



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 47, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, DEZ 2023
ISSN 2358-2898

Direitos Humanos, Justiça e Saúde: gênero e sexualidade

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – marialuciarizzotto@gmail.com

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Maria Helena Barros de Oliveira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-1078-4502> – mhelenbarros@gmail.com

Angélica Baptista Silva – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0292-5106> – angelica.baptista@fiocruz.br

Diádiney Helena de Almeida – Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus (BA), Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-7151-0564> – dyhelena@gmail.com

Élida Azevedo Hennington – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5280-8827> – elidahennington@gmail.com

Henrique Rabello de Carvalho – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6366-1971> – henriquerebello.dh@gmail.com

Marcos Besserman Vianna – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9411-2086> – marcosbesserman@gmail.com

Vania Reis Girianelli – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8690-9893> – vaniagirianelli@yahoo.com.br

Vania Reis Girianelli – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8690-9893> – vaniagirianelli@yahoo.com.br

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – dottorana@gmail.com

Elda Coelho de Azevedo Bussinger – Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – elda.cab@gmail.com

Eli Iola Gurgel Andrade – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> – iola@medicina.ufmg.br

Fátima Sueli Neto Ribeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> – fatsuerj@gmail.com

Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – gmachineski@gmail.com

Ingrid D'avilla Freire Pereira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> – ingriddavilla@gmail.com

Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – jamilli.santos@ufba.br

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – lenaualobato@uol.com.br

Mario Parada – Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – mapale.2008@gmail.com

Maura Vanessa Silva Sobreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – maurusobreira@ufrn.br

Raquel Abrantes Pego – Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – rabra.peg@gmail.com

Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – ronaldosann@gmail.com

Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – ronaldosann@gmail.com

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – arthur.chioro@unifesp.br

Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – astolkner@gmail.com

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – dottorana@gmail.com

Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España. <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – angel.martinez@urv.cat

Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – brenofontes@gmail.com

Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – cbotazzo@hotmail.com

Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> – stralen@medicina.ufmg.br

Debora Diniz – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – d.diniz@anis.org.br

Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico. <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – emenezdez1@yahoo.com.mx

Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – freese@cpqam.fiocruz.br

Elda Coelho de Azevedo Bussinger – Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> – elda.cab@gmail.com

Eli Iola Gurgel Andrade – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> – iola@medicina.ufmg.br

Elias Kondilis – Queen Mary University of London, London, England. <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – kondilis@qmul.ac.uk

Fátima Sueli Neto Ribeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> – fatsuerj@gmail.com

Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – gmachineski@gmail.com

Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> – gmachineski@gmail.com

Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – helenocorreia@uol.com.br

Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – hugospinelli09@gmail.com

Ingrid D'avilla Freire Pereira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> – ingriddavilla@gmail.com

Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – jairnil@ufba.br

Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> – jamilli.santos@ufba.br

Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique. <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – contact@jeanpierreunger.com

José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – bragajcs@uol.com.br

Jose da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – jrcarval@fiocruz.br

Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – kenneth@uerj.br

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – lenaualobato@uol.com.br

Ligia Giovanella – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – ligiogiovanella@gmail.com

Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – luizfacchini@gmail.com

Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – odorico@saude.gov.br

Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – maria.salete.jorge@gmail.com

Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – mariohernandez62@gmail.com

Mario Parada – Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> – mapale.2008@gmail.com

Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – roveremario@gmail.com

Maura Vanessa Silva Sobreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – maurusobreira@ufrn.br

Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> – pauloamarante@gmail.com

Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – paulo.buss@fiocruz.br

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – pttarso@gmail.com

Raquel Abrantes Pego – Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – rabra.peg@gmail.com

Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> – ronaldosann@gmail.com

Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – radorno@usp.br

Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – profsoniafleury@gmail.com

Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – sulamis@uol.com.br

Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – wfolive@terra.com.br

Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – wfolive@terra.com.br

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet. <https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> – revista@saudeemdebate.org.br

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz. <https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> – carina.revisao@cebes.org.br

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro. <http://www.apoioacultura.com.br> – rita.loureiro@apoioacultura.com.br

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION

Ana Luísa Moreira Nicolino (português e inglês/portuguese and english)

André Luiz Frizon Faust (português e inglês/portuguese and english)

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Jean Pierre Barakat (português e inglês/portuguese and english)

Lígia Girão (português e inglês/portuguese and english)

Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/normalization, portuguese and english)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 47, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, DEZ 2023

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 2358-2898

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

Direitos Humanos, Justiça e Saúde: gênero e sexualidade

Human Rights, Justice, and Health: gender and sexuality

Maria Helena Barros de Oliveira, Angélica Baptista Silva, Diádiney Helena de Almeida, Élica Azevedo Hennington, Marcos Besserman Vianna, Vania Reis Girianelli

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Inconsistências nas notificações de violência no estado do Rio de Janeiro de 2015 a 2021

Inconsistency in notifications of violence in the State of Rio de Janeiro from 2015 to 2021

Vania Reis Girianelli, Georgia Thais Lima Cordeiro

Implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Resende, Rio de Janeiro

Implementation of the National LGBT Comprehensive Health Policy in the municipality of Resende, Rio de Janeiro

Larissa Fagundes da Costa, Élica Azevedo Hennington

Itinerários de travestis e transexuais no acesso ao tratamento hormonal no Amig (RJ) e caracterização dos usuários do serviço

Itineraries of transvestites and transsexuals accessing hormonal treatment at the AMIG (RJ) and characterization of service users

Patricia dos Santos Moquedace, Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel

Assistência à saúde bucal na população LGBTQIA+

Oral health care in the LGBTQIA+ population

Michele de Oliveira Soares, Vania Reis Girianelli

'Meninos vestem azul e meninas vestem rosa': Análise do Discurso Crítica sobre a 'ideologia de gênero' no Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos

'Boys wear blue and girls wear pink': Critical Discourse Analysis on 'gender ideology' in the Ministry of Women, Family and Human Rights

Leandro de Oliveira Bitencourt, Maria Helena Barros de Oliveira

O olhar da enfermagem no contexto do atendimento à saúde da população LGBTQIA+

The nursing perspective in the context of health care for the LGBTQIA+ population

Daiana Mateus da Silva, Diádiney Helena de Almeida

Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT, estado do Rio de Janeiro, 2015-2021

Notification of self-inflicted and interpersonal violence among the LGBT population, state of Rio de Janeiro, 2015-2021

Georgia Thais Lima Cordeiro, Vania Reis Girianelli

Diversidade sexual e de gênero e estigmas sociais no SUS em relação às pessoas LGBTQIA+: observações no Rio de Janeiro

Sexual diversity and social stigmas in the SUS for the LGBTQIA+ community: observations from Rio de Janeiro

Alexandre Nascimento Santos, Luiz Carlos Fadel de Vaconcellos, Ernane Alexandre Pereira

Identidade trans e acesso à saúde na cidade de Macaé (RJ)

Trans identity and access to health in Macaé (RJ)

Victor Tavares de Souza, José Inácio Jardim Motta, Maria Helena Barros de Oliveira

O impacto da pandemia de Covid-19 no acesso à justiça de mulheres em situação de violência doméstica no Rio de Janeiro

The impact of COVID-19 pandemic on domestic violence victim's access to justice in Rio de Janeiro

Lívia de Meira Lima Paiva, Adriana Ramos de Mello

A saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: experiências das profissionais de saúde no município de Belford Roxo/RJ

The health of lesbian and bisexual women: experiences of healthcare professionals in Belford Roxo/RJ

Sheila Cristina Corrêa da Silva, Adriane Neves da Silva, Mably Jane Trindade Tenenblat, Ernane Alexandre Pereira

Trem das cores, estação Valença/RJ: itinerário pela saúde LGBTQIA+ no SUS e seus significados

Trem das Cores (Train of Colors), Valença/RJ Station: itinerary through LGBTQIA+ health in SUS and its meanings

Claudio Roberto da Silva Magalhães, Adriana Miranda de Castro

Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde no Rio de Janeiro

Assessment of LGBTQIA+ access by health professionals at a Municipal Health Center of Rio de Janeiro

Rainer Lopes, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Thiago Rodrigues de Amorim, Jessica Barreto dos Santos

Saúde mental: onde se colocam as questões de gênero? Os papéis das mulheres cisgêneras

Mental health: where do gender issues arise? Cisgender women roles

Sabrina Proença Azevedo Rangel, Adriana Miranda de Castro

Motivações para o rompimento do ciclo de violência em mulheres acolhidas na Sala Lilás do Instituto Médico Legal do Centro do Rio de Janeiro no contexto pandêmico de Covid-19

Motivations for breaking the cycle of violence among women hosted in the Lilac Room of the Forensic Medical Institute in downtown Rio de Janeiro in the context of the COVID-19 pandemic

Fernanda de Sousa, Gabriel Schütz

Notificação de violência da população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais da ESF/Nasf, município do Rio de Janeiro

Reporting violence against the LGBTQIA+ population from the perspective of ESF/NASF professionals in the municipality of Rio de Janeiro

Valdete Maria da Silva, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Dolores Maria Franco de Abreu

ENSAIO | ESSAY

Mulher do fim do mundo: violência feminicida contra a saúde da mulher negra

Woman at the end of the world: femineicidal violence against black women's health

Mariana Freitas da Costa, Cristiane Brandão Augusto, Maria Celeste Simões Marques

Patologização e criminalização de gênero: a experiência de travestis no cárcere

Gender pathologization and criminalization: The prison experience of transvestites

Júlia Silva Vidal, Ela Wiecko Volkmer de Castilho

Pessoas trans, travestis e direitos transumanos: o caso da liberdade morfológica

Transgender people, transvestites, and transhuman rights: The case of morphological freedom

Murilo Vilaça, Maria Clara Dias, Fabio Alves Gomes de Oliveira

Saúde coletiva, gênero e sexualidade: práxis para uma justiça reprodutiva, erótica e de gênero

Collective health, gender and sexuality: praxis for reproductive, erotic and gender justice

Claudia Bonan

Trabalho sexual no Brasil: uma abordagem do protagonismo das prostitutas na luta pelo reconhecimento do direito ao exercício da profissão

Sexual work in Brazil: An approach to the protagonism of prostitutes in their struggle for recognition of the right to exercise the profession

Jane Felipe Beltrão, Andrea Ferreira Bispo

Por uma bioética queer: perspectivas a partir do Sul Global

For a queer bioethics: perspectives from the Global South

Henrique Rabello de Carvalho, Fabio Alves Gomes de Oliveira

REVISÃO | REVIEW

Vulnerabilidade programática sob a perspectiva de profissionais e pessoas idosas LGBTQIA+: uma revisão de escopo

Programmatic vulnerability from the perspective of LGBTQIA+ professionals and older people: a scoping review

Fabiana Maria Rodrigues Lopes Oliveira, Ana Márcia Nóbrega Dantas, Gabriela Lisieux Lima Gomes, Renata Clemente dos Santos-Rodrigues, Fernanda Kelly Oliveira de Albuquerque, Keylla Talitha Fernandes Barbosa

Revisão integrativa: estudos sobre redução de danos voltada para população de mulheres trans e travestis

Integrative review: studies on harm reduction aimed at the population of trans women and transvestites

Sonia Maria Ribas, Angélica Baptista Silva

Saúde de LGBTQIA+ na atenção básica de saúde: uma revisão de escopo

Healthcare for LGBTQIA+ population in Primary Health Care: a scoping review

Emília de Fátima Miterofe Gonçalves, Egléubia Andrade de Oliveira, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Leticia Tereza Barbosa da Silva

A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a população LGBTI+: uma revisão integrativa

Primary Health Care in Brazil and the LGBTI+ population: An integrative review

Andréa Andrade Reis, Henrique Rabello de Carvalho

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

Apontamentos sobre Saúde do Trabalhador, gênero e raça em disciplina de pós-graduação: relato de experiência

Notes on Occupational Health, gender, and race in a postgraduate course: experience report

Élida Azevedo Hennington

Desafios para a saúde de adolescentes: reflexões sobre diversidade, dignidade e direitos humanos

Challenges for adolescents' health: reflections on diversity, dignity, and human rights

Doralice Sisnande dos Santos, Marcos Besserman Vianna

Direitos Humanos, Justiça e Saúde: gênero e sexualidade

Maria Helena Barros de Oliveira¹, Angélica Baptista Silva¹, Diádiney Helena de Almeida², Élica Azevedo Hennington¹, Marcos Besserman Vianna¹, Vania Reis Girianelli¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E1AP-P

ESTE NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA 'SAÚDE EM DEBATE', do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), tem como objeto de reflexão os 'Direitos Humanos, Justiça e Saúde: gênero e sexualidade', que dá o título para esta produção.

Percorrer o caminho dos direitos humanos significa, em um primeiro momento, entender a saúde enquanto um direito humano, compreendendo que “essa relação contém uma visão multidisciplinar em que a saúde é considerada um instrumento de transformação social e um obstáculo à opressão da população”⁽⁷⁾. Ao privilegiar que a saúde da população não deve estar submetida a nenhuma forma de opressão, direcionamos nosso olhar para o recorte de gênero e sexualidade, que expressa as mais diversas formas de violência praticadas, em especial contra a população LGBTI+, que resultam em doenças e agravos à saúde.

A maioria dos textos que compõem esse número temático tem sua origem em um projeto de formação de profissionais da saúde, por meio do Mestrado Profissional de Direitos Humanos, Justiça e Saúde do Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Outrossim, textos de convidados da academia, de especialistas da área e artigos oriundos de chamada aberta também compõem esta edição especial.

A possibilidade de formar profissionais para o campo dos direitos humanos e saúde e a própria produção deste número temático se concretizou a partir da compreensão da importância do tema, pelas instituições envolvidas, e pela contribuição do deputado federal David Miranda, por meio de emenda parlamentar, a quem prestamos nossos agradecimentos e reconhecimento de sua atuação exemplar e vida íntegra no Parlamento, infelizmente interrompida precocemente. A contribuição do deputado também se deu pela sua presença carinhosa em vários momentos da formação dos alunos, incentivando e dialogando acerca de experiências vividas e da importância da defesa dos direitos humanos, da justiça e da saúde.

A interseção entre direitos humanos, gênero e sexualidade é cada vez mais reconhecida como uma área crucial de pesquisas em saúde pública e na formulação de políticas. Os textos que integram este número temático evidenciam como os resultados de saúde são profundamente influenciados pelos determinantes sociais da saúde, que devem incluir fatores como identidade de gênero, orientação sexual e as desigualdades sistêmicas que os indivíduos enfrentam, cotidianamente, como consequência de sua condição de vida. Esses determinantes não são isolados, mas interagem de maneiras complexas, muitas vezes exacerbando as vulnerabilidades das populações mais empobrecidas e marginalizadas. Indivíduos que se identificam como LGBTI+ frequentemente enfrentam múltiplas camadas de discriminação que impactam negativamente no acesso à saúde, na saúde mental e no bem-estar geral. Abordar essas interseções é essencial para

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
mhelenbarros@gmail.com

²Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc) – Ilhéus (BA), Brasil.



a criação de políticas de saúde inclusivas que promovam genuinamente a equidade e a justiça.

O conceito de interseccionalidade, a partir das contribuições do feminismo negro^{2,3}, oferece uma poderosa lente de análise para compreender como diferentes formas de opressão se cruzam e moldam as experiências com consequências na vida dos indivíduos.

Quando aplicado ao contexto das políticas públicas⁴, a interseccionalidade fornece uma estrutura relevante para entender como identidades sobrepostas – como raça, classe, gênero e sexualidade – podem agravar as barreiras enfrentadas por certos grupos no acesso aos cuidados de saúde. Ela desafia os formuladores de políticas a irem além de uma abordagem única e considerarem como intersecções específicas podem levar a necessidades e disparidades de saúde singulares. No contexto da diversidade sexual e de gênero, reconhecer a interseccionalidade é vital para garantir que as políticas de saúde sejam não apenas inclusivas em princípio, mas também eficazes na prática.

Para promover os direitos humanos no campo da saúde, é imperativo identificar e abordar os desafios únicos enfrentados por grupos em situações de vulnerabilidade, especialmente aqueles na intersecção de múltiplos marcadores e identidades marginalizadas. Afirmar os direitos humanos nesse contexto significa desenvolver políticas que estejam sintonizadas com as necessidades específicas desses grupos, garantindo que tenham acesso equitativo a todo o espectro de serviços de saúde. Essa abordagem exige um compromisso com a interseccionalidade como um princípio orientador na saúde pública, reconhecendo que somente ao abordar a complexa interação de fatores que moldam a vulnerabilidade podemos alcançar uma verdadeira equidade em saúde para todos.

Colaboradores

Oliveira MHB (0000-0002-1078-4502)*, Silva AB (0000-0003-0292-5106)*, Almeida DH (0000-0002-7151-0564)*, Hennington EA (0000-0001-5280-8827)*, Vianna MB (0000-0001-9411-2086)* e Girianelli VR (0000-0002-8690-9893)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Oliveira MHB, Teles N, Casara RRR. Direitos Humanos e Saúde: reflexões e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
2. Crenshaw K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: Unifem. Cruzamento: raça e gênero. Brasília, DF: Unifem, 2004. p. 7-16.
3. Collins PH. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. São Paulo: Boitempo Editorial; 2019.
4. Carvalho HR, Marques MCS. O feminismo decolonial e a interseccionalidade nas políticas públicas LGBTI+ no Brasil (1998-2021). Rev Praia Vermelha. 2023;33(2):301-303.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Human Rights, Justice, and Health: gender and sexuality

Maria Helena Barros de Oliveira¹, Angélica Baptista Silva¹, Diádiney Helena de Almeida², Élica Azevedo Hennington¹, Marcos Besserman Vianna¹, Vania Reis Girianelli¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E1AP-I

THIS SPECIAL ISSUE OF THE JOURNAL 'SAÚDE EM DEBATE', from the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), focuses on 'Human Rights, Justice, and Health: Gender and Sexuality', which is also the title of this production.

Going down the path of human rights means, at first, understanding health as a human right, understanding that “this relationship contains a multidisciplinary vision in which health is considered an instrument of social transformation and an obstacle to the oppression of the population”¹⁽⁷⁾. By emphasizing that the health of the population should not be subjected to any form of oppression, we direct our gaze to gender and sexuality, which expresses the most diverse forms of violence practiced, especially against the LGBTI+ population, resulting in illnesses and health problems.

Most of the texts that make up this thematic issue originate from a training project for health professionals through the Professional Master's Degree in Human Rights, Justice and Health of the Department of Human Rights and Health (DIHS) of the Sergio Arouca National School of Public Health (ENSP) of the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ). In addition, this special edition also includes texts by guests from academia, experts in the field, and articles from an open call.

The possibility of training professionals in the field of human rights and health and the production of this thematic issue itself came about as a result of the institutions involved in understanding the importance of the problem and the contribution of federal deputy David Miranda through a parliamentary amendment, to whom we would like to thank and acknowledge his exemplary work and life of integrity in Parliament, which was unfortunately cut short at an early age. The deputy's contribution was also due to his affectionate presence during the students' education, encouraging them to talk about their experiences and the importance of defending human rights, justice, and health.

The intersection between human rights, gender, and sexuality is increasingly recognized as a crucial area of public health research and policy-making. The texts in this thematic issue show how health outcomes are profoundly influenced by the social determinants of health, which must include factors such as gender identity, sexual orientation, and the systemic inequalities that individuals face daily as a consequence of their living conditions. These determinants are not isolated, but interact in complex ways, often exacerbating the vulnerabilities of the most impoverished and marginalized populations. Individuals who identify as LGBTI+ usually face multiple layers of discrimination that negatively impact access to health, mental health, and general well-being. Addressing these intersections is essential to creating inclusive health policies promoting equity and justice.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
mhelenbarros@gmail.com

²Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc) – Ilhéus (BA), Brasil.



The concept of intersectionality, based on the contributions of black feminism^{2,3}, offers a powerful analytical lens for understanding how different forms of oppression intersect and shape experiences with consequences for individuals' lives.

When applied to the context of public policy⁴, intersectionality provides a relevant framework for understanding how overlapping identities – such as race, class, gender, and sexuality – can exacerbate the barriers faced by certain groups in accessing healthcare. It challenges policymakers to go beyond a one-size-fits-all approach and consider how specific intersections can lead to unique health needs and disparities. In sexual and gender diversity, recognizing intersectionality is vital to ensuring that health policies are inclusive in principle and effective in practice.

It is imperative to identify and address the unique challenges faced by groups in situations of vulnerability, especially those at the intersection of multiple markers and marginalized identities, to promote human rights in the health field. Affirming human rights in this context means developing policies that are attuned to the specific needs of these groups, ensuring that they have equitable access to the full spectrum of health services. This approach requires a commitment to intersectionality as a guiding principle in public health, recognizing that we can only achieve accurate equity in health for all by addressing the complex interplay of factors that shape vulnerability.

Collaborators

Oliveira MHB (0000-0002-1078-4502)*, Silva AB (0000-0003-0292-5106)*, Almeida DH (0000-0002-7151-0564)*, Hennington EA (0000-0001-5280-8827)*, Vianna MB (0000-0001-9411-2086)* and Girianelli VR (0000-0002-8690-9893)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Oliveira MHB, Teles N, Casara RRR. Direitos Humanos e Saúde: reflexões e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
2. Crenshaw K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: Unifem. Cruzamento: raça e gênero. Brasília, DF: Unifem, 2004. p. 7-16.
3. Collins PH. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. São Paulo: Boitempo Editorial; 2019.
4. Carvalho HR, Marques MCS. O feminismo decolonial e a interseccionalidade nas políticas públicas LGBTI+ no Brasil (1998-2021). Rev Praia Vermelha. 2023;33(2):301-303.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Inconsistências nas notificações de violência no estado do Rio de Janeiro de 2015 a 2021

Inconsistency in notifications of violence in the State of Rio de Janeiro from 2015 to 2021

Vania Reis Girianelli¹, Georgia Thais Lima Cordeiro²

DOI: 10.1590/2358-28982023E18948P

RESUMO Objetivou-se identificar inconsistências no preenchimento da ficha de notificação de violência no estado do Rio de Janeiro e descrever sua tendência no período de 2015 a 2021. Trata-se de um estudo do tipo painéis repetidos, sendo utilizado o banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) disponibilizado pelo estado do Rio de Janeiro, mas restrito à faixa etária de 18 a 59 anos. Foram elegíveis para o estudo 147.210 notificações. Destas, em 33.117 (22,5%), o tipo de violência não foi registrado, mas o percentual tem decrescido no período ($\beta = -5,67$; $p < 0,001$). Dentre as inconsistências, destaca-se a incompatibilidade no registro de sexo biológico e identidade de gênero (19,8%), com estabilidade no período ($p = 0,497$). Também foram identificados registros de tipos de violência interpessoal e características do agressor nas notificações de violência autoprovocada, bem como registros de meios de agressão relacionados com violência física nas notificações de violência psicológica. O alto percentual de inconsistências identificadas sinaliza a necessidade de aprimoramento do sistema de informação e capacitação continuada dos profissionais de saúde, tendo em vista que a notificação é fundamental para elaborar diagnóstico local e subsidiar estratégias de intervenção para enfrentamento da violência.

PALAVRAS-CHAVE Sistema de Informação em Saúde. Doenças e agravos de notificação compulsória. Violência. Direitos humanos.

ABSTRACT *The objective was to identify inconsistencies in the completion of the notification form for violence in the State of Rio de Janeiro and to describe its trend from 2015 to 2021. This is a repeated panels study, using the database of the National System of Notifiable Diseases (SINAN) available by the State of Rio de Janeiro, but with age restricted from 18 to 59 years. A total of 147,210 notifications were eligible for the study. Of these, in 33,117 (22.5%), the type of violence was not registered, but the percentage has decreased in the period ($\beta = -5.67$; $p < 0.001$). Among the inconsistencies is the incompatibility in the record of biological sex and gender identity (19.8%), with stability in the period ($p = 0.497$). Records of types of interpersonal violence and characteristics of the aggressor were also identified in notifications of self-inflicted violence, as well as records of means of aggression related to physical violence in reports of psychological violence. The high percentage of inconsistencies indicates the need to improve the information system and provide continued training for health professionals, given that notification is fundamental for drawing up local diagnoses and supporting intervention strategies to tackle violence.*

KEYWORDS *Health Information Systems. Disease notification. Violence. Human rights.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. vaniagirianelli@yahoo.com.br

²Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

No Brasil, os casos de violência passaram a ser de notificação compulsória em 2011¹ apesar de já terem sido estabelecidos como obrigatórios por vários atos normativos e legais, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)², a notificação compulsória de violência contra a mulher³ e o Estatuto do Idoso⁴. Posteriormente, outros segmentos sociais vulneráveis foram incorporados, a exemplo da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais e outras (LGBTQIA+)⁵, de forma a atender a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais⁶. Os instrumentos utilizados na vigilância em saúde foram aprimorados, buscando incorporar as políticas de saúde, de inclusão e justiça social, que foram estabelecidas a partir da atuação e da influência dos movimentos sociais⁷.

A notificação é um dos aspectos da linha de cuidado que possibilita, além de conhecer e, conseqüentemente, dar visibilidade ao problema, acolher e encaminhar o indivíduo para a assistência necessária em diversas áreas⁸. Ela inicia-se com o preenchimento de uma ficha padronizada, que, posteriormente, é digitada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), possibilitando a consolidação dos dados no nível local ao nível nacional⁹. A incompletude de alguns campos de diversas fichas dos sistemas de informação tem sido relatada, em particular, os considerados não diretamente relacionados com doença, evento ou agravo, objetos da notificação, como raça ou cor da pele; mas tendem a melhorar com o tempo de implantação do sistema¹⁰.

A notificação de violência, entretanto, tem campos que contemplam conceitos incorporados recentemente na sociedade que ainda podem não ser de domínio da maioria dos profissionais e resultar em erros no preenchimento¹¹. Ademais, os campos incorporados na ficha de notificação, como identidade de gênero e comportamento sexual, ainda não

estão disponibilizados para consulta no sítio eletrônico sobre informações de saúde no nível nacional e na maioria dos estados e municípios. Outros descontinuaram a disponibilização desses campos no seu sítio eletrônico, como o estado do Rio de Janeiro, cujo dados podiam ser consultados, pelo menos, até 2017¹¹.

Estudos sobre a qualidade dos registros de notificações compulsórias no Brasil ainda são escassos¹², em particular, das notificações de violência, cuja inclusão no Sinan é relativamente recente. Nesse sentido, a baixa qualidade da informação pode influenciar a definição de políticas públicas e interferir na elaboração de estratégias para a melhoria da saúde da população geral.

Diante disso, o objetivo do presente estudo é identificar inconsistências no preenchimento da ficha de notificação de violência no estado do Rio de Janeiro, bem como descrever sua tendência no período de 2015 a 2021.

Metodologia

Trata-se de estudo do tipo painéis repetidos, que combina estudos do tipo seccional e de coorte¹³. Foi utilizado banco de dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Sinan, disponibilizado pelo estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021. Foram analisadas as variáveis relacionadas com as características socioeconômicas e demográficas da vítima e do agressor, ano de ocorrência, características da agressão e unidade notificadora, disponíveis na ficha de notificação¹⁴.

A identificação das inconsistências entre os campos preenchidos de cada ficha de notificação foi avaliada com base na recomendação do instrutivo de preenchimento de notificação de violência preconizado pelo Ministério da Saúde¹⁴ e classificada conforme proposto por Girianelli et al.¹¹⁽³¹⁹⁾:

- a) Não conformidade - preenchimento inadequado, mas que não compromete totalmente

a compreensão ou análise dos dados. Situação em que a classificação correta de um campo seria 'Não se Aplica', mas é classificado como 'ignorado', 'não', ou o campo não é preenchido.

b) Incongruência: classificação de dois campos distintos de forma que não sejam simultaneamente verdadeiros, comprometendo a compreensão e conseqüentemente a análise de dados. Situação, por exemplo, em que uma vítima adulta tem a violência sofrida classificada como pornografia infantil, ou seja, um dos campos foi preenchido incorretamente.

Os indicadores e as classificações realizadas foram feitos conforme proposto por Girianelli e colaboradores¹¹:

a) Percentual de inconsistência:

Nº de fichas de notificação com inconsistência das categorias dos campos relacionados

Total de fichas de notificação com os campos sob análise

b) Mediana (Med) das inconsistências para cada grupo de campos relacionados.

c) Avaliação de Inconsistência de não conformidade: baixa (< 10%), moderada (10% a 30%), e alta (> 30%).

d) Avaliação de Inconsistência de incongruência: baixa (< 0,5%), moderada (0,5% a 10%) e alta (> 10%).

O percentual de inconsistência anual foi calculado considerando, no numerador, a quantidade de fichas com inconsistência para determinadas categorias dos campos relacionados e, no denominador, apenas o quantitativo de fichas de notificação que contivessem as categorias dos campos sob análise. Também foi calculada a mediana (Med) de inconsistência para o período, para cada grupo de campos relacionados. As inconsistências relativas a não conformidade foram classificadas como: baixa, quando menor de 10%; moderada, entre 10% e 30%; e alta, quando maior que 30%. Já as incongruências foram classificadas como: baixa, quando menor que 0,5%; moderada, entre 0,5% e 10%; e alta, quando maior que 10%¹¹.

A tendência temporal foi descrita tendo como variável independente o ano da notificação, e como variável dependente, a proporção de cada característica. A avaliação foi realizada por regressão linear generalizada, utilizando o método de Prais-Winsten¹⁵. O aumento ou o declínio das proporções foi avaliada com base no coeficiente de regressão (β) e respectiva significância estatística ($p \leq 0,05$). Nos casos de tendência estatisticamente significativa, foi avaliada a existência de autocorrelação residual, utilizando a estatística de Durbin-Watson (d)¹⁶. Tendo em vista a disponibilidade de sete anos de registros na base de dados, os resultados da estatística entre 1,356 e 2,644 indicam que não há autocorrelação; acima de 3,300, existência de autocorrelação negativa; e abaixo de 0,700, autocorrelação positiva. Os demais intervalos compõem zona de indecisão em que não é possível descartar a autocorrelação. Os dados foram analisados no programa estatístico R versão 3.4.3.

A pesquisa (CAAE: 54012221.2.0000.5240) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, número 5.170.411, emitida em 16 de dezembro de 2021.

Resultados

No período de 2015 a 2021, foram notificadas 248.915 violências ao estado do Rio de Janeiro, sendo 248.415 (99,8%) de residentes no estado. Destas, 147.260 (59,2%) ocorreram na faixa etária de 18 a 59 anos. Foram excluídos 50 registros, sendo 26 residentes no estado do Rio de Janeiro que foram notificados em outros estados e 24 com sexo ignorado sem informação sobre identidade de gênero.

Foram elegíveis para o estudo 147.210 notificações. Destas, em 33.117 (22,5%), o tipo de violência não foi registrado, variando de 41,8% em 2015 a 7,9% em 2021. A não conformidade foi moderada (Med = 26,2%), mas o percentual tem decrescido no período ($\beta = -5,67$; $p < 0,001$), embora haja possibilidade de autocorrelação negativa ($d = 2,714$) (dados não mostrados).

A incompatibilidade no registro de sexo biológico e identidade de gênero correspondeu a 19,8% das notificações de violência dos(as) transgêneros(as) no período, apresentando alta incongruência (Med = 24,8%), sendo maior

para as mulheres transgêneras (Med = 18,9%), mas também foi alta para os homens transgêneros (Med = 5,9%) (*tabela 1*). Este tipo de erro tem se mantido estável no período ($p = 0,497$) apesar de leve redução em 2021 (16%).

Tabela 1. Número e percentual do sexo biológico incompatível com identidade de gênero por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a

Sexo biológico e identidade de gênero	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Sexo Feminino e Travesti	2	0,8	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	0	0,0	5	0,2	0,0	-0,04	0,572
Sexo Feminino e Mulher Trans	45	18,9	34	10,0	53	22,3	45	18,9	45	18,9	45	18,9	125	13,7	392	16,1	18,9	0,27	0,657
Sexo Masculino e Homem Trans	14	5,9	4	1,2	5	5	14	5,9	14	5,9	14	5,9	21	2,3	86	3,5	5,9	0,15	0,662
Total de fichas de transgênero(a) incompatíveis	61	25,6	39	11,5	58	24,4	59	24,8	59	24,8	61	25,6	146	16,0	483	19,8	24,8	0,59	0,497
Total de fichas de transgênero(a)	238	100,0	339	100,0	238	100,0	238	100,0	238	100,0	238	100,0	910	100,0	2439	100,0	-	-	-

Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

Da mesma forma, foi identificada incongruência no registro de encaminhamento de adultos para instituições de atendimento a criança, adolescente e idoso. Esse tipo de erro, em geral, apresenta incongruência baixa (Med < 0,5%), mas no registro de encaminhamento para o conselho tutelar, a incongruência foi moderada (Med = 0,8%) e com tendência de aumento no período ($\beta = 0,05$; $p = 0,007$).

Entre as características das vítimas, a não conformidade foi alta para registro ignorado da escolaridade (Med = 58,8%), ocupação (Med = 77,8%), situação conjugal (Med = 37,5%) e deficiência (Med = 40,2%); e moderada para raça/cor da pele (Med = 18,8%). Houve um decréscimo das não conformidades em relação

a raça/cor da pele em branco ($\beta = -0,43$; $p = 0,016$), escolaridade ignorada ($\beta = -1,36$; $p = 0,001$), situação conjugal em branco ($\beta = -0,86$; $p = 0,001$) e deficiência ou transtorno ignorado ($\beta = -3,80$; $p = 0,001$) (*tabela 2*). A situação conjugal com registro ignorado também se apresentou em declínio ($\beta = -3,12$; $p < 0,001$), mas há possibilidade de autocorrelação negativa ($d = 2,851$). A situação conjugal com registro 'não se aplica' demonstrou leve tendência de aumento no período ($\beta = 0,07$; $p = 0,015$). O registro da data de nascimento estava ausente em 2,9% das notificações (dados não mostrados), mas com registro da idade por ser um campo obrigatório.

Tabela 2. Número e percentual das não conformidades das características das vítimas por ano de notificação. Rio de Janeiro. 2015 a 2021^a

Características das vítimas	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Raça/cor da pele																				
Ignorado	2650	16,1	4687	26,1	6953	34,3	4668	19,9	4898	18,8	3282	15,7	2979	13,5	30117	20,5	18,8	-1,56	0,296	-
Em branco	404	2,5	448	2,5	334	1,6	54	0,2	42	0,2	70	0,3	46	0,2	1398	0,9	0,3	-0,43	0,016	1,449
Escolaridade ignorada																				
Ocupação ignorada	12644	76,9	14317	79,7	15795	77,8	18705	79,7	20542	78,8	15371	73,7	16480	74,6	113854	77,3	77,8	-0,66	0,157	-
Situação Conjugal																				
Em branco	1595	9,7	1270	7,1	1488	7,3	1831	7,8	1364	5,2	1019	4,9	779	3,5	9346	6,3	7,1	-0,86	0,001	2,228
Ignorado	7278	44,3	7983	44,4	7604	37,5	8862	37,8	9027	34,6	5816	27,9	6370	28,8	52940	36,0	37,5	-3,12	<0,001	2,851
Não se aplica	157	1,0	206	1,1	304	1,5	285	1,2	366	1,4	283	1,4	335	1,5	1936	1,3	1,4	0,07	0,015	2,214
Deficiência ou transtorno																				
Em branco	787	4,8	721	4,0	1076	5,3	1563	6,7	1196	4,6	903	4,3	609	2,8	6855	4,7	4,6	-0,24	0,388	-
Ignorado	8714	53,0	9373	52,2	9064	44,7	9447	40,2	9645	37,0	6983	33,5	7252	32,8	60478	41,1	40,2	-3,80	<0,001	1,753
Total de notificações	16436	100,0	17965	100,0	20291	100,0	23475	100,0	26074	100,0	20869	100,0	22100	100,0	147210	100,0	-	-	-	-

Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

Em relação à ausência de informação sobre o local de residência, a não conformidade foi alta para código do distrito (Med = 61,4%); e moderada para código do bairro (Med = 22,6%) que exibiu tendência decrescente ($\beta = -1,84$; $p < 0,001$). Já o código da zona apresentou leve tendência de crescimento ($\beta = 0,51$; $p = 0,020$), mas com baixo percentual (Med = 1,7%).

A não conformidade relacionada com ausência de registro do local e hora da ocorrência da violência foi alta para distrito (Med = 74,9%), código do bairro (Med = 57,6%), nome do bairro (Med = 31,1%) e hora (Med = 62%); e moderada para zona (Med = 11,4%). A tendência foi decrescente para ausência de informação para distrito ($\beta = -2,07$; $p = 0,001$) e hora da ocorrência ($\beta = -2,64$; $p = 0,030$). O código do bairro de ocorrência também foi decrescente ($\beta = -4,16$; $p = 0,013$), mas há possibilidade de autocorrelação positiva ($d =$

1,348). As demais variáveis ainda não indicam queda no período ($p \geq 0,261$).

Entre as notificações de violência autoprovocada, a incongruência foi alta para registro de violência física (Med = 27,7%), psicológica (Med = 8,9%) e outros tipos de violência (72,4%); e moderada para tortura (0,6%) e agressão por ameaça (1,5%) (tabela 3). Houve, no entanto, decréscimo das incongruências relacionadas com classificação indevida de violência física ($\beta = -2,58$; $p = 0,011$) e violência financeira ($\beta = -0,40$; $p = 0,009$). Nos outros tipos de violências, embora apresentassem também queda ($\beta = -1,73$; $p = 0,011$), há possibilidade de autocorrelação positiva ($d = 1,143$). Juntos, os registros para tráfico de pessoas, pornografia infantil e exploração sexual totalizaram oito notificações no período. Os demais registros incongruentes ficaram estáveis no período ($p \geq 0,078$).

Tabela 3. Número e percentual do tipo e forma de violência notificada como autoprovocada por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a

Tipo e forma de violência registrada	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Violência física	592	44,3	504	30,9	951	37,2	807	23,9	1285	25,5	1241	27,7	1196	24,6	6576	28,2	27,7	-2,58	0,011	1,601
Violência psicológica	126	9,4	108	6,6	202	7,9	249	7,4	493	9,8	397	8,9	433	8,9	2008	8,6	8,9	0,26	0,172	-
Tortura	15	1,1	10	0,6	12	0,5	17	0,5	31	0,6	32	0,7	24	0,5	141	0,6	0,6	-0,06	0,202	-
Violência sexual	13	1,0	6	0,4	5	0,2	16	0,5	15	0,3	13	0,3	12	0,2	80	0,3	0,3	-0,84	0,078	-
Tráfico de pessoas ^b	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0	5	0,0	0,0	-	-	-
Violência financeira	5	0,4	3	0,2	6	0,2	9	0,3	5	0,1	5	0,1	6	0,1	39	0,2	0,2	-0,04	0,009	2,420
Negligência/abandono	6	0,4	12	0,7	17	0,7	7	0,2	17	0,3	9	0,2	8	0,2	76	0,3	0,3	-0,08	0,041	1,962
Trabalho infantil	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0,0	5	0,0	0,0	-0,01	0,136	-
Intervenção legal	0	0,0	2	0,1	4	0,2	4	0,1	2	0,0	3	0,1	3	0,1	18	0,1	0,1	0,00	0,797	-
Outras violências	786	58,8	1181	72,4	1690	66,1	2566	75,8	3638	72,1	3321	74,1	3600	74,1	16782	72,0	72,4	-1,73	0,011	1,143
Agressão por ameaça	47	3,5	21	1,3	48	1,9	52	1,5	51	1,0	66	1,5	76	1,6	361	1,5	1,5	-0,20	0,116	-
Assédio sexual	1	0,1	0	0,0	3	0,1	2	0,1	1	0,0	4	0,1	2	0,0	13	0,1	0,1	-0,00	0,654	-
Estupro	4	0,3	4	0,2	3	0,1	7	0,2	6	0,1	7	0,2	9	0,2	40	0,2	0,2	-0,01	0,450	-
Pornografia infantil ^b	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0	0,0	-	-	-
Exploração sexual ^b	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0,0	-	-	-
Total de Violência autoprovocada	1336	100,0	1631	100,0	2557	100,0	3383	100,0	5048	100,0	4484	100,0	4860	100,0	23299	100,0	-	-	-	-

Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

^b Dados insuficientes para descrição da tendência.

Outra incongruência detectada foi o registro de características do agressor nas notificações de violência autoprovocada, que só cabe nos casos de violência interpessoal. As variáveis dois ou mais agressores envolvidos na violência (Med = 4,3%), sexo do agressor diferente da vítima (Med = 8,5%), vínculo com o cônjuge (Med = 2,3%), amigos ou conhecidos (Med = 1,5%), outro tipo de relacionamento (Med = 1,0), ex-cônjuge e desconhecido (Med = 0,8%) apresentaram incongruência moderada. Houve, contudo, queda no período ($p \leq 0,028$) para as variáveis dois ou mais agressores envolvidos na violência, sexo e alguns vínculos do agressor, como pai, mãe, cônjuge, filho(a)

e amigos(as)/conhecidos(as). Nos vínculos de ex-cônjuge e ex-namorado(a), embora também em declínio ($p < 0,050$), há possibilidade de autocorrelação positiva ($d = 1,302$ e $d = 1,247$ respectivamente).

Em relação às notificações de violências interpessoais, as não conformidades para o registro ignorado e em branco foram baixas para todos os tipos de violência (Med < 10%) (tabela 4). Ademais, apresentou tendência de queda para a maioria dos registros ($p \leq 0,050$), exceto para violência sexual ($p = 0,074$). A ausência de registro, no entanto, manteve-se estável no período para todos os tipos de violência ($p \geq 0,110$).

