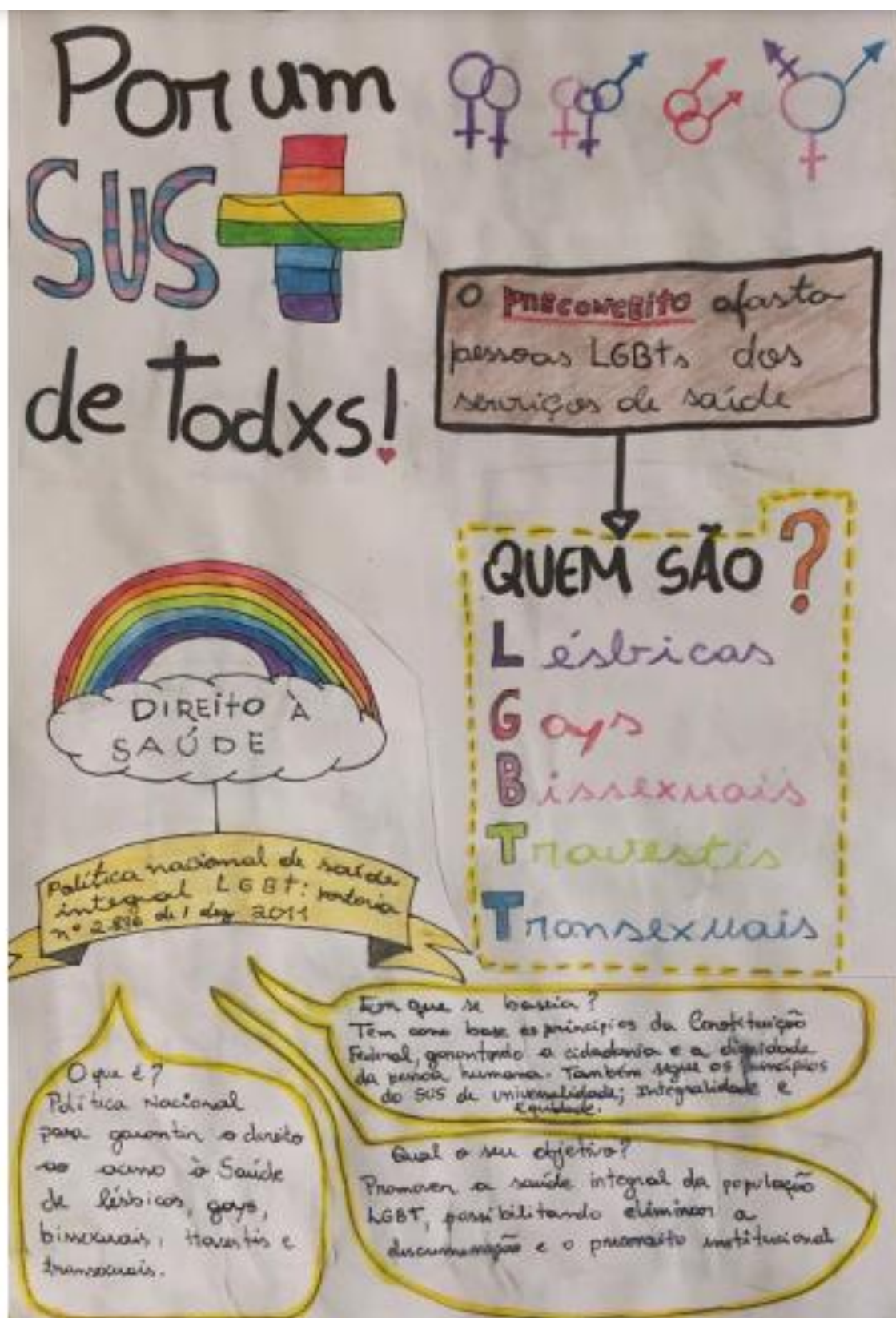
NÃO PRECISA TER RETIFICADO OS DOCUMENTOS!

3. Registrar o nome social em prontuários, fichas e identificações como pulseiras.

É UM DEVER DOS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE!

Scanned with CamScanner

ANEXO VIII - Fanzine por um SUS de todxs



É PRECISO CONHECER



Identidade de gênero: Refere-se ao gênero que você se auto-identifica.

Expressão de gênero: É a maneira como você demonstra o seu gênero na forma de agir, vestir, interagir...

Orientação Sexual: Diz respeito ao gênero do(s) parvo(s) que você sente atração, física e/ou emocional.

Sexo Biológico: Refere-se às características biológicas relacionadas à genética, hormônios, cromossomos.

Lembre-se que a medicalização de corpos de violência contra a população LGBT é **COMPULSÓRIA** para profissionais de saúde.