Tabela 4. Número e percentual do tipo de violência interpessoal com registro ignorado ou em branco por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a

Tipo de violência	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Violência física																				
Ignorada	45	0,5	54	0,5	56	0,5	64	0,5	52	0,3	43	0,3	58	0,4	372	0,4	0,5	-0,03	0,041	1,965
Em branco	65	0,8	88	0,9	10	0,1	2	0,0	19	0,1	10	0,1	25	0,2	219	0,2	0,1	-0,12	0,110	-
Violência psicológica																				
Ignorada	222	2,7	322	3,2	402	3,2	345	2,5	255	1,5	282	2,0	248	1,6	2076	2,3	2,5	-0,27	0,021	1,852
Em branco	71	0,9	93	0,9	24	0,2	30	0,2	38	0,2	22	0,2	176	1,1	454	0,5	0,2	-0,01	0,886	-
Tortura																				
Ignorada	251	3,1	408	4,0	475	3,8	406	2,9	357	2,1	389	2,8	320	2,1	2606	2,9	2,9	-0,27	0,032	1,897
Em branco	103	1,3	132	1,3	50	0,4	95	0,7	183	1,1	220	1,6	444	2,9	1227	1,4	1,3	0,24	0,211	-
Violência sexual																				
Ignorado	217	2,6	343	3,4	446	3,6	381	2,7	315	1,9	361	2,6	275	1,8	2338	2,6	2,6	-0,21	0,074	-
Em branco	101	1,2	123	1,2	46	0,4	89	0,6	181	1,1	219	1,6	437	2,8	1196	1,3	1,2	0,25	0,188	-
Tráfico de pessoas																				
Ignorado	229	2,8	329	3,3	451	3,6	386	2,8	313	1,9	343	2,4	280	1,8	2331	2,6	2,8	-0,24	0,044	1,800
Em branco	103	1,3	133	1,3	51	0,4	102	0,7	196	1,2	231	1,6	452	2,9	1268	1,4	1,3	0,24	0,199	-
Violência financeira																				
Ignorada	240	2,9	565	5,6	465	3,8	399	2,9	348	2,1	359	2,6	298	1,9	2674	2,9	2,8	-0,44	0,025	1,776
Em branco	135	1,6	133	1,3	51	0,4	103	0,7	196	1,2	231	1,6	450	2,9	1299	1,4	1,3	0,20	0,309	-
Negligência																				
Ignorada	231	2,8	341	3,4	449	3,6	385	2,8	317	1,9	348	2,5	288	1,9	2359	2,6	2,8	-0,23	0,049	1,842
Em branco	140	1,7	133	1,3	51	0,4	103	0,7	193	1,2	224	1,6	409	2,6	1253	1,4	1,3	0,15	0,417	-
Violência infantil																				
Ignorada	228	2,8	326	3,2	447	3,6	384	2,8	318	1,9	338	2,4	278	1,8	2319	2,6	2,8	-0,23	0,047	1,827
Em branco	143	1,7	133	1,3	51	0,4	103	0,7	196	1,2	232	1,6	452	2,9	1310	1,4	1,3	0,19	0,352	-
Violência legal																				
Ignorado	235	2,9	355	3,5	471	3,8	403	2,9	333	2,0	365	2,6	295	1,9	2457	2,7	2,9	-0,24	0,050	1,828
Em branco	117	1,4	84	0,8	51	0,4	86	0,6	187	1,1	232	1,6	452	2,9	1209	1,3	1,1	0,25	0,213	-
Outra violência																				
Ignorada	379	4,6	786	7,8	799	6,5	588	4,2	503	3,0	532	3,8	404	2,6	3991	4,4	4,2	-0,68	0,033	1,773
Em branco	106	1,3	88	0,9	42	0,3	101	0,7	191	1,2	233	1,7	447	2,9	1208	1,3	1,2	0,26	0,167	-

Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

Nas notificações com registro de apenas violência psicológica, houve incongruência moderada para meio de agressão por força, objeto perfurocortante (Med = 0,9%), envenenamento (Med = 0,5%) e arma de fogo (Med = 1,1%); e alta para outro meio de agressão (Med

= 18,5%), cujo registro deveria ser restrito à violência física (tabela 5). Esse tipo de erro tem aumentado no decorrer do período, não sendo ainda estatisticamente significativo apenas para arma de fogo ($p = 0,151$) e força física ($p = 0,166$). Quanto ao meio de agressão por objeto

contundente, entretanto, há possibilidade de autocorrelação negativa ($d = 2,770$). Outro

meio de agressão, contudo, apresentou leve declínio no período ($\beta = -0,99$; $p = 0,022$).

Tabela 5. Número e percentual do meio de agressão das violências psicológicas por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a

Meio de agressão	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Força	5	2,3	10	3,4	7	1,9	5	1,5	7	1,7	10	3,8	21	7,5	65	3,0	2,3	0,74	0,166	-
Enforcamento	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	1	0,2	2	0,8	4	1,4	9	0,4	0,2	0,20	0,036	1,631
Objeto contundente	0	0,0	0	0,0	1	0,3	3	0,9	0	0,0	3	1,1	2	0,7	9	0,4	0,3	0,16	0,005	2,770
Objeto perfurocor-tante	2	0,9	0	0,0	1	0,3	5	1,5	2	0,5	5	1,9	4	1,4	19	0,9	0,9	0,25	0,009	2,394
Substância/objeto quente	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	3	1,1	1	0,4	5	0,2	0,0	0,13	0,039	2,373
Envenenamento	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,2	4	1,5	6	2,1	16	0,7	0,5	0,31	0,044	1,516
Arma de fogo	1	0,5	7	2,4	4	1,1	6	1,8	4	1,0	1	0,4	4	1,4	27	1,2	1,1	0,13	0,151	-
Outro meio	47	21,8	66	22,8	63	16,7	63	18,5	84	20,0	45	17,2	42	14,9	410	18,8	18,5	-0,99	0,023	2,321
Total Violência apenas psicológica	216	100,0	290	100,0	378	100,0	340	100,0	419	100,0	262	100,0	281	100,0	2186	100,0	-	-	-	-

Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

Discussão

O presente estudo identificou diversas inconsistências nos registros de notificação de violência no estado do Rio de Janeiro que podem comprometer a compreensão do panorama desse tipo de agravo, que é essencial para subsidiar as políticas públicas. Algumas inconsistências, todavia, poderiam ser minimizadas se fosse restringida a possibilidade de digitação de dados inadequados conforme previsto na própria recomendação do instrutivo de preenchimento da notificação¹⁴.

Dentre as inconsistências, destaca-se um percentual elevado (22,5%) de registros ignorados para classificação do tipo de violência ocorrida, ou seja, se autoprovocada ou interpessoal. Tal situação poderia representar real desconhecimento do profissional em função do contexto em que ocorreu a entrevista, particularmente nos casos de atendimento na emergência ou de receio da vítima. Uma sugestão para possibilitar melhor compreensão

seria criar um campo obrigatório na ficha de notificação para registro do motivo do desconhecimento do tipo de violência ocorrida. Houve, contudo, uma redução desse tipo de inconsistência no período analisado, atingindo 7,5% em 2021. Análise prévia dos dados estaduais¹¹ pode ter contribuído para melhoria da informação, embora ainda incipiente. No Brasil, a proporção média desse tipo de inconsistência variou de 12,3% em 2011 a 10,3% em 2014¹⁷.

Outra grave inconsistência identificada foi a incompatibilidade no registro de sexo e identidade de gênero, correspondendo a 19,8% das notificações de violência dos(as) transgêneros(as) no período, em particular, para as mulheres transgêneras (16,8%). A tendência dessa inconsistência manteve-se alta e estável no período avaliado ($p = 0,497$). Estudo com gestores do município de Cuité, na Paraíba, revelou o desconhecimento sobre expressão de gênero e a limitação na compreensão sobre orientação afetivo-sexual,

bem como a culpabilização da comunidade LGBTQIA+ pelas situações de violências e de restrição de acesso aos serviços de saúde¹⁸. Os referidos conceitos, contudo, estão descritos no instrutivo de preenchimento da ficha de notificação¹⁴, mas a manutenção dos erros de classificação sinaliza a necessidade de treinamento dos profissionais para melhor compreensão.

Para diminuir esses erros, Girianelli e colaboradores¹¹ propuseram não deixar ativo para digitação o campo 'identidade de gênero', para as categorias 'travesti' e 'mulher transexual' no caso de notificação de vítima do sexo biológico feminino, e na categoria 'homem transexual' para vítima do sexo masculino. Adicionalmente, a possibilidade de registro de sexo ignorado pode confundir o profissional, porque não é mencionado no instrutivo no campo 'sexo' se é biológico ou de registro civil¹⁴.

Em contrapartida, a disponibilidade de registro de identidade de gênero 'ignorado' também pode prejudicar a classificação, tendo em vista que já existe a categoria 'não se aplica' para os(as) cisgêneros(as) e menores de 10 anos de idade. Como sugestão para melhoria do instrumento, poderia ser acrescentada a opção 'cisgênero', pessoas que se reconhecem com o gênero que lhe foi atribuído no momento de seu nascimento, ainda não disponível na referida ficha de notificação, pois considera apenas como identificação de gênero os indivíduos que são travestis e pessoas trans. Além disso, poderiam também ser inseridas na ficha as categorias assexual e intersexo, contemplando assim as demais pessoas que compõem o mesmo grupo LGBTQIA+, tornando esse instrumento mais equânime, bem como ter informações sobre a violência sofrida por essas pessoas que atualmente estão invisibilizadas.

Esse tipo de erro ocorre devido à naturalização do modelo cisgênero e binário dos sexos no sistema de saúde, que, por estarem fora da norma, precisam ser formalmente identificados¹⁹. Isso tendo em vista que a heteronormatividade é uma norma, uma imposição social para que todos sejam heterossexuais,

determinando que as pessoas se comportem e tenham atitudes de acordo com o sexo biológico e com os papéis predeterminados de cada gênero²⁰.

Outra inconsistência foi o registro de encaminhamento de adultos para instituições de crianças, adolescentes ou idosos. O percentual foi baixo e talvez represente apenas erro de digitação no sistema, contudo, apresentou tendência crescente no período ($\beta = 0,05$; $p = 0,007$). Essa situação poderia ser facilmente evitada com inativação para digitação dos campos não relacionados. A notificação de cada situação deve seguir uma trajetória específica, isto é, de acordo com o caso diagnosticado pelo profissional de saúde. No instrutivo de preenchimento da notificação¹⁴, consta a orientação dos serviços/instituições de acordo com suas especificidades, erro que também pode indicar incompreensão desse campo.

Estudo realizado em Recife, que analisou as notificações no período de 2009 a 2012, encontrou um elevado percentual de incompletude dos campos de encaminhamento, dificultando identificar se não houve registro, ou se eles, de fato, não foram realizados²¹. Além disso, a falta de conhecimento dos profissionais sobre a rede de apoio às vítimas, a descrença em sua eficiência ou o medo de se comprometerem também podem contribuir para o encaminhamento inadequado das vítimas.

No que tange às características das vítimas, o registro ignorado foi alto para escolaridade, ocupação, situação conjugal e deficiência, mas todas com leve tendência de queda no período. Estudo realizado no estado do Paraná, sobretudo no que se refere a escolaridade, também identificou um percentual alto para esse tipo de registro (23,5%), já para deficiência, o percentual de registro ignorado foi baixo (5,8%)²². Para raça ou cor da pele, a não conformidade foi moderada e com leve decréscimo no período ($\beta = -0,43$; $p = 0,016$).

Estudos recentes^{23,24} também têm sinalizado a ausência de dados de algumas variáveis nos sistemas de informações em saúde, em particular, raça/cor da pele e escolaridade,

inviabilizando uma melhor compreensão da realidade da população. Vale ressaltar que, em 2017, tornou-se obrigatório o preenchimento do campo raça/cor da pele nos formulários dos sistemas de informação em saúde²⁵, mas permanece como campo essencial no instrutivo da ficha de notificação, sendo necessária uma atualização.

Quanto às notificações de violência auto-provocada, a recomendação é registrar 'outros' no tipo de violência e especificar se são 'auto-agressão' ou 'tentativa de suicídio'¹⁴. Houve, entretanto, classificação indevida, registrando tipos de violência interpessoal, principalmente de violência física. Tal erro, contudo, teve tendência decrescente no período ($\beta = -2,58$; $p = 0,011$). Análise prévia dos dados do Estado¹¹, no entanto, havia identificado estabilidade desse tipo de erro até 2016 ($p = 0,291$). Outrossim, estudo realizado no estado do Paraná apontou que, apesar de a variável tipo de violência, no campo 'outros', apresentar a notificação de tentativa de suicídio, verificou-se que ela não era preenchida adequadamente, pois as descrições no campo 'observações adicionais' exibiam informações de tentativas de suicídio que não estavam preenchidas no referido campo²².

Nas notificações com registro de apenas violência psicológica, houve incongruência quanto ao registro de meios de agressão que estão relacionados com violência física. Esse tipo de erro tem aumentado no decorrer do período para a maioria dos tipos que envolvem os meios de agressão ($p < 0,05$), situação que já havia sido sinalizada em estudo realizado com dados do estado do Rio de Janeiro até 2016¹¹. Estudo que analisou as notificações de Recife encontrou apenas uma média de 1% de inconsistência entre os campos avaliados, apresentando maior proporção entre os campos violência psicológica e meio de agressão (10,1%)²¹.

O alto percentual de inconsistências (não conformidade e incongruência) identificadas compromete a análise da informação, impossibilitando que haja um retrato mais fidedigno das violências atendidas e notificadas nos

serviços de saúde. A oferta de uma qualificação permanente constitui um fator de fundamental importância e de extrema necessidade para melhor atuação dos profissionais de saúde no preenchimento desse instrumento tão potente e rico de informações epidemiológicas. Além disso, proporciona o conhecimento acerca das terminologias para uma melhor compreensão das diferentes dimensões de gênero e diversidade sexual, contribuindo para a ruptura do conservadorismo e sendo capaz de reduzir os problemas encontrados, superar o preconceito e a discriminação.

Há muito a avançar para o aprimoramento da vigilância das violências e o aperfeiçoamento do instrumento, visando diminuir os equívocos que os profissionais de saúde cometem por falta de clareza da ficha de notificação. É importante também inserir as demais pessoas de acordo com a identidade de gênero e orientação sexual, desnaturalizando o modelo cis-heteronormativo e binário dos sexos em todos os formulários, prontuários e no sistema de informações de saúde do Sistema Único de Saúde, em consonância com o princípio da equidade. Ademais, a melhoria da qualidade das notificações e a inserção dos demais grupos LGBTQIA+ na ficha de notificação de violência também contribuiriam para ampliação de estudos epidemiológicos que ainda são escassos nessa população²⁵.

Considerações finais

As inconsistências no preenchimento da ficha de notificação de violência encontradas neste estudo dificultam a existência de um panorama que se aproxima da realidade. Dentre as inconsistências identificadas, destacam-se o percentual elevado de registros ignorados em variáveis importantes como raça/cor da pele e escolaridade – inclusive sem condição de identificar se a violência perpetrada foi interpessoal ou autoprovocada – e a incompreensão das especificidades da população LGBTQIA+, revelada na incompatibilidade

no registro de sexo e identidade de gênero. A notificação é um instrumento que fornece importantes parâmetros para elaboração de diagnóstico local e formulação de políticas públicas adequadas. Dessa forma, é imperiosa a necessidade de seu aprimoramento.

O presente estudo identificou ser necessário capacitar os profissionais de saúde, transformar campos de registros essenciais em obrigatórios e impossibilitar a digitação de campos incompatíveis para evitar erros de preenchimento. Nessa perspectiva, a capacitação dos profissionais de saúde vai além do correto preenchimento dos campos da notificação para qualificar as informações, sendo fundamental que promova a reflexão dos profissionais em relação aos estigmas e preconceitos, para que possam ter respeito à população com atendimento não discriminatório, de forma a evitar barreiras de acesso ao atendimento integral na saúde.

Este estudo reitera que a notificação é necessária para alimentar o banco de dados com

informações completas e, baseado no quadro epidemiológico das violências, monitorar e avaliar a ocorrência das violências, disseminar informações, aprimorar as medidas de prevenção e atenção integral inclusiva e sem iniquidades. Desse modo, será possível traçar as melhores respostas para seu enfrentamento, sendo uma estratégia para a promoção da saúde, em particular, para grupos específicos.

Colaboradoras

Girianelli VR (0000-0002-8690-9893)* contribuiu para elaboração com as seguintes atividades: análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Cordeiro GTL (0000-0002-7241-948X)* contribuiu para elaboração com: concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. 26 Jan 2011. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jul 1990. [acesso em 2022 out 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
3. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União. 25 Nov 2003. [acesso em 2022

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- out 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm.
4. Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 Out 2003. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.
 5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): revisão da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2022 out 28]. 36 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União. 2 Dez 2011. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html.
 7. Abers RN, Silva MK, Tatagiba L. Movimentos sociais e políticas públicas: repensando atores e oportunidades políticas. Lua Nova. 2018 [acesso em 2022 out 27]; 105:15-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/7Z3vLtvbrTykKtSfx39QsXs/abstract/?lang=pt>.
 8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2022 out 28]. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf.
 9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2022 out 28]. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf.
 10. Galleguillos TGB, Neves H, Lira MMT, et al. Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo. Boletim CEInfo Análise. 2015 [acesso em 2021 nov 15]; 10(12). 60 p. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_12.pdf.
 11. Girianelli VR, Ferreira AP, Vianna MB, et al. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. Cad. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2022 out 28]; 26(3):318-326. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/kjcz3Cy9mcxTF3zsh5CYfK/abstract/?lang=pt>.
 12. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19(11):4467-4478.
 13. Klein CH, Block KV. Estudos Secionais. In: Medronho RA, Block KV, Luiz RR, et al. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. p. 193-219.
 14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2022 out 28]. 94 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpersonal_autoprovocada_2ed.pdf.
 15. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015 [acesso em 2022 out 27]; 24(3):565-576. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zzG7bfRbP7xSmqgWX7FfGZL/abstract/?lang=pt>.
 16. Gujarati DN, Porter DC. Econometria Básica. Tradução Denise Durante; Mônica Rosemberg; Maria Lú-

- cia G. L. Rosa. 5. ed. São Paulo: Amgh Editora; 2011.
17. Sousa CMS, Mascarenhas MDM, Lima PVC, et al. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência-Brasil, 2011-2014. *Cad. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2022 out 28]; 28(esp1):477-487. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VXDRVF4cfrFKwk7rLNS3YtT/?format=pdf&lang=pt>.
 18. Gomes SM, Sousa LMP, Vasconcelos TM, et al. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde Soc.* 2018 [acesso em 2022 out 28]; 27(4):1120-1133. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2018.v27n4/1120-1133/pt>.
 19. Gomes R, Murta D, Fachini R, et al. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018 [acesso em 2022 out 28]; 23(6):1997-2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1997-2006/pt/>.
 20. Petry AR, Meyer DE. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. *Textos Contextos (Porto Alegre)*. 2011 [acesso em 2022 out 28]; 10(1):193-198. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/7375>.
 21. Abath MB, Lima MLLT, Lima OS, et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2014 [acesso em 2022 out 28]; 23(1):131-142. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/fyDMwnQ7LvkKdr-d7MqhzfNq/abstract/?lang=pt>.
 22. Santos ROD, Polidoro M, Wanzinack C, et al. Caracterização das notificações de violência autoprovocada em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) do Estado do Paraná de 2015 a 2017. *Cad. Gên. Tecnol.* 2022; 15(45):26-47.
 23. Cerqueira D, Ferreira H, Bueno S, coordenadores. Atlas da Violência 2021. São Paulo: IPEA; 2021. [acesso em 2021 ago 6]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasda-violencia2021completo.pdf>.
 24. Oliveira JMD, Mott L, organizadores. Mortes violentas de LGBT+ no Brasil: Relatório 2021. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia; 2022 [acesso em 2022 out 28]. (Relatório do Grupo Gay da Bahia). Disponível em: <https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2022/03/mortes-violentas-de-lgbt-2021-versao-final.pdf>.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. *Diário Oficial da União*. 2 Fev 2017. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html.
 26. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate.* 2019; 43(esp8):305-323.

Recebido em 16/10/2023

Aprovado em 06/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Henrique Rabello de Carvalho

Implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Resende, Rio de Janeiro

Implementation of the National LGBT Comprehensive Health Policy in the municipality of Resende, Rio de Janeiro

Larissa Fagundes da Costa¹, Élica Azevedo Hennington²

DOI: 10.1590/2358-28982023E19136P

RESUMO O artigo apresenta resultados da pesquisa qualitativa realizada em Resende, cidade localizada no interior do estado do Rio de Janeiro, sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT). A fim de contribuir para a compreensão do processo de desenvolvimento de políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+, com ênfase na área de saúde mental, foram realizados levantamento documental e entrevistas com a equipe gestora do programa de saúde mental do município. Os resultados evidenciaram que a PNSI-LGBT não se encontra implementada na rede de atenção à saúde e que a maioria dos gestores entrevistados pouco conhecia da política. Em relação as ações concretas voltadas à população LGBTQIA+, elas hoje estão limitadas à implantação de um serviço ambulatorial voltado para a hormonioterapia e transgenitalização das pessoas transgêneras na cidade. A pesquisa possibilitou suscitar a discussão sobre a PNSI-LGBT e a incipiência de sua implementação no município, evidenciando os desafios a serem enfrentados pela gestão pública.

PALAVRAS-CHAVE Minorias sexuais e de gênero. Saúde mental. Política de saúde. Gestão em saúde. Direitos humanos.

ABSTRACT *The article presents results of qualitative research carried out in Resende, a city located in the countryside of the state of Rio de Janeiro, on the implementation of the National Policy for Comprehensive Health for Lesbians, Gays, Bisexuals, and Transvestites and Transsexuals (PNSI-LGBT). It was carried out in order to contribute to the understanding of the process of developing public policies aimed at the LGBTQIA+ population, with an emphasis on the area of mental health, document analysis, and interviews with the management team of the municipality's mental health program. The results showed that the PNSI-LGBT was not implemented in the health care network and that the majority of managers interviewed had little knowledge of the policy. Regarding concrete actions aimed at the LGBTQIA+ population, they are currently limited to the implementation in the city of an outpatient service focused on hormone therapy and transgenitalization of transgender people. The research made it possible to spark a discussion about the PNSI-LGBT and the incipience of its implementation in the municipality, highlighting the challenges to be faced by public management.*

KEYWORDS *Sexual and gender minorities. Mental health. Health policy. Health management. Human rights.*

¹Prefeitura Municipal de Volta Redonda – Volta Redonda (RJ), Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
elida.hennington@fiocruz.br



Introdução

O Brasil é considerado um país perigoso para a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, entre outros (LGBTQIA+). De acordo com o dossiê ‘Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil’¹, ocorreram 273 mortes de pessoas LGBTQIA+ em 2022, observando-se uma tendência de crescimento no número de mortes violentas nas últimas duas décadas. No Brasil e em outras partes do mundo, a homossexualidade e orientações sexuais e as identidades ou expressões de gênero não heteronormativas costumam ser estigmatizadas²⁻⁴, o que leva muitas pessoas a sofrer violências e entrar em sofrimento mental^{5,6}.

Em relação ao setor saúde, além da LGBTfobia⁷, a maioria dessas pessoas enfrenta barreiras de acesso aos serviços públicos, preconceito e dificuldades de comunicação com profissionais de saúde, o que contribui para o receio de identificarem sua orientação ou identidade de gênero, conferindo-lhes exclusão e marginalização nas práticas de cuidado e promoção da saúde, solidão e adoecimento psíquico⁸⁻¹⁰. A estigmatização, a discriminação e a LGBTfobia dificultam o acesso e repercutem no perfil de morbimortalidade dessa população, evidenciando um cenário de desigualdade social que coloca as pessoas LGBTQIA+ em situações que implicam grau de injustiça, de desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio, o que torna uma população prioritária para políticas públicas.

Fruto da luta histórica dos movimentos sociais, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT)¹¹ foi instituída com o objetivo de promover a saúde integral dessa população, na tentativa de eliminar o preconceito e reduzir as desigualdades na atenção à saúde. Isso porque as múltiplas expressões de gênero e sexualidade afetam a saúde mental em decorrência dos processos sociais de violência, opressão, exploração, dominação, assujeitamento, policiamento, silenciamento

e colonização. De acordo com vários estudos, agravos e doenças como o uso abusivo de álcool e drogas, ansiedade e depressão se manifestam como reflexos de exclusões que esse grupo sofre cotidianamente¹²⁻¹⁵.

O artigo apresenta resultados de pesquisa originados da dissertação de mestrado de Costa¹⁶, que objetivou analisar a implementação da PNSI-LGBT, com ênfase na saúde mental, na perspectiva de gestores municipais de saúde de Resende, no estado do Rio de Janeiro.

Metodologia

Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, que incorpora fenômenos sociais considerando significados, atitudes, intenções, crenças, valores e aspirações humanas para compreender e interpretar a realidade^{17,18}. Para o tratamento dos dados produzidos, foi utilizado o método da Análise de Conteúdo, na vertente temática de Minayo¹⁷. A autora propõe outra forma de fazer análise de conteúdo que não privilegia tanto os aspectos quantitativos, e sim os qualitativos, valorizando mais os temas que aparecem no discurso, organizando-os de modo a permitir sua interpretação.

Adotou-se a concepção do Sistema Único de Assistência Social (Suas), de 2008, citado por Ferreira¹⁹⁽³⁵⁾, para quem a gestão “é composta pela associação entre o domínio de conhecimentos técnicos e a capacidade de inovação, alinhada aos princípios democráticos da gestão pública”.

Carneiro e Menicucci²⁰⁽¹³⁶⁾, afirmam que a gestão pública

[...] deve permitir a expressão de valores que não são apenas instrumentais, mas políticos. Nesse sentido, não se limita aos meios, mas incorpora também os objetivos, sua definição e sua articulação operativa, orientando-se a partir de valores sociais. Remete à necessidade de articular a concorrência entre objetivos alternativos e a necessidade de gerir a interdependência

e a cooperação organizativa para o alcance dos objetivos políticos. Dentro da lógica política, a gestão pública deve facilitar a expressão de vontades, mediar entre elas e encontrar valores para conduzir as ações.

A Política Nacional de Gestão do Trabalho (NOB/RH-SUS)²¹ refere que é função e responsabilidade da equipe gestora, seja esta composta por secretários, superintendentes, diretores e/ou coordenadores, pensar nas dimensões das políticas públicas, elaborar diagnósticos das demandas da população com base nos dados produzidos pelos serviços, planejar, executar, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas por esses serviços, de forma dinâmica e integrada.

Optou-se pela entrevista com gestores e pelo levantamento de documentos públicos da gestão municipal como estratégias metodológicas por terem sido consideradas peças-chave na implementação da PNSI-LGBT. A análise documental permitiu levar em conta a agenda política e, com as entrevistas, obter a visão dos implementadores. Além de esses profissionais serem os responsáveis pelo desenvolvimento de políticas, também devem favorecer a produção de dados para a elaboração destas; e, mais ainda, precisam organizar o atendimento e proporcionar a capacitação dos profissionais que irão transformar as diretrizes políticas em ações.

Foram levantados os seguintes documentos: Plano Plurianual e Plano de Ação municipais elaborados nos períodos 2014-2017 e 2018-2021, buscando identificar programas, projetos e ações com a temática LGBTQIA+. O roteiro de entrevista foi dividido em três blocos: o primeiro compreendeu perguntas referentes à caracterização sociodemográfica e ocupacional dos entrevistados; o segundo abordou conhecimentos sobre a PNSI-LGBT, informações sobre perfil da população LGBTQIA+, rede de atenção à saúde e dados de atendimento; e o terceiro versou acerca do plano operativo, ações e recursos municipais, divulgação da política e educação permanente para qualificação da rede.

Os entrevistados foram gestores municipais que desempenhavam os seguintes cargos e funções: duas enfermeiras da Superintendência da Saúde Mental e cinco coordenadores de serviços de saúde mental. Estes trabalhavam nos seguintes setores: Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (Caps-ad), Centro de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil (Capsi), Leito de Saúde Mental, Residência Terapêutica e Ambulatório de Saúde Integral LGBTQIA+ (ASI-LGBT).

Foi realizado um encontro individual com cada participante, em que a duração das entrevistas variou de 20 a 50 minutos. Em busca de preservação do anonimato, para divulgação dos resultados, os nomes dos participantes foram codificados por nomes de Organizações Não Governamentais representativas de movimentos sociais LGBTQIA+ no Brasil: Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT); Grupo Gay da Bahia (GGB); Grupo Triângulo Rosa (Triângulo Rosa); Grupo Arco-Íris (Arco-Íris), Acontece Arte e Política LGBTI+ (Acontece); Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) e Volta Redonda Sem Homofobia (VRSH).

O estudo seguiu os parâmetros e as diretrizes para realização de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, de acordo com parecer nº 5.269.609.

Partindo-se do pressuposto de que a PNSI-LGBT não havia sido implementada no município, a interpretação dos resultados buscou inter-relacionar a análise documental, as entrevistas e o referencial teórico. A análise foi baseada em duas categorias temáticas principais: i) conhecimento sobre a PNSI-LGBT, acesso e atenção à saúde mental da população LGBTQIA+; ii) educação permanente para os profissionais da saúde mental.

Resultados

A 'Princesinha do Vale': dos barões do café à cidade berço da Aman

Resende é o município mais antigo da região Sul Fluminense. Originalmente habitado pelos indígenas Puris, no século XVIII, o coronel paulista Simão da Cunha Gago obteve licença para desbravar a região à procura de ouro e de pedras preciosas. Em 1801, a localidade tornou-se a 'Vila de Resende', nome dado em homenagem ao Conde de Resende, que era o Vice-Rei do Brasil naquela época. Durante o século XIX, tornou-se referência na produção do café; e, em 1848, a Vila foi emancipada à condição de cidade²².

A partir de 1870, a localidade sofreu com o êxodo das famílias produtoras de café por dois motivos: proibição do tráfico de escravos em 1850 e baixa produção das terras devido ao excesso de utilização, tornando o cultivo dispendioso. Dessa forma, houve uma desvalorização imobiliária que atraiu imigrantes vindos de Minas Gerais que se instalaram com seu gado nos cafezais abandonados. No início do século XX, iniciou-se o ciclo da pecuária na região, que levou Resende a produzir um terço da produção leiteira, tornando-se o segundo produtor de queijo e de manteiga do estado do Rio de Janeiro²².

As décadas de 1940 e 1950 foram importantes para o município, não somente pela expansão da industrialização, mas por dois acontecimentos: a instalação da Academia Militar das Agulhas Negras (Aman) e a inauguração da Rodovia Presidente Dutra. Resende está localizada em ponto estratégico no trecho que liga a capital do Rio de Janeiro ao estado de São Paulo. Ademais, se historicamente a cidade já foi habitada por senhores e escravos, após a instalação da Aman em 1944, o município ficou conhecido pela chegada dos militares²².

Resende tornou-se então dividida entre militares e civis, sendo que os militares passaram a deter melhores salários, melhores casas, maior

acesso a bens e serviços e a políticas públicas em relação à maioria da população. O município tem hoje 129.612 habitantes e uma área total de 1.099,336 km², sendo 67 km² pertencentes ao Exército Brasileiro²³. Atualmente, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R\$ 61.373,00; e a economia da cidade se baseia nas atividades industriais, com destaque para os setores metalmeccânico e químico-farmacêutico. Além disso, a cidade abriga a única fábrica de enriquecimento de urânio e é o segundo maior polo automobilístico do País^{22,23}.

O breve histórico sobre a cidade e seu modo de desenvolvimento buscou demonstrar que Resende é um município marcado pela 'militarização' com a implantação da Escola de Ensino Superior do Exército. Desse modo, torna-se importante enfatizar a cultura conservadora que caracteriza a sociedade local, com preponderância de valores morais tradicionais e de princípios cis-heteronormativos.

O contexto: a rede de atenção à saúde mental e os sujeitos de pesquisa

O município de Resende conta com uma rede de saúde formada por duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), três serviços de atendimento de urgência e emergência e um hospital municipal especializado em atendimento de emergência com nove leitos de CTI e um hemonúcleo, 35 unidades de serviços de atenção básica, sendo 32 Unidades Básicas de Saúde da Família, uma Academia da Saúde, um Consultório na Rua e um Centro de Assistência ao Adolescente, além de 12 serviços de atenção especializada.

A cidade possui um total de 301 leitos hospitalares, sendo 195 públicos e 106 particulares. No entanto, desse total, apenas 10 leitos são destinados a pessoas em tratamento de transtornos mentais, sendo 5 masculinos, 4 femininos e 1 leito infante-juvenil. No que se refere à rede de serviços de atendimento especializado em saúde mental, há no município um Ambulatório de Saúde Mental, um

Caps-ad, um Capsi, um Caps, uma Residência Terapêutica e 10 leitos para pacientes em crise.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foi inaugurado o ASI-LGBT, serviço municipal atualmente administrado pela superintendência de saúde mental que oferece tratamento hormonal e de transgenitalização para pessoas transexuais. O corpo técnico do serviço era formado por cinco profissionais: dois assistentes sociais, dois psicólogos e um médico endocrinologista. Todos os profissionais são lotados em outros serviços e dividem sua carga horária no ambulatório. Além disso, o espaço físico também é dividido com outro serviço. Segundo os gestores, por se tratar de um ambulatório em fase de implantação e por

não receber repasse de recursos além do município, ainda não possuía trabalhadores administrativos, telefone para contato, e os agendamentos precisavam ser realizados por *e-mail*.

Nessa pesquisa, foram entrevistados sete profissionais da área de saúde mental: seis encontravam-se no cargo de gestão de serviços de saúde mental, e um, no cargo de gestão do ASI-LGBT. Os entrevistados foram um enfermeiro no nível de direção, na gestão da superintendência de saúde mental; e seis profissionais no nível de gestão/coordenação dos serviços – quatro psicólogos, um assistente social e um enfermeiro. A caracterização sociodemográfica e ocupacional dos entrevistados está apresentada no *quadro 1*.

Quadro 1. Características sociodemográficas e ocupacionais das/dos entrevistadas/os

Entrevistada/o	Idade (em anos)	Identidade de gênero/ Orientação sexual	Formação profissional	Vínculo empregatício	Estado Civil	Religião	Tempo na gestão
ABGLT	48	Mulher cis hétero	Enfermeira Pós-graduada	Cargo comissionado	Casada	Católica	6 anos
GGB	58	Mulher cis bissexual	Psicóloga Mestre	Efetiva estatutária	Divorciada	Sem Religião	8 anos
Triângulo Rosa	38	Mulher cis hétero	Psicóloga Pós-graduada	Efetiva estatutária	Casada	Sem Religião	7 anos
Arco-Íris	44	Homem cis hétero	Enfermeiro Pós-graduado	Efetivo estatutário	Viúvo	Católico	2 anos
Acontece	47	Mulher cis hétero	Psicóloga Pós-graduada	Efetiva estatutária	Solteira	Católica	8 anos
Antra	37	Homem cis homossexual	Assistente Social Pós-graduado	Efetivo estatutário	Solteiro	Sem Religião	6 anos
VRSH	58	Mulher cis bissexual	Psicóloga Mestre	Efetiva estatutária	Divorciada	Sem Religião	8 anos

Fonte: elaboração própria a partir dos dados empíricos.

Os coordenadores participantes da pesquisa ingressaram, em sua maioria, por meio de concurso público e atuavam havia mais de dois anos em cargo de gestão (considerando as experiências anteriores), com a finalidade de adquirir qualificação e perfis diferenciados para atuar no seu campo profissional. Todos os profissionais entrevistados realizaram cursos de pós-graduação, e dois/duas possuíam o título de mestre. Foi possível observar que predominaram profissionais do sexo feminino, brancas, com idade média de 47 anos (mínima de 37 anos e máxima de 58 anos), e apenas três dos sete entrevistados declararam ter religião.

Conforme observado no *quadro 1*, todos os entrevistados informaram ser homens ou mulheres

cisgêneros, em sua maioria com orientação heterossexual. O fato de não haver nenhuma coordenação com identidade de gênero não binário ou orientação sexual não heterossexual merece consideração. Nesse contexto, a falta de pessoas ocupando cargos de gestão com identidade de gênero ou orientação sexual diversa sinaliza barreiras de acesso à carreira no serviço público, reforçando evidências sobre preconceito e/ou dificuldades de escolarização enfrentadas pela população LGBTQIA+, fazendo com que a grande maioria não conclua sequer o ensino fundamental ou médio.

Várias pesquisas abordam os principais motivos que levam estudantes LGBTQIA+ brasileiros a interromper seus estudos, tais

como desigualdades sociais, violações de direitos, negligência, violência, vulnerabilidade social, econômica e afetiva, bem como pela discriminação²⁴⁻²⁶. Em 2016, a Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional²⁷, realizada pela ABGLT, revelou que 60,2% dos estudantes brasileiros de ambos os sexos afirmaram se sentir inseguros na instituição educacional por causa de sua orientação sexual, e 42,8% se sentiam inseguros devido à maneira como expressavam o gênero.

Um quinto dos estudantes LGBTQIA+ (21,7%) que costumavam ouvir comentários LGBTfóbicos na instituição de ensino reportaram que esses comentários eram feitos pela maioria dos seus pares. Mais de dois terços (69,1%) dos estudantes relataram que já ouviram comentários LGBTfóbicos feitos por professores ou outros funcionários. Além disso, a pesquisa 'Juventudes na escola, sentidos e buscas: por que frequentam?'²⁷ indicou que 19,3% dos alunos de escola pública não gostariam de ter um colega de classe travesti, homossexual, transexual ou transgênero.

Conhecimento dos gestores de saúde mental sobre a PNSI-LGBT, ações e práticas

Em relação às dificuldades de implementação da PNSI-LGBT no Brasil, estudos destacam o desconhecimento sobre a política, a LGBTfobia, o estigma, o preconceito e a discriminação, além do despreparo dos profissionais de saúde para acolher e atender esse público²⁸⁻³⁰. Corroborando essa afirmação, a maioria dos gestores municipais de saúde mental em Resende informou não conhecer a fundo a PNSI-LGBT. Apenas o GGB, a Antra e o VRSH afirmaram estudar a política com objetivo de implementá-la em seus serviços. No entendimento dos demais participantes, essa tarefa ficaria mais a cargo da coordenação do ASI-LGBT, e este, por sua vez, teria a função de disseminá-la para os demais serviços.

Conheço pouco a política, agora com o ambulatório é que ela está sendo mais falada. Não se falava anteriormente sobre isso. (Acontece).

O ambulatório é responsável por disseminar essa política para toda a rede de saúde e rede intersectorial do município e já iniciaram essa programação com as Unidades Básicas de Saúde da Família. (GGB).

Não foi percebida preocupação da equipe gestora com a divulgação da PNSI-LGBT, visto que, até o momento da entrevista, a política instituída em 2011 não havia sido publicizada nem mesmo para os profissionais dos serviços de saúde mental. O Triângulo Rosa informou que ocorreu uma roda de conversa com os profissionais que fariam parte do ASI-LGBT, com o objetivo de introduzir a temática e discutir com a equipe sobre o novo ambulatório. No entanto, não houve uma continuidade da ação. Já a Antra afirmou que, por iniciativa própria e solicitação da equipe sob sua coordenação, aconteceu conversa com profissional externo sobre atendimento à população LGBTQIA+, mas também não houve continuidade.

A literatura indica a necessidade de disseminação da política, sensibilização e educação dos profissionais a respeito da saúde e dos direitos de pessoas LGBTQIA+; a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação; o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas, transexuais e travestis; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; a implantação do protocolos de acolhimento e atenção à saúde mental e contra violências, entre outras ações³¹⁻³⁴.

Os participantes foram perguntados sobre outras atividades preconizadas pela Política Nacional de Saúde Mental, visto que o ASI-LGBT é voltado somente para o processo de hormonização e transexualização³⁵. Questionou-se sobre o planejamento de ações para os demais atores LGBTQIA+, e não somente para as pessoas trans, bem como

sobre o atendimento em toda rede de saúde e nos serviços especializados de saúde mental.

Entendemos que as pessoas em sofrimento mental ou com transtornos deveriam ser atendidas pelos serviços existentes na rede de saúde mental, mas ainda percebemos que as equipes dos Caps não estão preparadas para atender essa população. (VRSH).

Estamos realizando o rastreamento desse público, mas entendemos que esse público precisa estar dentro dos serviços já existentes, com o objetivo de não segregar; estamos tentando reintegrar esses sujeitos dentro da rede. (ABGLT).

Após leitura e análise do Plano Plurianual e do Plano Operativo, não foi identificada a introdução de temas ligados à saúde da população LGBTQIA+ na agenda política nos últimos oito anos. Além da ausência da temática na agenda da municipalidade, pode-se afirmar que não existe informação de quantas pessoas dessa comunidade são atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Resende. Outrossim, não existem projetos ou programas nem menção de destinação de recursos para execução de ações específicas para essa população. Com as entrevistas, foi possível identificar que nem mesmo os serviços de saúde mental possuem dados e informações específicos sobre a população LGBTQIA+.

As coordenações da ABGLT, do GGB e do VRSH informaram que esses dados só são contabilizados pelo serviço recém-inaugurado do ASI-LGBT, mas que não possuem os dados dos demais serviços da saúde mental. O Triângulo Rosa, o Grupo Arco-Íris e a Acontece Arte e Política relataram que não há no prontuário a informação sobre identidade de gênero e orientação sexual dos pacientes. Já a Antra afirmou que existe a variável identidade de gênero com as opções ‘masculino’, ‘feminino’ e ‘outros’. No entanto, a opção ‘outros’ nunca foi discriminada pelos profissionais da equipe, assim sendo, essa informação permanece desconhecida.

Não foram identificados leis, programas ou projetos municipais específicos para atendimento à população LGBTQIA+. Ao questionar as coordenações sobre a existência de um Plano Operativo municipal que contemplasse projetos e ações voltados a essa população e quais os investimentos que o município tem realizado para a implementação da política, a maioria dos entrevistados resumiu o desenvolvimento da PNSI-LGBT à implantação do ASI-LGBT. Segundo os participantes, o lado positivo no cenário atual do município é o de transformar o ambulatório em um serviço e instituí-lo oficialmente, o que possibilitará o repasse direto de recursos e o fortalecimento de sua atuação de forma mais plena.

Existe sim, porque temos esse ambulatório e ele é totalmente custeado pelo município. (ABGLT).

Agora [com o ambulatório] está tendo mais visibilidade e um maior interesse de vários setores. (Acontece).

A equipe gestora não procurou se apropriar das diretrizes da PNSI-LGBT visto que, até o momento, não percebeu a necessidade de produção de dados para formulação de indicadores de monitoramento e avaliação sobre morbimortalidade, bem como de acesso dessa população específica à atenção integral, considerando-se estabelecer prioridades e metas nos planos estaduais e municipais de saúde. Nesse sentido, a ausência de tais informações dificulta o diagnóstico sobre a situação de saúde, não permitindo que sejam traçadas estratégias para combate e erradicação das desigualdades em saúde, além de impossibilitar o planejamento intra e intersetorial que poderia, no caso, agregar maior efetividade às ações visando à equidade.

Todos esses problemas apontam para os desafios persistentes de implementação da PNSI-LGBT nos municípios³⁶⁻³⁹. Esse aparente desinteresse e descontinuidade de ações contribuiu para o não cumprimento dos preceitos do SUS de universalidade e equidade, perpetua

a violação de direitos no âmbito institucional, desestimula o respeito às diversidades, ficando a cargo do bom senso e interesse dos profissionais em buscar conhecimento para oferecer um acolhimento qualificado, sem discriminação e preconceito, respeitando as individualidades de cada usuário LGBTQIA+. Ademais, nem mesmo os gestores estão sensibilizados sobre a necessidade de atendimento das especificidades desse grupo nos serviços sob sua gestão, e a maioria se limita a acreditar que a inauguração de um serviço especializado corresponde à implementação da política.

Desenvolvimento de ações de educação permanente para os profissionais da saúde mental sobre a temática LGBTQIA+

Estudo de revisão sistemática⁴⁰ revelou os efeitos da pandemia de Covid-19 na população LGBTQIA+. Além de potencializar as barreiras de acesso aos serviços de saúde já existentes, a crise sanitária e humanitária aumentou a vulnerabilidade à infecção pelo novo coronavírus. O contexto pandêmico acarretou a fragilização dos vínculos sociais e agravou os problemas relacionados com a saúde mental, com o aumento dos índices de sofrimento psíquico e transtornos mentais, como depressão e ansiedade, e de uso de substâncias lícitas e ilícitas. Assim, a escassez de cuidados e de acolhimento respeitoso para essas pessoas e a falta de preparo dos profissionais para atender suas particularidades e oferecer uma atenção qualificada só reafirmam o quanto é necessária a formação de trabalhadores da saúde que estejam preparados para lidar com essas questões.

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre quais ações de educação permanente vêm sendo desenvolvidas para os profissionais da saúde mental sobre a política de saúde LGBTQIA+. A resposta dos profissionais foi de que, há alguns anos, não existe política de educação permanente para a rede de saúde mental por parte da gestão, ficando a cargo dos coordenadores dos serviços de

forma isolada essas iniciativas, conforme as necessidades e dificuldades apresentadas. Esse fato pode ser notado na fala da Acontece, quando se perguntou ‘Com qual periodicidade a gestão de saúde mental realiza ações de educação permanente para os profissionais dos serviços?’.

Eu acho que já teve mais e que a educação permanente diminuiu. Antes tínhamos uma frequência maior, possuíamos supervisão e há mais de 5 anos perdemos. (Acontece).

Além disso, acrescentou que, mesmo anteriormente, quando havia maior investimento em educação permanente, a saúde da população LGBTQIA+ não era tratada nesses processos, sendo incluída apenas em ações isoladas, como palestras ou seminários. Afirmou ainda que agora, após o funcionamento do ASI-LGBT, é que há uma maior visibilidade dessa temática.

Sabe-se que os profissionais de saúde possuem pouca informação relacionada com o contexto histórico, político e social que envolve o processo saúde-doença-cuidado da população LGBTQIA+. Além disso, observa-se uma racionalidade estigmatizadora⁴¹, influenciada pela patologização da sexualidade por parte dos profissionais, que vincula a identidade das pessoas LGBTQIA+ à noção de grupo de risco e associa isso a uma condição causadora de doenças, especialmente IST/aids e transtornos mentais, além de comportamentos moralmente reprováveis, reproduzindo nos serviços o preconceito e a discriminação presentes no cotidiano.

Negreiros et al.⁴², em estudo recente com médicos da atenção primária, sinalizaram as deficiências da grade curricular dos cursos da saúde e a indispensabilidade de capacitações relacionadas com a temática LGBTQIA+. Albuquerque et al.⁴³ também revelaram essa dificuldade ao enfatizar que o tema permanece excluído de espaços acadêmicos e da atenção primária. Ressalta-se que estratégias que objetivam a discussão da atenção à saúde desses grupos devem ser estimuladas para qualificar o atendimento.

Com a implantação do ASI-LGBT, houve iniciativa de capacitação da equipe e de outros profissionais coordenadores de serviços da saúde mental com o intuito de que esses se tornem agentes multiplicadores para os demais serviços do SUS. Apesar de não haver um Plano de Ação, os entrevistados referiram que foi iniciado o diálogo com a rede da atenção básica do município por meio de matriciamento e rodas de conversa, mas, até aquele momento, não foi possível atingir os profissionais que atuam nos serviços próprios de saúde mental.

Os agentes multiplicadores lotados no ambulatório LGBTQIA+ iniciarão as agendas [de capacitação] no próximo mês pelos profissionais que atuam nas recepções dos serviços da atenção básica. (ABGLT).

Disseminar informação, sensibilizar e capacitar sobre a saúde da população LGBTQIA+ devem se constituir em ações estratégicas e contribuir para a formulação de plano operativo municipal da PNSI-LGBT^{30,39,44}. Entende-se que a educação permanente é primordial para a qualidade dos serviços prestados à população, fazendo-se necessário que a gestão promova práticas educativas para gestores e trabalhadores da saúde e para o controle social. A educação deve ser incluída nas rotinas dos serviços de saúde para o fim do preconceito contra pessoas LGBTQIA+, sempre com a preocupação do combate a opressões e discriminações de gênero, orientação sexual, raça e demais marcadores sociais.

Apesar de afirmarem que a equipe do ASI-LGBT será a multiplicadora das ações de saúde para os demais serviços, não se identificaram propostas intra e intersetoriais para o cumprimento dos objetivos da política, observando-se ações isoladas. Além da ausência de um Plano Operativo, realça-se a inexistência de comitês intersetoriais que tenham como objetivo pensar e elaborar projetos ou programas municipais para a população LGBTQIA+ na estrutura governamental,

primeiro passo para a implementação de uma política pública no município⁴⁵⁻⁴⁷.

Considerações finais

O sofrimento e o adoecimento mental da população LGBTQIA+ são tema de grande relevância já demonstrado por vários estudos. Doze anos depois de instituída, foi identificado um baixo grau de efetivação da PNSI-LGBT no município de Resende, hoje resumida à implantação de um ambulatório responsável pelo processo de hormonioterapia e transgenitalização. De modo geral, a aposta é que, com o funcionamento do ASI-LGBT, sua institucionalização e maior aporte de recursos, ele seja indutor da política.

Embora não tenha sido objeto do estudo, falar de controle social é primordial para a defesa de direitos e emancipação de sujeitos. A atuação dos movimentos LGBTQIA+ nos Conselhos de Saúde e outros espaços de participação social poderiam tensionar a gestão pública para a inclusão da diversidade na agenda política. Dessa forma, espera-se que este estudo contribua para a reflexão de gestores, trabalhadores da saúde e população geral sobre a importância da implementação da PNSI-LGBT no município de Resende, fortalecendo a luta para que as pessoas LGBTQIA+ tenham direito a uma cidadania plena.

Colaboradoras

Costa LF (0000-0002-1793-8893)* para concepção do estudo, coleta de dados e análise/interpretação de dados; aprovação da versão final do manuscrito para publicação; e responsabilidade pela exatidão e integridade de todos os aspectos da pesquisa. Hennington EA (0000-0001-5280-8827)* para concepção do estudo e análise/interpretação de dados; revisão e aprovação da versão final do manuscrito para publicação; e responsabilidade pela exatidão e integridade de todos os aspectos da pesquisa. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Acontece Arte e Política LGBTI+; Associação Nacional de Travestis e Transexuais; Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos. Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2022. Florianópolis, SC: Acontece, ANTRA, ABGLT; 2023. [acesso em 2023 dez 13]. Disponível em: <https://observatoriomorteseviolenciaslgbtibrasil.org/>.
2. Herek GM. A Nuanced View of Stigma for Understanding and Addressing Sexual and Gender Minority Health Disparities. *LGBT Health*. 2016; 3(6):397-399.
3. Saraff S, Singh T, Kaur H, et al. Stigma and health of Indian LGBT population: A systematic review. *Stig. Health*. 2022; 7(2):178-195.
4. Silva JCP, Cardoso RR, Cardoso ÂMR, et al. Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(7):2643-2652.
5. Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clin. Psychol. Rev*. 2018; 66:24-38.
6. Gomes M, Brum TG, Zanon BP, et al. A violência para com as pessoas LGBT: uma revisão narrativa da literatura. *Braz. J. Health Rev*. 2021; 4(3):13903-13924.
7. Tagliamento G, Silva SSC, Silva DB, et al. Minha dor vem de você: uma análise das consequências da LGB-Tfobia na saúde mental de pessoas LGBTs. *Cadernos GenDiv*. 2021; 6(3):77-112.
8. Ferreira BO, Nascimento EF, Pedrosa JIS, et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis*. 2017; 27(4):1023-1038.
9. Whitehead J, Shaver J, Stephenson R. Outness, stigma, and Primary Health Care utilization among rural LGBT Populations. *PLoS One*. 2016; 11(1):e0146139.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
11. Ayhan CHB, Bilgin H, Uluman OT, et al. A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *Int. J. Health Serv*. 2019; 50(1):44-61.
12. Medeiros LL, Facundes VLD. Sexualidade, identidade de gênero e as interferências na saúde mental. *Res., Soc. Dev*. 2022; 11(6):e5911628414.
13. Clemente A. Diálogos entre saúde mental e homossexualidade: Notas sobre produção de subjetividade, sofrimento e opressão. *REBEH*. 2019; 2(5):42-58.
14. Silva BL, Melo DS, Mello R. A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental. *Rev. Enferm. UERJ*. 2019; 27:e41942.
15. Moraes MA, Borges JJJ, Santos JEDS. Saúde mental da população LGBTQIA+: violências, preconceitos e suas consequências. *Braz. J. Develop*. 2021; 7(6):57836-57855.
16. Costa LF. Implementação da PNSI-LGBT no Município de Resende, RJ. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2022. [acesso em 2023 dez 10]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57273>.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
18. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(3):621-626.
19. Ferreira SS. NOB-RH Anotada e Comentada. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social; 2011.

20. Carneiro R, Menicucci TMG. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. Rio de Janeiro: Fio-cruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assun-tos Estratégicos da Presidência da República; 2013.
21. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do tra-balho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília, DF: Minis-tério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2005.
22. Prefeitura de Resende. História da cidade: conheça Resende. Resende: Prefeitura Municipal; 2023. [aces-so em 2023 dez 13]. Disponível em: <https://resende.rj.gov.br/historia>.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Re-sende. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2023. [acesso em 2023 mar 13]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/resende/panorama>.
24. Alves CER, Moreira MIC. Do uso do nome social ao uso do banheiro: (trans)subjetividades em escolas brasileiras. *Cad. Psic.* 2015; 19(3):59-69.
25. Lima T. Educação básica e o acesso de transexuais e travestis à educação superior. *RIEB.* 2020; (77):70-87.
26. Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Secretaria de Educação. Pes-quisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Bra-sil 2015. Curitiba: ABGLT; 2016.
27. Abramovay M, Castro MG, Waiselfisz J. Juventudes na escola, sentidos e buscas: Por que frequentam? Brasília, DF: Flacso - Brasil, OEI, MEC; 2015.
28. Avellar CCC, Rodrigues FB. Avanços e barreiras na implementação da política nacional de saúde inte-gral da população LGBT: uma revisão integrativa. *J. Educ. Sci. and Health.* 2023; 3(3):1-11.
29. Oliveira RP, Souza Júnior MAF, Silva IFP, et al. Políti-ca Nacional de Saúde Integral LGBT e sua instrumen-talização na atenção primária do SUS: uma revisão sistemática. *Braz. J. Health Rev.* 2023; 6(1):3907-3927.
30. Prado EAJ, Sousa MF. Políticas Públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. *Tempus (Brasília).* 2017; 11(1):69-80.
31. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. Políti-ca de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate.* 2019; 43(esp8):305-323.
32. Silva ACA, Alcântara AM, Oliveira DC, et al. Imple-mentação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface (Botuca-tu).* 2020; 24:e190568.
33. Guimarães NP, Sotero RL, Cola JP, et al. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Inte-gral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Rev. Eletrôn. Comun. Inf. Inov. Saúde.* 2020; 14(2):372-385.
34. Sacramento I, Ferreira V. As identidades LGBT no Brasil: entre in/visibilidades e in/tolerâncias. *Rev. Eletrôn. Comun. Inf. Inov. Saúde.* 2019; 13(3):444-449.
35. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bis-sexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Pro-cesso Transexualizador no Sistema Único de Saú-de (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017; 22(5):1509-20.
36. Lima RAF, Salgueiro CDBL. Atenção à saúde da popu-lação LGBTQIA+ visando o acesso integral aos serviços de saúde. *Res., Soc. Dev.* 2022; 11(12):e376111234597.
37. Melo IR, Amorim TH, Garcia RB, et al. O direito à saúde da população LGBT: desafios contemporâneos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Psicol. Saúde.* 2020; 12(3):63-78.
38. Gouvêa LF, Souza LL. Saúde e população LGBTQIA+: desafios e perspectivas da Política Nacional de Saú-de Integral LGBT. *Periódicus.* 2021; 3(16):23-42.

39. Sena AGN, Souto KMB. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Tempus (Brasília)*. 2017; 11(1):9-28.
40. Bender MS, Sott MK, Gonçalves IF, et al. Saúde da população LGBTQIA+ durante a pandemia da Covid-19. *Cadernos GenDiv*. 2022; 8(2):166-203.
41. Guimarães RCP, Lorenzo CFG, Mendonça AVM. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. *Physis*. 2021; 31(1):e310128.
42. Negreiros FRN, Ferreira BO, Freitas DN, et al. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2019; 43(1):23-31.
43. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2013; 37(98):516-524.
44. Calazans GJ, Amador SM, Beretta GR, et al. A experiência de implantação da Política de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no município de São Paulo. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*. 2018; 19(2):105-115.
45. Ferreira BO, Nascimento M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(10):3825-3834.
46. Souza MBCA, Helal DH. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: análise descritiva e utilização de dados secundários para pesquisa e prática. *Bagoas*. 2015; (13):221-251.
47. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2012; 32(3):552-563.

Recebido em 25/11/2023

Aprovado em 25/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Girianelli

Itinerários de travestis e transexuais no acesso ao tratamento hormonal no Amig (RJ) e caracterização dos usuários do serviço

Itineraries of transvestites and transsexuals accessing hormonal treatment at the AMIG (RJ) and characterization of service users

Patricia dos Santos Moquedace¹, Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel²

DOI: 10.1590/2358-28982023E18969P

RESUMO O artigo objetivou levantar o perfil das pessoas transexuais e travestis atendidas no Ambulatório Multidisciplinar de Identidade de Gênero (Amig) do estado do Rio de Janeiro, bem como compreender como se deu o acesso ao tratamento hormonal nessa unidade de saúde. Quanto à metodologia, para atender ao primeiro objetivo, foram estudados 458 prontuários. Em relação ao segundo objetivo, foram realizadas entrevistas com 16 pessoas, sendo 6 mulheres transexuais, 2 travestis e 8 homens transexuais; o método utilizado foi o de Narrativas de Vida de Bertaux. Os resultados da pesquisa nos prontuários apontam que 61% são mulheres trans; a maioria dos usuários atendidos são negros (pretos e pardos) e não possuem doenças crônicas. Os resultados obtidos pela análise das entrevistas revelam que a dificuldade no acesso esteve associada à percepção de falta de qualificação dos profissionais de saúde, à inexistência de um protocolo padronizado para regulação e à centralização do atendimento na unidade de referência. Conclui-se que é necessário elaborar um protocolo para que seja praticada a equidade no encaminhamento e na regulação, a educação permanente dos profissionais da atenção primária visando ao esclarecimento em torno do processo de transição e suas necessidades, bem como a descentralização do processo transexualizador.

PALAVRAS-CHAVE Acesso efetivo aos serviços de saúde. Transexualidade. Travestilidade. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT *This article aimed to obtain a profile of and understand how transsexual and transvestite people gained access to the health system up until referral to the reference unit for hormonal monitoring at the Multidisciplinary Gender Identity Outpatient Clinic in Rio de Janeiro state (AMIG). Data were collected from 458 medical records to characterize the clinic's patients. Bertaux Life Narrative method was employed for the interviews, with the participation of 16 people, namely, six transsexual women, two transvestites, and eight transsexual men. The results indicate that most medical records (61%) are from trans women; most clients served are Black (Black and brown) and do not have chronic diseases. The analyzed interviews revealed that the problematic access was associated with the perceived lack of health professionals' qualifications, the lack of a standardized protocol for regulation, and centralized care in the reference unit. It is necessary to develop a protocol for equity in regulation, the continuing education of PHC professionals to clarify the transition process and its needs, and the decentralization of the transsexualization process in order to promote equitable access.*

KEYWORDS *Effective access to health services. Transsexualism. Transvestism. Comprehensive health care.*

¹Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (Iede) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. patymoq@yahoo.com.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)¹, da Organização das Nações Unidas, em 1948, foi um marco histórico no âmbito do direito internacional, com repercussões na medicina e nas ciências sociais, visto que orientava a forma como todos os seres humanos deveriam ser tratados e quais os seus direitos. Os direitos humanos dispostos na Declaração aludiam à proteção de todas as pessoas, sem discriminação étnica, religiosa ou de gênero/sexo. Desse modo, algumas Constituições se inspiraram nesses preceitos e incorporaram tais direitos como fundamentais, alicerçando as lutas locais pela garantia de direitos, assegurando os princípios da liberdade e igualdade entre os cidadãos².

Os denominados ‘Princípios de Yogyakarta’ reafirmam a aplicação de tais normas relacionadas com os direitos humanos às pessoas com diversas orientações sexuais e identidades de gênero, coibindo quaisquer discriminações, sanções ou limitações por expressarem uma sexualidade ou gênero distintos do definido geneticamente. Assim, os Princípios de Yogyakarta³⁽⁷⁾ afirmam que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos [...]” e que a liberdade de escolha da própria “orientação sexual e identidade de gênero são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação ou abuso”.

Ainda que a DUDH já exista há várias décadas, o Brasil ainda falha em sua aplicação para garantir a melhor qualidade de vida das minorias. Nesse sentido, o relatório ‘Situação dos Direitos Humanos no Brasil’ mostra que o País avançou em certos aspectos, mas há que se considerar a história de violação sistemática de direitos ocorrida durante a ditadura militar e a persistência, atualmente, das violações de direito de minorias. A pesquisa parte do reconhecimento da necessidade de melhorar aspectos diversos na defesa e promoção dos direitos da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e

Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, entre outros (LGBTQIA+)⁴.

Muito embora tenha havido avanços na formulação de Políticas de Saúde, é mister ressaltar que a homofobia e a transfobia dificultam a promoção da cidadania e o respeito aos direitos humanos das pessoas LGBTQIA+. Observa-se que não se deu a conquista efetiva da equidade e igualdade no acesso à saúde proporcionado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que constitui violação aos princípios preconizados pela Reforma Sanitária Brasileira⁵.

Relacionado com isso, em 2015, a Organização Mundial da Saúde verificou a dificuldade, em nível mundial, do acesso igualitário de pessoas transexuais aos serviços de saúde e que obstáculos e deficiências no acesso ocasionavam grande impacto na sua saúde mental⁶. As políticas que implementam o processo transexualizador contam, no estado do Rio de Janeiro, com uma instituição de referência na área de endocrinologia e diabetes, chamada Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (Iede), habilitada em 2016, pelo Ministério da Saúde, para acompanhamento hormonal das pessoas transexuais e travestis que visam à mudança dos caracteres sexuais secundários, por meio da assistência multiprofissional, no Ambulatório Multidisciplinar de Identidade de Gênero (Amig) de forma integral e humanizada. Ressalte-se que tal atendimento ocorria desde 1999, antes da oficialização do primeiro dispositivo legal do processo transexualizador.

Os objetivos específicos da pesquisa foram: i) caracterizar as pessoas atendidas no ambulatório dessa unidade; e ii) entender como se deram o acesso e o itinerário das pessoas transexuais e travestis no SUS até a sua admissão na unidade de referência para o acompanhamento hormonal no Amig do estado do Rio de Janeiro.

Os pareceres nº 5.320.867 (Iede) e nº 5.220.717 (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca) atestam a aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa de ambas as instituições.

Metodologia

A pesquisa foi realizada em duas etapas: a primeira foi a caracterização do perfil socio-demográfico das 458 pessoas transexuais e travestis atendidas no Amig a partir da coleta de informações disponíveis na ficha do Serviço Social anexada aos prontuários dos participantes da pesquisa, em que se buscou identificar dados pessoais, como gênero, naturalidade, faixa etária, cor/etnia e escolaridade, a situação funcional (vínculo empregatício, previdenciário), situação de saúde, história de violência sexual; a segunda etapa foi de entrevistas com 16 pessoas transexuais e travestis em acompanhamento no Amig, que se disponibilizaram a relatar suas experiências – seis mulheres transexuais, duas travestis e oito homens transexuais, sendo um deles pessoa intersexo. Os entrevistados tiveram seus dados sociodemográficos colhidos entre os 458 prontuários estudados na primeira etapa. Ressalte-se que, em nenhum momento, as pessoas que participaram da pesquisa foram identificadas, tendo sido garantido o anonimato.

Quanto aos dados sociodemográficos, foram utilizados todos os prontuários das pessoas transexuais e travestis que foram atendidos no Serviço Social do Amig no período de 2015 a 2021.

A realização e a análise das entrevistas basearam-se no método de Narrativas de Vida, de Daniel Bertaux⁷, sendo importante justificar que o número de entrevistados foi influenciado pelo cronograma da pesquisa, pela disponibilidade dos participantes (uma vez que muitos se recusaram a participar), e pelo método escolhido, de viés qualitativo. O período das entrevistas ocorreu entre os meses de abril e outubro de 2022.

Desde a estruturação da entrevista, a referência teórica foi o método de Narrativa de Vida de Daniel Bertaux⁷ que visa à obtenção de informações relativas à vivência dos participantes da pesquisa, buscando compreender as infinitas situações que determinam, repercutem ou influenciam em sua trajetória, além

de permitir o conhecimento do cenário no qual atuam. A técnica de entrevista do método consiste em pedir para a pessoa que fale sobre determinadas experiências vivenciadas, privilegiando aspectos da biografia relacionados com o objeto do trabalho.

A questão norteadora da pesquisa foi: ‘conte-me sua experiência vivenciada no acesso ao serviço de saúde até o centro especializado’. Para aproximar as narrativas dos entrevistados ao objetivo da pesquisa, antes da entrevista, apresentaram-se os filtros ou os aspectos de maior interesse: acolhimento na Atenção Primária à Saúde (APS), tempo de espera até a chegada à unidade especializada, acompanhamento na APS e violência institucional. Evitou-se, conforme orientação do método, a interrupção das entrevistas, conferindo liberdade ao fluxo e à ordenação do pensamento e da narrativa dos entrevistados⁷.

Após a coleta de dados, utilizou-se a análise comparativa, forma de análise que busca encontrar recorrências dos acontecimentos, semelhanças lógicas, de modo a procurar, na narrativa dos vários indivíduos, um mesmo processo. Por meio das narrativas dos percursos biográficos, podem-se compreender as vivências de dificuldades no acesso, reforçando a hipótese da pesquisa, visando à contribuição na proposta e na elaboração de ações para melhoria do processo.

A análise das entrevistas teve como objetivo conhecer os indícios e os diferentes percursos relatados pelos entrevistados, buscando a interpretação e o entendimento dos fatos narrados. Para tal, deve-se buscar reconhecer a sequência lógica da narrativa, valorizando o encadeamento dos acontecimentos apresentados. As pessoas entrevistadas foram identificadas pela letra E na sequência de 1 a 16.

Após as entrevistas, procedeu-se à transcrição dos áudios, etapa fundamental quando se quer analisar o conteúdo detalhadamente com a recuperação da estrutura diacrônica da história narrada, considerando a distância entre o momento em que se deu a experiência – ou vivência – e o momento da narrativa

à pesquisadora. Na análise comparativa do método de Narrativas de Vida, o próprio pesquisador deve transcrever as narrativas, o que contribui para que elementos da sua memória sejam acionados, elementos estes que podem ser essenciais para uma análise mais robusta. As narrativas transcritas foram separadas conforme os sujeitos relatassem ou não dificuldades no acesso aos serviços de saúde até o centro especializado, casos considerados negativos ou positivos. Alguns participantes fizeram o mesmo percurso, com ou sem entraves no acesso, menor ou maior êxito.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione sob número 5.320.867. Seguiu todas as exigências impostas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹, na qual estão presentes as diretrizes para pesquisa com seres humanos, tendo sido aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

Os mecanismos de cuidado e atenção aos usuários com enfoque na realização do processo transexualizador tem, prioritariamente, a APS como porta de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde⁹. Em um segundo momento, de forma articulada, a atenção primária e a atenção especializada se complementam e se hierarquizam em pontos de atenção que exigem diferentes tecnologias, entre eles, serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar.

Pela consulta aos prontuários, o estudo possibilitou o conhecimento da realidade de 458 pessoas que se autodeclararam transgênero, a saber: aproximadamente 61% se autodeclararam mulheres transexuais; cerca de 35%, homens transexuais; e 4%, travestis, bem como os principais aspectos relacionados com a situação de vulnerabilidade social. As mulheres transexuais e travestis são identificadas neste estudo como mulheres trans.

A região Sudeste tem predominância de mulheres trans, estando aproximadamente 80% delas no Rio de Janeiro. A região Nordeste tem aproximadamente 9% das mulheres trans atendidas pelo Iede. Usuárias se beneficiam da Portaria nº 55/1999¹⁰ da Secretaria de Atenção à Saúde que regulamenta o Tratamento Fora do Domicílio (TFD). No estado do Rio de Janeiro, homens trans representam cerca de 90%. Aqueles nascidos em outros estados ou países representam cerca de 9%.

Identificou-se que as mulheres trans têm entre 30 e 39 anos, no total de 102 usuárias (quase 34%); são 95 usuárias entre 40 e 49 anos, ou seja, quase 32%. É interessante relatar que usuárias de 18 e 19 anos não estão cadastradas no serviço. Há declínio na busca por atendimento entre aquelas com 20 e 29 anos, sendo suposto que a existência de barreiras econômicas, como dependência familiar e desemprego, leva à demora no acesso à unidade de referência por não haver serviço de forma descentralizada. Igualmente, homens trans têm maior percentual entre 30 e 39 anos (quase 62%), e entre 40 e 49 anos (quase 27%).

Em relação à raça e etnia, aproximadamente 43% das usuárias se autodeclararam brancas; cerca de 36%, pardas; e 16%, pretas. Duas usuárias se autodeclararam indígenas. Doze prontuários têm ausência de informação sobre raça/cor. Sobre os homens trans, 65 (40,6%) se autodeclararam brancos; 66 (41,3%), pardos; 26, negros; e 1, indígena.

Das mulheres trans, aproximadamente 40% tinham completado o ensino médio; 14,4%, ensino médio incompleto; 4,4%, ensino fundamental completo; e 11,7%, ensino fundamental incompleto. Aproximadamente 11% haviam completado o ensino superior, e 16,4% relataram ter o ensino superior incompleto; 2,3% têm pós-graduação. Duas eram analfabetas, e uma pessoa não teve a escolaridade identificada.

Sobre os homens trans, 46%, aproximadamente, haviam completado o ensino médio, sendo 11,3% com o fundamental incompleto. No ensino superior, 28,8% não haviam

terminado, sendo 11% aproximadamente com o diploma de ensino superior; desses, 2% têm pós-graduação.

É imprescindível destacar que muitos que não concluíram os estudos atribuem isso à transfobia. Segundo Foucault¹¹, a escola é um dos dispositivos do ‘poder disciplinar’ e, por meio das manifestações de microviolências, controla o comportamento dos corpos e os normaliza, indicando e valorizando os padrões a serem seguidos. Trata-se, muitas vezes, de um ‘não lugar’ para as transexuais, que, frequentemente, sentem-se vigiadas e marginalizadas. Portanto, o abandono escolar, a repetência e o desânimo com os estudos são frequentemente vistos nessa população¹².

Em relação ao vínculo empregatício formal, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, quase 29% das mulheres trans estão empregadas, com contribuição à previdência; 1,7% delas já se encontram aposentadas. A maioria, quase 45%, não tem vínculo empregatício, tampouco previdenciário; 8,4% contribuem autonomamente para a previdência social.

Quase 29% dos homens trans possuem emprego formal, enquanto a maioria deles, aproximadamente 57%, estão em situação de desemprego. A atividade informal faz parte do universo de 14,3% desses homens trans. Desse montante, apenas 2,5% colaboram com a previdência social. A dificuldade para ingressar no mercado de trabalho é maior para as minorias sociais e para aqueles em situação de vulnerabilidade. Além disso, a pandemia da Covid-19 agravou a situação de desemprego dessa população, especialmente dos que se declararam pardos e pretos, o que pode ser atribuído ao racismo aliado à transfobia.

Quanto à situação de saúde, do total de 298 mulheres trans incluídas no estudo, 68% não apresentam qualquer tipo de doença. No entanto, quando são apresentadas, as mais usuais são: HIV (55,9%), hipertensão arterial (12,9%), sífilis (5,4%), diabetes mellitus (4,3%), asma brônquica (3,2%) e hipotireoidismo (3,2%). Com relação aos homens trans, do total de 160, 78% não possuem qualquer

tipo de doença. A ordem de aparecimento das doenças, quando relatadas, são: hipertensão arterial (15,2%), asma brônquica (12,1%), hipotireoidismo (9,1%), obesidade (9,1%) e diabetes mellitus (6,1%).

Sobre o HIV+, é interessante ressaltar que, na década de 1980, o esforço no combate à epidemia da aids contou com o protagonismo dos movimentos sociais que defendiam os direitos à diversidade sexual e de gênero. Na esteira da defesa de direitos, surgem também políticas de atenção às pessoas transexuais, como a Portaria GM/MS nº 1.707/2008¹³, revogada pela Portaria GM/MS nº 2.803/2013¹⁴, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. Houve ainda um avanço expressivo nos direitos a partir da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais¹⁵.

A hormonização sem acompanhamento médico é algo comum entre essa população. A vontade de mudar a aparência física, aliada à dificuldade de encontrar profissionais disponíveis – e confiáveis – para prescrever os medicamentos e fornecer o acompanhamento, faz com que o uso de medicamentos por conta própria seja frequente. No entanto, a automedicação é prejudicial à saúde, mais ainda se a pessoa já possui alguma doença de base ou comorbidades¹⁶. Portanto, o risco à saúde seria reduzido se o acesso equitativo aos serviços fosse uma realidade em todo território brasileiro.

Em relação à violência contra as pessoas trans, deve-se ressaltar que ela acontece em diversos espaços, seja no ambiente de convívio social diário ou nos espaços que, teoricamente, seriam uma proteção à violência diária, como a própria casa ou os ambientes em família. Entre as mulheres e homens trans estudados, 12% relataram ter sofrido violência sexual e apontam alguém da família como o agressor. No entanto, a violência também pode ser perpetrada por desconhecidos, o que reflete a cultura patriarcal, machista e transfóbica, utilizando dessa violência para corrigir os corpos ‘desviantes’¹⁷. Tem-se, como exemplo, o

estupro ‘corretivo’, algo frequentemente vivido por homens trans¹⁸. O preconceito e a violência são resultado do estigma vivido por essas pessoas em uma sociedade em que a homo e a transexualidade são alvos de críticas e atos discriminatórios, uma vez que a heterossexualidade é o padrão¹⁹.

Narrativas de Vida

Nos serviços de saúde, nove pessoas relataram ter sido bem acolhidas; sete apontaram mau acolhimento na APS; cinco participantes identificaram que o atendimento no centro especializado foi melhor do que na APS; um participante relacionou o bom acolhimento na APS ao fato de ter chegado ‘muito rápido’ ao Iede.

Das 16 pessoas entrevistadas, oito tiveram tempo de espera inferior a seis meses, e oito, superior a esse tempo. Os intervalos no tempo de regulação oscilaram entre dois dias e cinco anos. Sobre o cuidado em saúde das pessoas transexuais e travestis, somente cinco pessoas relataram o acompanhamento na Clínica da Família e, dessas cinco, somente três fazem o acompanhamento para a terapia hormonal.

Ressalte-se que a porta de entrada para o atendimento ambulatorial para acompanhamento hormonal, no estado do Rio de Janeiro, se dá por intermédio da inserção na plataforma de regulação denominada Sistema Estadual de Regulação (SER)²⁰ realizada pelas Clínicas de Família ou Unidades Básicas de Saúde (UBS). Após a inserção, os usuários aguardam na fila de espera para encaminhamento à unidade de referência ambulatorial.

Foram em torno de cinco anos que eu finalmente entrei no sistema, ser chamada para cá [lede], começar a ser atendida, regulamentada por aqui... durante períodos eu era encaminhada para uma doutora e essa doutora me examinava. Ela me dizia assim, na clínica geral, não é. ‘Sei lá, olha, não tem como te encaminhar e não tem como te tratar aqui’. Até que teve um momento, eles falaram assim, olha, você vai lá para a Policlínica

de Mesquita que atende toda a cidade. Indo lá, novamente não foi recomendado o acesso ao lede, mesmo que eu sempre comentasse sobre o SER, sobre o lede para ser encaminhada, ela dizia que não era possível, que não tinham como. Eles explicitamente disseram, não havia como eu ser encaminhada para o lede. (E13).

Eu faço acompanhamento no posto, porque lá eles disponibilizam aquilo que a gente não tem: é o primeiro acolhimento, exames específicos que a gente precisa, exames diferenciados, mais aprofundados. Eles se disponibilizaram em compreender mais as nossas necessidades, então eles tentaram se aprofundar mais na parte da endocrinologia para ver o que que poderiam fazer para poder prescrever os hormônios. Tudo certinho no tempo adequado para adaptação do nosso corpo. (E9).

Nove entrevistados (mulheres e homens trans) observaram que há conhecimento profissional sobre regulação e transexualidade; sete entendiam que havia desconhecimento do profissional regulador; três destacaram que houve orientação sobre o Iede. O descompromisso profissional foi relatado na fala de cinco entrevistados; o compromisso do profissional foi algo importante para quatro participantes, sendo um diferencial no atendimento em razão da inserção no sistema.

Eu fui procurar essa pessoa em São João de Meriti, quando chegando lá essa pessoa já era minha amiga e tinha acesso ao sistema do Sisreg. (E10).

É, o meu primeiro contato com a saúde com esse objetivo foi na clínica da família, em março de 2018. Marquei minha consulta em março de 2018, fui atendida pela doutora Eunice e expliquei a ela que eu queria iniciar minha transição. E nesse momento, ela falou que não sabia o que fazer, não sabia para onde me encaminhar, não sabia nem que o SUS oferecia esse tipo de tratamento. (E11).

No que tange à violência institucional, sete usuários disseram não ter sofrido violência; nove relataram ter sofrido. O desrespeito ao

uso do nome social foi apontado também por três participantes da pesquisa como uma das formas de violência mais vivenciadas pelas pessoas transexuais.

Teve uma questão de uma médica que depois de dois anos da minha transição ainda abriu a porta do consultório no qual estava sendo atendido por dois médicos por questões de ortopedia e reumatologia, e ela entrou lá só para falar que o meu rosto antigamente parecia de uma bonequinha e que eu tinha mudado muito, e eu achei totalmente desnecessário esse tipo de comentário. Totalmente! Não sei nem porque ela entrou lá, eu sendo atendido. Justamente para causar esse desconforto. Assim como ela causou no primeiro dia de consulta, na qual ela me questionando que eu tinha útero. Dizendo assim: 'Como você é homem se tem útero?'. (E2).

Quando eu fui no posto pela primeira vez, até eu conseguir fazer exigência que elas deveriam me chamar pelo nome social que eu já tinha, já tinha no meu cartão do SUS foi uma complicação, por exemplo: demoraram para aceitar a ideia de que eu já poderia ter inserção do meu nome social lá dentro do sistema e ser chamada pelo meu nome social. Muitas vezes houve momentos de onde eu como fui atendida, eu não fui chamada pelo meu nome social. (E13).

Outros aspectos identificados nas narrativas foram os sentimentos relacionados com o processo de transição, sendo identificadas categorias, como: gratidão, sonho realizado, felicidade, chateação, tristeza, resiliência, frustração, constrangimento, indignação, abalo psicológico, desejo por respeito. A vontade de cuidar da saúde aparece em 13 falas, como:

As orientações para o lede não, não tive. Eu já fiquei sabendo através do meu amigo, entendeu? Mas ninguém me falou assim: lá tem um ambulatório que você vai fazer um tratamento hormonal, não, nada disso. Simplesmente me jogaram, eu acho que pensaram assim: lá eles vão se virar. Foi assim que me senti, jogado. (E2).

O meu processo foi muito longo, foi muito doloroso para mim. Essa questão do tempo da clínica da família até o lede foi muito difícil para mim, porque eu ficava, eu me sentia muito triste por eu querer algo e não ter o meu direito velado, entendeu? (E5).

As concepções heterocisnormativas²¹, perpetuadas pela sociedade, impõem, ao modo de agir dos profissionais de saúde, a falta de empatia e o não acolhimento àqueles que estão fora das normas socioculturais²². Tais concepções demonstram que atos repressivos de controle, visando à padronização dos comportamentos, tendem a criar uma sociedade 'disciplinar', em que há a patologização de algumas manifestações da sexualidade²³. Ademais, a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde pode culminar em não acolhimento e descompromisso em relação à necessidade da transição de gênero em pessoas trans e travestis.

Para a classificação de risco, verificou-se que, quando o médico demonstra empatia em relação às causas e lutas LGBTQIA+, provavelmente estará mais comprometido com o cuidado em saúde, desse modo, a subjetividade na avaliação e na classificação de risco para a regulação fica mais evidente. No entanto, o critério subjetivo pode levar a iniquidades devido aos diferentes critérios de classificação de risco.

Considerações finais

A diferença no acesso ao sistema de saúde pode ser entendida pela possibilidade da influência da classificação de risco exposta no sistema, além da subjetividade no atendimento. Se uma pessoa é classificada como categoria 'emergência', impacta na celeridade da chegada à unidade. Os dados demográficos rotineiramente usados no planejamento de ações e serviços de saúde ajudaram a contextualizar e dar visibilidade às pessoas transexuais e travestis que demandam acompanhamento hormonal no Iede – e, ao evidenciar fatores

intervenientes no acesso, contribui para a proposição de estratégias para facilitá-lo. As narrativas, desse modo, apresentaram possibilidades de identificação das barreiras de acesso aos serviços de saúde, notadamente os que constituem referências para a hormonioterapia em pessoas transexuais e travestis.

A regulação e o acesso ao serviço de saúde envolvem vários fatores: garantia de acesso aos serviços de forma adequada; garantia de que os princípios do SUS e da Constituição Federal sejam aplicados; disseminação e implantação de protocolo de regulação; orientação e adequação de fluxos de assistência, tendo como elemento de suporte aspectos relacionados com a capacitação, a padronização da conduta do regulador, a comunicação e a gestão²⁴. Assim sendo, o desconhecimento do profissional regulador sobre a inserção no sistema tem consequências negativas, como em relação ao acompanhamento hormonal, gerando uma desassistência ao usuário, e, como consequência, a busca pela automedicação, pois não encontram suporte na rede de saúde.

Na questão do cuidado em saúde, ainda que a portaria do processo transexualizador tenha credenciado o Iede na modalidade ambulatorial como unidade de referência, permanece a dificuldade na busca pelo acesso ao cuidado, visto que este fica centralizado em apenas uma unidade que, para muitos, é distante da residência e representa um gasto com deslocamento que a pessoa não pode suprir, o que demonstra o enfrentamento das barreiras geográficas e econômicas encaradas rotineiramente.

Uma das alternativas é a descentralização do cuidado, com a opção de oferecer o acompanhamento hormonal nas Clínicas da Família. Para isso, devem ser acionados os instrumentos normalizadores, verificando, também, que cada ente federativo é autônomo e soberano nas suas decisões e atividades, constituindo instrumentos definidores do modelo de atenção à saúde e direcionadores de políticas públicas no âmbito da saúde²⁵.

A sensação de não acolhimento relatada pelos entrevistados pode estar relacionada com a falta de sensibilização dos profissionais de saúde, que ainda têm uma ideia preconcebida e heteronormativa²¹ sobre as relações de gênero, o que impacta negativamente no entendimento sobre a necessidade e a importância da transição de gênero das pessoas transexuais e travestis. Outrossim, o descompromisso profissional com o usuário, mais que um *background* baseado em preceitos preconceituosos, está relacionado também com a falta de capacitação da equipe, ou seja, não é só por preconceito que a pessoa pode ser mal atendida, mas pelo fato de o profissional desconhecer as questões de gênero, sexualidade e saúde que permeiam esse atendimento.

Ainda que o direito ao nome social esteja previsto desde 2009 na Carta de Direitos dos Usuários na Saúde²⁶, tal normativa ainda não foi efetivamente acolhida na rotina de profissionais da saúde, de modo que compromete o efetivo cuidado à saúde, a percepção dos usuários sobre o sistema de saúde e seus profissionais²⁷.