SAIBA MAIS:

- * Desde 1990, a homossexualidade não é considerada como doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Portanto, é inadequado a utilização do sufixo "como pois faz referência a uma patologia".
- ** A Resolução nº 03/1999 formalizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) proíbe a adoção de ações coercitivas para tratamento, não solicitado (Reversão Sexual).
- *** A Resolução nº 01/2018, também oficializada pelo CFP, promove a despatologização das pessoas transsexuais e transexitas em situações profissionais. É vedado o uso de terapias de conversão, repressão, inadequação ou reorientação.

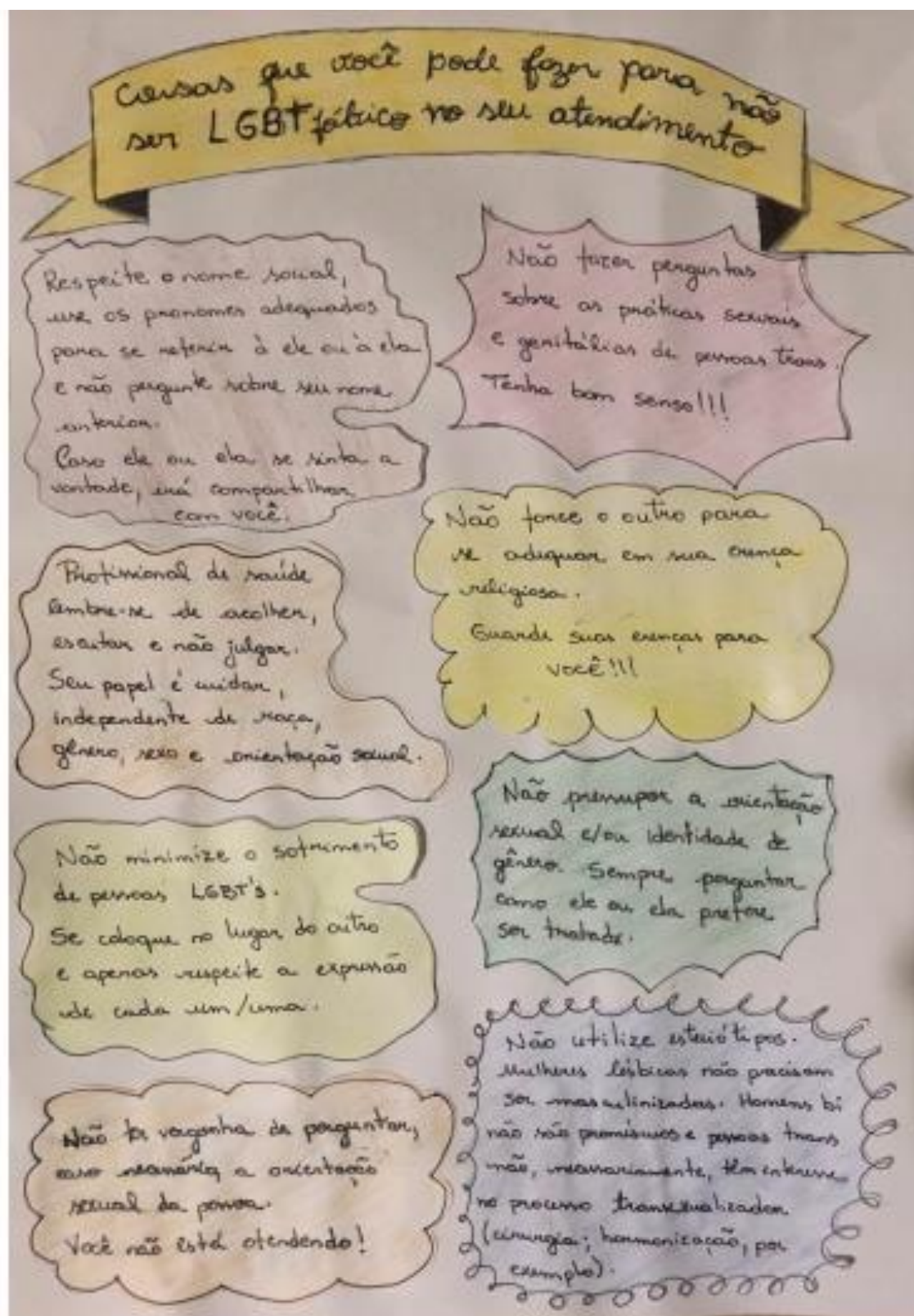
TERMOS QUE VOCÊ NÃO DEVE UTILIZAR NUNCA

Homossexualismo,
Transsexualismo,
Mudança de sexo,
transformista
Homem/mulher da
relação,
Entendido (a).

DISQUE 100

Se você foi vítima ou presenciou ato LGBT-fóbico, DENUNCIE!

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
ou: www.mpf.mp.br



Autoria: Matheus Madson Lima Avelino e Jéssica Pascoalino Pinheiro (2019)