Conclui-se, então, que há necessidade de educação permanente dos profissionais da saúde sobre questões de gênero, com a mudança de paradigma, entre outras coisas, visando melhorar a assistência e reafirmar os princípios do SUS. De acordo com Foucault²⁸, a ordem médica, com seu olhar centrado na doença e orientado por um modelo biologicista, sem olhar para a pessoa e seu contexto social, modifica o modo de ver as pessoas transexuais e travestis, restringindo sua autonomia no processo de tomada de decisão relacionado com a abordagem médica dos seus corpos.

Diante de tais evidências, recomendam-se ações no campo do *software* do SER que, ao ser alimentado com as informações advindas das UBS e das Clínicas da Família, fará automaticamente a distinção entre os fatores: tempo de entrada no sistema, faixas etárias e pessoas com deficiência, as duas

últimas previstas em leis, reenquadrando todos os inscritos em uma nova fila. A partir deste ponto – data de *reset* do sistema, que deverá ser comunicado a todos os inseridos –, poderá ser garantido o acesso equitativo.

Colaboradoras

Moquedace PS (0000-0003-4556-1293)* e Maciel EMGS (0000-0002-9095-3141)* contribuiram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

- Hunt L. A invenção dos direitos humanos: uma história. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.
- Piovesan F. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. São Paulo: Saraiva; 2018.
- International Commission of Jurists. Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. [local desconhecido]: Clam; 2007. [acesso em 2023 fev 26]. Disponível em http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf.
- Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Situação dos direitos humanos no Brasil: Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 12 de fevereiro de 2021. [local desconhecido]: OEA; 2021.
- Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. Política de Saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2023 out 16]; 43(esp8): 305-323. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/v43nspe8/0103-1104-sdeb-43-spe08-0305.pdf>.
- World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO; 2015. [acesso em 2023 fev 26]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175556>.
- Bertaux D. As Narrativas de vida. 4. ed. Lisboa: Mundos Sociais; 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 Jun 2012. [acesso em 2023 fev 26]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família. Brasília: DF: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 26 Fev 1999. [acesso em 2023 fev 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html.
- Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 37. ed. São Paulo: Vozes; 2009.
- Salvador NC, Oliveira AJ, Franco N. Fracasso, evasão e abandono escolar de pessoas trans: algumas

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- reflexões necessárias. *R. Educ. Public.* 2021 [acesso em 2023 fev 7]; 30(jan/dez):1-18. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/11840>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União.* 18 Ago 2008.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 19 Nov 2013.
 15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota técnica nº 54. Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Brasília, DF: Conass; 2011.
 16. Carmo GM, Ortegá GHPC, Santana IF, et al. Análise do risco de trombose em transexuais devido a terapia hormonal. *Braz. J. Develop.* 2020 [acesso em 2023 fev 7]; 6(9):71580-71592. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/17192>.
 17. Foucault M. *História da sexualidade I: A vontade de saber.* 13. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
 18. Benevides BG, Nogueira SNB. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE; 2021 [acesso em 2023 fev 7]. 136 p. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>.
 19. Guimarães RCP. Estigma e Diversidade Sexual nos Discursos dos(das) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT. [tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2018 [acesso em 2023 jan 26]. 148 p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34523>.
 20. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Saúde. *Transparência. Sistema Estadual de Regulação.* Rio de Janeiro: Governo do Estado; 2021. [acesso em 2023 fev 26]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/transparencia/acesso-a-informacao/2019/07/14-lista-de-espera-regulacao-ser>.
 21. Butler J. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
 22. Schneck SA. *Experiência de Pessoas Transgênero com o Atendimento em Serviços de Saúde: uma revisão integrativa.* [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021 [acesso em 2023 fev 7]. 44 p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/230643>.
 23. Foucault M. *História da sexualidade II: o uso dos Prazeres.* 8. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2020.
 24. Jatobá A, Bellas HC, Soranz D, et al. Análise Situada do Sistema de Regulação de Consultas e Exames no Município do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa nº 9. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
 25. Pereira LBC, Chazan ACS. O Acesso das Pessoas Transsexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.* 2019 [acesso em 2023 jan 26]; 14(41):1795. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795>.
 26. Conselho Nacional de Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde.* 3. ed. Brasília, DF; 2011.
 27. Santos LMS. Notas sobre a violência contra a população trans e travesti nos serviços públicos de saúde no Brasil. In: *Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*; 2019 out 30 – nov 3; Brasília. Brasília, DF; 2019. p. 1-12.
 28. Foucault M. *Nascimento da clínica.* 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.

Recebido em 21/10/2023

Aprovado em 06/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Henrique Rabello de Carvalho

Assistência à saúde bucal na população LGBTQIA+

Oral health care in the LGBTQIA+ population

Michele de Oliveira Soares¹, Vania Reis Girianelli¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E18970P

RESUMO Objetivou-se analisar a assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+ sob a perspectiva do usuário, considerando a ausência de informação sobre a saúde bucal nessa população e as recentes mudanças na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que fragilizaram avanços nessa área e possibilitaram retrocessos. Realizou-se estudo transversal descritivo, utilizando questionário semiestruturado autoaplicado on-line. Responderam ao questionário 359 pessoas, sendo elegíveis 329 (91,9%). Dessas, 38% eram gays, 23,4%, lésbicas, e 13,4%, transgêneros(as). A maioria tinha entre 18 e 39 anos (73,3%) e era negro(a) (51,4%). A prevalência de assistência foi alta nos cinco anos anteriores à pesquisa (92,9%), bem como nos últimos seis meses (44,7%); sendo mais baixa na população transgênera (88,7% e 18,2% respectivamente). Apenas 18,8% dessa população foi atendida na rede pública, sendo maior entre transgêneros(as) (45,5%) e negros(as) (25,4%). A autopercepção da saúde bucal para a maioria foi boa ou muito boa (53,2%); mas ruim ou muito ruim (45,5%) para os(as) transgêneros(as). A maioria informou preferir ser atendida por profissional LGBTQIA+ (69%). A população transgênera e negra foi a mais vulnerável à assistência, sinalizando que raça, gênero e sexualidade influenciam diretamente no acesso ao cuidado em saúde, portanto, o enfoque interseccional é imprescindível para organização do serviço.

PALAVRAS-CHAVE Direitos humanos. Minorias sexuais e de gênero. Saúde bucal. Enquadramento interseccional.

ABSTRACT *This study analyzes oral health care for the LGBTQIA+ population in view of the lack of information on oral health in this population and the recent changes in the National Oral Health Policy (PNSB), that have weakened progress and enabled setbacks in this area. A descriptive cross-sectional study was carried out, using a semi-structured questionnaire that was self-applied online. A total of 359 people answered, 329 (91.9%) were eligible. Of these, 38% gays, 23.4% lesbians, and 13.4% transgenders. Most were between 18 and 39 years old (73.3%) and Black (51.4%). The percentage of people receiving care was high in the five years prior to the survey (92.9%), as well as in the last six months (44.7%); it was lower in the transgender population (88.7% and 18.2% respectively). Only 18.8% of this population had been treated in the public health system, and this was higher among transgender people (45.5%) and Black people (25.4%). The self-perception of oral health for the majority was good or very good (53.2%); but bad or very bad (45.5%) for transgender. Most reported preferring to be assisted by an LGBT professional (69.0%). The transgender and Black population were the most vulnerable to assistance, indicating that race, gender, and sexuality directly influence access to health care, so an intersectional approach is essential for the organization of the service.*

KEYWORDS *Human rights. Sexual and gender minorities. Oral health. Intersectional framework.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
michelesoares2@yahoo.com.br



Introdução

Historicamente, o cuidado em saúde, bem como o acesso à medicina praticada no período colonial no Brasil, era exclusividade da burguesia e do clero. Pessoas marginalizadas e escravizadas, diante da necessidade de sobrevivência e de resistência às condições desumanas e precárias a que eram submetidas, recorriam ao cuidado em saúde por meio das mãos de curandeiras, parteiras, sangradores e barbeiros¹.

Os barbeiros faziam barba, mas muitos também sangravam, aplicavam ventosas e realizavam pequenas cirurgias, entre elas, extrações dentárias. Essa era uma atividade de baixo prestígio social, geralmente praticada por pessoas marginalizadas, por exemplo, negros escravizados ou alforriados².

No século XX, a odontologia passou por diversos avanços, inicialmente um modelo de saúde higienista, com práticas odontológicas iatrogênicas, mutiladoras e centradas na doença. Isso gerou discussão sobre a necessidade de alinhar um novo modelo de prática odontológica às propostas do movimento da Reforma Sanitária³.

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios doutrinários e organizacionais – como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social⁴ – demandaram uma reorganização e reestruturação das ações e serviços de saúde bucal⁵. Tal processo possibilitou o rompimento com práticas obsoletas e técnicas pouco resolutivas que não correspondiam às necessidades da sociedade.

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Brasil Sorridente, com objetivo de organizar a atenção à saúde bucal no SUS⁴. Essa política propiciou um novo processo de trabalho mediante a produção do cuidado em todos os níveis da atenção.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi instituída, em 2011, com

objetivo de promover a saúde integral dessa população^{6,7}. Também busca eliminar a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo embora o acesso ao serviço de saúde pública da população LGBTQIA+ esteja assegurado na Constituição Federal⁸ e reiterado com o princípio da universalidade do SUS⁹. A sigla LGBTQIA+ é a mais utilizada atualmente, e é uma abreviatura de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outras mais possibilidades de existências. Assim como as pessoas, a terminologia LGBT está em evolução visando à inclusão, mas siglas diferentes podem ser utilizadas de acordo com o contexto ou o posicionamento de quem as usa.

Vive-se em uma sociedade com o padrão cis-heteronormativo e binário – feminino e masculino –, em que homens e mulheres são definidos de acordo com os órgãos sexuais. Essa construção, no entanto, não é biológica, ela é social¹⁰. Nesse sentido, é fundamental utilizar conceitos e termos inclusivos: “Escrever ou falar conforme um vocabulário reconhecido pelas pessoas representadas é essencial para valorizar a cidadania”¹⁰⁽¹³⁾.

A importância do acesso e da garantia da saúde bucal brasileira vem sendo pensada e construída há mais de 30 anos, desde a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986¹¹, após a Conferência Nacional de Saúde.

Nesse contexto, a PNSB tem enfoque no cuidado universal, mas de forma generalizada, com a organização em linhas de cuidado: ciclos de vida e grupo etário⁴. Ademais, não fica explícita nas publicações que constroem a Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb) a transversalidade – princípio da Política Nacional de Humanização¹² – com as políticas e programas para populações específicas.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2021/2022) visa avaliar o perfil epidemiológico em saúde bucal da população brasileira, mas

impossibilita identificar pessoas LGBTQIA+, pois não contempla a identidade de gênero e a orientação sexual¹³.

Mudanças no cenário político nacional, no entanto, comprometeram conquistas de anos de luta. Perdas progressivas com o desmonte do SUS, o neoliberalismo e o fascismo fortalecidos por intermédio de *fake news* e outras artimanhas colocaram em risco a democracia e os direitos alcançados. O desmonte do SUS por meio do desfinanciamento inviabiliza a implementação de políticas públicas, em particular, para as populações mais vulneráveis como a população LGBTQIA+¹⁴.

O estudo buscou identificar as dificuldades sinalizadas por pessoas LGBTQIA+ quanto ao acesso ao serviço público de saúde bucal, assim como dar visibilidade às singularidades desses usuários a fim de qualificar a Rasb. Dessa forma, o objetivo do estudo foi analisar a assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+ sob a perspectiva do usuário. Este estudo foi inspirado pela ausência de informação sobre a saúde bucal da população LGBTQIA+ e pelo desmonte da PNSB.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo transversal descritivo para conhecer a utilização e a dificuldade de assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+. No estudo transversal, a unidade de análise é o indivíduo, oriundo de uma população e de um período bem definidos, visando dar um recorte no fluxo histórico do evento de interesse, de forma a descrever suas características. A coleta de dados é realizada em um único momento, para todas as variáveis de interesse, previamente estabelecidas¹⁵.

Foram elegíveis para o estudo: as pessoas LGBTQIA+ que responderam ao questionário semiestruturado autoaplicado on-line, utilizando o Google Forms. Os(as) participantes foram acessados(as) por grupo de WhatsApp, por meio de carta-convite, utilizando a técnica

de bola de neve, sendo os contatos iniciais os(as) alunos(as) do curso de mestrado da primeira autora. Além disso, foi divulgado o *link* para acesso à pesquisa nos movimentos sociais.

O questionário abordou as características socioeconômicas e demográficas: orientação sexual (lésbica, gay, bissexual, assexual, heterossexual e outros), identidade de gênero (cisgênero e transgênero), raça/cor (branca, negra, amarela ou indígena), escolaridade (até ensino fundamental completo, ensino médio incompleto ou completo, ensino superior incompleto ou mais elevado), ocupação (desempregado, servidor público ou em ocupação de nível médio, técnico e superior), idade (18 a 39 anos, 40 anos e mais), município, estado e região de residência dos(as) participantes do estudo; bem como discriminação, autoavaliação (boa ou muito boa, regular, ruim ou muito ruim) e utilização de assistência à saúde bucal nos últimos cinco anos, e as dificuldades vivenciadas.

Calcularam-se a prevalência de utilização da assistência à saúde bucal na população estudada e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%), bem como o percentual de cada categoria das demais variáveis. O teste qui-quadrado de Pearson foi calculado para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os estratos, com correção de Yates quando necessário. Os dados foram exportados para o programa Excel® e analisados no programa estatístico R versão 3.4.3.

A pesquisa (CAAE: 54050321.8.0000.5240) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, número 5.196.679, emitida em 10 de janeiro de 2022.

Resultados

Acessaram o questionário 359 pessoas, porém, 1 não aceitou participar, e 29 não foram elegíveis. Dos 329 (91,9%) elegíveis para o estudo,

125 (38%) eram gays; 77 (23,4%), lésbicas; e 44 (13,4%), transgêneros(as) (tabela 1). Entre os(as) transgêneros(as), a maioria era

heterossexual (36,4%) ou bissexual (34,1%). Homem transexual correspondeu a 52,3% dos participantes transgêneros.

Tabela 1. Características da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022

Orientação sexual	Identidade de gênero					
	Total		Cisgênero(a)		Transgênero(a)	
	N	%	N	%	N	%
Lésbica	77	23,4	76	26,7	1	2,3
Gay	125	38,0	121	42,5	4	9,1
Bissexual	89	27,1	74	26,0	15	34,1
Assexual	3	0,9	2	0,7	1	2,3
Outro	19	5,8	12	4,2	7	15,9
Heterossexual	16	4,9	-	-	16	36,4
Total	329	100,0	285	100,0	44	100,0

Fonte: elaboração própria.

Os(as) participantes tinham predominantemente entre 18 e 39 anos (73,3%); eram negros(as) (51,4%); com ensino superior incompleto ou mais elevado (69,6%); residentes da região Sudeste (79,6%), principalmente do estado do Rio de Janeiro (62,9%); e servidores(as) públicos(as) ou em ocupação de nível médio, técnico e superior (43,8%) (tabela 2). A população transgênera foi proporcionalmente maior do que a cisgênera

quanto a raça/cor negra (65,9%; $p = 0,028$); ensino médio ou inferior (68,2%; $p < 0,001$); residente na região Norte (25%; $p < 0,001$), particularmente do estado do Amazonas (20,5%); e desempregado(a) (15,9%; $p < 0,001$). Já entre as lésbicas, havia proporcionalmente mais residentes da região Nordeste (19,5%; $p < 0,001$), especialmente do estado da Bahia (18,2%), e as demais populações eram mais jovens (77,4%; $p = 0,004$).

Tabela 2. Características sociodemográficas da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022

Características	Total		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	
Faixa etária												
18 a 39 anos	241	73,3	207	72,6	34	77,3	0,064	46	59,7	195	77,4	0,004
40 anos ou mais	88	26,7	78	27,4	10	22,7		31	40,3	57	22,6	
Raça/cor da pele												
Branca	156	47,4	143	50,2	13	29,5	0,028	32	41,6	124	49,2	0,297
Negra	169	51,4	140	49,1	29	65,9		44	57,1	125	49,6	
Amarela ou indígena	4	1,2	2	0,7	2	4,5	-	1	1,3	3	1,2	-

Tabela 2. Características sociodemográficas da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022

Características	Total		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	
Escolaridade												
Até ensino fundamental completo	12	3,6	3	1,1	9	20,5	< 0,001*	3	3,9	9	3,6	0,401
Ensino médio incompleto ou Completo	88	26,7	67	23,5	21	47,7		16	20,8	72	28,6	
Ensino superior incompleto ou mais elevado	229	69,6	215	75,4	14	31,8		58	75,3	171	67,9	
Região de Residência												
Norte	22	6,7	11	3,9	11	25,0	< 0,001*	1	1,3	21	8,3	< 0,001*
Nordeste	28	8,5	25	8,8	3	6,8		15	19,5	13	5,2	
Sudeste	262	79,6	233	81,8	29	65,9		58	75,3	204	81,0	
Sul	7	2,1	7	2,5	0	0,0		0	0,0	7	2,8	
Centro-Oeste	10	3,0	9	3,2	1	2,3		3	3,9	7	2,8	
Profissão												
Servidor(a) público, ocupação de nível médio, técnico ou superior	144	43,8	139	48,8	5	11,4	< 0,001*	42	54,5	102	40,5	0,001*
Estudante e/ou estagiário(a)	42	12,8	37	13,0	5	11,4		3	3,9	39	15,5	
Outras ocupações	104	31,6	81	28,4	23	52,3		23	29,9	81	32,1	
Aposentado(a)	8	2,4	6	2,1	2	4,5		2	2,6	6	2,4	
Autônomo(a)	10	3,0	8	2,8	2	4,5		2	2,6	8	3,2	
Desempregado(a)	21	6,4	14	4,9	7	15,9		5	6,5	16	6,3	
Total	329	100,0	285	100,0	44	100,0	-	77	100,0	252	100,0	-

Fonte: elaboração própria.

* Aproximação do qui-quadrado pode estar incorreta.

A prevalência de assistência à saúde bucal nos cinco anos anteriores à pesquisa foi alta (92,9%; IC95%: 89,7% – 95,3%), sendo proporcionalmente menor para a população transgênera (88,7%; IC95%: 76% – 95,1%) do que a cisgênera (93,7%; IC95%: 90,2% – 96%). A maior parte dos(as) participantes tiveram assistência à saúde bucal nos últimos seis meses (44,7%; IC95%: 39,4% – 50,1%) (tabela 3). Não

houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de utilização entre lésbicas e as demais orientações sexuais ($p = 0,184$) nem quanto à raça/cor da pele ($p = 0,993$). Com relação à população transgênera, entretanto, a última vez que foi ao dentista ocorreu majoritariamente há 2 anos ou mais (40,9%; $p < 0,001$).

Tabela 3. Prevalência de utilização de assistência à saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Última vez que foi ao dentista	Total*		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p [†]	Lésbicas		Demais		p [†]	Branca		Negra		p [†]	
	N	%	IC95%	N	%	N		%	N	%	N		%	N	%	N		%
Até 6 meses	147	44,7	39,4 - 50,1	139	48,8	8	18,2	< 0,001	35	45,5	112	44,4	0,184	71	45,5	75	44,4	0,993
6 meses até 1 ano	52	15,8	12,3 - 20,1	39	13,7	13	29,5		10	13,0	42	16,7		26	16,7	25	14,8	
1 ano até 2 anos	52	15,8	12,3 - 20,1	47	16,5	5	11,4		19	24,7	33	13,1		24	15,4	27	16,0	
2 anos até 3 anos	35	10,6	7,8 - 14,4	28	9,8	7	15,9		6	7,8	29	11,5		15	9,6	19	11,2	
3 anos até 4 anos	11	3,3	1,9 - 5,9	6	2,1	5	11,4		2	2,6	9	3,6		5	3,2	6	3,6	
4 anos até 5 anos	9	2,7	1,5 - 5,1	8	2,8	1	2,3		1	1,3	8	3,2		5	3,2	4	2,4	
5 anos ou mais	23	7,0	4,7 - 10,3	18	6,3	5	11,4		4	5,2	19	7,5		10	6,4	13	7,7	
Total	329	100,0	-	285	100,0	44	100,0		77	100,0	252	100,0		156	100,0	169	100,0	-

Fonte: elaboração própria.

* Inclui população amarela e indígena.

† As categorias de 4 até 5 anos e de 5 anos ou mais foram agrupadas para permitir a análise.

A assistência à saúde bucal ocorreu principalmente na rede particular (50,5%), mas entre transgêneros(as), a assistência foi proporcionalmente maior no setor público do que entre cisgêneros(as) (45,5%; $p < 0,001$) (tabela 4). A maioria não informou o motivo da consulta (27,1%), contudo, o principal motivo foi a assistência preventiva, como revisão, rotina, prevenção ou limpeza (26,6%). A minoria

informou ter tido dificuldade de assistência (24,9%), mas foi proporcionalmente maior entre a população transgênera (54,5%; $p < 0,001$), que também sofreu mais discriminação (13,6%; $p < 0,001$), especialmente por LGBTfobia. A dificuldade de acesso à assistência foi particularmente devido à morosidade ou à impossibilidade de agendamento (40,2%) e financeira (22%).

Tabela 4. Características da assistência à saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Características	Total*		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		p	Branco(a)		Negro(a)		p	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%		
Tipo de Consulta																		
Público	62	18,8	42	14,7	20	45,5	< 0,001	11	14,3	51	20,2	0,587	18	11,5	43	25,4	0,007	
Plano de Saúde ou Convênio	95	28,9	90	31,6	5	11,4		22	28,6	73	29,0		48	30,8	47	27,8		
Particular	166	50,5	147	51,6	19	43,2		40	51,9	126	50,0		86	55,1	77	45,6		
Outro	6	1,8	6	2,1	0	0,0	-	4	5,2	2	0,8	-	4	2,6	2	1,2	-	
Dificuldade de assistência																		
Sim	82	24,9	58	20,4	24	54,5	< 0,001	18	23,4	64	25,4	0,835	30	19,2	49	29,0	0,055	
Não	247	75,1	227	79,6	20	45,5		59	76,6	188	74,6		126	80,8	120	71,0		

Tabela 4. Características da assistência à saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Características	Total*		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		p	Branco(a)		Negro(a)		p	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%		
Sofreu discriminação																		
Sim	11	3,3	5	1,8	6	13,6	< 0,001	1	1,3	10	4,0	0,436	3	1,9	7	4,1	0,190	
Não	318	96,7	280	98,2	38	86,4		76	98,7	242	96,0		153	98,1	162	95,9		
Perda de dente																		
Sim	151	45,9	124	43,5	27	61,4	0,040	40	51,9	111	44,0	0,277	54	34,6	94	55,6	< 0,001	
Não	178	54,1	161	56,5	17	38,6		37	48,1	141	56,0		102	65,4	75	44,4		
Preferência de atendimento por profissional LGBT																		
Sim	227	69,0	192	67,4	35	79,5	0,124	54	70,1	173	68,7	0,704	99	63,5	125	74,0	0,115	
Indiferente	93	28,3	86	30,2	7	15,9		20	26,0	73	29,0		53	34,0	40	23,7		
Não	9	2,7	7	2,5	2	4,5		3	3,9	6	2,4		4	2,6	4	2,4		
Total	329	100,0	285	100,0	44	100,0	-	77	100,0	252	100,0	-	156	100,0	169	100,0	-	

Fonte: elaboração própria.

* Inclui população amarela e indígena.

A perda dentária também foi proporcionalmente maior entre os(as) transgêneros(as) (61,4%; $p = 0,040$). A principal causa informada pelos(as) participantes foi cárie, doença periodontal ou abscesso (29,8%), seguida de má higiene oral, falta de cuidado ou interrupção do tratamento (19,9%). Entre os(as) que tiveram perda dentária (151), 72,8% foram menos de cinco elementos dentários (72,8%).

No que tange à autoavaliação da saúde bucal (tabela 5), a população cisgênera informou ser boa ou muito boa (57,5%), enquanto a população transgênera, ruim ou muito ruim (45,5%; $p < 0,001$). A maioria dos(as) participantes informou preferir ser atendidos(as) por profissional LGBTQIA+ (69%).

Tabela 5. Autoavaliação da saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Autoavaliação da saúde bucal	Total*		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		P	Branco(a)		Negro(a)		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Boa ou muito boa	175	53,2	164	57,5	11	25,0	< 0,001	47	61,0	128	50,8	0,137	93	59,6	80	47,3	0,071
Regular	97	29,5	84	29,5	13	29,5		22	28,6	75	29,8		42	26,9	55	32,5	
Ruim ou muito ruim	57	17,3	37	13,0	20	45,5		8	10,4	49	19,4		21	13,5	34	20,1	
Total	329	100,0	285	100,0	44	100,0	-	77	100,0	252	100,0	-	156	100,0	169	100,0	-

Fonte: elaboração própria.

* Inclui população amarela e indígena.

Discussão

A prevalência de utilização da assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+, entre os(as) participantes do estudo, foi alta nos últimos cinco anos (92,9%), em particular, nos seis meses anteriores à pesquisa (44,7%). A prevalência entre brancos(as) e negros(as) foi similar, mas a população transgênera, que representou apenas 13,4% dos(as) participantes, apresentou uma prevalência mais baixa (88,7%), principalmente nos últimos seis meses (18,2%). Os(as) participantes transgêneros(as) também apresentaram proporcionalmente menor escolaridade, residiam na região Norte e estavam desempregados(as) em relação aos(às) demais ($p < 0,001$). No inquérito nacional realizado em 2013, mais de 40% dos(as) entrevistados(as) relataram ter consultado dentista no último ano¹⁶⁻¹⁸. A consulta regular ao dentista foi informada por 63,7% com maior variação em relação à escolaridade, sendo 36,6% entre os(as) sem instrução e 85,5% com mais de 11 anos de estudo; mas ser negro(a), residir na região Norte ou Nordeste e pertencer a menor classe social também apresentaram maior chance de nunca ter ido ao dentista ou realizar acompanhamento irregular¹⁹.

Apenas 18,8% dos(as) participantes do estudo foram atendidos(as) na rede pública, mas foi proporcionalmente maior entre os(as) transgêneros(as) (45,5%). Inquérito realizado em 2013, entretanto, identificou que 11% dos(as) entrevistados(as) haviam sido atendidos(as) no SUS¹⁸.

A dificuldade de assistência também tem sido maior entre os(as) transgênero(as) (54,5%) do que os(as) demais (20,4%); bem como ter sofrido discriminação – 13,6% e 1,8% respectivamente. As pessoas transgêneras têm mais dificuldade no acesso aos serviços, por isso evitam procurar cuidados em saúde por medo de discriminação²⁰. A maioria dos(as) participantes informou preferir ser atendidos(as) por profissional LGBTQIA+ (69%), principalmente entre os(as) transgêneros(as) (79,5%) e os(as) negros(as) (74%); mas as diferenças entre as

proporções não foram estatisticamente significativas ($p \geq 0,115$), provavelmente pelo pequeno tamanho de amostra na categoria que não tem preferência.

Cabe ainda enfatizar que pessoas transgêneras passam por diversas dificuldades em meio à sociedade em que estão inseridas, visto que sua travestilidade e transexualidade estão expostas em seu corpo. Louro²¹ aponta para a construção social de uma matriz binária e heterossexual que conforma padrões sexuais e de gênero. Nesse contexto, a insegurança inerente às normas de gênero mostra que essas pessoas são menosprezadas e estão à margem da sociedade, em que não existe garantia de direitos e sua própria humanidade é negada. Isso ecoa em diversos âmbitos, inclusive da saúde²².

Já os(as) cisgêneros(as) possuem mais facilidade em não revelar sua orientação sexual aos profissionais de saúde, e, portanto, menos vulneráveis à discriminação pela suposição de serem heterossexuais, a exemplo das lésbicas^{20,23}.

Nesse sentido, a população LGBTQIA+ evita frequentar serviços de saúde, adia ou abandona tratamentos clínicos e de prevenção em decorrência de experiências negativas²⁴. Em estudo de revisão integrativa²⁵, concluiu-se que a população LGBTQIA+ possui menor acesso aos serviços de saúde bucal e que há uma falta de preparo formal dos(as) alunos(as) de graduação para o atendimento. Ademais, discriminações recorrentes no âmbito institucional predis põem essa população ao risco de doenças e transtornos, como depressão, ansiedade, má alimentação, perda de peso e, em especial, descuido com a higiene – fatores que, somados, afetam múltiplas facetas e repercutem na saúde bucal.

Estudo realizado em Ontário, no Canadá, identificou que 43,9% da população transgênera não obteve sucesso no atendimento da saúde, apresentando um percentual três vezes menor do que as pessoas cisgêneras e heterossexuais, bem como tiveram uma pior avaliação dos serviços de saúde²⁶. Estudo realizado nos

Estados Unidos da América também identificou que a população transgênera tende a apresentar mais medo e ansiedade em relação ao tratamento odontológico, o que se correlaciona com a alta prevalência de discriminação e o mal atendimento vivenciado²⁷.

Tal situação fica evidente com o alto percentual dos(as) participantes que já tiveram perda dentária (45,9%), principalmente entre os(as) transgêneros(as) (61,4%) e os(as) negros(as) (55,6%). Estudos internacionais, entretanto, sinalizam que as doenças periodontais e o aumento de cáries não possuem diferenças quando comparados com a população heterossexual, ou seja, o que difere é a autopercepção inerente à saúde bucal²⁵.

A autopercepção da saúde bucal, para a maioria dos(as) participantes do estudo, foi boa ou muito boa (53,2%), bem como para cisgêneros(as) (57,5%), lésbicas (61,0%) e negros(as) (43,7%); entretanto, para os(as) transgêneros(as), foi ruim ou muito ruim (45,5%). Estudo realizado com base no inquérito de 2013 identificou que a prevalência de autopercepção positiva da saúde bucal foi de 67,4% e que a autopercepção negativa era mais elevada na população com renda menor que um salário mínimo, analfabetos(as) e trabalhos precários ou elementares¹⁶. Já Bordin e colaboradores¹⁸ constataram que a autopercepção negativa da saúde bucal está principalmente relacionada com dificuldade de se alimentar, avaliação negativa da última consulta odontológica, autopercepção negativa da saúde geral e não adoção de medidas odontológicas preventivas, como fio dental e revisão de rotina.

Estudo sobre hábitos de vida saudáveis, como autocuidado, não fumar, beber moderadamente, praticar atividade física, entre outros, constatou, entretanto, que mulheres lésbicas e bissexuais aceitam menos tais hábitos quando comparadas a mulheres cisgêneras heterossexuais. Já homens transgêneros apresentaram maior chance do que mulheres transgêneras e pessoas cisgêneras heterossexuais. Não houve diferença na proporção de tais hábitos entre homens cisgênero heterossexuais, gays e bissexuais²⁸.

Uma limitação do estudo é que os(as) participantes da pesquisa apresentaram alta escolaridade e se concentraram nos grandes centros urbanos, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, população que tende a ter mais acesso à informação e a serviços e renda, não representando a realidade da maioria da população LGBTQIA+. É importante destacar, contudo, que, mesmo nesse grupo, a população transgênera e/ou negra teve os piores resultados.

Em contrapartida, o estudo contribui para o tema por incluir de forma inédita a saúde bucal da população LGBTQIA+, contemplando identidade de gênero e orientação sexual, enquanto a pesquisa nacional não incluiu nem mesmo a perspectiva binária – feminino e masculino¹³. Adicionalmente, o estudo também incluiu a população de lésbicas, dando maior visibilidade a essa população tão negligenciada e invisibilizada nos estudos e pesquisas em saúde, buscando atender à reivindicação da identidade lésbica na reorganização de políticas públicas de saúde²⁹.

Há uma quantidade insuficiente de produção científica sobre a temática de saúde bucal LGBTQIA+, cuja maioria é de produção internacional. Assim, a carência de estudos em outros países e a ausência de pesquisas nacionais reforçam e evidenciam a invisibilidade na formação profissional e nas pesquisas em saúde^{25,30,31}.

Discriminações e obstáculos para o acesso aos serviços de saúde são recorrentes. A sociedade patriarcal e heteronormativa estigmatiza, discrimina e exclui a população LGBTQIA+ em decorrência de uma cultura que se dedica essencialmente à heterossexualidade; e, por esse motivo, as desigualdades em saúde vêm crescendo de forma significativa³².

A população LGBTQIA+ enfrenta barreiras em seu cotidiano quando o assunto é saúde. Há uma dificuldade em encontrar profissionais da área que entendam as reais necessidades dessa população, que a tratam com discriminação, atrasam ou até mesmo renunciam ao atendimento dela, deixando de resguardar a essas pessoas o direito à saúde³³.

A procura dessa população pelos serviços de saúde se imbricam em uma perspectiva de negação, violência, negligência e invisibilidade, sendo uma questão estrutural associada à falta de políticas públicas. O não reconhecimento e a falta de atenção se fundamentam prospectivamente no patriarcalismo, no sexismo e no machismo, além do preconceito que afeta todas as relações sociais, ou seja, ocupam todos os espaços, incluindo instituições educacionais e da saúde^{32,34}.

É imprescindível que os profissionais sejam capacitados sobre a temática, o que viabiliza uma visão menos estigmatizada e mais próxima das reais necessidades. A educação permanente em saúde, assim, torna-se o principal recurso a ser utilizado para reconhecimento, planejamento e execução de ações voltadas à população LGBTQIA+³⁵.

Logo, é urgente desenvolver e avaliar uma proposta de educação permanente para a equipe de saúde bucal, buscando identificar e acolher populações em vulnerabilidade, e que permita refletir sobre o combate às variadas formas de discriminação. Isso de forma a promover a proteção do direito à livre orientação sexual e de gênero para a saúde integral dessas pessoas, além de resguardar os direitos humanos e de cidadania conforme previsto, mas não executado⁶.

Nesse sentido, trata-se de promover a prática de uma saúde que não se limite ao tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, ou seja, saúde integral baseada na equidade, que auxiliará no enfrentamento das desigualdades sociais inerentes à saúde da população LGBTQIA+^{6,36,37}.

Considerações finais

A pesquisa de assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+ teve como objetivo analisar a saúde bucal dessas pessoas, contribuindo de forma inédita para a inclusão de

identidade de gênero e orientação sexual em estudo nacional de saúde bucal. Mesmo em participantes com maior escolaridade e nos grandes centros urbanos, a população transgênera e negra teve os piores resultados. Isso demonstra que raça, gênero e sexualidade influenciam diretamente no acesso ao cuidado em saúde; logo, que o enfoque interseccional é imprescindível para organização do serviço.

As dificuldades sinalizadas por essa população advêm de múltiplos sistemas de opressões estruturais, que não a reconhecem enquanto composta por sujeitos em decorrência de uma cultura patriarcal, heterossexual, cisgênera e branca.

A carência de estudos em outros países e a ausência de pesquisas nacionais reforçam e evidenciam a invisibilidade na formação profissional e de pesquisas em saúde. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais sejam capacitados sobre a temática, o que viabiliza uma visão menos estigmatizada e mais próxima das reais necessidades. A educação permanente em saúde, nesse contexto, torna-se o principal recurso a ser utilizado para o reconhecimento, o planejamento e a execução de ações voltadas a essa população. Outrossim, são prementes a promoção e a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero que auxiliará no enfrentamento das desigualdades sociais inerentes à saúde de pessoas LGBTQIA+.

Colaboradoras

Soares MO (0000-0001-9132-7065)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão e aprovação da versão final do manuscrito. Girianelli VR (0000-0002-8690-9893)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Pimenta TS. Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. *Cad. Cedes.* 2003; 23-59.
2. Pereira W. Uma História da Odontologia no Brasil. *Perspec.* 2012; (47):147-173.
3. Foratori Junior GA. Brasil Sorridente – reconhecendo a história para reforçar a constante luta pela equidade em Odontologia. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(10):e75101018745.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União.* 2 Dez 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2013.
8. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Set 1990.
10. Jesus JG. Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos. Brasília, DF: Autor, 2012. 24 p.
11. Conselho Nacional de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal: Relatório Final. Brasília, DF: 10 out 1986.
12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Conass, 2015.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2020 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
14. Stevanim LF. Previne Brasil: mudança sem debate. *Radis.* 2019; (207):19-22.
15. Almeida Filho N, Barreto ML, organizadores. *Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
16. Souza JL, Henriques A, Silva ZP, et al. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(6):e00099518.
17. Bastos TF, Medina LPB, Sousa NFDS, et al. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey. 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2019; 22(supl2):E190015. SUPL.2.
18. Bordin D, Fadel CB, Santos CB, et al. Caracterização da condição percebida de saúde bucal na população adulta brasileira. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(9):3647-3656.
19. Galvão MHR, Souza ACO, Morais HGF, et al. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2022; 27(6):2437-2448.

20. Calazans C, Kalichman A, Santos MR, et al. Necessidades de saúde: demografia, panorama epidemiológico e barreiras de acesso. In: Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes Junior A, organizadores. *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado interdisciplinar*. Santana de Parnaíba [SP]: Manole; 2021. p. 82-91.
21. Louro GL. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.
22. Butler J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cad. Pagu*. 2003; (21):219-260.
23. Gomes R, Murta D, Facchini R, et al. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1997-2006.
24. Russell S, More F. Addressing health disparities via coordination of care and interprofessional education: lesbian, gay, bisexual, and transgender health and oral health care. *Dent. Clin. North Am*. 2016; 60(4):891-906.
25. Varotto BLR, Massuda M, Nápole RCD, et al. População LGBTQIA+: o acesso ao tratamento odontológico e o preparo do cirurgião dentista-uma revisão integrativa. *Rev. Abeno*. 2022; 22(2):1542-1542.
26. Giblon R, Bauer GR. Health care availability, quality, and unmet need: A comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1):283.
27. Heima M, Heaton LJ, Ng HH, et al. Dental fear among transgender individuals - a cross sectional survey. *Spec. Care Dent*. 2017; 37(5):212-22.
28. Padilha WAR, Crenitte MRF, Lopes Junior A. Prevenção e cuidados das doenças crônicas. In: Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes Junior A, organizadores. *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado interdisciplinar*. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. p. 346-356.
29. Jesus JG, organizador. *Transfeminismo: teorias & práticas*. Rio de Janeiro: Editora Metanoia; 2015. 206 p.
30. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate*. 2019; 43(esp8):305-323.
31. Eliason MJ, Dibble SL, Robertson PA. Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) physicians' experiences in the workplace. *J. Homosex*. 2011; 58(10):1355-1371.
32. Guimarães RCP, Cavadinha ET, Mendonça AVM, et al. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus*. 2017; 11(1):121-139.
33. Ferreira AP, Nichele CST, Jesus JG, et al. Evidências científicas sobre o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQI+: Revisão de escopo. *Res., Soc. Dev*. 2022; 11(10):e229111032519.
34. Ferreira BO, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Diversidade de Gênero e Acesso ao Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*. 2017; 31(1):1-10.
35. Souza OSL. *Desafios no acolhimento à população LGBT nos serviços do Sistema Único de Saúde do município de Caicó, RN: um estudo sobre a atuação dos profissionais da atenção primária*. [monografia]. Caicó: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2021. 36 p.
36. Mello L, Perilo M, Braz CA, et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca da universalidade, integralidade e equidade. *Sex., Salud Soc*. 2011; (9):7-28.
37. Oliveira CP. *Aproximando a equipe de saúde bucal do cuidado às populações vulnerabilizadas*. [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021. 30 p.

Recebido em 21/10/2023

Aprovado em 22/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Henrique Rabello de Carvalho

‘Meninos vestem azul e meninas vestem rosa’: Análise do Discurso Crítica sobre a ‘ideologia de gênero’ no Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos

‘Boys wear blue and girls wear pink’: Critical Discourse Analysis on ‘gender ideology’ in the Ministry of Women, Family and Human Rights

Leandro de Oliveira Bitencourt¹, Maria Helena Barros de Oliveira¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E19092P

RESUMO Este artigo investiga qual foi a principal ideologia norteadora das políticas públicas do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH) no governo Jair Bolsonaro (2019-2022). Em seu discurso de posse, Bolsonaro afirmou que um dos objetivos de seu governo seria combater a ‘ideologia de gênero’ e defender ‘os verdadeiros direitos humanos’. Assim, esta pesquisa parte da perspectiva de que, no Brasil, existe uma disputa em torno da noção de direitos humanos, e a utilização do sintagma ‘ideologia de gênero’ é um elemento-chave para compreender de que modo essa disputa ocorre no cenário político, especialmente no que diz respeito à criação de pânico moral a respeito das pessoas LGBTQIA+. Com o objetivo de compreender qual é a ideologia norteadora das políticas públicas desenvolvidas pelo MMFDH, setor estatal no qual essa disputa parecia ser um elemento central, foi utilizada a Análise do Discurso Crítica como metodologia analítica. Para compor o *corpus* da pesquisa, foram analisados os discursos das principais representantes do MMFDH, Damares Alves e Angela Gandra, no período de 2 de janeiro de 2019 a 31 de março de 2022. Concluiu-se que, no período analisado, o MMFDH foi promotor de ‘ideologia de gênero’.

PALAVRAS-CHAVE Direitos humanos. Ideologia de gênero. Minorias sexuais e de gênero.

ABSTRACT This article investigates what was the main ideology guiding the public policies of the Ministry of Women, Family and Human Rights (MMFDH) in the Jair Bolsonaro administration (2019-2022). In his inauguration speech, Bolsonaro stated that one of his government’s objectives would be to combat ‘gender ideology’ and defend ‘true human rights’. Thus, this research starts from the perspective that there is a dispute in Brazil around the notion of human rights, and the use of the phrase ‘gender ideology’ is a key element to understand how this dispute occurs in the political scenario, especially with regard to creating moral panic regarding LGBTQIA+ people. With the aim of understanding the guiding ideology of public policies developed by the MMFDH, a state sector where this dispute seemed to be a central element, Critical Discourse Analysis was used as an analytical methodology. To compose the research corpus, the speeches of the main representatives of the MMFDH, Damares Alves and Angela Gandra, were analyzed from January 2, 2019 to March 31, 2022. We concluded that, in the period analyzed, the MMFDH was a promoter of ‘gender ideology’.

KEYWORDS Human rights. Gender ideology. Sexual and gender minorities.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
bittencourtpsi@gmail.com



Introdução

O discurso de posse do ex-presidente Jair Bolsonaro destacou uma questão relevante no que diz respeito à salvaguarda dos direitos humanos, especialmente no contexto dos direitos das pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outras (LGBTQIA+). Ao afirmar que um dos objetivos de seu governo seria combater a ‘ideologia de gênero’¹, Bolsonaro introduziu na estrutura governamental esse sintagma vazio, que serviu, na última década, para produzir pânico moral em relação às pessoas LGBTQIA+. O termo ‘ideologia’ foi citado diversas vezes em seu discurso, fazendo referência sempre a algo negativo, herança de governos anteriores, do qual o País precisaria se livrar. Semanas depois, durante seu discurso no Fórum Econômico Mundial em Davos, ao afirmar que iria defender os ‘verdadeiros direitos humanos’, Bolsonaro sinalizou que seu governo e suas bases ideológicas entrariam em uma disputa de sentido em relação a quem seriam os humanos sujeitos de direitos.

Segundo Eagleton², a definição mais comum sobre ideologias tem a ver com a forma com que elas legitimam o poder de determinado grupo ou classe dominante e mantêm relações de dominação. A partir dessa perspectiva, o sintagma ‘ideologia de gênero’ opera um papel central na disputa sobre outras formas de existência no contexto social. A compreensão desse sintagma como uma ofensiva à perspectiva de gênero nas políticas públicas implica negligência estatal com a população de mulheres, LGBTQIA+ e qualquer outro grupo social e/ou indivíduos que não correspondam às normas de gênero heteronormativas e hegemônicas. Ao que parece, foi exatamente esse o esforço empreendido pelo governo Bolsonaro e, mais especificamente, pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH). Ao ser anunciada

como ministra da pasta, Damares Alves afirmou por meio de declaração pública que, a partir daquele momento, seria uma nova era no Brasil, em que “menino veste azul e menina veste rosa”³, em uma clara afirmação dos papéis e marcações de gênero heteronormativas.

Tanto as declarações de Bolsonaro quanto de Alves evidenciam a disputa e a reafirmação das normas de gênero como diretrizes das políticas públicas nesse período. Em especial, reforçam uma disputa ideológica sobre uma determinada concepção de mundo e dos modos de vida, e que não há relações de poder que não estejam permeadas por ideologias. Nesse sentido, o uso do sintagma ‘ideologia de gênero’ é central para a criação de pânico moral e mobilização política e social. Segundo Junqueira⁴, a ‘ideologia de gênero’ é uma invenção do catolicismo, cunhada como uma reação antagonista aos direitos sexuais e reprodutivos, que circula em publicações católicas desde a década de 1990; e na segunda década dos anos 2000, ganhou contornos de uma ofensiva transnacional.

Em linhas gerais, ‘ideologia de gênero’ se refere a um conjunto de ideias e crenças na natureza divina de homens e mulheres e em seus papéis inatos, como a maternidade como natural às mulheres e o papel de provedor próprio aos homens. Esse sintagma pode ser entendido como a crença de que esses papéis considerados ‘naturais’ jamais podem ser colocados em questão, assim como não podem ser consideradas outras perspectivas de gênero que não seja a perspectiva heteronormativa dominante. Todo discurso nesse sentido aponta o gênero, a ‘teoria de gênero’ ou a ‘ideologia de gênero’ como um inimigo, que pretende destruir a família e a inocência das crianças. Essa estratégia confere um caráter ideológico a qualquer discussão ou possibilidade de questionamento das normas de gênero, o que reafirma as estruturas hegemônicas de opressão como naturais⁵.

No Brasil, esse sintagma foi acionado massivamente a partir da votação do Plano Nacional de Educação (PNE), em 2013, e foi um elemento muito importante para o fortalecimento da extrema-direita no País. O pânico moral acionado pela 'ideologia de gênero', a respeito de uma suposta sexualização precoce de crianças, associado à crise política do governo do Partido dos Trabalhadores e à ruptura da democrática relacionada com o *impeachment* de Dilma Rousseff, pavimentou o caminho para a emergência de discursos conservadores e antidemocráticos e que culminaram na eleição de Jair Bolsonaro ao final de 2018⁶.

A eleição de Bolsonaro representa a consolidação da 'ideologia de gênero' na estrutura do Estado e sua influência na produção das políticas públicas, em que o MMFDH se destaca como um dos lugares privilegiados para essa disputa em torno dos direitos humanos, em especial, os direitos sexuais e reprodutivos. Assim, o objetivo desta pesquisa foi, por meio da Análise do Discurso Crítica (ADC), compreender qual era a ideologia presente no discurso das representantes ministeriais e que foi norteadora das políticas desenvolvidas por esse ministério.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter transdisciplinar, que utiliza a metodologia da ADC⁷, que se propõe a compreender como o uso dos discursos e da linguagem opera relações de poder a fim de perpetuar

certas ideologias e arranjos sociais. Essa metodologia se mostrou uma potente ferramenta para avaliar a ideologia norteadora das políticas e coalizões realizadas pelo MMFDH. Estratégias discursivas que se afirmam não ideológicas e que utilizam recursos como unificação, eufemização, expurgo do outro, personificação, entre outras, são os principais pontos em que a ADC serviu como ferramenta para as análises. A pesquisa compreende o intervalo de 2 de janeiro de 2019 a 30 de março de 2022, período em que Alves esteve à frente do cargo no MMFDH. Na pesquisa e seleção desses conteúdos, foram analisados os discursos e as declarações que poderiam ter conexões com a 'ideologia de gênero', em que se utilizaram as expressões-chave: "LGBT", "aborto", "ideologia de gênero", "defesa da família" e "proteção da família" na realização da busca. A partir desses marcadores, foram selecionados cinco discursos e alguns documentos das políticas ministeriais que se relacionam com os discursos mencionados.

Para compor o *corpus* de análise, selecionaram-se declarações oficiais, entrevistas e participação em eventos das principais agentes públicas representantes do MMFDH, a então ministra Damares Alves e a secretária de família à época, Angela Gandra. A partir dessa metodologia, foi realizada uma análise textualmente orientada dos discursos selecionados e que foram transcritos em textos. Os discursos selecionados para compor a análise estão relacionados no *quadro 1*. Todos os discursos foram transcritos, e o último foi traduzido para o português.

Quadro 1. Discursos transcritos e utilizados nas análises

Discurso	Data	Disponível em
Discurso de Damares Alves na abertura do segmento de alto nível da 40ª sessão do Conselho de Direitos Humanos da ONU ⁸	25 fev de 2019	https://www.gov.br/funag/pt-br/centrais-de-conteudo/politica-externa-brasileira/discorso-da-ministra-damares-alves-no-conselho-de-direitos-humanos-da-onu
Entrevista de Damares concedida ao deputado federal Silas Câmara sobre os 200 dias de trabalho ¹²	30 jul 2019	https://www.facebook.com/fparlamentarevangelica/videos/933222353679748/
Entrevista de Damares concedida à BBC Brasil ¹⁵	18 dez 2019	https://www.bbc.com/portuguese/internacional-50800983
Entrevista concedida à jornalista Karina Gomes, do portal Deutsche Welle Brasil ¹⁸	28 fev 2020	https://www.youtube.com/watch?v=fYTLsV4SEKJ&t=28s
Declaração de Damares sobre a revisão do PNDH 3 ²¹	3 mar 2021	https://www.youtube.com/watch?v=k3OUAnbtOvE
Participação de Angela Gandra no webinar 'Diálogos transatlânticos PNFV: uma resposta política a la ideologia de gênero' ²⁴	12 mar 2021	https://www.youtube.com/watch?v=Cfp8nHse7vo

Fonte: elaboração própria.

Além disso, os documentos de políticas e ações realizadas direta e/ou indiretamente pelo MMFDH e que compõem transversalmente o *corpus* das análises de textos já existentes foram selecionados no *site* oficial do

governo federal, são eles: o Projeto Família na Escola; o Programa Famílias Fortes; o Edital Capes Família e Políticas Públicas; o Manual de Taxonomia dos Direitos Humanos; e a Portaria nº 457/2021, conforme *quadro 2*.

Quadro 2. Textos transversais citados nas análises

Texto	Disponível em
Portaria nº 457/2021 ²⁰	https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/portarias/portaria-no-457-de-10-de-fevereiro-de-2021
Programa Famílias Fortes ²⁵	https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/familia/familias-fortes-1/SEI_MDH3023059Edital0322.pdf
Programa Família na Escola ²⁸	https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/familia/acoes-e-programas/projeto-familia-na-escola
Edital Capes Família e Política Públicas ²⁹	https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/bolsas/programas-estrategicos/formacao-de-recursos-humanos-em-areas-estrategicas/familia-e-politicas-publicas-no-brasil
Manual de Taxonomia dos Direitos Humanos ³¹	https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/ondh/manual-da-taxonomia-de-direitos-humanos-da-ondh.pdf/view

Fonte: elaboração própria.

Nesse caso, cabe destacar que não foi realizada uma análise crítica das políticas, mas sim de que forma essas políticas estão diretamente conectadas aos discursos da ministra e da secretária e são orientadas pelos discursos que compreendem a 'ideologia de gênero'.

Resultados e discussão

A partir dos cinco discursos selecionados, destacam-se a análise dos principais pontos de cada um e a sua relação com as políticas ministeriais.

A apresentação formal do governo

O primeiro discurso analisado foi o pronunciamento da então ministra Damares Alves na 40ª sessão do Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em 25 de fevereiro de 2019⁸. No discurso em análise, a ministra apresentou o governo Bolsonaro e as ações que seriam desenvolvidas nos próximos anos em relação aos direitos humanos no Brasil. Alves percorre ao menos duas pautas ligadas diretamente aos discursos da 'ideologia de gênero', que são o aborto e a educação domiciliar.

Ao afirmar a “*defesa da vida desde a sua concepção*”, Damares sinalizou de forma indireta o enfrentamento da 'ideologia de gênero' e evidenciou a posição ideológica do governo brasileiro a respeito do aborto. Para os fins desta pesquisa, a compreensão da 'ideologia de gênero', no campo de sexualidade e gênero, também inclui no sentido desse sintagma a pauta antiaborto, que esteve presente no discurso da campanha eleitoral de Jair Bolsonaro⁹ para a Presidência da República, com claro viés moralizante. A inclusão dessas agendas em um evento da ONU, dada a visibilidade global dessa organização internacional, funciona como sinalização aos demais países para a possível construção de alianças ideológicas transnacionais com setores ultraconservadores.

A educação domiciliar, também denominada de *homeschooling*, é uma agenda presente no movimento de ultradireita Movimento Escola Sem Partido (Mesp). A discussão dessa temática busca apontar para a radicalidade de responsáveis que optam por não colocar seus filhos em escolas com a 'justificativa' de selecionar os conteúdos discutidos em sala de aula. Assim, o desejo de gerenciamento dos conteúdos escolares é justamente o que esteve na base das discussões morais, tanto envolvendo a polêmica sobre o projeto 'Escola sem Homofobia' designado por grupos da extrema-direita como o '*kit gay*' e os discursos sobre a 'ideologia de gênero' durante a discussão do PNE em 2013⁹.

Além de conectado à 'ideologia de gênero', o ensino domiciliar também traz elementos do que se tem denominado como desdemocratização neoliberal¹⁰, a partir dos projetos de encolhimento das funções do Estado e das famílias assumindo atribuições historicamente desenvolvidas pelo Estado por meio das políticas públicas. A educação domiciliar tem por objetivo uma educação baseada em conteúdos considerados por seus defensores como 'não ideológicos', pautada por princípios cristãos, e a substituição da 'ideologia de gênero' pela 'ideologia de gênese'¹¹, que teria como base conteúdos que estão de acordo com a moral cristã.

A apresentação do MMFDH e suas bandeiras

O segundo discurso analisado foi uma breve conversa em tom informal, que a ministra concedeu ao deputado federal Silas Câmara (Republicanos-AM), presidente da Frente Parlamentar Evangélica (FPE) e pastor evangélico¹². A pauta da conversa girou em torno das ações dos 200 dias do governo Bolsonaro e da importância do apoio da FPE ao MMFDH. Destaca-se o trecho abaixo que contém uma série de elementos intertextuais que servem para as análises:

Todas as nossas bandeiras, deputado, todas as bandeiras que eu e o senhor lá na Câmara, mais de 20 anos levantando, estão aqui: defesa da vida, da família, liberdade religiosa, do idoso, da criança. São oito secretarias nacionais e estamos nos propondo, deputado, aquele nosso grande sonho, uma contrarrevolução cultural no Brasil, uma releitura de direitos humanos no Brasil¹³⁽¹⁸⁰⁾.

A afirmação de Alves “*todas as nossas bandeiras*” considera na intertextualidade a referência às bandeiras evangélicas que se tornaram bandeiras políticas dos deputados da FPE e do MMFDH. A segunda 'bandeira' citada, a “*defesa da família*”, é a que traz na

intertextualidade a referência direta à ‘ideologia de gênero’. À medida que os avanços dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil são apontados como ameaça, com a suposta ‘destruição da família’, em que se destaca a reação com a ‘defesa da família’, a menção a esse sintagma evidencia a perspectiva não explícita da ‘ideologia de gênero’, como um contraponto aos avanços de direitos. Em termos de escolha semântica para efeitos políticos, a menção à proteção ou à defesa da família parece produzir mais engajamento político do que a menção diretamente à ‘ideologia de gênero’, pois oferece uma noção mais compreensível e mais imediata do inimigo a ser combatido. Nesse contexto, é possível afirmar que a menção de Alves à ‘defesa ou proteção da família’ constitui-se como uma referência indireta à ‘ideologia de gênero’.

O trecho seguinte é um dos mais significativos deste *corpus*, pois evidencia as perspectivas do governo Bolsonaro e do MMFDH, especificamente, em relação aos direitos humanos. Primeiro, cabe destacar a afirmação de Alves “*aquele nosso sonho*”, o que leva à compreensão de que ela evidencia não apenas um sonho pessoal, mas também um sonho da bancada evangélica, e esse sonho seria uma “*contrarrevolução cultural no Brasil*”. Essa ‘contrarrevolução’ parece se opor às mudanças sociais ocorridas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos ao longo das últimas décadas, que certamente tiveram impactos na cultura, principalmente quando o Estado promove a proteção de grupos sociais específicos, como mulheres e pessoas LGBTQIA+.

Dentre os avanços na esfera de políticas públicas, é possível destacar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, lançada em 2011, como um grande marco social e cultural no campo da saúde pública. Garantir o acesso e a atenção às demandas de saúde específicas desse grupo social tem impacto não só na cultura do campo da saúde como também na cultura em si. Essas mudanças culturais em relação às populações historicamente

negligenciadas pelo Estado são um dos efeitos nomeados de ‘marxismo cultural’ pela ideologia conservadora¹⁴. Quando Alves destaca a “*contrarrevolução cultural*”, está se referindo à tentativa de frear esses avanços e à proposição de uma cultura social e política baseada em ideologias cristãs e ultraconservadoras.

A noção de ‘releitura de direitos humanos no Brasil’ está diretamente ligada a uma disputa de sentido sobre os direitos humanos, que historicamente serviram e ainda servem para garantir o *status* de humanidade a populações, corpos e pessoas tradicionalmente vistos como não humanos, como a população LGBTQIA+ por exemplo. A releitura de direitos humanos que a ministra enuncia traz em seu texto a ideia de que o trabalho em direitos humanos talvez não deva priorizar mais as populações discriminadas, bem como pretende ressignificar quem são os humanos sujeitos de direitos. Essa noção é aprofundada e será retomada em discurso posterior de Alves.

A contrarrevolução cultural

O terceiro texto analisado é a entrevista dada ao jornalista Ricardo Senra, da BBC Brasil, publicada em 18 de dezembro de 2019¹⁵. Trata-se de uma entrevista concedida em Roma, durante o encontro entre primeiras-damas de alguns Estados com o Papa Francisco, no qual Alves também participou. O primeiro ponto dessa entrevista que destacamos se refere a uma suposta universalização dos direitos humanos empreendida pelo MMFDH:

Olha, direitos humanos são para todos. Para todos. [...] Nós universalizamos os direitos humanos e o discurso. [...] Por um período, as lutas ficaram muito segmentadas. As pessoas achavam que direitos humanos eram só as minorias ou a população carcerária¹³⁽¹⁸²⁻¹⁸³⁾.

Quando Damares se apoia na Declaração de 1948 e afirma que os direitos humanos são para todos, busca justamente legitimar as escolhas que o MMFDH faz no desenvolvimento das

políticas públicas. É notório que uma parte significativa da população tem seus direitos humanos reconhecidos e que as políticas públicas de Estado nessa área tradicionalmente enfocaram suas ações em grupos sociais que foram sistematicamente violados em seus direitos. Essa tradição de atuação é enunciada por Damares como “*lutas segmentadas*”, o que traz a ideia de que o restante da população historicamente privilegiada, e que não faz parte desses segmentos, estaria fora das garantias dos direitos humanos.

Quando Alves menciona “*universalização*” dos direitos humanos, traz na intertextualidade as relações simbólicas relacionadas com a suposta perda de direitos por uma parte da população, agora restaurada pelo MMFDH. A ‘universalização’ se conecta também com a ideia defendida por Bolsonaro sobre os “*verdadeiros direitos humanos*”, que remetem à reação ultraconservadora que tem como matriz as estratégias do Vaticano contra o avanço de direitos sexuais e reprodutivos e na qual a ‘ideologia de gênero’ é um elemento central¹⁶.

Outro trecho da entrevista que cabe destaque é quando Alves afirma que “a esquerda não é pai e mãe dos direitos humanos”¹³⁽¹⁹¹⁾. Nessa afirmação, ela usa mais uma vez a estratégia de legitimação de sua ideologia, levando à compreensão de que os direitos humanos podem ser interpretados de maneira diferente pela esquerda e pela direita, que é o que o MMFDH propõe. A unificação¹⁷ é uma estratégia utilizada para construir uma coletividade homogênea em relação à esquerda política, como adversário antagônico, como se as esquerdas políticas não fossem heterogêneas entre si. Há nessa estratégia discursiva uma disputa cultural e política de ressignificação dos sentidos de conceitos e termos já existentes, ou, como Alves afirma, uma “*contrarrevolução cultural*”¹³⁽¹⁸⁰⁾. A releitura dos direitos humanos parece então uma estratégia linguística e retórica para justificar a omissão do Estado em relação à população LGBTQIA+.

A ‘ideologia do cão’

O quarto texto em análise foi a entrevista concedida por Alves ao portal Deutsche Welle Brasil, em 28 de fevereiro de 2020, para a jornalista Karina Gomes¹⁸. Ao contrário da entrevista concedida à BBC, nesta, destaca-se um tom mais duro, em que a ministra é questionada a respeito de denúncias contra o governo apresentadas na ONU acerca de violações de direitos humanos.

O presidente Bolsonaro ele foi eleito de forma legítima com maioria da população brasileira, a maioria do eleitorado e ele veio com uma nova proposta, a universalização dos direitos. [...] Se você observar quem está fazendo essas denúncias genéricas, é a esquerda [...] nunca se fez uma discussão para a sociedade sobre direitos humanos como hoje, isso é mérito do presidente Bolsonaro, é mérito desse governo que está aí, universalização dos direitos¹³⁽¹⁹³⁾.

Aqui, é possível observar a recorrência no uso do termo ‘universalização dos direitos’, o que leva a considerar que esse termo é um eufemismo que aponta para a negligência na elaboração de políticas para grupos sociais. Pode-se avaliar que esse é mais um modo de operação de uma ideologia que utiliza a dissimulação e a eufemização¹⁷ para ocultar o real sentido do que se quer dizer. Nesse caso, ao invés de se afirmar que não irá promover os direitos humanos para as pessoas LGBTQIA+, por exemplo, afirma-se que os direitos humanos são para todos, o que produz um sentido linguístico e simbólico positivo. Além de reafirmar o eufemismo ‘universalização dos direitos’, Alves atribui qualquer questionamento sobre as atitudes e os posicionamentos do governo à esquerda política. Observa-se que o discurso de Alves expõe a ideologia de direita conservadora do governo, que criou um antagonismo radical com a esquerda política, e atribui a ela apenas elementos negativos, produzindo uma diferenciação simbólica e ideológica. Pode-se confirmar, com isso, que a

construção simbólica do inimigo não se refere apenas ao gênero, mas também à esquerda política.

A afirmação “*nunca se fez uma discussão ‘para’ a sociedade sobre direitos humanos como hoje*” não permite concluir se houve um ato falho¹⁹ por parte de Alves. No entanto, destaca-se a importância simbólica de suas afirmações em virtude da posição institucional à frente do MMFDH. A universalização dos direitos humanos carrega esta representação simbólica: um grupo no poder que afirma ou determina para a sociedade quais são esses direitos e quem são os indivíduos dignos de acessá-los, essencialmente propondo uma ‘reinterpretação’ a partir de suas próprias ideologias.

No trecho seguinte destacado, Alves utiliza a estratégia de unificação¹⁷, primeiro quando menciona “*teoria de gênero*”, como se as teorias de gênero fossem apenas uma e houvesse um absoluto consenso de todas as perspectivas. Ao unificar todas as produções e perspectivas de gênero em uma só, isso parece facilitar a construção do inimigo simbólico que se deseja combater. Ainda nesse texto, percebe-se que a ideologia que Damares representa compreende ‘teoria de gênero’ e ‘ideologia de gênero’ como sinônimos, como já apontado por Junqueira⁴. Quando Alves se refere à ‘teoria de gênero’, está se referindo à ‘ideologia de gênero’:

Há uma diferença muito grande entre a teoria do gênero, a ideologia de gênero, a homossexualidade, a bissexualidade são coisas totalmente diferentes. A teoria do gênero ela, ela transcende a tudo isso, e eu sou contra essa teoria, essa ideologia que, chegou no Brasil forte e eu fiz resistência, liderei movimento de residência e ainda faço¹³⁽¹⁹⁸⁾.

Nesse trecho, Alves reafirma a ‘teoria de gênero’ como sinônimo de ‘ideologia de gênero’ e inicia uma narrativa que tenta separar, de forma negativa, as expressões da sexualidade em relação ao gênero. Ela segue: “Uma teoria que chega no Brasil dizendo que você não podia mais ter mais bonecas e

brinquedos de meninos, os brinquedos tinham que ser neutros no Brasil”¹²⁽¹⁹⁸⁾. Nesse trecho, Alves utiliza a personificação como figura de linguagem para se referir à ‘teoria/ideologia de gênero’, como um personagem, uma figura que representaria uma lei ou espécie de conduta moral. O uso da personificação nessa situação pode ser entendido como um desdobramento da estratégia de unificação das teorias de gênero, que ‘se tornam uma pessoa’, e esse uso da figura de linguagem é fundamental na construção do inimigo e na produção do pânico moral. É uma operação que descola dos produtores de pânico moral a implicação nesse processo, pois se refere a alguém ou a algo que vem de fora, um ‘Outro’, um forasteiro que se avizinha e anuncia sua ameaça.

Em outro trecho, Alves afirma que a ‘ideologia de gênero’ “traiu os homossexuais e o usou o movimento LGBT”¹³⁽¹⁹⁸⁾, podendo-se interpretar que a ex-ministra compreende que os avanços dos movimentos LGBTQIA+ só foram possíveis a partir das pautas reivindicatórias de base biológica, em que se ‘nasce gay’, a afirmação de uma natureza gay, lésbica, trans etc. A natureza da heterossexualidade como organizadora da sociedade é a base da ‘ideologia de gênero’, que não rompe com a noção de que qualquer desvio da heterossexualidade seria patológico, negativo, indesejável, abjeto. Quando Alves afirma que o paradigma biológico seria o legítimo, está não só deixando clara a utilização da retórica da ‘ideologia de gênero’ como também defendendo a manutenção das sexualidades não hegemônicas como o oposto abjeto da heterossexualidade.

E eu vou dizer uma coisa: essa ideologia é do cão! [...] Então eu sou uma crítica da ideologia de gênero, era no passado, sou agora e quer que eu diga uma coisa: o movimento gay concorda comigo, com certeza!¹³⁽¹⁹⁸⁾.

O ‘cão’ é um termo habitualmente utilizado por algumas religiões cristãs, em especial, evangélicas, para nomear a figura bíblica do diabo, um recurso linguístico para fazer

referência sem citar seu nome diretamente. Aqui há uma clara intenção de demonizar qualquer discussão ou teoria sobre gênero. A questão que se coloca é que o discurso político deve estar conectado aos valores democráticos e republicanos brasileiros enquanto o discurso religioso não tem qualquer compromisso com o Estado ou até mesmo a verdade, e sim com a fé. Nesse trecho, Alves afirma de forma explícita sua orientação ideológica com base na 'ideologia de gênero' e torna ainda mais visível um dos elementos que compõem esse pensamento, que é a orientação cristã para a formulação de políticas públicas. Ao nomear o 'gênero' como cão e se colocar de forma antagonista, Alves utiliza ainda outro elemento para operar sua ideologia, também ligado à produção do inimigo, que é o expurgo do outro¹⁷. Essa estratégia constitui a produção do inimigo e um convite a resistir a ele. Se o cão deve ser expurgado da casa de Deus, os debates sobre gênero devem ser expurgados da máquina estatal.

A 'releitura' dos direitos humanos

Em 10 de fevereiro de 2021, o MMFDH publicou a Portaria nº 457²⁰, que instituiu um grupo de trabalho para a realização da análise *ex ante* da Política Nacional de Direitos Humanos. Essa decisão causou bastante controvérsia justamente pelo seu caráter antidemocrático, já que o grupo de trabalho foi formado apenas por integrantes do governo. Após toda a polêmica, Alves decidiu publicar um vídeo na página do MMFDH²¹ como uma tentativa de justificar e esclarecer a decisão. Em sua declaração, Alves afirma que a ideia desse grupo de trabalho é "propor novas ações de direitos humanos no Brasil"¹³⁽²⁰³⁾, em que se pode compreender na intertextualidade que ela se refere ao que foi afirmado de forma recorrente durante o governo, que é a releitura de direitos humanos no Brasil. Se Bolsonaro, Alves e os integrantes do MMFDH já estavam sugerindo essa reinterpretação no âmbito das ideias, esse grupo de trabalho parece ser um esforço para formalizar

essa revisão em termos oficiais, documentos, portarias e outros documentos similares.

Nesse texto, Alves justifica essa 'releitura' do terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), criando desconfiança em relação ao período em que ele foi criado e afirmando de forma indireta que não houve participação popular na construção do Plano: "Quantos de vocês participaram da construção do PNDH III? Diz pra mim, houve realmente ampla participação popular? Pois agora vai ter!"¹³⁽²⁰⁴⁾.

O PNDH-3 foi resultado de ampla discussão com a sociedade e se estruturou a partir de 137 encontros municipais e estaduais, além da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos, envolvendo cerca de 14 mil pessoas, tanto do poder público quanto da sociedade civil²². Quando Alves indaga quantas pessoas participaram da construção do PNDH-3, a ex-ministra faz uma pergunta sobre a qual ela sabe que não terá resposta, não porque muitas pessoas não tenham participado, mas pelo próprio formato da comunicação, que não permite contraditório. A intenção de Alves nesse momento parece ser a de utilizar seu lugar de poder para provocar dúvida em relação à transparência e à legitimidade de uma política produzida a partir do estado democrático de direito. Essa estratégia de desinformação parece bastante efetiva em tempos de pós-verdade²³, a qual foi adotada por Bolsonaro de forma recorrente, em especial, no que diz respeito às urnas eletrônicas por exemplo.

A explicitação do projeto neoconservador

O sexto e último texto analisado se refere ao discurso da Secretária Nacional de Família, Angela Gandra, durante o webinar intitulado 'Uma resposta à Ideologia de Gênero', promovido pela organização conservadora Political Network for Values (PNFV), em 28 de maio de 2021²⁴.

De imediato, Gandra afirma de forma explícita que o MMFDH está trabalhando

em políticas públicas contra a ‘ideologia de gênero’. Na sequência, a secretária explica quais são as políticas públicas que o Brasil está desenvolvendo para o enfrentamento da ‘ideologia de gênero’, em que a primeira citada é o Programa Famílias Fortes²⁵, que é uma adaptação brasileira do Strengthening Families Programme, desenvolvido pela Universidade Oxford Brookes, do Reino Unido. Apesar de o programa original ter um enfoque na prevenção ao uso precoce de drogas entre adolescentes, o texto não explicita o que seriam as ‘condutas de risco’.

A partir da afirmação da secretária de que o programa é uma das políticas desenvolvidas para combater a ‘ideologia de gênero’, é possível realizar duas leituras da intertextualidade que a noção de ‘famílias fortes’ apresenta. A primeira é que, nas ‘condutas de risco’, possivelmente possam estar implícitas as primeiras manifestações da sexualidade no início da adolescência, e, nesse caso, a função parental seria orientar e disciplinar os filhos sobre esse tipo de ‘comportamento’. Apesar de não ser o discurso de Bolsonaro que está em análise, cabe dizer que essa leitura intertextual está alinhada com declarações anteriores do então presidente, como quando afirmou, por exemplo, que se “o filho começa a ficar assim meio gayzinho, leva um couro e ele muda o comportamento dele”²⁶.

Nesse sentido, essa política poderia operar como um modo de vigilância também em relação aos aspectos do desenvolvimento psicossocial de adolescentes. A segunda leitura possível a partir dessa ideologia neoconservadora presente no discurso de representantes do Estado no governo Bolsonaro é que filhos homossexuais e transexuais seriam fruto de famílias desajustadas, como defendeu o então ministro da educação Milton Ribeiro²⁷. Nesse contexto, o próprio termo ‘famílias fortes’ se contrapõe a ‘famílias desajustadas’, e fortalecer a família seria um modo de supostamente evitar a homossexualidade e a transexualidade.

O segundo projeto citado pela secretária é o Família na Escola²⁸, cujo projeto-piloto

foi executado no município de Campos dos Goytacazes e logo se tornou um projeto efetivo do MMFDH. Segundo o Ministério, o Projeto:

[...] visa fomentar ações conjuntas para promoção da parceria família e escola, através da formação das habilidades parentais, das garantias de direitos da criança e do acompanhamento pedagógico, a fim de garantir o desenvolvimento integral da criança e o fortalecimento dos vínculos familiares²⁸.

A partir da afirmação da secretária e do texto do projeto, pode-se concluir que o ‘acompanhamento pedagógico’ não se refere ao desenvolvimento no aprendizado das crianças, e sim, ao acompanhamento dos conteúdos trabalhados em sala de aula. Essa ideia está diretamente ligada ao Mesp, que defende uma escola ‘neutra’ e sem conteúdos compreendidos como ‘ideológicos’. Nessa lógica, ‘conteúdo ideológico’ representa tudo aquilo com o qual os familiares não concordam ou não acreditam, desde conteúdos científicos a valores morais. Esse é um dos objetivos do ensino domiciliar, por isso o MMFDH busca a aprovação dessa modalidade no Brasil. Por ‘acompanhamento pedagógico’, é possível inferir a referência à vigilância dos conteúdos em sala de aula, em especial, aqueles ligados à discriminação por raça, religião, orientação sexual e identidade de gênero.

Outra política pública de base familiar não citada pela secretária, mas que já estava em curso nesse período e parece diretamente conectada ao enfrentamento à ‘ideologia de gênero’, é o edital Capes Família e Políticas Públicas no Brasil²⁹. Esse edital prevê o fomento de bolsas de mestrado, doutorado e pós-doutorado para pesquisas voltadas à temática da família. Compreende-se que a utilização da palavra família, nomeando o Ministério e algumas políticas, não se dá à toa. Isso sugere que, para o MMFDH, há um modelo ideal de família que deve ser buscado e fortalecido, e esse modelo toma como base a família tradicional cristã, composta por pai, mãe e filhas e filhos.

Não há no edital qualquer fomento à pesquisa para compreender as composições

heterogêneas de famílias no Brasil, desigualdades de gênero que afetam as mulheres na criação dos filhos, desigualdades salariais no mercado de trabalho e sobre famílias LGBTQIA+, só para citar alguns exemplos possíveis. É importante destacar que o governo Bolsonaro realizou uma série de cortes bilionários no orçamento do Ministério da Educação³⁰, por isso, deve-se colocar em questão qual é o interesse do MMFDH em investir nessa área, na contramão desses cortes. Pode-se supor que esse edital está no campo da disputa epistemológica sobre as noções de família e algumas possíveis políticas em torno dela.

Outra política ministerial implementada que faz enfrentamento da 'ideologia de gênero' diz respeito ao serviço Disque 100 do governo federal. Esse serviço existe na estrutura estatal desde 2003, e, em 2010, passou a se chamar Disque Direitos Humanos e a receber denúncias também de violações de direitos humanos de grupos sociais sub-representados. Os atendimentos desse serviço são estruturados com base no 'Manual de Taxonomia de Direitos Humanos'³¹. A ação que será destacada aqui se refere ao fato de o manual ter sido modificado em 2021 pelo MMFDH, que incluiu no item 2.11 'ideologia de gênero' como uma das possíveis motivações de violências contra crianças e adolescentes. Na sequência, Gandra afirma:

Também tiramos o [gênero do] vocabulário. Agora não é possível, em todos os documentos quando se usa gênero significa sexo, não há dois sexos, e também estamos trabalhando nisso para que uma realidade não seja alterada pela linguagem¹²⁽²⁰⁶⁾.

Ao dizer "*tiramos o vocabulário*", ela parece se referir a menções do termo gênero nos documentos oficiais do governo. Ao apresentar a candidatura do Brasil ao Conselho de Direitos Humanos da ONU para o triênio 2020-2022, o governo não incluiu o termo gênero no documento; e pela primeira vez colocou a família na centralidade das políticas públicas, quando

afirmou que "está desenvolvendo políticas públicas transversais, que têm na família ponto focal da atuação do estado"³². Isso indica que, de fato, existe um falso antagonismo produzido entre gênero e família, e não é à toa que o MMFDH tem feito políticas públicas como as citadas anteriormente.

Gandra afirma que o governo está trabalhando para que a "realidade não seja alterada pela linguagem"¹³⁽²⁰⁶⁾. No entanto, cabe destacar que, desde que a 'ideologia de gênero' apareceu no cenário político brasileiro, os segmentos conservadores e religiosos têm trabalhado arduamente para inscrever e definir, por meio da linguagem, o conceito de gênero e a possível 'ameaça' social desse conceito. O fato é que a linguagem é a principal ferramenta para o exercício do poder, e é exatamente por isso que esta pesquisa se propõe a realizar a ADC, uma vez que as práticas sociais moldam e são moldadas pelo discurso⁷. A instituição sob análise crítica do discurso é um ministério que utiliza a linguagem de forma estratégica para a manutenção de uma realidade que é defendida como a única possibilidade natural e verdadeira para a vida de todos e todas.

[...] e ao mesmo tempo, no governo até temos uma diretora das comunidades LGBT, mas para defender, proteger a pessoa humana. Proteger, mas não promover artificialmente uma realidade que é ontologicamente um ataque aos seres humanos¹³⁽²⁰⁶⁻²⁰⁷⁾.

Nesse trecho, a secretária deixa evidente o entendimento ministerial de que as vidas de pessoas LGBTQIA+ são um 'ataque aos seres humanos', ou seja, afirma a heterossexualidade como a única expressão da sexualidade compreendida como natural e legítima. Conforme discutido anteriormente, quando se afirma a 'natureza' da sexualidade, há na interdiscursividade a ideia do discurso biológico ligado à reprodução, bem como o discurso religioso do Gênesis bíblico, que afirma também uma suposta natureza divina para os papéis de gênero heteronormativos.

Considerações finais

Nesta última década, a ascensão do neconservadorismo disputou e construiu, em torno das teorias de gênero, uma ‘releitura’ bem brasileira que produziu o inimigo ‘ideologia de gênero’ associado à esquerda, ao Partido dos Trabalhadores, ao aborto e aos direitos LGBTQIA+ – e que tem como principal campo de disputa o ambiente escolar.

Esse discurso se baseia na família heteronormativa como referência e na iminente ameaça a ela, por meio das supostas doutrinação e sexualização precoce de crianças, que seriam promovidas por ‘ideólogos de gênero’. Nesse sentido, a ‘ideologia de gênero’ foi cunhada como um recurso retórico para barrar os avanços de direitos humanos LGBTQIA+ e um instrumento de violência simbólica contra essa população, uma vez que se utiliza de argumentos falsos e religiosos para manter as populações sexo-diversas em uma categoria secundária de humanidade e abjeção.

O MMFDH, no período estudado, foi o principal cenário nessa disputa de grupos de uma determinada posição ideológica propondo a releitura dos direitos humanos e atribuindo ao governo um suposto feito de ‘universalização’ desses direitos. Por intermédio do desmonte de conselhos e da consequente retirada da participação da sociedade civil no processo de produção de políticas, esse ministério agiu de forma autoritária e antidemocrática.

A principal hipótese desta pesquisa – de que a ‘ideologia de gênero’ seria a norteadora de uma parte das políticas públicas desenvolvidas pelo MMFDH – foi validada sem ressalvas. Pôde-se observar que as ideologias norteadoras do ministério se organizam a partir de perspectivas essencialistas e biologizantes e que suas representantes se pronunciam a partir de suas convicções pessoais como se estas fossem vontades do povo, não utilizando bases científicas para seus argumentos e possuindo um discurso moralista religioso.

Esses pressupostos para a compreensão da sexualidade a partir de apenas um paradigma

dito como natural, hegemônico, não são compreendidos por seus promotores como ideológicos, mas como vinculados à natureza humana e à criação divina. Percebe-se, pelo discurso das representantes do MMFDH, que esse ministério foi responsável, na estrutura governamental, por transformar em políticas públicas as bandeiras dos setores conservadores e religiosos, em especial, as bandeiras da FPE. Além disso, foi possível observar que a ideologia norteadora do MMFDH está diretamente ligada à ‘ideologia de gênero’.

Pode-se concluir que a ‘defesa da família’ e a ‘proteção da família’ expressam o caráter não explícito da ‘ideologia de gênero’. A partir dos discursos de Damares Alves e de Angela Gandra, infere-se também que, quando no discurso político, em especial de ideologias neoconservadoras, enuncia-se em ‘defesa da família’, na verdade, está se afirmando um posicionamento não explícito contra o que esses grupos designam como ‘ideologia de gênero’.

A pesquisa apresentou limitações, já que se encontrou dificuldade no acesso e na transparência às informações nos canais oficiais do MMFDH; por isso a escolha de acompanhar os discursos de suas principais representantes no período selecionado. Além disso, apesar da nova composição ministerial com a não reeleição de Jair Bolsonaro, o MMFDH consolidou o sintagma ‘ideologia de gênero’ na estrutura estatal e no campo político de forma geral. Por esse motivo, faz-se necessário seguir acompanhando as possíveis mutações e usos desse discurso no cenário político brasileiro, bem como suas conexões transnacionais.

Colaboradores

Bitencourt LO (0000-0003-3271-2590)* contribuiu para a pesquisa bibliográfica, pesquisa, seleção e transcrição dos discursos e elaboração do manuscrito. Oliveira MHB (0000-0002-1078-4502)* contribuiu para a orientação e elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Redação D. Leia a íntegra dos dois primeiros discursos do presidente Jair Bolsonaro. *Veja*. 2019 jan 1. [acesso em 2023 mar 11]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/leia-a-integra-dos-dois-primeiros-discursos-do-presidente-jair-bolsonaro>.
2. Eagleton T. *Ideologia: uma introdução*. Edição Kindle ed. São Paulo: Boitempo; 2019.
3. G1. Em vídeo, Damares diz que “nova era” começou: “meninos vestem azul e meninas vestem rosa”. G1. 2019 jan 3. [acesso em 2023 mar 20]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/01/03/em-video-damares-alves-diz-que-nova-era-comecou-no-brasil-meninos-vestem-azul-e-meninas-vestem-rosa.ghtml>.
4. Junqueira RD. A invenção da “ideologia de gênero”: a emergência de um cenário político-discursivo e a elaboração de uma retórica reacionária antigênero. *Rev. Psicol. Polít.* 2018 [acesso em 2021 maio 10]; 18(43):449-502. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-549X2018000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
5. Abrantes FS. *Processos de construção da fórmula “ideologia de gênero”*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2020. [acesso 2022 jan 13]. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/16577>.
6. Corrêa S, Kalil I. *Políticas antigênero em América Latina: Brasil*. Rio de Janeiro: SPW; 2020.
7. Batista JR, Sato DTB, Melo IF. *Análise do Discurso Crítica para linguistas e não linguistas*. São Paulo: Parábola Editorial; 2018. 224 p.
8. Fundação Alexandre de Gusmão. *Discurso da Ministra Damares Alves no Conselho de Direitos Humanos da ONU*. Gov.br. 2021 nov 7. [acesso em 2022 abr 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/funag/pt-br/centrais-de-conteudo/politica-externa-brasileira/discursos-da-ministra-damares-alves-no-conselho-de-direitos-humanos-da-onu>.
9. Aragusuku HA. O percurso histórico da “ideologia de gênero” na Câmara dos Deputados: uma renovação das direitas nas políticas sexuais. *Ag. Polít.* 2020 [acesso 2022 jan 13]; 8(1):106-130. Disponível em: <https://www.agendapolitica.ufscar.br/index.php/agendapolitica/issue/view/25>.
10. Brown W. *Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no ocidente*. 1. ed. São Paulo, SP: Politéia; 2019. 256 p.
11. Filho EMAM, Franco CD. “Menino veste azul e menina, rosa” na Educação Domiciliar de Damares Alves: as ideologias de gênero e de gênese da “ministra terrivelmente cristã” dos Direitos Humanos. *RBHR*. 2019 [acesso em 2022 mar 13]; 12(35):297-337. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RbhrAnpuh/article/view/48106>.
12. Frente Popular Evangélica. *Ministra faz balanço de 200 dias de trabalho com apoio da Frente Parlamentar Evangélica*. Facebook. 2019 jul 30. [acesso em 2022 jun 20]. Disponível em: <https://www.facebook.com/watch/?v=933222353679748>.
13. Bitencourt LO. *Meninos vestem azul e meninas vestem rosa: a “ideologia de gênero” no Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2022. [acesso em 2023 abr 2]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/59249>.
14. Pena LPJ. “Globalismo”: o discurso em política internacional sob a ideologia da nova extrema direita brasileira. *Fronteira*. 2019 [acesso em 2022 jul 3]; 18(36):371-386. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/fronteira/article/view/19677>.
15. Senra R, Kriezis E. *Damares Alves: “Tem mulher mais empoderada no Brasil do que eu?”* BBC News Brasil. 2019 dez 18. [acesso em 2022 ago 15]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-50800983>.

16. Vaggione JM. A restauração legal: o neoconservadorismo e o direito na América Latina. In: Biroli F, Vaggione JM, Machado MDC, et al. Gênero, neoconservadorismo e democracia. 1. ed. São Paulo: Boitempo; 2020. p. 41-82.
17. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2011. 427 p.
18. DW Brasil. “É o momento de a igreja ocupar a nação”, diz Damares Alves. DW Brasil. 2020 mar 2 [acesso em 2022 abr 12]. Vídeo: 25 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fYTLsV4SEKU&t=28s>.
19. Freud S, Tellaroli S. Obras Completas. 13: Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917) / Sigmund Freud. Tradução Sérgio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras; 2014. 630 p.
20. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Portaria nº 457, de 10 de fevereiro de 2021. Institui Grupo de Trabalho para realização de Análise Ex Ante da Política Nacional de Direitos Humanos. Diário Oficial da União. 11 Fev 2021. [acesso em 2022 abr 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/portarias/portaria-no-457-de-10-de-fevereiro-de-2021>.
21. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Depoimento – Ministra Damares Alves. MDHC. 2021 mar 2 [acesso em 2023 nov 2]. Vídeo: 4 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=k3OUAnbtOvE>.
22. Faisting AL, Guidotti VHR. Desenvolvimento e direitos humanos: um balanço dos 10 anos do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). PRACS. 2019 [acesso em 2022 mar 18]; 12(3):33-50. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/5470>.
23. Dunker C, Tiburi M, Safatle V, et al. Ética e Pós-Verdade. Porto Alegre: Editora Dublinense Ltda; 2017.
24. Political Network for Values. Diálogos Transatlânticos PNfV | Una respuesta política a la ideología de género. Political Network for Values. 2021 maio 31 [acesso em 2022 ago 7]. Vídeo: 120 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Cfp8nHse7vo&feature=youtu.be>.
25. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. [acesso em 2022 ago 29]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/familia/familias-fortes-1/SELMDH3023059Edital0322.pdf>.
26. Brasil. Câmara dos Deputados. Comissão vai debater declaração de Bolsonaro sobre punição a filho gay. Portal da Câmara dos Deputados. 2010 dez 1. [acesso em 2021 ago 29]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/144388-comissao-vai-debater-declaracao-de-bolsonaro-sobre-punicao-a-filho-gay/>.
27. G1. Ministro da Educação diz que gays vêm de “famílias desajustadas” e que acesso à internet não é responsabilidade do MEC. G1. 2020 set 24. [acesso em 2022 ago 29]. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2020/09/24/ministro-da-educacao-diz-que-gays-vem-de-familias-desajustadas-e-que-acesso-a-internet-nao-e-responsabilidade-do-mec.ghtml>.
28. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Projeto Família na Escola. Brasília, DF: MDHC; 19 mar 2021. [acesso em 2022 ago 29]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/familia/acoes-e-programas/projeto-familia-na-escola>.
29. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Família e Políticas Públicas no Brasil. Brasília, DF: Capes; 2021 jan 8. [acesso em 2022 jan 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/bolsas/programas-estrategicos/formacao-de-recursos-humanos-em-areas-estrategicas/familia-e-politicas-publicas-no-brasil>.
30. Luz J. Os cortes na Educação no atual Governo. OBL. 2022 dez 14. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em: <https://olb.org.br/os-cortes-na-educacao-no-atual-governo>.

31. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Manual da Taxonomia de Direitos Humanos da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Brasília, DF: MDHC; 2022. [acesso em 2022 set 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/ondh/manual-da-taxonomia-de-direitos-humanos-da-ondh.pdf/view>.

32. Gravia G. Sem menção a gênero e a tortura, Brasil apresenta documento de candidatura a conselho da ONU. G1. 2019 jul 11. [acesso em 2022 ago 29].

Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/07/11/sem-mencao-a-genero-e-a-tortura-brasil-apresenta-documento-de-candidatura-a-conselho-da-onu.ghtml>.

Recebido em 19/11/2023
Aprovado em 29/12/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Diádiney Helena de Almeida

O olhar da enfermagem no contexto do atendimento à saúde da população LGBTQIA+

The nursing perspective in the context of health care for the LGBTQIA+ population

Daiana Mateus da Silva¹, Diádiney Helena de Almeida²

DOI: 10.1590/2358-28982023E19071P

RESUMO A população LGBTQIA+, ao buscar assistência à saúde, é constantemente exposta a vulnerabilidades evidenciadas por práticas preconceituosas decorrentes de atendimentos que reproduzem discriminação. Considerando a importância do debate relativo à diversidade sexual e de gênero, e em contraposição ao atendimento baseado em uma cis-heteronormatividade presumida, discriminatória e desconectada das necessidades das pessoas usuárias, este trabalho partiu de inquietações advindas do campo de atuação da enfermagem. Como a enfermeira percebe o corpo sob seus cuidados? Como se relaciona com esse indivíduo no contexto do processo de enfermagem? A enfermeira está preparada para assistir à população LGBTQIA+? Quais as melhores práticas que podem ser adotadas? Essa profissional tem conhecimento sobre os riscos de uma assistência ineficaz para as pessoas LGBTQIA+? Este estudo qualitativo foi desenvolvido mediante questionário semiestruturado aplicado a 17 enfermeiras atuantes no Hospital Maternidade Theresa Sacchi de Moura/Hospital da Mulher, no município de Barra Mansa, interior do Rio de Janeiro. No processo de pesquisa científica, foi adotada a técnica de análise de discurso a partir das falas compiladas que apontaram despreparo em relação às especificidades da comunidade LGBTQIA+, resultando na reprodução de violências e, conseqüentemente, tornando-se uma barreira ao acesso dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Identidade de gênero. Pessoas cisgênero. Normas de gênero. Vulnerabilidade sexual. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT *When seeking health care, the LGBTQIA+ population is constantly exposed to vulnerabilities evidenced by prejudiced practices resulting from assistance that reproduces discrimination. Considering the importance of the debate on sexual and gender diversity, and in opposition to care based on presumed cis-heteronormativity, which is discriminatory and disconnected from the needs of the people who use the service, this work was based on concerns arising from the field of nursing. How does the nurse perceive the body under her care? How do they relate to this individual in the context of the nursing process? Are nurses prepared to assist the LGBTQIA+ population? What best practices can be adopted? Are they aware of the risks of ineffective care for LGBTQIA+ people? This qualitative study was carried out using a semi-structured questionnaire applied to 17 nurses working at the Hospital Maternidade Theresa Sacchi de Moura/Hospital da Mulher, in Barra Mansa, countryside of Rio de Janeiro, in the municipality of Barra Mansa, in the interior of Rio de Janeiro. In the process of scientific research, the technique of discourse analysis was adopted based on the statements compiled, which pointed to a lack of preparation in relation to the specificities of the LGBTQIA+ community, resulting in the reproduction of violence and, consequently, becoming a barrier to access to health services.*

¹Secretaria Municipal de Saúde, Hospital Maternidade Theresa Sacchi de Moura - Barra Mansa (RJ), Brasil. daianamateus@hotmail.com

²Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc) - Ilhéus (BA), Brasil.

KEYWORDS Gender identity. Cisgender persons. Gender norms. Sexual vulnerability. Nursing care.



Introdução

A população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outras (LGBTQIA+) engloba múltiplas manifestações de sexualidade, gênero e orientação sexual, cujas expectativas e atitudes são moldadas por fatores sociais, econômicos, religiosos e culturais^{1,2}. Essa realidade é permeada por processos de descoberta, desafios do processo transexualizador, medo, dificuldades na inserção laboral, convivência com a LGBTfobia, entre outras demandas impostas em um contexto de fragilidade social. A busca pela garantia de direitos, pela superação das representações estigmatizadas, assim como o combate à discriminação, à violência e ao apagamento dessa realidade, mostra-se urgente. Esse grupo apresenta necessidades específicas de saúde, demandando uma abordagem multiprofissional, além cuidados globais como a adoção de hábitos saudáveis, prevenção, detecção precoce de doenças, tratamento e reabilitação de forma respeitosa e acolhedora³.

A Pesquisa Nacional de Saúde informa que, no Brasil, 2,9 milhões de pessoas de 18 anos ou mais se declararam lésbicas, gays ou bissexuais, e 1,8 milhão dessas declararam-se homossexuais. Ainda nesse estudo, 1,1 milhão se identificou como bissexual, e 1,7 milhão não soube responder. É importante destacar também que 3,6 milhões recusaram-se a responder e que 100 mil disseram se identificar com outras orientações. Em relação às mulheres, 0,9% delas declararam-se lésbicas, e 0,8%, bissexuais. Entre os homens, 1,4% deles declaram-se gays, e 0,5%, bissexuais. Entre os dois grupos 1,1% disse não saber responder, e 2,3% recusaram-se a responder³.

Diante desses dados e colocando em destaque as omissões presentes, esta pesquisa apresenta a necessidade de formação especializada em saúde LGBTQIA+ para profissionais da enfermagem a fim de repensar a assistência e os cuidados destinados a essa população. Nesse contexto, a enfermagem desempenha

um papel estratégico na adesão aos serviços e na promoção da saúde por atuar, desde a primeira etapa até a última, no processo de atendimento à saúde.

Torna-se necessário desenvolver competências voltadas para a atenção LGBTQIA+, considerando um cuidado ético, qualificado e que respeite as diferentes sexualidades e identidades de gênero, proporcionando ambientes com acolhimento e segurança e combatendo os obstáculos que acabam por afastar essa população dos serviços de saúde. É fundamental que as profissionais da enfermagem compreendam e identifiquem as concepções preestabelecidas e discriminatórias que, historicamente, têm criado barreiras ao processo de atendimento da população LGBTQIA+⁴.

Tais preconceitos são reforçados por déficits na formação de base, em que é possível notar o despreparo de docentes e a ausência de disciplinas que abordem a diversidade sexual e de gênero. Dessa forma, compreender a necessidade de processos e de demandas específicas durante o atendimento a mulheres vítimas de violência, a demanda de orientação à saúde para a diversidade sexual, o atendimento acolhedor a travestis e pessoas transexuais conhecendo os direitos e garantindo o uso do nome social são apenas algumas das necessidades que se mostram urgentes no que tange ao papel desempenhado pelas profissionais da enfermagem e que deveriam ser consideradas como parte da formação delas.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT)⁵ concentra orientações para ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, incentivo à produção de conhecimentos e fortalecimento da participação popular. Ao provocar um confronto com a ideia binária de orientação sexual e de gênero, tem por principal objetivo promover maior compreensão e ética que, por sua vez, irá impactar nos determinantes sociais da saúde, diminuindo as desigualdades e ratificando os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS)^{6,7}.

Os relatos de colegas de trabalho relacionados com o atendimento a pacientes LGBTQIA+ são constantemente permeados por insegurança, surpresa, constrangimento, além dos desafios devido à falta de orientação e formação que gera desconhecimento da melhor prática a ser adotada. São comuns, nesse ambiente, a afirmação orgulhosa e o destaque dado à importância do papel da enfermagem na assistência e no cuidado⁸. Discutir sobre a melhor forma de abordagem faz parte do cotidiano dessas profissionais, no entanto, tratar dos cuidados da população LGBTQIA+ permanece um tabu. Este trabalho, por sua vez, reafirma a necessidade de colocar o debate, de tirá-lo da invisibilidade a fim de fazer garantir os direitos à saúde dessa população específica, assegurando conquistas já consolidadas na PNSI-LGBT.

Com base nesse interesse de estudo, emergiram as principais questões que mobilizaram esta pesquisa: no contexto hospitalar, como a enfermeira percebe o corpo sob seus cuidados? Como se relaciona com a população LGBTQIA+ no contexto do processo de enfermagem? A enfermeira está preparada para assistir à população LGBTQIA+? Quais as melhores práticas que podem ser adotadas? Essa profissional tem conhecimento sobre os riscos de uma assistência ineficaz para estas cidadanias?

Diante dessas inquietações, este trabalho objetivou identificar o conhecimento de enfermagem sobre a atenção à saúde da população LGBTQIA+ que utiliza os serviços de saúde oferecidos nesse campo de estudo. Grande parte das profissionais de enfermagem possuem pouco ou nenhum conhecimento sobre essa população, resultando, conseqüentemente, em inaptidão e violações de direitos. Na presença de algum sinal de desrespeito à identidade de gênero, imediatamente, haverá impedimento para o estabelecimento de um vínculo entre a pessoa usuária e a profissional da enfermagem, o que, no processo de cuidar, consolidou-se em marginalização⁹.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se debruça sobre a fala de 17 enfermeiras do Hospital Maternidade Theresa Sacchi de Moura/Hospital da Mulher (HM), no município de Barra Mansa, interior do estado do Rio de Janeiro, sobre diversidade sexual e atenção à saúde da população LGBTQIA+. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com enfermeiras atuantes na assistência das unidades de Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR), no Núcleo Interno de Regulação (NIR), no Ambulatório (AMB), no Alojamento Conjunto (AC) e Tratamento Obstétrico e no Centro Obstétrico (CO) da referida instituição.

Foi entrevistado o equivalente a 68% do efetivo atuante, excluídos 8 profissionais, entre homens e mulheres; os que não encontraram disponibilidade, bem como os que se recusaram a participar do estudo. A amostra correspondeu a 7 (41%) enfermeiros do CO, 4 (23,5 %) do AC, 4 (23,6%) do A&CR, 1 (5,9%) do AMB e a 1 (5,9%) do NIR.

Quanto às características sociodemográficas da amostra, a faixa etária situava-se de 24 a 64 anos com média de idade de 44 anos. Todas eram mulheres heterossexuais, das quais 35,4% exerciam a função na unidade há menos de 1 ano; 23,6%, de 1 a 5 anos; 5,9%, de 6 a 10 anos; 17,7%, de 11 a 15 anos; 17,7%, de 16 a 20 anos, constituindo uma equipe de enfermagem na qual foram encontradas profissionais em que a mais nova tem 4 meses de formação, e a mais antiga, formada há 38 anos.

Sobre a experiência profissional em outras unidades, 76,4% exerciam ou exerceram atividade em outras unidades enquanto 23,6% não passaram por essa experiência. Entre essas profissionais, 94,1% eram pós-graduadas, e 5,9%, com especialização em curso nas seguintes áreas: enfermagem em obstetria e ginecologia, Estratégia Saúde da Família, gestão hospitalar, enfermagem do trabalho, administração e auditoria, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem em centro cirúrgico e central de material e esterilização,

enfermagem em urgência e emergência, saúde da mulher, preceptoria no SUS, controle de infecções hospitalares, unidade de terapia intensiva.

A análise do discurso foi o método utilizado para acessar o sentido do dito e do não dito nas narrativas das entrevistas no contexto da experiência profissional da enfermagem. Foi esse o caminho escolhido para a interpretação das falas enquanto um discurso que informa sobre um sistema de valores comuns e aceitos socialmente, que estão determinados por um contexto social e histórico determinado, assim como pelas relações estabelecidas ao longo da vida¹⁰.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/Ensp), seguindo as normas e as resoluções de ética, tendo em vista maior beneficência para as participantes da pesquisa que maleficência, de forma que a pesquisa aconteceu a partir da permissão e da liberação do referido CEP, recebendo aprovação CAAE 54879722.6.0000.5240 bem como anuência da instituição pesquisada.

Resultados e discussão

A oportunidade das entrevistas permitiu compreender a trajetória profissional das enfermeiras e os sentidos atribuídos às suas práticas de assistência. Tendo em vista os objetivos da pesquisa, foi necessário compreender as dimensões do acesso e qualidade dos serviços e, depois, confrontá-las com as ações preconizadas pela PNSI-LGBT.

Entre as entrevistadas, 21,2% responderam que o papel do HM se resume à assistência obstétrica. Sob essa ótica, toda pessoa LGBTQIA+ é acolhida e atendida como uma pessoa no período gravídico-puerperal, evidenciando uma invisibilidade que impede o desenvolvimento de boas estratégias de ação em favor da universalidade, equidade e integralidade preconizadas pelo SUS.

Padronizar e homogeneizar corpos implica práticas que, ao não reconhecer a

complexidade do atendimento à saúde em contextos de diversidade, violentam direitos das comunidades que divergem dos padrões socialmente estabelecidos, favorecendo o apagamento dessas pessoas usuárias e comprometendo a garantia de uma assistência adequada. Em contraposição, observaram-se enfermeiras que admitem o despreparo diante das demandas da assistência à saúde LGBTQIA+ e que apontam para esforços individuais no sentido de uma atitude mais acolhedora, marcada pela empatia e pela escuta atenta, mas que se mostrou frágil e desprovida de subsídios necessários advindos das políticas públicas de saúde vigentes.

Entretanto, as enfermeiras demonstraram conhecimento da existência de pessoas LGBTQIA+ ao serem interrogadas sobre a área de abrangência do hospital, mas ficou evidente como esse acesso ainda é muito baixo. Apenas uma enfermeira relatou não saber responder a esse questionamento. As demais referiram atendimento em menor escala de mulheres com vínculo afetivo com outras mulheres que apresentam demandas relativas ao atendimento de pré-natal de alto risco, à assistência ao parto e ao puerpério e a algumas demandas do processo transexualizador. Em buscas online, o hospital aparece ainda como referência para atendimento à profilaxia pós-exposição ao HIV e, eventualmente, por homens que sofrem violência.

Mesmo após a aprovação da PNSI-LGBT, verificam-se muitos obstáculos, como a omissão de direitos, o estigma social, a invisibilidade, o preconceito, a intimidação, as práticas antiéticas e o despreparo por parte dos profissionais de saúde no atendimento às especificidades dessa população. Em consequência, muitas pessoas omitem sua orientação sexual ou identidade de gênero devido ao medo da repulsa e ao enfrentamento de obstáculos no atendimento.

A PNSI-LGBT objetivou conhecer a situação de saúde, os estilos de vida, o acesso aos serviços de saúde da população e seu uso, segundo região de moradia, sexo, raça e cor,

revelando um pequeno retrato a partir de pessoas que se declaram LGBTQIA+, porém, devemos atentar para a ausência de respostas. Esse silêncio informa os motivos pelos quais as pessoas seguem preferindo não responder a questões que foram preparadas para reconhecer suas identidades e indica a ausência de acolhimento reforçada pela discriminação. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de inclusão, por exemplo, das mulheres lésbicas na agenda de saúde no que diz respeito, entre outras, ao atendimento na área da ginecologia, em que as profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual. Esse assunto será visto mais adiante.

Valorizar a existência da diversidade desconstrói um mundo dividido entre masculino e feminino cotidianamente reforçado em instituições de saúde País afora. Essa invisibilidade apoia-se no silêncio, na discriminação e na violação de direitos e só pode ser enfrentada com o reconhecimento das políticas de saúde e da produção de conhecimento acadêmico específico voltadas para essa população, com a garantia de direitos que se consolida em uma escuta qualificada e em um atendimento adequado por parte do conjunto de profissionais da saúde, e não apenas pela enfermagem.

Sob outro ponto de vista, 69,2% das entrevistadas consideraram que o papel do HM é o de oferecer ‘atendimento humanizado’, que responda às demandas de saúde de maneira integral, acolhedora, livre de julgamentos, sem exposição a constrangimentos, garantindo direito de assistência a quem precisar, proporcionando espaço fecundo para liberdade de expressão de sua sexualidade e identidade de gênero, conforme os princípios do SUS. A PNSI-LGBT visa ampliar e garantir o acesso aos serviços de saúde, respeitando o compromisso do SUS com seus princípios e reconhecendo a complexidade e a especificidade da assistência à saúde dessa população^{5,11}. Isso requer formação política e postura ética que seja democrática e que atue em favor da justiça e da garantia de direitos por parte de

gestores e de profissionais da saúde, no sentido de respeitar e reconhecer a importância da saúde sexual e, portanto, dos direitos sexuais em sua diversidade, superando concepções simplistas de um atendimento humanizado e encarando como uma política transversal que visa construir coletivamente estratégias que unam a teoria e a prática¹².

Conforme dito anteriormente, a referência a um baixo acesso da população LGBTQIA+ é apresentada nas falas das enfermeiras. Segundo 4,8% das entrevistadas, o atendimento a essa população não é comum na unidade pesquisada. Reforça-se a perspectiva aqui apresentada do aumento da situação de vulnerabilidade com relação à garantia de direitos humanos básicos, como saúde, direitos reprodutivos e sexuais. Já 4,8% das profissionais responderam que atuam baseadas em sua vivência para atender às exigências que surgem na unidade. Considerando um ambiente no qual as especificidades do atendimento à saúde da população LGBTQIA+ é constantemente silenciado, essas profissionais, em geral, contam com atitudes individualizadas para associar o conhecimento técnico-científico à sua prática de assistência e de cuidados. Torna-se urgente e indispensável, assim, ampliar o debate político e ético referente à sexualidade, à diversidade e às garantias do direito à saúde desse segmento.

Nesse processo, é preciso entender como se dá o acesso desse grupo aos serviços oferecidos nessa unidade, bem como a qualidade com que esse serviço é entregue¹⁰. Em geral, constatou-se que a população LGBTQIA+ demora para acessar o serviço ou não o acessa como deveria. Das enfermeiras entrevistadas, 5,8% afirmaram acreditar que o acesso está associado a um espaço físico, ou geográfico, que favoreça privacidade e liberdade para apresentar suas demandas e, assim, facilitar sua entrada no serviço de saúde. Já 82,6% delas associaram a forma como esse atendimento acontece norteador por escuta qualificada, acolhedora, eficaz e livre de discriminação.

Estudos apresentam a prevalência da precariedade do acesso à saúde por parte da

população negra em decorrência do racismo estrutural vigente na sociedade brasileira, assim como o peso das desigualdades socioeconômicas. É importante destacar a análise feita considerando o não acesso à saúde por parte de pessoas fumantes que, em vista do estigma, acabam por ficar marginalizadas e imbuídas de uma concepção de não pertencimento aos serviços de saúde, aumentando as dificuldades no acesso e na adesão aos serviços de saúde¹³.

Quando se fala sobre a saúde da população brasileira, ainda são observados grandes traços de iniquidade, apesar da legislação vigente, impactando diretamente nos grupos em vulnerabilidade social e resultando em lamentáveis consequências no perfil de morbimortalidade quando comparado ao de outras. Como exemplo, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher¹⁰ menciona mulheres lésbicas e bissexuais em apenas um tópico do texto, sem alusão alguma à operacionalização concreta de ações relacionadas com a sua saúde^{14,15}.

Quanto à vinculação com a unidade, as gestantes dão à luz nessa unidade, e as pessoas que realizam o processo transexualizador, sempre que necessitam de algum atendimento e orientação, retomam o contato e permanecem utilizando o serviço. Segundo o discurso, observaram-se profissionais que não se sentem preparados com relação a questões técnicas, pois têm dificuldades até relacionadas com os conceitos. A Carta do Direitos do Usuários da Saúde¹⁶, entre outras ações, propõe um atendimento humanizado, com a utilização do nome social como forma de acolhimento a essa população. Ainda que exista teoricamente a garantia da utilização do nome social na instituição pesquisada, constatou-se que os prontuários não estão ajustados. Conforme a legislação em vigor, torna-se indispensável defender e garantir os direitos preconizados para um atendimento justo e democrático e que combata discriminações, seja de raça, geracional, religiosa, incluindo a orientação sexual e a identidade de gênero também como prioridades¹⁷.

No contexto dos discursos, observa-se que existe um olhar sobre acesso que o compreende como uma prática de trabalho na qual o indivíduo se organiza dentro de um espaço físico, ou geográfico, que favoreça a privacidade e a liberdade para apresentar suas demandas e, assim, favorecer sua entrada para o serviço de saúde. A PNSI-LGBT faz referência a um acesso relacionado com a disponibilidade da assistência, o desenvolvimento social como indicadores de saúde e, por fim, o tratamento qualificado. Outras entrevistadas acreditam que o acesso se refere à forma como esse atendimento acontece, por meio de uma escuta qualificada e acolhedora, de forma a dispensar um atendimento universal, igualitário e ordenado nas ações e serviços de saúde do SUS¹⁴.

Nos discursos, ficam implícitas a negação do preconceito e a reafirmação de um acesso na unidade. A diretriz constitucional na Lei Orgânica da Saúde¹⁴ é orientada sob a forma de três princípios do SUS, que são: a universalidade, que estabelece o acesso de todos às ações e aos serviços; a integralidade, que implica a obrigatoriedade de oferecer uma atenção à saúde de qualidade, que vai da proteção e prevenção a todos os níveis de complexidade de assistência; e a equidade, que busca reduzir desigualdades em saúde. Fica o questionamento sobre quais seriam os limites entre o conhecimento das leis e os direitos voltados para essa população e a omissão e a negligência propriamente dita.

Às pessoas LGBTQIA+ que acessam o sistema, impõe-se um desafio adicional: a garantia dos direitos e a qualidade das ações de saúde. Diretrizes e objetivos para que esse público seja mais bem atendido na rede pública de saúde foram estabelecidos na PNSI-LGBT, mas ainda faltam maior publicidade à política e formação adequada para se tornar efetiva.

A qualidade do serviço de saúde está associada à soma de condições para atender a demandas apresentadas, mobilizando recursos no enfrentamento de problemas de saúde, que maximizam o bem-estar das pessoas usuárias, após ser levado em conta o equilíbrio entre

os ganhos e as perdas em todas as etapas do processo. A qualidade deve constituir-se uma busca constante nas práticas em saúde baseada em evidências, assistência humanizada e de responsabilidade de profissionais e gestores de forma a prezar pelas diretrizes do SUS^{17,18}.

A qualidade da atenção recebida pela população depende das características particulares do sistema de saúde, da infraestrutura, do perfil da equipe profissional e da organização dos serviços. Entretanto, o contexto histórico em que a população e os serviços de saúde estão inseridos modelam a qualidade em saúde ao expressar a intencionalidade das políticas de saúde e das práticas profissionais. Serviços de boa qualidade podem modificar desigualdades estruturais em saúde por meio de respostas mais equitativas durante a prestação de cuidados. Com ações integrais de boa qualidade, os serviços podem contribuir efetivamente para a superação de desvantagens históricas nos indicadores de saúde de regiões e populações vulneráveis do País¹⁸⁻²⁰.

Nesse sentido, promover equidade para esse público significa reconhecer suas vulnerabilidades específicas, identificar as iniciativas políticas e operacionais que protegem os direitos humanos e sociais desse grupo e traçar estratégias para sua aplicação. Há um consenso sobre a necessidade do combate à homofobia e à LGTBfobia no SUS, e sobre a necessidade de proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero como uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção²¹⁻²³. Então, para acabar com a invisibilidade desse debate, necessariamente, dever-se-ia recorrer a uma nova ordenação social educacional e cultural que não estivesse fixada por uma determinação de natureza biológica ou cultural.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária

para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade dessa doença. A história natural do câncer do colo do útero geralmente apresenta um longo período de lesões precursoras, assintomáticas, curáveis na quase totalidade dos casos quando tratadas adequadamente. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizados a cada 3 a 5 anos apresentam taxas inferiores a 3 mortes por 100 mil mulheres por ano; e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que 2 mortes por 100 mil mulheres por ano^{24,25}.

Mulheres lésbicas e bissexuais devem realizar exame de prevenção do câncer do colo uterino, o Papanicolau, seguindo as mesmas orientações para mulheres com relações heterossexuais. O primeiro exame de Papanicolau deve ser coletado a partir dos 25 anos de idade. Se o exame for negativo, pode ser colhido a cada 3 anos. A prevalência de infecção pelo vírus do HPV, que está relacionado de forma direta com a incidência do câncer do colo uterino, é relativamente menor em mulheres que se identificam como lésbicas se não tiveram relação sexual peniana ao longo da vida. No entanto, não estão livres da possibilidade de ter o tipo do vírus oncogênico (que pode evoluir para o câncer de colo uterino), por isso é necessário seguir o rastreamento também. É importante um ambiente acolhedor no qual a mulher se sinta à vontade para partilha de seus hábitos sexuais para que a equipe de profissionais de saúde possa buscar a integralidade nas orientações e condutas no decorrer do atendimento. O desconhecimento sobre a oferta de cuidado específico para essas mulheres revela condutas e orientações desalinhadas de evidências científicas^{10,15,24}.

No contexto do nascimento, a Declaração de Nascido Vivo (DNV) é um instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde desde 1990 e de uso obrigatório em todo o território nacional, tornando-se documento de identidade provisória que garante o acesso aos serviços públicos até a emissão da certidão e que contribui para o planejamento de ações para melhorias^{20,26}.

Em 2017, o Conselho Nacional de Justiça determinou alterações no *layout* da DNV e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), de forma que, nas certidões emitidas, seja contemplada a filiação, independentemente da identidade de gênero, como nos casos de reprodução assistida, casais transgêneros, união homoafetiva e outras situações similares. Assim, fica regulamentada a não utilização dos termos ‘pai’ e ‘mãe’, devendo constar apenas no campo ‘Responsável Legal’ o(s) nome(s) do(s)/da(s) genitor(es/as), bem como não fazer referência aos complementos ‘maternos’ e ‘paternos’ no que diz respeito aos ascendentes, justamente para incluir famílias LGBTQIA+. Assim, todos os profissionais responsáveis pelo seu preenchimento devem ser capacitados sobre as alterações, e os cartórios, obrigados a confeccionar o registro com base nessas alterações, sendo o não cumprimento da lei caracterizada como LGBTfobia institucional^{2,27,28}.

As enfermeiras entrevistadas relataram a ausência dessa orientação e, portanto, afirmaram não ter conhecimento das condutas supracitadas no preenchimento das DNV. Trata-se de problemas estruturais que exigem formação qualificada constante a fim de que os direitos sejam garantidos e as práticas profissionais sejam transformadas. Desconhecer e, conseqüentemente, negligenciar esse direito afeta a qualidade de vida dessa população e produz violências, e não assistência e cuidado.

Torna-se, portanto, um desafio encarar essa temática e ampliar sua discussão nas salas de aula e nos ambientes de trabalho por meio da educação permanente, assim como ampliar a divulgação científica a fim de combater violências que são cotidianamente reificadas. Nesse contexto, reconhecer as deficiências na assistência e buscar mitigá-las é uma tarefa que exige esforço e dedicação – e que precisa ser encarada como uma postura política e ética. Na contramão, segundo os relatos das enfermeiras, neste estudo, essa demanda não é percebida e, dessa forma, é entendida como desnecessária.

Para o campo da enfermagem, o cuidado no acolhimento é sempre colocado em destaque²⁹.

Ser capaz de ouvir é tão significativo quanto entender, pois essa capacidade é essencial para uma atenção satisfatória. Da mesma maneira que a habilidade de ouvir o outro, subentende-se propensão a silenciar³⁰. A partir daí, estabelece-se uma relação de diálogo e de confiança depositada na enfermagem, sempre relacionada com as pessoas usuárias, mas que também envolve uma boa comunicação com toda a equipe multidisciplinar de saúde. Trata-se, portanto, de reafirmar o cuidado humanizado enquanto uma política que pode orientar a assistência à saúde no sentido de fazer respeitar e garantir os direitos à saúde.

Deve-se atentar para a invisibilidade de vários grupos da população LGBTQIA+. Para as mulheres lésbicas e/ou bissexuais, o cuidado em saúde parece restrito ao consultório ginecológico. Ademais, sob esse contexto, conforme relatos colhidos nas entrevistas, essa população chega à unidade, busca atendimento, algumas profissionais têm maior, outras, menor contato, algumas sequer passaram por essa experiência. Isso se nota nas enfermeiras com menos tempo de atuação na unidade pesquisada.

As diretrizes políticas exigem profissionais que reconheçam e garantam, a partir de suas práticas, direitos já conquistados e previstos, uma vez que respaldo legal e políticas públicas existem a partir das demandas dos movimentos sociais. Na ponta, na intimidade do relacionamento entre as profissionais e as pessoas usuárias é que o acesso e a qualidade precisam se materializar a fim de combater a LGBTfobia no campo dos cuidados em saúde. Os estigmas existentes, e que geram a marginalização de determinados grupos dos serviços de saúde, precisam ser combatidos. Afinal, pessoas LGBTQIA+ precisam ter acesso à saúde integral. A assistência pode ser colocada em segundo plano, encobrendo múltiplas necessidades e demandas, devido a concepções preestabelecidas sobre a presença dessa população nos serviços de saúde.

As salas de espera são apontadas como lugares estratégicos para democratizar a

informação, o aprendizado e a troca de vivências, mas é um espaço ainda pouco aproveitado³¹. A escuta qualificada, o diálogo, a postura e a reorganização do serviço de saúde resultam em cuidado bem-sucedido no sentido de escutar, identificar as demandas, estabelecer um vínculo e alcançar a adesão ao cuidado. Essa dimensão também atinge as relações entre as equipes, sendo fundamental a constituição de espaços democráticos de diálogo e de proposições coletivas. A escuta é uma ferramenta crucial para promover atendimento como ação integral, estabelecer vínculos justos e éticos, produzindo relações de acolhimento e de respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado³⁰.

A capacitação das profissionais de enfermagem por meio de educação permanente em saúde é fundamental para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados no sentido de garantir o atendimento das necessidades da população³¹. Nesse ponto de vista, e considerando as experiências cotidianas de trabalho, a educação permanente pode cooperar na formulação de estratégias que ajudem a solucionar problemas identificados neste trabalho, adotando medidas mais efetivas que eliminem a discriminação institucional com rotinas e protocolos que estejam de acordo com a legislação vigente.

O conhecimento das necessidades específicas da população LGBTQIA+ foi um dos principais elementos identificados para melhorar a prática na assistência à saúde por parte da enfermagem². Se cabe a esse conjunto de profissionais a garantia da assistência integral ao ser humano em todos os seus ciclos de vida, na perspectiva do respeito à diversidade, do mesmo modo, é responsabilidade política, ética e legal da profissão desenvolver debates e reflexões constantes em favor das minorias, de forma a personalizar o atendimento, contemplando a diversidade e ampliando a abrangência do cuidado na prestação de serviços de saúde a toda a sociedade³¹.

Considerações finais

A partir das entrevistas realizadas, percebe-se que as enfermeiras do HM de Barra Mansa reconheceram, em parte, a população LGBTQIA+ como um público sujeito a seus cuidados. Elas tratam a temática por meio de termos subjetivos, como empatia e respeito, mas desconhecem as políticas públicas voltadas para essa população, assim como as particularidades relacionadas com a assistência à saúde desses grupos. A indiferença à temática da assistência LGBTQIA+ também foi observada na fala de algumas profissionais. Além disso, foram percebidas a sobreposição de valores pessoais e a falta de conhecimento crítico considerando o preconceito e as taxas de violências a que essa população está associada.

O grupo entrevistado reconhece a importância da educação continuada, está inserido em especializações, mas nenhuma que aborde a temática de gênero e sexualidade. Considerando a responsabilidade da instituição em promover formação, constatou-se a ausência de qualquer iniciativa. Por ignorar essa realidade, as profissionais de enfermagem conduzem suas práticas baseadas no senso comum e, portanto, em concepções embasadas na cis-heteronormatividade, reproduzindo discriminação e negligência. De modo geral, as enfermeiras admitem não se sentir preparadas para atuar na atenção à saúde LGBTQIA+. Contudo, não demonstraram a compreensão de que essa situação gera violência, aprofundando a marginalização, o sofrimento psíquico e a exclusão dessa população.

Esta pesquisa, com base na experiência de um grupo de enfermeiras do HM de Barra Mansa, contribuiu para a reflexão sobre as necessidades de formação em torno da assistência de enfermagem à população LGBTQIA+, apontando para urgências no âmbito dos serviços de saúde. Durante as entrevistas, foi possível compreender que, para algumas profissionais, essas realidades nunca foram sequer pensadas como demandas do seu trabalho. Implica dizer que o serviço de saúde

também não exigiu delas nenhuma postura, reforçando preconceitos estruturais. Por fim, é preciso ressaltar o debate crítico em torno do conceito de ‘humanização’ dos cuidados sempre referenciados para a assistência da enfermagem. Trata-se de mobilizar as profissionais da enfermagem para redimensionar, em suas práticas, as demandas colocadas pela diversidade da vida e, portanto, a relevância

de considerar as representações de gênero e de sexualidade existentes.

Colaboradoras

Silva DM (0000-0002-5981-424X)* e Almeida DH (0000-0002-7151-0564)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ. Real.* 2017 [acesso em 2022 jan 17]; 20(2):71-99. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>.
2. Brasil. Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo - DNV, regula sua expedição, altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. *Diário Oficial da União.* 6 Jun 2012.
3. Ferreira BO, Nascimento MA. Construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2022; 27(10):3825-3834.
4. Borrillo D. *Homofobia: história e crítica de um preconceito.* Belo Horizonte: Autêntica; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1 de Dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União.* 2 Dez 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
7. Dacesaro MN, Lazari AH, Silva M, et al. Políticas públicas para LGBT: nome social em foco. In: EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Unicsumar; 2015, Maringá: UniCesumar, 2015. n. 9, p. 4-8.
8. Silva DM. Representações de gênero na assistência de enfermagem: contribuições ao processo de humanização no atendimento à população LGBT. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
9. Lorenzetti J. A nova Lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. In: Santos EF, Santos EB, Santana GO, et al. *Legislação em Enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem.* São Paulo: Atheneu; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estra-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- tégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
11. Ferreira AP. Evidências científicas sobre o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQI+: revisão de escopo. *Res., Soc. Dev.* 2022; 11(10):e229111032519.
 12. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17(11):2865-2875.
 13. Benevides R, Passos E. Humanização na Saúde: um novo modismo. *Interface (Botucatu).* 2005 [acesso em 2023 mar 8]; 9(17):389-406. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfVrRbRQK/?format=pdf&lang=pt>.
 14. Dantas MNP. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2021 [acesso em 2022 jun 7]; 24:E210004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>.
 15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. 28 p. (Série E. Legislação de Saúde).
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
 18. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford USA Trade; 2003.
 19. Carrara S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(1):184-189.
 20. Facchini R. Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90: um estudo a partir da cidade de São Paulo. [dissertação]. Campinas, SP: Unicamp; 2002. [acesso em 2022 jun 17]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1232>.
 21. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate.* 2013; 37(98):516-524.
 22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
 23. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press; 1980.
 24. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
 25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento Serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001.
 27. Conselho Nacional de Justiça. Provimento nº 63, de 14 de novembro de 2017. Institui modelos únicos de certidão de nascimento, de casamento e de óbito, a serem adotadas pelos órgãos de registro civil das pessoas naturais, e dispõe sobre o reconhecimento voluntário e a averbação da paternidade e maternidade socioafetiva no Livro "A" e sobre o registro de nascimento e emissão da respectiva certidão dos filhos havidos por reprodução assistida. Brasília, DF: CNJ; 2017.

28. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE Versão 1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Algor; 2007.
29. Maynard WHC. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul. Enferm.* 2014; 27(4):300-304.
30. Ayres JR, França Júnior I, Calazans GJ, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 117-139.
31. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

Recebido em 18/11/2023
Aprovado em 18/12/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Girianelli

Notificação de violência autoprovoçada e interpessoal da população LGBT, estado do Rio de Janeiro, 2015-2021

Notification of self-inflicted and interpersonal violence among the LGBT population, state of Rio de Janeiro, 2015-2021

Georgia Thais Lima Cordeiro¹, Vania Reis Girianelli²

DOI: 10.1590/2358-28982023E18951P

RESUMO Este estudo teve como objetivo comparar as características das notificações de violência na população LGBT com as demais populações, ocorridas no estado do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2021. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo painéis repetidos, com base em dados de notificação de violências ocorridas na faixa etária de 18 a 59 anos, disponibilizados pelo estado do Rio de Janeiro. Foram elegíveis 114.093 notificações, sendo apenas 2,8% referentes à população LGBT. Houve, entretanto, um aumento da proporção das notificações nessa população ($\beta = 0,46$; $p < 0,001$), atingindo 4,5% em 2021. A maioria das notificações de violência autoprovoçada e interpessoal ocorreu nos mais jovens, de 18 a 39 anos, e nos(as) negros(as), sendo proporcionalmente maior entre a população LGBT ($p < 0,001$). A violência física foi a mais notificada (90,5%). A notificação de tortura (2%) e a violência sexual (8%) foram proporcionalmente maiores nessa população ($p < 0,001$), mas a tortura apresentou leve declínio no período ($\beta = -0,19$; $p = 0,039$). A ampliação do preenchimento da notificação, para além das instituições de saúde, poderia contribuir para redução da subnotificação e, conseqüentemente, dar maior visibilidade à violência vivenciada, em particular, pela população LGBT.

PALAVRAS-CHAVE Violência. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Populações vulneráveis. Pessoas LGBT. Direitos humanos.

ABSTRACT *This study aims to compare the characteristics of violence notifications between the LGBT and other populations, which occurred in the state of Rio de Janeiro from 2015 to 2021. This is an observational epidemiological study of the repeated panels type, based on data of notification of violence, occurred in the age group of 18 to 59 years, made available by the state of Rio de Janeiro. 114,093 notifications were eligible, with only 2.8% referring to the LGBT population. However, there was an increase in the proportion of notifications in this population ($\beta = 0.46$; $p < 0.001$), reaching 4.5% in 2021. Most notifications of self-inflicted and interpersonal violence occurred among the youngest from 18 to 39 years and blacks, being proportionally higher among the LGBT population ($p < 0.001$). Physical violence was the most reported (90.5%). Notification of torture (2%) and sexual violence (8%) were proportionally higher in this population ($p < 0.001$), but torture showed a slight decline in the period ($\beta = -0.19$; $p = 0.039$). The expansion of notification filling, beyond the health institutions, could contribute to the reduction of underreporting and, consequently, give greater visibility to the violence experienced, in particular by the LGBT population.*

KEYWORDS *Violence. Health information systems. Vulnerable populations. LGBT persons. Human rights.*

¹Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
georgiacordeiro23@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

No Brasil, a vigilância de acidentes e violências vinha sendo realizada por meio da análise de informações provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Os óbitos representam uma pequena parcela dos casos, porque geralmente decorrem da violência interpessoal extrema que ocorre nos diversos contextos de inter-relação social, como o espaço urbano, rural ou doméstico. Adicionalmente, na violência doméstica, os episódios de maus-tratos tendem a ser repetitivos e, no início, não costumam levar ao óbito nem mesmo à internação¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS)², no entanto, reconhece que ainda existem vantagens nos sistemas de informação sobre mortalidade, pois, geralmente, são universais e de boa qualidade; mas deve-se lembrar que os seus dados subestimam a verdadeira magnitude da violência.

O SIH/SUS, por captar apenas os casos que precisaram de internação, também subestima a magnitude da violência^{3,4}. Além disso, pela lógica assistencial desse sistema, a sua abrangência se restringe às internações pagas pelo SUS, rede própria ou conveniada⁵. Ademais, no preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar, ficha que alimenta o SIH/SUS, apesar de haver um campo para informação da causa da internação (código do capítulo XX da CID-10), muitas vezes, só se informa a natureza da lesão (capítulo IX da CID-10), não possibilitando saber qual foi o tipo de causa externa que levou à internação⁶.

Outra limitação em relação à vigilância das causas externas, inerente aos dois sistemas supracitados, é o fato de as informações fornecidas por meio deles serem restritas à vítima, e de forma sucinta, com a descrição do evento restrito ao código da CID-10. Esses sistemas não fornecem informações detalhadas sobre a ocorrência, suas consequências e o perfil da vítima e do provável autor da agressão nos casos de violência³.

Por todos os motivos mencionados, é notório que apenas com a análise de dados do SIM e do SIH/SUS as causas externas são subdimensionadas^{3,4}. Consequentemente, também se torna menor a amplitude de medidas de promoção da saúde e de cultura de paz, e de prevenção e controle das causas externas, principalmente em relação à violência doméstica, sexual e outras violências que permanecem com pouca visibilidade⁷.

Nesse sentido, a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) teve o objetivo de obter um diagnóstico mais sensível de casos de causas externas que demandam atendimentos na rede de saúde, especialmente aqueles não reconhecidos e não incorporados ao SIM e ao SIH/SUS^{3,4}. O Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Viva no âmbito do SUS, em dois componentes: i) vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva Contínuo), e ii) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (Viva Sentinela), com o objetivo de gerar avaliações de forma mais ampla sobre o impacto e a caracterização da violência em todas as regiões do País. Essa estratégia de vigilância configura-se como uma ferramenta para aquisição de informações que podem ser utilizadas para planejar e executar medidas de prevenção das chamadas causas externas e da morbimortalidade no Brasil.

O Viva tem o propósito de fornecer informações fidedignas sobre as causas externas para subsidiar a formulação de políticas públicas intersetoriais e integradas que reduzam a morbimortalidade por esses agravos e que promovam saúde e cultura de paz^{7,8}. Gawryszewski e colaboradores⁴ acrescentam que a implantação do Viva também visa subsidiar a avaliação das ações implementadas e o melhor planejamento de recursos e serviços. A implementação desse sistema, em seu componente do Viva Contínuo e do Viva Sentinela, é responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O registro dos

dados no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é alimentado pelas SMS, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, o que é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica de estados e municípios⁸.

A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das vítimas e dos(as) prováveis autores(as) das violências. Outro aspecto importante do dispositivo de notificação está relacionado com a necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois essas informações deverão subsidiar o poder público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS⁸. Com o Viva Contínuo, a notificação das violências deve ser entendida para além de um instrumento para obter e produzir informações epidemiológicas, mas como subsídio à garantia dos direitos à saúde e à vida, e, ainda, como incentivo à formação de rede de proteção social e de atenção integral à saúde, seguindo a linha do cuidado em saúde⁸.

Dito isso, a inclusão da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) na notificação de violência ocorreu a partir de 2015, reconhecendo a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e o direito ao uso do nome social. Nesse panorama, podem-se observar as particularidades, a complexidade e a garantia de políticas públicas que perpassam a questão dos direitos LGBT, uma vez que o Brasil apresenta a maior quantidade de assassinatos contra essa população⁹.

O presente estudo tem como objetivo comparar as características das notificações de violência na população LGBT com as demais populações, ocorridas no estado do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2021.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo painéis repetidos¹⁰, para conhecer a violência interpessoal e autoprovocada ocorrida na população LGBT notificada no estado do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2021. Os dados foram oriundos das notificações de violência interpessoal e autoprovocada disponibilizadas pelo estado do Rio de Janeiro. A pesquisa (CAAE: 54012221.2.0000.5240) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, número 5.170.411, emitida em 16 de dezembro de 2021.

Foram analisadas as variáveis relacionadas com características socioeconômicas e demográficas da vítima (sexo, orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, escolaridade, faixa etária, município de notificação), características da agressão (violência interpessoal ou autoprovocada, tipo de agressão, motivação) e encaminhamentos realizados.

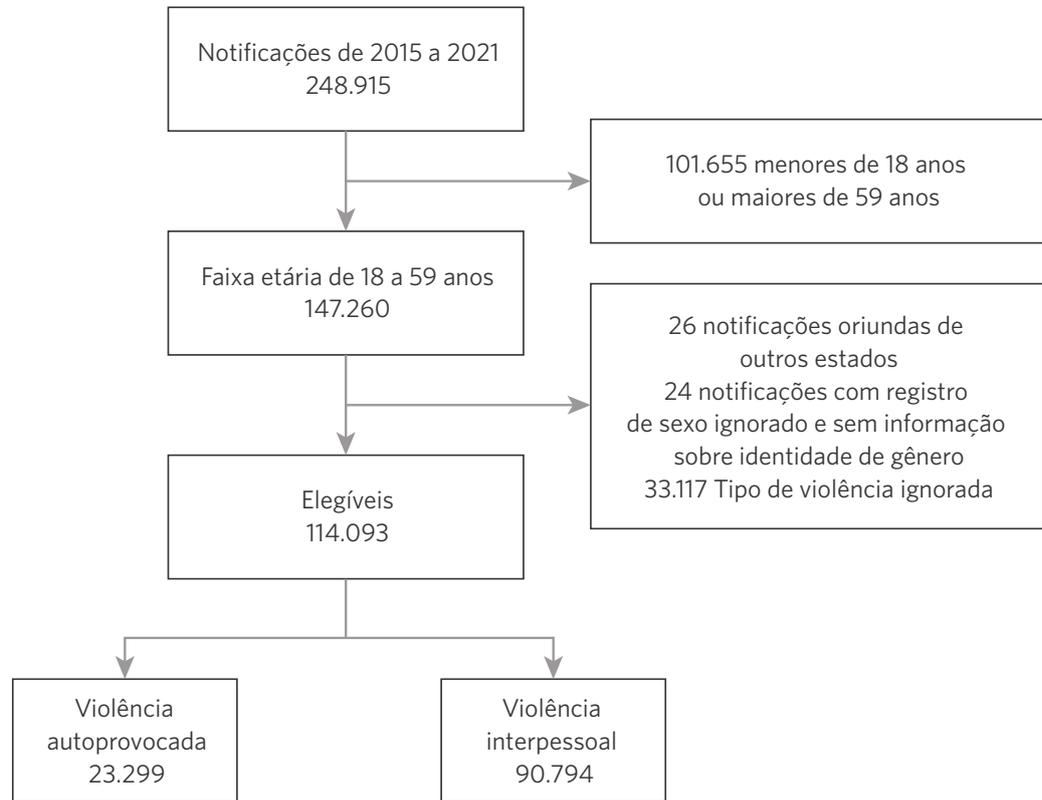
Foi calculado o percentual de cada categoria das variáveis estudadas, estratificando por população LGBT e demais (população não LGBT). O teste qui-quadrado de Pearson foi calculado para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os estratos, com correção de Yates quando necessário. A tendência temporal foi descrita tendo como variável independente o ano da notificação, e como variável dependente, a proporção das características estudadas. A avaliação foi realizada por regressão linear generalizada, utilizando o método de Prais-Winsten, que é indicado para análise de séries curtas e com autocorrelação ou correlação serial, situação comum em séries temporais de fenômenos sociais¹¹. O aumento ou declínio das proporções foram avaliados com base no coeficiente de regressão (β) e respectiva significância estatística ($p \leq 0,05$). Os dados foram analisados no programa R.

Resultados

No período de 2015 a 2021, foram notificadas 248.915 violências ao estado do Rio

de Janeiro. Destas, foram elegíveis 114.093, sendo que 70,6% corresponderam à notificação violência interpessoal (*figura 1*).

Figura 1. Diagrama do procedimento para seleção dos registros de notificação de violência do estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021^a



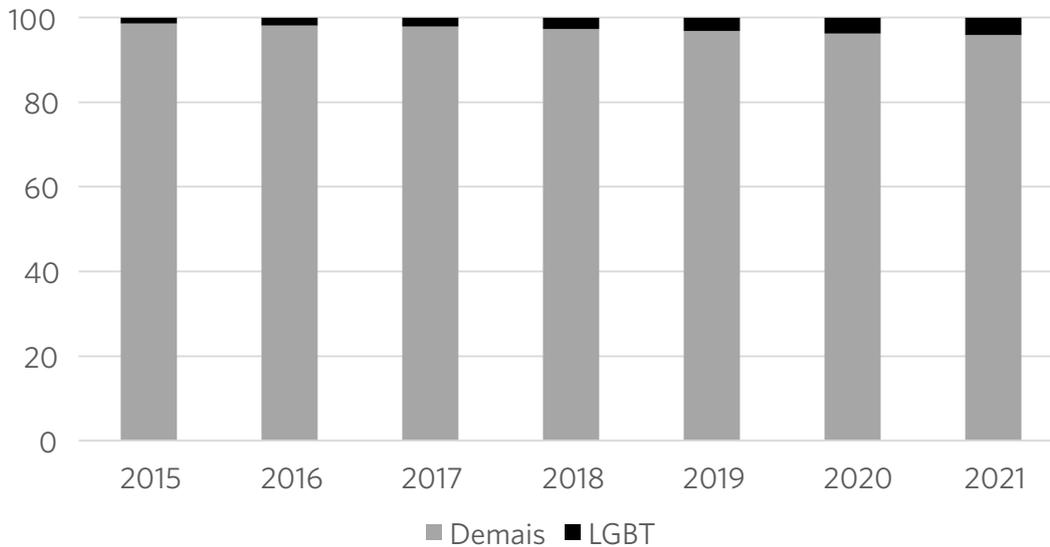
Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

Apenas 2,8% das notificações de violência foram referentes à população LGBT. Houve, entretanto, um aumento da proporção das

notificações nessa população no período ($\beta = 0,46$; $p < 0,001$), variando de 1,4% em 2015 a 4,1% em 2021 (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Distribuição proporcional das notificações de violência interpessoal e autoprovocada por tipo de população e ano. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a



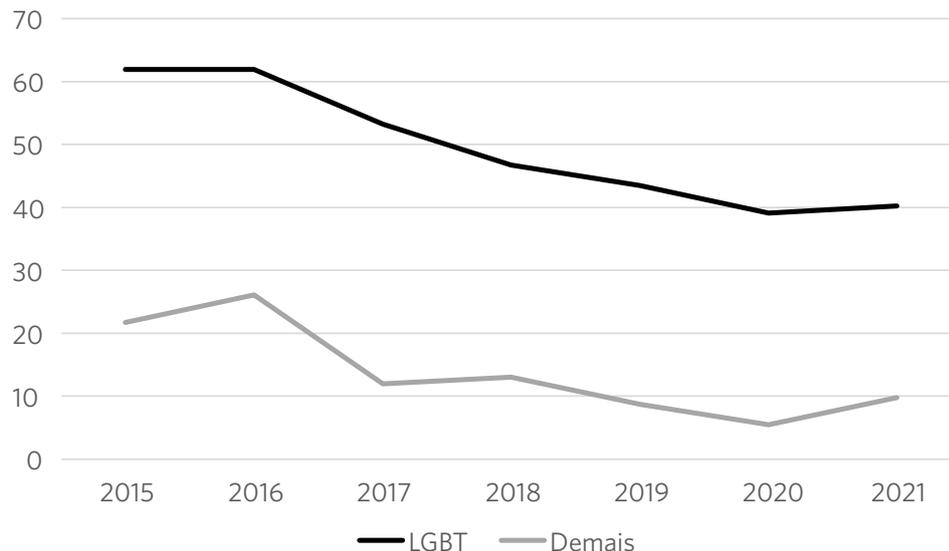
Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

O município de Cardoso Moreira não registrou nenhuma notificação de violência no período. Outros 18 municípios não notificaram violência ocorrida na população LGBT: Angra dos Reis, Bom Jardim, Cambuci, Cantagalo, Conceição de Macabu, Cordeiro, Engenheiro Paulo de Frontin, Italva, Laje do Muriaé, Miracema, Paty do Alferes, Santa Maria Madalena, São Francisco de

Itabapoana, São João da Barra, São José de Ubá, Sapucaia, Trajano de Moraes e Varre-Sai. Houve uma redução expressiva do percentual de municípios sem notificação de violência na população LGBT, variando de 62% em 2015 a 40,2% em 2021 ($\beta = -4,35$; $p < 0,001$); bem como das demais populações ($\beta = -3,25$; $p = 0,002$) (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição proporcional dos municípios sem notificação de violência interpessoal e autoprovocada por tipo de população e ano. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a



Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

A violência autoprovocada obteve 23.299 notificações, sendo que 3,6% delas corresponderam à população LGBT (*tabela 1*). A maioria das notificações ocorreu em mais jovens, de 18 a 39 anos (72,9%), sendo proporcionalmente maior entre a população LGBT (87,2%; $p < 0,001$), e com tendência de estabilidade no período ($p = 0,096$). A população negra também foi a maioria (45,5%), mas com alto percentual de informação ignorada (22,4%), em particular, para a população não LGBT ($p < 0,001$), mas com queda no período ($\beta = -1,92$; $p = 0,018$). Já a escolaridade apresentou elevado registro ignorado (68,7%), comprometendo a análise e com tendência estável no período

avaliado ($p = 0,072$). A maioria foi encaminhada para área da saúde (64,3%), seguida da assistência social (7,2%), sendo proporcionalmente maior para a população LGBT (68,7% e 9,3% respectivamente; $p \leq 0,016$). A maioria dos encaminhamentos se manteve estável no período ($p > 0,05$). Na população LGBT, entretanto, houve um declínio no encaminhamento para delegacia de atendimento à mulher ($\beta = -0,53$; $p = 0,049$). Nas demais, ocorreu um aumento do encaminhamento para saúde ($\beta = 4,2$; $p = 0,009$), assistência social ($\beta = 0,93$; $p < 0,001$) e delegacia da mulher ($\beta = 0,37$; $p = 0,025$); e declínio para outras delegacias ($\beta = -0,92$; $p = 0,008$).

Tabela 1. Características das notificações de violência autoprovocada e encaminhamentos realizados por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a

Características	Total		LGBTQIA+		Demais		p
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária							
18 a 39	16983	72,9	738	87,2	16245	72,4	< 0,001
40 a 59	6316	27,1	108	12,8	6208	27,6	
Raça/cor da pele							
Branca	7310	31,4	306	36,2	7004	31,2	< 0,001
Negra	10599	45,5	426	50,4	10173	45,3	
Amarela ou indígena	175	0,8	5	0,6	170	0,8	
Ignorado ou em branco	5215	22,4	109	12,9	5106	22,7	
Escolaridade							
Até fundamental incompleto	1626	7,0	54	6,4	1572	7,0	< 0,001
Fundamental completo ou superior	5656	24,3	394	46,6	5262	23,4	
Ignorado ou em branco	16017	68,7	398	47,0	15619	69,6	
Encaminhamento							
Saúde	14989	64,3	581	68,7	14408	64,2	0,008
Assistência social	1671	7,2	79	9,3	1592	7,1	0,016
Educação ^b	28	0,1	3	0,4	25	0,1	-
Atendimento à mulher	480	2,1	21	2,5	459	2,0	0,449
Centro de Referência dos Direitos Humanos ^b	23	0,1	1	0,1	22	0,1	-
Ministério Público da União ^b	40	0,2	0	0,0	40	0,2	-
Delegacia de atendimento à mulher	395	1,7	14	1,7	381	1,7	1,000
Outras delegacias	1024	4,4	54	6,4	970	4,3	0,005
Defensoria Pública ^b	43	0,2	5	0,6	38	0,2	-
Total	23299	100,0	846	100,0	22453	100,0	-

Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

^b Dados insuficientes para comparação.

Entre a população LGBT com notificação de violência autoprovocada, a maioria era homossexual (76,5%). Todos(as) os(as) que declararam ser heterossexuais eram transgêneros(as) (6,6%). Quanto à identidade de gênero, 21,2% eram transexuais, em particular, mulher transgênera (12,3%).

Em relação às notificações de violência interpessoal, as características da população são apresentadas na *tabela 2*. A maioria das notificações também ocorreu em mais jovens, de 18 a 39 anos (73,6%), e foi proporcionalmente maior

na população LGBT (81,2%; $p < 0,001$), e com tendência de crescimento no período ($\beta = 0,87$; $p = 0,019$). Houve também um predomínio da população negra (51,9%), bem como alto percentual de informação ignorada (18,7%), principalmente para a população não LGBT (19%; $p < 0,001$), mas com tendência estável no período ($p = 0,112$). A variável escolaridade também apresentou alto percentual de registro ignorado (56,1%), sendo proporcionalmente maior para a população não LGBT ($p < 0,001$), mas com tendência estável no período ($p = 0,992$).

A violência física foi a mais notificada (90,5%), sendo proporcionalmente maior entre a população não LGBT ($p < 0,001$) e com tendência de aumento no período ($\beta = 0,99$; $p = 0,027$), mas com possibilidade de autocorrelação positiva ($d = 1,35$). A notificação de negligência e violência policial/legal foi também maior na população não LGBT ($p < 0,001$), mas com tendência estável no período ($p \geq 0,055$). A notificação de tortura e violência sexual foi proporcionalmente maior na população LGBT ($p < 0,001$), mas a tortura apresentou leve declínio no período ($\beta = -0,19$; $p = 0,039$).

No que se refere aos encaminhamentos, a maioria também foi para área de saúde (39,6%), seguida de delegacias (26,3%) (tabela 1). Na população LGBT, o encaminhamento para

assistência social (7,8%), delegacias (32%) e Centro de Referência dos Direitos Humanos (0,6%) foi proporcionalmente maior ($p < 0,001$), enquanto nas demais, foi a delegacia de atendimento à mulher (18,8%; $p = 0,002$).

Na população LGBT, o encaminhamento apresentou tendência crescente no período para área de saúde ($\beta = 5,24$; $p = 0,006$), assistência social ($\beta = 1,20$; $p = 0,002$) e defensoria pública ($\beta = 4,2$; $p = 0,003$); e declínio para delegacias ($\beta = -1,94$; $p = 0,004$). Na população não LGBT, também houve tendência de aumento de encaminhamento para saúde ($\beta = 3,54$; $p = 0,003$), assistência social ($\beta = 0,88$; $p = 0,001$) e defensoria pública ($\beta = 0,42$; $p = 0,002$); mas também para delegacia de atendimento à mulher ($\beta = 1,05$; $p = 0,020$).

Tabela 2. Características das notificações de violência interpessoal por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a

Características	Total		LGBTQIA+		Demais		p
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária							
18 a 39	66839	73,6	2489	81,2	64350	73,4	< 0,001
40 a 59	23955	26,4	576	18,8	23379	26,6	
Raça/cor da pele							
Branca	25819	28,4	1003	32,7	24816	28,3	< 0,001
Negra	47124	51,9	1674	54,6	45450	51,8	
Amarela ou indígena	859	0,9	32	1,0	827	0,9	
Ignorado/Branco	16992	18,7	356	11,6	16636	19,0	
Escolaridade							
Até fundamental incompleto	10051	11,1	372	12,1	9679	11,0	< 0,001
Fundamental completo ou superior	29791	32,8	1406	45,9	28385	32,4	
Ignorado/Branco	50952	56,1	1287	42,0	49665	56,6	
Tipo de Violência^b							
Física	82141	90,5	2604	85,0	79537	90,7	< 0,001
Psicológica	31855	35,1	1122	36,6	30733	35,0	0,076
Tortura	1789	2,0	93	3,0	1696	1,9	< 0,001
Sexual	7271	8,0	571	18,6	6700	7,6	< 0,001
Tráfico ^c	23	0,0	0	0,0	23	0,0	-
Financeiro	1793	2,0	74	2,4	1719	2,0	0,087
Negligência	726	0,8	8	0,3	718	0,8	< 0,001

Tabela 2. Características das notificações de violência interpessoal por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a

Características	Total		LGBTQIA+		Demais		p
	N	%	N	%	N	%	
Policial/Legal	572	0,6	3	0,1	569	0,6	< 0,001
Outros	1152	1,3	22	0,7	1130	1,3	0,007
Encaminhamento							
Saúde	35999	39,6	1263	41,2	34736	39,6	0,075
Assistência social	5340	5,9	238	7,8	5102	5,8	< 0,001
Educação	165	0,2	8	0,3	157	0,2	0,405
Atendimento à mulher	13794	15,2	472	15,4	13322	15,2	0,765
Centro de Referência dos Direitos Humanos	232	0,3	18	0,6	214	0,2	< 0,001
Ministério Público da União	465	0,5	20	0,7	445	0,5	0,328
Delegacia de atendimento à mulher	17015	18,7	508	16,6	16507	18,8	0,002
Outras delegacias	23866	26,3	981	32,0	22885	26,1	< 0,001
Defensoria Pública	147	0,2	4	0,1	143	0,2	0,833
Total	90794	100,0	3065	100,0	87729	100,0	-

Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

^b Categorias não excludentes.

^c Dados insuficientes para comparação.

A maioria das notificações não tinha registro do motivo da violência (73,9%). Dentre as que apresentaram registro, destacou-se o sexismo, sendo 48,7% na população LGBT e 68,9% nas demais, seguido do conflito geracional, 12,5% e 22,9% respectivamente. Na população LGBT a violência por motivo homofóbico ou transfóbico correspondeu a 0,4% das notificações.

Entre a população LGBT com notificação de violência interpessoal, a maioria era homossexual (69,1%). Quanto à identidade de gênero, 26,5% eram transexuais, em particular, mulher transgênera (18,1%).

Discussão

A notificação de violência foi implantada no Brasil há mais de dez anos¹², no entanto, o município de Cardoso Moreira não exibiu nenhum registro no período estudado. A inclusão da população LGBT na notificação de

violência ocorreu há oito anos¹³, mas 40,2% dos municípios do estado do Rio de Janeiro não notificaram em 2021. Houve, no entanto, uma redução expressiva do percentual de municípios sem notificação de violência nessa população no período avaliado.

O percentual de notificação de violência referente à população LGBT tem aumentado nos últimos anos ($\beta = 0,46$; $p < 0,001$), atingindo 4,5% em 2021, mas ainda é muito baixo; tendo em vista que, a cada 29 horas, uma dessas pessoas é morta no Brasil¹⁴. Estudo realizado no País, de 2015 a 2017, já havia constatado um aumento das notificações dessa população no período¹⁵.

Apesar de ser recente a inclusão das variáveis orientação sexual e identidade de gênero na ficha de notificação de violência, está havendo um maior investimento, sobretudo do movimento social, em disseminar as informações a respeito dessa população, além da própria busca de profissionais por

qualificação para melhor entendimento e atendimento desse segmento social. Ainda não há, contudo, nenhuma legislação para combater a violência baseada na orientação sexual e identidade de gênero. Na Câmara Federal, foi submetido um projeto de lei que previa a criminalização de diversas formas de discriminação em todo o território nacional, inclusive a discriminação LGBTfóbica¹⁶, mas o projeto ainda se encontra em tramitação nas comissões antes de seguir para o Plenário. O Supremo Tribunal Federal, no entanto, interveio para incluir a discriminação contra a população LGBT e outros¹⁷ na lei do racismo¹⁸ até que o Congresso aprove uma lei específica, visando minimizar esse problema.

Ainda é um desafio sensibilizar os profissionais para introduzir na sua prática o ato de notificar, que provavelmente se deve ao desconhecimento acerca de como proceder diante desses casos por preconceitos e dificuldades de abordagem dessas questões. Além disso, o isolamento do profissional de saúde, que se vê diante de um caso complexo, sem ter com quem dividir, sem saber como proceder, favorece o alto percentual de inconsistências identificadas. O atendimento discriminatório e excludente, que ainda ocorre, também pode ser uma barreira de acesso da população LGBT aos serviços de saúde, sobretudo, das pessoas transgêneras^{14,19-21}.

Há necessidade de capacitação continuada dos profissionais de saúde de forma a ativar a sensibilidade e a percepção para o atendimento humanizado, conforme previsto na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT)²², bem como para o preenchimento adequado da ficha de notificação. Muitas vezes, contudo, o trabalho nos serviços de saúde apresenta sobrecarga para os profissionais, conforme foi vivenciado durante a pandemia da Covid-19 e nos atendimentos de emergência, e a exigência de preencher mais um formulário extenso e detalhado pode ser considerada excessiva. Ademais, é preciso levar em conta também que, geralmente, os

profissionais recebem pouco apoio institucional para a realização da notificação, pois não é considerado prioritário na assistência.

Profissionais de outros setores, como educação, assistência social, Centros de Referência de Direitos Humanos, saúde indígena, conselhos tutelares, centros especializados de atendimento à mulher, entre outros, também podem realizar a notificação¹³. É importante ressaltar que a notificação por setores, além da saúde, contribui para ampliar as informações para melhor formulação de políticas públicas, fortalece as redes de cuidado e não fica restrita apenas à área de saúde.

A maioria das notificações de violência autoprovocada ocorreu nos mais jovens, de 18 a 39 anos (72,9%), e nos(as) negros(as) (45,5%), sendo proporcionalmente maior entre a população LGBT ($p < 0,001$). Estudos realizados no País também têm identificado um predomínio da população negra na violência ocorrida na população LGBT, tanto nas notificações¹⁵ quanto nos óbitos¹⁴.

Em relação à notificação de violência autoprovocada na população LGBT, a maioria era homossexual (76,5%), e entre os(as) transexuais, as mulheres foram as mais acometidas (12,3%). No estudo realizado no estado do Paraná, foi identificada característica similar, sendo 33,7% das notificações em lésbicas, 24,9% em gays e 19% entre as mulheres transexuais²³. O estudo também apontou que 29% das notificações foram de tentativa de suicídio. A vulnerabilidade das mulheres transexuais também tem sido apresentada nos últimos três relatórios da Associação Nacional de Travestis e Transexuais²⁴. Outrossim, o levantamento baseado na coleta de notícias de jornais publicadas na mídia brasileira e nas redes sociais constatou que, das 300 mortes violentas ocorridas no Brasil em 2021, 8% foram suicídio¹⁴.

O suicídio é considerado um problema de saúde pública global, pois já representa a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos²⁵. Isso levou a OMS a priorizar a redução da mortalidade e incluí-la como um indicador nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

(ODS) das Nações Unidas sob a meta 3.4, bem como no 13º Programa Geral de Trabalho 2019-2023 e no Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030, ambos da OMS. Quanto à taxa global de suicídio, embora tenha reduzido no período de 2010 a 2016, houve um aumento de 6% no continente americano.

A prevenção do suicídio abrange desde a oferta das condições mais adequadas para atendimento e tratamento efetivo das pessoas em sofrimento psíquico até o controle ambiental dos fatores de risco. Tal violência dimensiona o peso da reprovação social sobre o inconsciente e a autoestima das pessoas vítimas desse agravo – e algumas delas não têm suportado a dor causada pelo olhar e pelas críticas a ponto de tirarem a sua própria vida. Na população LGBT e outros, revela-se o quanto é doloroso e difícil lidar com a sexualidade fora do esquema da heteronormatividade, em uma sociedade cissexista²⁶. O sofrimento, os constrangimentos, os assassinatos e os suicídios são motivados, muitas vezes, devido ao não reconhecimento das vivências trans²⁷, grupo ainda pouco estudados no Brasil, e que, no presente estudo, apresentou baixo percentual de notificações de violência, tanto provocada quanto interpessoal.

A notificação faz parte de uma dimensão da linha de cuidado, que também possui acolhimento, atendimento e seguimento para a rede de assistência e de proteção social. Os casos notificados de violência autoprovocada foram encaminhados, principalmente, para atendimento na área da saúde (64,3%), seguida da assistência social (7,2%), sendo proporcionalmente maior para a população LGBT (68,7% e 9,3% respectivamente). A tendência dos encaminhamentos para a população LGBT para essas áreas manteve-se estável no período ($p > 0,05$), entretanto, houve um declínio para delegacia de atendimento à mulher. O impacto sobre a saúde mental e o comportamento suicida tem maior probabilidade nessa população²⁶, sendo fundamental a disponibilidade dessa informação para identificação da magnitude desse agravo, bem como a melhoria

da oferta de cuidado, envolvendo mais equipes qualificadas nos territórios para ter acolhimento adequado, seguimento do atendimento e inserção na rede intra e intersetorial. Em contrapartida, para a população não LGBT, ocorreu um aumento do encaminhamento para saúde, assistência social e delegacia da mulher, e declínio para outras delegacias.

Em relação às notificações de violência interpessoal, também houve um predomínio dos(as) mais jovens e negros(as), e, da mesma forma, proporcionalmente maior da população LGBT. Tal situação corrobora o racismo estrutural existente na sociedade, em que pessoas negras têm o risco iminente de sofrer violência pela cor da sua pele em função do preconceito e da discriminação²⁸.

A violência física foi a mais notificada (90,5%), principalmente na população não LGBT, e com tendência de aumento no período. Já a notificação de tortura (2%) e de violência sexual (8%) foi proporcionalmente maior na população LGBT, mas a tortura apresentou leve declínio no período. Estudo realizado no Brasil, de 2015 a 2017¹⁵, também identificou a notificação de violência física como a mais frequente na população LGBT (75%), seguida das violências psicológica (28,7%) e sexual (11,2%). A maioria das notificações não tinha registro do motivo da violência (73,9%). A ausência desse registro compromete o cuidado, a proteção das pessoas e a formulação de políticas públicas. Dentre os que apresentaram registro, destacou-se o sexismo, sendo 48,7% na população LGBT e 68,9% nas demais, seguido do conflito geracional, com 12,5% e 22,9% respectivamente. Na população LGBT, a violência por motivo homofóbico ou transfóbico correspondeu a 0,4% das notificações, principalmente entre as mulheres transexuais. Essa população é muito vulnerável à violência, tendo em vista a dificuldade de aceitação, por parte da sociedade, gerando preconceito, discriminação, prejulgamento e violações de direitos. Apenas em abril de 2022, houve o reconhecimento, pela 6ª turma do Superior Tribunal de Justiça, de que a Lei Maria da

Penha se aplica aos casos de violência doméstica ou familiar contra mulheres transexuais²⁹.

Nos casos de violência interpessoal, a maioria dos encaminhamentos também foi para área de saúde (39,6%), seguida de delegacias (26,3%). Na população LGBT, houve um aumento proporcional dos encaminhamentos para assistência social (7,8%), delegacias (32%) e Centro de Referência dos Direitos Humanos (0,6%); enquanto nas demais, foi a delegacia de atendimento à mulher (18,8%). A tendência dos encaminhamentos para a população LGBT apresentou crescimento no período para área de saúde, assistência social e defensoria pública, porém, houve declínio para delegacias. Na população não LGBT, também houve tendência de aumento de encaminhamento para saúde, assistência social e defensoria pública, mas também para atendimento à mulher.

No que diz respeito à notificação da violência contra a população LGBT, por ser recente no Sinan, pode ser que os profissionais de saúde ainda desconheçam quais são os equipamentos específicos e os respectivos fluxos para atender essa população, bem como qual a mobilização de recursos efetivamente desencadeados pela notificação compulsória. Constatou-se, todavia, por meio do monitoramento nos municípios, uma tímida formação de rede para encaminhamento prioritário das vítimas para o Centro de Cidadania LGBTI+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Mulher Transexual, Homem Trans e Intersexual e outros) antes da delegacia, de modo que essas pessoas recebam assistência mais especializada às suas necessidades.

Outro aspecto que contribui para existência da subnotificação nos municípios é a privatização/terceirização na oferta desse tipo de atendimento. Isso provoca fragmentação das ações em saúde, alta rotatividade dos profissionais, fragilidade dos vínculos contratuais, especialmente na atenção básica. Quando há substituição de profissionais, geralmente não há capacitação para eles, o que impede uma boa qualidade dos serviços e compromete a construção de um programa de formação

continuada para enfrentamento do problema.

Tendo em vista os objetivos de contribuir para diminuição de estigmas e colaborar para o melhor entendimento de termos que são recorrentes entre a população LGBT, esse instrumento também poderia ser preenchido pelos setores que atendem essa população, bem como pelos movimentos sociais, devido a estarem mais próximos e conhecerem suas necessidades e dificuldades. Tal possibilidade está prevista na própria ficha, que lista como unidade notificadora: unidade de assistência social, estabelecimento de ensino, Conselho Tutelar, unidade de saúde indígena, Centro Especializado de Atendimento à Mulher e outros; mas isso ainda é pouco divulgado e/ou acordado com as instituições. Nesse sentido, a ampliação do preenchimento desse instrumento por outras instituições poderia contribuir para redução da subnotificação e, consequentemente, dar maior visibilidade à violência vivenciada, em particular, pela população LGBT.

Ressalta-se a necessidade de pesquisas com enfoque na população LGBT, incluindo queer, intersexo, assexual entre outros, que ainda são escassas, principalmente com dados epidemiológicos, de forma a contribuir para subsidiar as políticas públicas de saúde direcionadas a essa população³⁰.

Considerações finais

O presente estudo buscou analisar a notificação de violência interpessoal e autoprovoçada, em particular, na população LGBT. A notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde realizada à autoridade sanitária do território por profissionais de saúde, para fins de adoção das medidas de intervenção pertinentes. Do ponto de vista da vigilância, a notificação é a disparadora imediata da informação para a área Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do município, para digitação, consolidação e análise dos dados. O objetivo é conhecer a sua

magnitude, tendo em vista o planejamento e as providências para enfrentamento da situação de violência. Pela perspectiva da assistência, deflagra a inserção na rede de atenção e de proteção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos.

Nesse contexto, é fundamental o trabalho em equipe multiprofissional para acompanhamento adequado dos casos. A notificação pode ser realizada não só pelos profissionais de saúde, mas também por outros profissionais, inseridos em outras políticas, como assistência social, educação, Centros de Referência de Direitos Humanos, Justiça, Conselho Tutelar, Centro Especializado de Atendimento à Mulher e outros, conforme preconizado no instrutivo. É importante ressaltar que a notificação feita por esses setores, além de ampliar as informações para melhor formulação de políticas públicas, fortalece as redes de cuidado, não se restringindo apenas à área de saúde. Ademais, ratifica a importância de essa notificação ser preenchida também pelos movimentos sociais representativos da população LGBT e outros, evitando o apagamento de dados, as iniquidades e a lacuna no cuidado que são recorrentes nessa população, mas, sobretudo, fortalecendo a rede de proteção específica para esse segmento que, apesar de pequena, começa a despontar nos territórios. Faz-se

necessário, portanto, valorizar a notificação, pois é por intermédio dela que esse problema ganha visibilidade para que possa subsidiar políticas públicas, criando estratégias para promoção da cultura da paz.

Considera-se também fundamental o fortalecimento da representação dos movimentos sociais organizados da população LGBT e outros, nos Conselhos de Saúde, Comitês, Conferências e demais instâncias de participação social para ampliar acesso à saúde. O monitoramento e a avaliação da política pública que ocorrem no âmbito estadual, por meio do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População LGBT, têm que desdobrar em ações para incentivar a criação dos comitês municipais, atendendo ao que está preconizado na PNSI-LGBT.

Colaboradoras

Cordeiro GTL (0000-0002-7241-948X)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão e aprovação da versão final do manuscrito. Girianelli VR (0000-0002-8690-9893)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Schraiber LB, D'oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública*. 2006 [acesso em 2022 out 28]; 25(esp):112-120. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2006.v40nspe/112-120/pt>.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002. [acesso em 2021 nov 15]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032--relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf.
- Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007 [acesso em 2022 out 28]; 11(esp1):1269-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CcmXyS4HDfsXZSqGwzv7kVS/?format=pdf&lang=pt>.
- Jorge MHM, Cascão AM, Silva RC. Acidentes e Violências: um guia para o aprimoramento da qualidade da informação. São Paulo: Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 2003.
- Waldman EA, Jorge MHM. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Ciênc. saúde coletiva*. 1999 [acesso em 2022 out 29]; 4(1):71-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/P5NrXStVXhBjd9GR8KsGyvf/?format=pdf&lang=pt>.
- Brasil. Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/39/LGBTI/Plano%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Cidadania%20e%20Direitos%20Humanos%20LGBTI.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf.
- Wareham J. Murdered, Hanged and Lynched: 331 Trans People Killed This Year. Jersey City, United States: Forbes; 2019. [acesso em 2022 out 29]. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/jamiewareham/2019/11/18/murdered-hanged-and-lynched-331-trans-people-killed-this-year/?sh=452b99292d48>.
- Klein CH, Block KV. Estudos Secionais. In: Medronho RA, Block KV, Luiz RR, et al., organizadores. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. p. 193-219.
- Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015 [acesso em 2022 out 27]; 24(3):565-576. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zzG7bfRbP7xSmqgWX7FfGZL/abstract/?lang=pt>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*. 26 Jan 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf.

14. Oliveira JMD, Mott L, organizadores. Mortes violentas de LGBT+ no Brasil: Relatório 2021. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia; 2022. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2022/03/mortes-violentas-de-lgbt-2021-versao-final.pdf>.
15. Pinto IV, Andrade SSA, Rodrigues LL, et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2020 [acesso em 2022 out 28]; 23(supl1):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YV7VvNY5WYLwx4636Hq9Z5r/?format=pdf&lang=pt>.
16. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 7582, de 20 de maio de 2014. Define os crimes de ódio e intolerância e cria mecanismos para coibi-los, nos termos do inciso III do art. 1º e caput do art. 5º da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2014. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=616270>.
17. Supremo Tribunal Federal. Inteiro Teor do Acórdão. Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão 26 Distrito Federal. Relator: Min. Celso de Mello, 13 de junho de 2019. Brasília, DF; 2019 [acesso em 2022 out 28]. 566 p. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754019240>.
18. Brasil. Lei nº 7716 de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Diário Oficial da União. 6 Jan 1989. [acesso em 2022 out 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm.
19. Ferreira AP, Nichele CST, Jesus JG, et al. Evidências científicas sobre o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQI+: revisão do escopo. *Res., Soc. Dev.* 2022 [acesso em 2022 set 8]; 11(10):1-16. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32519>.
20. Silva Neto IF, Barbosa GS, Gregório MJL, et al. Saú-de um direito de todos? Impasses encontrados pela população LGBTQIA+ no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Res., Soc. Dev.* 2022 [acesso em 2022 out 28]; 11(9):e52711932142. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32142>.
21. Santos EL, Prigol AC, Lasmar AS, et al. Dificuldades enfrentadas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transexuais no Programa de Saúde da Família. *Res., Soc. Dev.* 2020 [acesso em 2022 set 8]; 9(9):e193997024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7024>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União. 2 Dez 2011.
23. Santos ROD, Polidoro M, Wanzinack C, et al. Caracterização das notificações de violência autoprovocada em Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) do Estado do Paraná de 2015 a 2017. *Cad. Gên. Tecnol, Curitiba.* 2022 [acesso em 2022 out 28]; 15(45):26-47. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/13624/8958>.
24. Benevides BG, Nogueira SNB, organizadoras. Dossiê: assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018. Brasília, DF: Distrito Drag, Antra, IBTE; 2019. [acesso em 2022 out 27]. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/12/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf>.
25. World Health Organization. Suicide in the world: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2019. [acesso em 2022 nov 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>.
26. Oliveira ET, Vedana KGG. Suicídio e depressão na população LGBT: postagens publicadas em blogs pessoais. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2020 [acesso em 2022 out 28]; 16(4):32-38.

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/168145>.

27. Jesus JG. Homofobia: identificar e prevenir. Rio de Janeiro, RJ: Metanoia; 2015.
28. Almeida SL. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen; 2019.
29. Superior Tribunal de Justiça. Lei Maria da Penha é aplicável à violência contra mulher trans, decide Sexta Turma. Brasília, DF: STJ; 6 abr 2022. [acesso em 2023 fev 13]. Disponível em: [-Lei-Maria-da-Penha-e-aplicavel-a-violencia-contra-mulher-trans--decide-Sexta-Turma.aspx.](https://www.stj.jus.br/sites/portaip/Paginas/Comunicacao/Noticias/05042022-</div><div data-bbox=)

30. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. Saúde debate. 2019 [acesso em 2023 fev 13]; 43(esp8):305-323. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe8/305-323/pt>.

Recebido em 16/10/2023

Aprovado em 24/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Helena Barros de Oliveira

Diversidade sexual e de gênero e estigmas sociais no SUS em relação às pessoas LGBTQIA+: observações no Rio de Janeiro

Sexual diversity and social stigmas in the SUS for the LGBTQIA+ community: observations from Rio de Janeiro

Alexandre Nascimento Santos¹, Luiz Carlos Fadel de Vaconcellos¹, Ernane Alexandre Pereira²

DOI: 10.1590/2358-28982023E19009P

RESUMO Esta pesquisa, resultado de dissertação de mestrado apresentada em 2022, buscou desvendar as representações sociais que acompanham a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queers, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outros (LGBTQIA+) no ambiente hospitalar. O objetivo geral foi compreender a relação que se estabelece no atendimento à população LGBTQIA+ no ambiente hospitalar pelos profissionais do Sistema Único de Saúde. Para alcançar o objetivo geral, foram categorizados dois objetivos específicos: analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a diversidade sexual e de gênero e identificar possíveis ações discriminatórias que geram violações de direitos de assistência à saúde da população LGBTQIA+ no ambiente hospitalar. Os procedimentos metodológicos incluíram entrevistas semiestruturadas e observação de campo em um hospital do subúrbio na cidade do Rio de Janeiro; e na análise metodológica, partiu-se da perspectiva sociointeracionista de Erving Goffman e do debate teórico-conceitual a partir do conceito de estigma do mesmo autor. Concluiu-se que a população LGBTQIA+ sofre preconceito no ambiente hospitalar devido à falta de capacitação dos profissionais da área da saúde e ao preconceito social desses mesmos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE Hospitais. Minorias sexuais e de gênero. Estigma social. Sistema Único de Saúde. Promoção da saúde.

ABSTRACT *This research, the result of a master's thesis presented in 2022, sought to unravel the social representations that accompany the population of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites, Transsexuals and Transgenders, Queers, Intersex, Asexuals and others (LGBTQIA+) in the hospital environment. The general objective was to understand the relationship that is established in the care of the LGBTQIA+ population in the hospital environment by SUS professionals. To achieve the general objective, two specific objectives were categorized: to analyze the perception of health professionals about sexual and gender diversity, and to identify possible discriminatory actions that generate violations of healthcare rights of the LGBTQIA+ population in the hospital environment. The methodological procedures included semi-structured interviews and field observation in a suburban hospital in the city of Rio de Janeiro, RJ and, in the methodological analysis, departed from the sociointeractionist perspective of Erving Goffman and the theoretical-conceptual debate based on the concept of stigma by the same author. It was concluded that the LGBTQIA+ population suffers prejudice in the hospital environment, given the lack of training of health professionals and social prejudice of those same professionals.*

KEYWORDS *Hospitals. Sexual and gender minorities. Social stigma. Unified Health System. Health promotion.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
alexandrenascy@yahoo.com

²Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SEDSODH) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O Brasil carece de uma tradição cultural de respeito e valorização aos direitos humanos, visto que ainda existem grupos populacionais submetidos ao preconceito e à exclusão social.

Os direitos fundamentais aparecem, na verdade, na forma de privilégios para alguns grupos sociais enquanto para a maioria da população, há uma outra realidade, marcada por relações sociais injustas e violentas. Existe um exercício diferenciado da cidadania, vivenciado por todos os segmentos sociais no relacionamento cotidiano com aqueles que estão imbuídos de algum tipo de autoridade, desde os porteiros nos prédios das escolas, os seguranças dos *shopping centers*, os agentes de polícia, os guardas de trânsito, os funcionários de hospitais públicos etc., inclusive o grupo de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queers, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outros (LGBTQIA+).

Ao integrar a equipe de enfermagem por mais de 30 anos, dos quais 25 foram no Sistema Único de Saúde (SUS), o pesquisador principal acumulou experiência em diversas situações, tanto no papel de profissional quanto no de usuário hospitalizado do serviço de saúde. Durante esse período, ele pôde observar e ter ciência de inúmeros episódios de violações de Direitos Humanos da população LGBTQIA+.

A equipe multidisciplinar, composta por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, nutricionistas, médicos e gestores, tem a finalidade de ofertar um ambiente acolhedor, qualificado, estando pronta à resolutividade das necessidades do usuário. No entanto, no processo em que o profissional de saúde atua diretamente com o paciente, ele exerce algum tipo de poder na relação, independentemente da forma e tipo de assistência prestados. Seja na admissão, na coleta de material para exames, na administração de medicamento, na avaliação de resultados, seja no acompanhamento do histórico da vida social dando suporte quando alguma carência é observada, entre outros, o profissional de saúde constrói

sua interpretação acerca do indivíduo paciente que ele está atendendo.

É nesse contexto que se buscam desvendar, a partir de Erving Goffman, os estigmas que são construídos para a população LGBTQIA+. Para Goffman¹⁽⁵⁾, “os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas”. Entretanto, quando um “estranho” é apresentado, os primeiros aspectos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, “a sua identidade social”¹⁽⁵⁾. As pessoas são percebidas e idealizadas (positiva ou negativamente) a partir de perspectivas normativas. Entretanto, o que é o normal? O normal depende do lugar que um indivíduo ocupa no estrato social.

Destarte, em uma sociedade como a brasileira, que é homofóbica e transfóbica², há uma identidade social da população LGBTQIA+ que torna este trabalho angustiante e desafiador. Alguns colegas profissionais de saúde constroem suas narrativas sobre esses indivíduos por meio de estigmas, com argumentos de desconhecimentos da temática, ou até mesmo deixando clara a intencionalidade da ação discriminatória, considerando que o padrão aceitável é o de heteronormatividade. Assim, um paciente é punido nas mais diversas situações que fogem à regra normativa imposta pela sociedade de forma compulsória, já que o paciente hospitalizado não tem como reagir.

O presente artigo aborda os resultados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais de saúde de um hospital público municipal situado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. Utilizando o método de entrevistas como ferramenta primária para a coleta de dados, este estudo se aprofunda nas nuances das interações entre profissionais de saúde e pacientes, especialmente enfocando a comunidade LGBTQIA+. O referencial teórico fornecido por Erving Goffman, cuja obra se destaca no campo da sociologia pelo exame detalhado das interações sociais e pela introdução do conceito de estigma^{1,3} é central para análise e interpretação dos dados coletados.

Erving Goffman, em seus estudos, explora como as identidades sociais são construídas e percebidas em contextos interacionais. De acordo com Goffman^{1,3}, o estigma é um atributo, comportamento ou reputação que pode ser usado para descreditar um indivíduo aos olhos da sociedade. No contexto das interações no sistema de saúde, esse conceito se torna crucial para entender como preconceitos e falta de qualificação dos profissionais de saúde podem afetar negativamente a qualidade do atendimento prestado à população LGBTQIA+, potencialmente perpetuando a discriminação e o estigma.

As perguntas norteadoras deste estudo indagam especificamente sobre o impacto da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais no atendimento à população LGBTQIA+ no SUS, questionando como esses fatores podem alterar a relação saúde-doença. Além disso, procura-se compreender em que medida as reações discriminatórias por parte dos profissionais do SUS podem diminuir as oportunidades para a promoção da saúde da comunidade LGBTQIA+. O método de Goffman, ao trazer o conceito de estigma para o centro da análise, oferece um arcabouço teórico valioso para interpretar as interações sociais no contexto hospitalar, permitindo uma compreensão mais profunda dos desafios enfrentados por pacientes LGBTQIA+ no sistema de saúde.

Como objetivo geral deste trabalho, definiu-se compreender a relação que se estabelece no atendimento à população LGBTQIA+ no ambiente hospitalar pelos profissionais do SUS. Para alcançar o objetivo geral, categorizaram-se dois objetivos específicos: analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a diversidade sexual e de gênero e identificar possíveis ações discriminatórias que geram violações de direitos de assistência à saúde da população LGBTQIA+ no ambiente hospitalar.

Esta pesquisa justifica-se pela capacidade de potencializar o debate em torno das questões sociais que despontam na sociedade. Há uma demanda real em relação à desigualdade

no tratamento da população LGBTQIA+⁴⁻⁹. É perceptível cotidianamente que alguns profissionais de saúde, assim como os administrativos e o pessoal de apoio que compõem a assistência no SUS, ainda acreditam que a população LGBTQIA+ é a causadora do surgimento de várias doenças, principalmente por via sexual e transtornos mentais. Essa estigmatização fere o princípio de isonomia no atendimento hospitalar e gera desconforto por parte dessa população em não recorrer ao SUS para tratamento de doenças.

Assim, princípios fundamentais do SUS são totalmente desrespeitados, em que não se tem equidade, não se tem igualdade nos atendimentos, inclusive com o usuário hospitalizado. Nesse sentido, mesmo o paciente estando inserido em ambiente hospitalar, os profissionais não estão preparados para o seu recebimento. Desde o momento em que chegam ao setor de internação até o instante em que são acomodados em suas unidades, os pacientes trans enfrentam situações de desrespeito e constrangimento. No entanto, é essa população que se mostra especialmente vulnerável às violações de direitos, que incluem negação do uso do nome social, preconceitos durante o atendimento e o tratamento – observando-se, por exemplo, uma atenção reduzida dos enfermeiros para com esses pacientes –, alocação em enfermarias baseadas no sexo biológico em vez da identidade de gênero, entre outras questões⁷.

O espaço hospitalar pode representar uma situação adversa ao usuário: medo, insegurança, dúvidas, entre outros sentimentos. A jornada do usuário ou do paciente na busca por assistência médica devido a alguma enfermidade é, por si só, marcada por desconforto físico e, muitas vezes, por enfrentamento da estigmatização associada à sua identidade social. Ao se submeterem a tratamentos ou cirurgias, os indivíduos enfrentam mudanças em suas rotinas diárias. Em meio a essas adversidades, a expectativa por um ambiente de atendimento humanizado e acolhedor frequentemente não é atendida. A falta de

empatia e de sensibilidade por parte dos profissionais envolvidos na terapia, bem como a negligência em relação às especificidades de cada paciente, especialmente aqueles pertencentes à comunidade LGBTQIA+, sublinha um desafio crítico. Tal situação aponta para uma lacuna significativa na eficácia da Educação Permanente em Saúde, evidenciando a necessidade de revisão e aprimoramento nas práticas de atendimento, para assegurar que os cuidados sejam verdadeiramente inclusivos e respeitosos das diversas identidades sociais.

Assim sendo, este artigo ambientará o trabalho de campo, discutirá os aspectos metodológicos e apresentará os dados do processo empírico e análise. Está última tem por intuito discutir as contradições na fala dos sujeitos participantes.

Material e métodos

O direcionamento metodológico aqui adotado foi o da interpretação dos discursos de natureza qualitativa sobre diversidade sexual e atenção à saúde da população LGBTQIA+, envolvendo a fala dos profissionais de saúde entrevistados que atuam no ambiente hospitalar. O método foi escolhido por se adaptar aos objetivos da pesquisa e ao arcabouço teórico conceitual baseado em Goffman^{1,3}. Como esse próprio autor propõe, os fenômenos sociais se manifestam nas relações entre indivíduos, em encontros sociais que representam, em sua essência interacional, as estruturas sociais, culturais e políticas da sociedade à qual os interlocutores pertencem. Dessa forma, a metodologia possibilita adentrar no processo analítico, ideológico e perceptivo dos componentes do discurso enunciado nas entrevistas, bem como os aspectos compreensivos e críticos sobre uma dada realidade social, aqui, o hospital^{1,3}.

Para Minayo¹⁰, a natureza do método qualitativo reside na capacidade de assimilação do significado e da intencionalidade como condição inseparável e intrínseca “aos atos,

as relações e as estruturas sociais”¹⁰⁽⁴²⁾, compreendendo tanto as relações quanto as estruturas sociais como processos dinâmicos históricos e contextuais produtores de “construções humanas significativas”¹⁰⁽⁴²⁾, superando aspectos puramente positivistas, sem prescindir-los, na busca de associar o rigor científico com os complexos achados na realidade do campo subjetivo e objetivo. Valores, crenças, representações, contexto sócio-histórico precisam ser incorporados às análises qualitativas, sem perder de vista a complexa compreensão sociológica de que o pesquisador é da mesma natureza do seu objeto. Minayo¹⁰ também chama atenção para outro aspecto inerente à pesquisa social, esteja ela ou não no campo da saúde: o fato de que ela é intrinsecamente e extrinsecamente ideológica. Desde a escolha do objeto até os resultados e as análises, as questões de subjetividades permeiam toda a construção de um estudo, baseadas em interesses e visões de mundo historicamente construídas.

Para moderar a ‘contaminação’ dessas subjetividades na compreensão crítica da realidade e para evitar vieses nas inferências dos resultados, a autora coloca a objetivação como condição imprescindível para uma boa análise qualitativa, utilizando, para isso, referencial teórico e metodológico eficaz e coerente. Segundo Minayo,

cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o munície na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo, que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos¹⁰⁽⁴²⁾.

Dentro da abordagem qualitativa como uma das diversas técnicas capazes de dar conta da compreensão crítica da realidade, encontra-se a Interpretação Crítica Sociointeracionista^{1,3}. Dessa forma, as entrevistas aqui apresentadas serão interpretadas a partir do referencial teórico posto e da experiência no ambiente hospitalar. Essa proposta visa possibilitar a

compreensão dos sentidos das falas narradas, procurando decifrar o conteúdo ideológico que sustenta os discursos.

A escolha estratégica de conduzir cinco entrevistas detalhadas com profissionais de saúde no ambiente hospitalar, no contexto do SUS, visa alcançar uma profundidade analítica que responda de maneira significativa às questões propostas pela investigação. A inserção no espaço hospitalar, um local de interações complexas e frequentemente carregadas de significados implícitos, oferece um cenário rico para examinar como se dão a comunicação e o comportamento em relação à população LGBTQIA+.

A incorporação das teorias de Erving Goffman, especificamente suas ideias sobre estigmas e a interação social, serve como um alicerce teórico para interpretar os dados coletados. Goffman^{1,3} explorou a maneira pela qual os indivíduos gerenciam suas ‘identidades sociais’ em diferentes contextos e como os estigmas podem afetar profundamente essas interações. Ao aplicar o conceito de estigma de Goffman à análise das entrevistas, o objetivo foi desvendar as camadas de significado em torno de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação aos pacientes LGBTQIA+.

Esse diálogo entre as respostas obtidas nas entrevistas e o debate teórico sobre estigmas permite identificar como o estigma é reproduzido e manifestado no ambiente hospitalar. Ao evidenciar essa interseção, procurou-se compreender não apenas os modos explícitos por meio dos quais o estigma se apresenta, mas também as sutilezas e nuances que caracterizam a interação entre profissionais de saúde e pacientes LGBTQIA+.

A análise busca, portanto, iluminar as ‘frestas’ pelas quais a reprodução do estigma na saúde se faz presente, examinando tanto as ações intencionais quanto as inconscientes. Ao fazer isso, espera-se não apenas contribuir para o debate acadêmico sobre a estigmatização e suas consequências no cuidado à saúde da população LGBTQIA+, mas também oferecer

insights práticos para promover mudanças positivas nas práticas hospitalares. Essa abordagem dual permite confrontar os preconceitos, promovendo um ambiente de cuidado mais inclusivo e respeitoso, alinhado aos princípios de equidade e justiça social no acesso à saúde. Apesar da tentativa de desempenho de um papel tolerante, muitos profissionais mostram a face de sua discriminação em pequenas frases ou palavras. Goffman³⁽²⁵⁾ afirma que

Quando um indivíduo desempenha um papel, implicitamente, solicita de seus observadores que levem a sério a impressão sustentada perante eles. Pede-lhes para acreditarem que o personagem que veem no momento possui os atributos que aparenta possuir, que o papel que representa terá as consequências implicitamente pretendidas por ele e que, de um modo geral, as coisas são o que parecem ser. Concordando com isso, há o ponto de vista popular de que o indivíduo faz sua representação e dá seu espetáculo ‘para benefício de outros’.

Ao pensar no estigma e na sua construção social, a metodologia sociointeracionista de Goffman parte das análises da vida cotidiana. O autor procura entender como o indivíduo e/ou os grupos se apresentam em situação do dia a dia. Diante da proposição de uma pesquisa empírica no espaço-tempo de dois anos e de não haver tempo disponível para fazer uma busca sistemática do dia a dia de um hospital e seu atendimento à população LGBTQIA+, e por direcionar no atendimento de ambiente hospitalar, enfocaram-se os esforços em analisar os discursos a partir do momento da entrevista. Buscou-se compreender como se expressa o entrevistado dirigindo e regulando as impressões sobre si quando as interações ocorrem. As interações aqui analisadas foram as que os entrevistados relataram nas entrevistas, como exemplos de como lidam com um atendimento de um usuário/paciente LGBTQIA+. A interação social para Goffman é uma forma de coconstrução de significados, assim, buscou-se entender, por meio das

entrevistas, os significados construídos entre o profissional de saúde (heterossexual) – o normal – e o usuário/paciente LGBTQIA+ – o estigmatizado.

Goffman parte do princípio de que um indivíduo desempenha um papel ao discursar e que esse papel é para benefício do espectador – nesse caso, o entrevistador³. Nesse papel social, há o ator social sincero e o cínico. O sincero é aquele compenetrado inteiramente em sua exposição discursiva, está convencido de que a impressão de realidade que encena é a verdadeira realidade. Já o ator social cínico é aquele que não está compenetrado em sua própria narrativa, ele não crê na sua própria atuação, há um descompromisso. Buscou-se identificar nas entrevistas os atores sinceros e os cínicos, pois, para Goffman, os conceitos de ator sincero e ator cínico são utilizados como operadores analíticos para entender as estratégias de comunicação e as representações de papéis sociais.

A metodologia de Goffman pode ser aplicada no estudo de caso aqui exposto, pois todos os atores sociais envolvidos – os entrevistados – atuam no mesmo hospital. Assim, configurou-se o hospital como o cenário de atuação desses profissionais de saúde, buscando perceber de que modo os indivíduos são influenciados em suas ações pelas representações que assumem nas falas. Acredita-se, como o autor, que o comportamento humano possui significados diferentes em contextos diferentes e que é possível relacioná-los a um contexto social mais amplo³.

Na abordagem direta da pesquisa, é importante esclarecer como foram realizadas as abordagens. Para participação no estudo, foi utilizado como critério principal de seleção dos participantes ser indivíduo maior de 18 anos, atuar no ambiente hospitalar e aceitar participar da pesquisa. Foi realizada uma sondagem inicial de modo a identificar os possíveis participantes. O pesquisador já atuava em ambiente hospitalar e, dessa forma, já possuía relacionamento com possíveis participantes da pesquisa.

Iniciou-se o processo identificando potenciais participantes por meio de conversas informais nos corredores do hospital, explorando o interesse de indivíduos em contribuir para uma pesquisa enfocada em aprimorar a qualidade do atendimento à população LGBTQIA+. Após essa sondagem inicial e a seleção dos participantes, iniciaram-se as abordagens formais para a pesquisa. Esta consistiu em identificação do pesquisador, modo como conseguiu o contato da pessoa contatada (no caso de indicação de terceiros), explicação sobre a pesquisa e convite para ceder uma entrevista sobre a vivência/experiência no tema tratado.

Tomou-se o cuidado de salientar que a entrevista teria o objetivo de obter informações gerais sobre o tema, que se manteria o anonimato, que o contatado teria total autonomia para participar ou não da pesquisa e, caso viesse a aceitar, ela seria realizada em data e local mais convenientes ao participante.

Também foram entregues aos participantes os contatos telefônico e de *e-mail* do pesquisador caso surgissem dúvidas sobre a pesquisa ou houvesse necessidade de remarcar ou cancelar a entrevista. Todas as informações necessárias estão presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) entregue antes da realização da entrevista. Salienta-se que as identidades dos participantes foram preservadas.

Na condução da pesquisa, foi essencial avaliar os riscos e os benefícios envolvidos, especialmente por se tratar de um estudo que inclui entrevistas. Um dos riscos identificados é o potencial desconforto que alguns participantes poderiam sentir ao responder a certas perguntas. Para mitigar esses riscos e garantir a confidencialidade e a privacidade das informações coletadas, assegurou-se que as perguntas formuladas não exigissem a identificação dos participantes. Além disso, destacam-se os benefícios significativos que a pesquisa pode trazer tanto para os participantes quanto para a sociedade. Espera-se que o estudo contribua para uma discussão enriquecedora sobre as experiências de usuários/pacientes

LGBTQIA+ no acesso aos serviços hospitalares e de saúde, além de promover uma melhor preparação dos profissionais de saúde para atender adequadamente a essa população.

No que tange às entrevistas e à coleta de dados, fundamentou-se em Triviños¹¹ e Manzini¹². Toda pesquisa que envolve entrevistas depara-se com questões metodológicas sobre como fazê-las. Nesse sentido, alguns autores, acerca da entrevista semiestruturada, pontuam a formulação de perguntas que seriam básicas para o tema a ser investigado^{11,12}. Além disso, é importante para esses autores definir o que é uma entrevista semiestruturada. Triviños¹¹ e Manzini¹³ vêm buscando definir e caracterizar o que vem a ser uma entrevista semiestruturada. Para Triviños¹¹⁽¹⁴⁶⁻¹⁵²⁾,

[...] a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. [...] A entrevista semiestruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.

Para Manzini¹³⁽¹⁵⁴⁾,

[...] a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não

estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Os dois autores se referem à necessidade de perguntas básicas e principais para atingir o objetivo da pesquisa que está sendo realizada. Manzini¹² salienta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos. O roteiro serviria, então, além de coletar as informações básicas, como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante. Na apresentação dos resultados, ficarão explícitas as perguntas realizadas aos participantes da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz (Parecer nº 5.579.831) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS-Rio (Parecer nº 5.640.125).

Resultados e discussão

Minayo¹⁰ considera que a linguagem não traz a experiência pura, pois vem organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação em um movimento em que o narrado e o vivido por si estão entranhados na e pela cultura, precedendo à narrativa e ao narrador. Assim sendo, o exercício de compreensão e interpretação dos relatos nos contextos em que se apresentam requer ética e clareza do pesquisador ao contextualizar os fatos. Os dados serão apresentados de modo a ficarem claras para o leitor as informações. Para apresentar os sujeitos participantes da pesquisa, considera-se o *quadro 1*.

Quadro 1. Perfil dos entrevistados

	Função Cargo	Tempo de Trabalho	Tempo de Formação	Religião
Pessoa 1	Técnica de Enfermagem	21	30	Não tem
Pessoa 2	Enfermeira	21	32	Católica
Pessoa 3	Técnica de Enfermagem	7	17	Católica
Pessoa 4	Auxiliar de Enfermagem	35	aprox. 40	Católica
Pessoa 5	Enfermeira	36	Não Respondeu	Católica

Fonte: elaboração própria, 2022.

No *quadro 1*, é possível considerar que os entrevistados que se dispuseram a participar desta pesquisa são, em sua totalidade, pessoas do sexo feminino, majoritariamente, com mais de 20 anos de atuação. Das cinco entrevistadas, quatro professam o cristianismo católico como sua religião. Das cinco participantes, apenas uma não respondeu seu tempo de formação, mas pelo tempo de trabalho, deduz-se que a

maioria possui mais de 30 anos de formação na área de atuação.

Referente às questões sobre a importância da função dos participantes no atendimento hospitalar, e, se eles acreditam estar realizando um bom trabalho (e o porquê), configurou-se o *quadro 2* para contribuir para o processo de interpretação.

Quadro 2. Papel da função e atuação profissional

Participante	Qual é a importância da sua função no atendimento hospitalar	Você acredita estar fazendo um bom trabalho? Por quê?
Pessoa 1	A minha atribuição é 'cuidar' da assistência, não só física, como psicológica também, atendendo a necessidade do usuário.	Sim, sempre acreditei. Porque é o que eu gosto de fazer, é a profissão que eu escolhi e aqui eu atuo como técnica de enfermagem, mas também sou uma enfermeira formada.
Pessoa 2	É a liderança da equipe e planejamento da assistência do paciente, provisão de material pra algum plantão, assistência direta ao paciente, o cliente, dependendo o usuário do SUS, que tem várias nomenclaturas.	Eu acho que poderia ser melhor até por conta, como eu vou dizer, do sistema que a prefeitura impõe a gente. O governo de modo geral, o SUS, tem falta de material, material de péssima qualidade, às vezes pouco profissional pra demanda de trabalho do grupo e a solicitação da clientela que é muita e a gente não tem como retribuir, às vezes, a essa demanda. Isso me deixa frustrada, deixa a gente muito frustrada às vezes.
Pessoa 3	Bem, a função maior na enfermagem é o 'cuidado'. A gente tem essa função, e assim, eu acho que todo profissional deveria ter. Da enfermagem, a gente tem isso em mente, o 'cuidado', a atenção com o paciente. O nosso principal objetivo, na nossa profissão, é o 'cuidar' mesmo é o 'cuidar' de uma forma geral.	Sim, acredito que sim. Porque o paciente pra mim, eu vejo ele como um todo, eu tenho empatia por ele. Eu me imagino como se eu estivesse na posição dele. Então, eu tento fazer a melhor forma possível, sendo atenciosa, observando os sinais, ouvindo ele. Eu acho que uma das coisas mais importantes que a gente precisa é ouvir o paciente. E fazer tudo o que a gente faz com amor pra cuidar do outro. Pra cuidar do ser humano, a gente tem que ter amor no que a gente faz. Eu não vou dizer nem amor ao ser humano, mas se você tem amor ao que você faz, você cuida e cuida bem.

Quadro 2. Papel da função e atuação profissional

Participante	Qual é a importância da sua função no atendimento hospitalar	Você acredita estar fazendo um bom trabalho? Por quê?
Pessoa 4	A minha função é de 'cuidar' do doente, da melhor forma. Salvar vidas, se estiver em risco.	Acredito que sim. Estou ajudando alguém e sendo ajudada também, exercendo minha humanidade ao me colocar no lugar dos outros muitas vezes. Isso é muito importante. Agir assim implica em considerar que amanhã pode ser você naquela situação, ou um parente seu, ou um amigo. É essencial trabalhar com essa perspectiva
Pessoa 5	É 'cuidar' dos pacientes com dignidade, da melhor forma possível, enfim.	Sim. Porque a finalidade da minha profissão é fazer um bom trabalho, com qualidade, assistência, com qualidade, no modo geral. Reinquirição do pesquisador: Mas você acredita estar fazendo um bom trabalho? Resposta: Sempre fiz, vou continuar fazendo até o final, se Deus quiser

Fonte: elaboração própria, 2022.

Todas as participantes, exceto a pessoa 2, independentemente da sua função, usaram o termo 'cuidar' ao responder sobre a importância da sua função no ambiente hospitalar. Isso demonstra que as profissionais de saúde estão cientes da sua importância no contexto médico, das suas atribuições no ambiente hospitalar. Quando questionado se acreditam estar fazendo um bom trabalho, todas afirmaram que sim. Apenas a pessoa 2 ressaltou as frustrações do ambiente de trabalho:

[...] o SUS, tem falta de material, material de péssima qualidade, às vezes pouco profissional pra demanda de trabalho do grupo e a solicitação da clientela que é muita e a gente não tem como

retribuir, às vezes, a essa demanda. Isso me deixa frustrada, deixa a gente muito frustrada às vezes.

Parece que essa pessoa, como afirma Goffman, é uma atriz sincera. Ela não naturalizou os problemas nem romantizou sua atuação no ambiente hospitalar. Ela salientou que as questões referentes ao ambiente de trabalho a impedem de fazer um trabalho melhor.

No que tange à questão do excepcional, do diverso, questionaram-se as cinco participantes se, na experiência delas, existem grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê? No quadro 3, estão listadas suas respostas.

Quadro 3. A primeira impressão

Participantes	Na sua experiência, existem grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê?
Pessoa 1	Infelizmente sim, a gente sabe que isso existe. É o quê que acontece, né, a gente ainda tá, em relação a muitas, mitos, crença e até respeito ao próximo, a gente e às vezes quer selecionar a assistência. Uns exemplos que eu tenho, é que a gente tem que ter o cliente como um todo, a gente não pode ver religião, raça ou que ele fez ou deixou de fazer. A nossa função aqui é dar assistência. Mas a gente sabe que se vier aqui, aos nossos cuidados um paciente que matou ou estuprou alguma criança ou alguma coisa, o atendimento não vai ser o mesmo como de uma pessoa qualquer, né?! No momento só essas.

Quadro 3. A primeira impressão

Participantes	Na sua experiência, existem grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê?
Pessoa 2	Eu acho que tem por conta da própria dificuldade de chegar aqui no hospital, pela demora do atendimento do SUS, digamos assim. Pelo sistema de regulação, eu acho que prejudica muito o tratamento do cliente, que demora pra chegar no ponto final que é o atendimento hospitalar. Foi essa pergunta? Eu acho que sim, foi mais ou menos isso? Acho as pessoas mais pobres, com pouco 'conhecimento'. Digamos assim, tem mais dificuldade de chegar até por conta do esclarecimento de algumas situações, o médico fala, não entende, a gente fala não entende.
Pessoa 3	Sim, acredito que sim. Pela falta... o principal problema da realidade da nossa vida, dentro da instituição de saúde, de uma forma geral, é a 'falta de conhecimento'. Muitas das vezes é a falta de conhecimento mesmo, a reciclagem, o conhecimento, da evolução. A gente está evoluindo, as pessoas hoje em dia têm formas de pensar, formas de agir. E assim, a falta de conhecimento faz, às vezes, a gente errar, pecar em alguns procedimentos, em alguns comportamentos. E as vezes não é nem bom para os pacientes. Para determinados pacientes afeta a parte psicológica, ainda mais se ele estiver debilitado, dependendo da gente, às vezes atrapalha até na evolução, na melhora da parte da saúde mesmo desse paciente.
Pessoa 4	Tem, porque tem muita gente racista ainda. Tem muita gente que olha pra você, e acha que você é cozinheira, é a faxineira, não te trata como ser humano, desfaz sim, são poucos, mas tem.
Pessoa 5	Sim, todos os dias a gente vê esse tipo de situação. É principalmente as pessoas a nível ambulatorial que a gente vê a dificuldade assistencial, a dificuldade de alcançar um tratamento adequado, digno infelizmente a gente vê acabando vários serviços que são extremamente essenciais para os pacientes, enfim, isso é diário.

Fonte: elaboração própria, 2022.

Referente aos grupos populacionais que possam sofrer alguma dificuldade no ambiente hospitalar, as participantes afirmaram que há. Entretanto, o grupo em si, lembrado, foram os mais pobres e negros. Os preconceitos de classe e de raça foram os lembrados, isso demonstra que o recorte de classe e raça está

mais presente no cotidiano desses sujeitos, fazendo com que elas se identifiquem mais com a sua realidade cotidiana.

Contudo, ao direcionar a sua atenção à população LGBTQIA+, as respostas mudaram, como pode-se observar no *quadro 4*.

Quadro 4. Identificação da população LGBTQIA+ e preparo do profissional de saúde

Participantes	Suas atividades de trabalho incluem atendimento a pacientes da população LGBTQIA+? Como você identificou que tal paciente pertence a essa população?	Como você se sentiu atendendo a esse ou esses pacientes? (questionar se esse profissional estava preparado, se foi um atendimento 'fácil' ou 'difícil')
Pessoa 1	<p>A gente, 'aqui nessa unidade, a gente dá assistência para esse tipo de população e a gente tem unidade aqui de doença infectocontagiosa, né, que é a DIP e é comum a gente ter esse tipo de pessoas, né?' Essa população aqui, né! O índice é muito grande, o grupo de gays, né! E o que acontece? O atendimento, eu, eu como profissional atendo ele como outra pessoa qualquer, entendeu?! Respeitando e cuidando.</p> <p>Reinquirição. Mas como você identifica que essa pessoa faça parte dessa população? R: 'Hoje é muito fácil identificar esse tipo de pessoas', porque hoje, 'com o liberalismo né?!' e com o respeito que a gente tem que ter a eles, ele já vem com o 'nome fantasia', eles já se identificam, e aí no falar, no andar, você começa observar algo diferente, a gente né, dá pra perceber bem, 'quando eles não falam, visivelmente dá pra perceber que tem algo diferente'.</p>	<p>Ainda tem muito tabu em relação a isso, né? 'É uma coisa nova', eles cada vez mais se impondo, tendo um lugar na sociedade, e o que acontece? Eu vou contar minha experiência recente, eu estava numa clínica cirúrgica e dos pacientes, um dos clientes, tava numa enfermaria feminina, e um dos clientes, quando eu fui ver, fui dar assistência, percebi que tinha algo diferente, 'porque assim, nunca vão ser 100% uma mulher', sempre vai ter alguma coisa, alguma característica do sexo deles de nascença, entendeu?! E o que acontece, eu fui dar um bom dia, fui falar com essa pessoa, essa pessoa me respondeu, e ali pela voz, eu vi também que não era, né?! E mesmo assim, ele estava com o nome social e nesta unidade, 'ele estava numa enfermaria feminina porque é direito, é lei'. Mas tratei normalmente, como outro cliente qualquer. De imediato, por mais que você não queira discriminar ou tratar como um todo, mas tem uma certa diferença. 'Você percebe que o teu olhar para aquela pessoa é diferente', não o cuidado, o cuidado vai ser o mesmo, se você tiver que dar assistência você vai dar, mas tem uma diferença. Eu não tô sabendo me expressar aqui, mas você vê que tem algo diferente. 'O quê que aquela pessoa tá fazendo ali numa enfermaria feminina, já que a genitália dessa pessoa, desse paciente que eu tô me referindo era masculina'. Porque eu preparei esse paciente para o centro cirúrgico, então eu acabei vendo, um rosto feminino, com órgão masculino, com a fala tentando ser feminina, mas tem algo masculino. E assim, o impacto, você olha assim, é um impacto muito grande.</p> <p>Reinquirição: Mediante tudo isso, você se sentiu preparada para aquele atendimento? R: Não, você se acostuma com o atendimento. Eu preciso dar o atendimento e eu vou atender aquela pessoa que está ali, mas assim, a gente não tá preparada para atender esse tipo de pessoas.</p>
Pessoa 2	<p>Atende, a gente atende. Até porque o serviço e público, a gente observa às vezes. Porque no setor em que eu trabalho atualmente a clientela é feminina, a gente percebe pela postura da pessoa, a roupa que usa, às vezes a gente percebe que é diferente da maioria, é isso.</p>	<p>Foi um atendimento, na sua opinião, fácil ou difícil? R: Se tornou fácil, porque a gente com a nossa experiência, a gente vê o paciente como um todo, mas no primeiro momento, difícil.</p> <p>Não. Difícil não foi. Eu trato normal, dá aquela distância que a gente sempre dá do profissional paciente, tratando com respeito, porque cada paciente tem uma, como eu posso dizer, está me fugindo o termo, uma especificidade. Não, uma característica diferente, digamos assim. E a gente vai tentando chegar próximo ao paciente de acordo com a característica de cada um, né?! Uma dificuldade de modo geral não, até por conta dos anos de experiência que eu tenho, já me facilita essa aproximação com o cliente.</p>
Pessoa 3	<p>Sim, já atendemos sim. E a gente identifica muitas das vezes pelo nome social e dependendo da situação do paciente, se ele tiver um tempo com você, se ele se sentir à vontade com você, as vezes ele passa pra gente a sua situação, a vida dele. A gente atende sim, já atendi vários pacientes.</p>	<p>Então muitas das vezes eu me peguei, assim, sem saber como me comportar, como, por incrível que pareça a gente está lidando o tempo inteiro com pessoas, com as doenças, com as molestas, mas a gente acaba, 'o preconceito é uma coisa que (às vezes) está dentro da gente, e mesmo que você não queira passar, você acaba tratando ou não sabendo a forma certa de lidar por falta de conhecimento', esclarecimento mesmo, entendeu?</p> <p>Reinquirição: P: Não se sentiu preparada, não foi fácil? R: Não, não. Não me senti preparada, eu acho que a questão do preconceito, mesmo a gente que é profissional de saúde, que lida com várias pessoas, vários comportamentos, a gente não está preparado. Eu não me senti preparada no atendimento em alguns casos que chegaram até mim, não.</p>
Pessoa 4	<p>Alguns nomes nunca ouvir falar não, eu já cuidei de pessoas na DIP, a gente cuida das pessoas, cuida do ser humano, não importa o que seja. Você tem que tratar bem as pessoas e com carinho, porque muitas vezes as pessoas têm problemas e não é nem aquilo e imaginam muitas coisas.</p>	<p>Normal, porque é um ser humano, você tem que tratar eles normais. 'Não ter escrúpulos nenhum, como eu não tenho'.</p> <p>Foi fácil, porque as pessoas, como eu já falei, você tem que cuidar da pessoa pensando no amanhã: se fosse uma pessoa da sua família, se fosse um amigo ia tratar mal? Não. Por que então vai tratar a outra pessoa mal? Eu penso assim.</p>

Quadro 4. Identificação da população LGBTQIA+ e preparo do profissional de saúde

Participantes	Suas atividades de trabalho incluem atendimento a pacientes da população LGBTQIA+? Como você identificou que tal paciente pertence a essa população?	Como você se sentiu atendendo a esse ou esses pacientes? (questionar se esse profissional estava preparado, se foi um atendimento 'fácil' ou 'difícil')
Pessoa 5	É, em especial trabalhando com os pacientes na DIP, sem nenhum problema, sempre tive um bom relacionamento e a identificação sempre com muito respeito e nunca tive nenhum problema. Normalmente, 98% deles falam pra gente, se estiver num setor específico, eles falam sempre.	Normal, tentando ouvir sempre as questões sociais, quando eles têm, quando eles se sentem livres pra falar... ouvir e tratar da melhor forma possível, conversando, apoiando, aconselhando, enfim. Eu me identifiquei muito, achei muito legal. Profissionalmente, dá pra atuar diretamente, e até no fator psicológico a gente tem grande influência, quando se adequa a esse tipo de paciente.

Fonte: elaboração própria, 2022.

De acordo com o *quadro 4*, pessoa 1, reconhecem-se nesse trecho a complexidade e as nuances dos preconceitos internalizados e dos estigmas sociais que persistem entre profissionais de saúde em relação à população LGBTQIA+ mesmo em contextos nos quais a ética profissional exige respeito e igualdade de tratamento. O uso da expressão 'nome fantasia' pela entrevistada para se referir à identidade de uma mulher trans ilustra uma falta de reconhecimento da legitimidade da identidade de gênero da paciente, refletindo uma desconexão entre as práticas esperadas de respeito e inclusão e as atitudes pessoais da enfermeira.

Além disso, a admissão da entrevistada de que o respeito à população LGBTQIA+ é visto como uma obrigação profissional, e não necessariamente como uma convicção pessoal, destaca um desafio importante na promoção da igualdade no atendimento à saúde. Isso sugere que, embora as políticas e os treinamentos possam instruir os profissionais sobre a importância do respeito por todos os pacientes, incluindo aqueles da comunidade LGBTQIA+, a mudança efetiva de atitudes pode requerer um esforço mais profundo de conscientização e de desconstrução de preconceitos.

A constatação de que o tratamento diferenciado é percebido até mesmo por aqueles que pretendem não discriminar indica que o preconceito não é apenas explícito, mas também opera de maneira sutil nas interações cotidianas. Esse reconhecimento involuntário de um

'olhar diferente' para pacientes LGBTQIA+ revela como o estigma e a discriminação estão arraigados e como podem influenciar negativamente a experiência de cuidado de saúde para esses indivíduos.

Essa conclusão, portanto, aponta para a necessidade de um trabalho contínuo de educação e sensibilização no setor de saúde, visando não apenas à adesão formal às políticas de não discriminação, mas também a uma transformação mais profunda nas atitudes pessoais dos profissionais de saúde. Isso envolve o desenvolvimento de uma compreensão mais profunda e empática das realidades vividas pela população LGBTQIA+, superando estereótipos e preconceitos para promover um ambiente de cuidado verdadeiramente inclusivo e respeitoso.

A pessoa 2 apresentou um grau de compreensão referente aos estigmas; ainda carrega a ideia do 'apresenta algo diferente', mas, em sua sinceridade ou 'cinismo' (característica do cínico), ela se posiciona de modo mais imparcial acerca do atendimento direcionado à população LGBTQIA+. Já a pessoa 3 afirma que identifica a população LGBTQIA+ pelo nome social, e, se houver interação no ambiente hospitalar, alguns acabam por compartilhar suas experiências de vida. No âmbito da preparação para o atendimento dessa população, a pessoa 3 não se sentiu preparada, assumindo que parte dessa situação se dá ao preconceito enraizado. No entanto, mesmo que isso não mude a qualidade do trabalho, muda a forma

de tratamento com o paciente, podendo gerar desconforto nos sujeitos que pertencem à população LGBTQIA+.

A pessoa 4, quando entendeu de quais pessoas se tratava a sigla LGBTQIA+, logo as associou ao ambiente do setor de Doenças Infetoparasitárias (DIP) nos hospitais. Nesse sentido, mesmo conscientes de que essa população é mais vulnerável a doenças infectocontagiosas por diferentes motivos, em 35 anos de experiência, apenas encontrar pessoas LGBTQIA+ nesse ambiente específico valida o trabalho discutido por Guimarães⁴ ao afirmar que a comunidade LGBTQIA+ não consegue acessar o SUS pelo estigma que sofre em todos os níveis hierárquicos da estrutura da saúde pública.

A existência de uma legislação que represente essa população é apenas simbólica quando não há sua efetiva aplicação. A presença de um sistema regulatório e fiscalizador é fundamental para assegurar os direitos da comunidade LGBTQIA+. Outra questão levantada (ou não) pela pessoa 4 é a percepção de que a falta de escrúpulos facilita o atendimento às pessoas da comunidade LGBTQIA+. No entanto, não fica claro se essa pessoa compreende o verdadeiro significado da palavra, que nesse contexto seria ‘cuidadoso’. Ou seja, precisa ser uma pessoa não cuidadosa para atuar na área de saúde? Ou apenas para tratar pessoas LGBTQIA+?

A pessoa 5, em sua fala, traz a experiência com a população LGBTQIA+ no ambiente da DIP também. Nesse sentido, pode-se afirmar que há um direcionamento nas falas que faz esse ambiente da esfera de saúde ser mais acessado por essa população. Todavia, no que se refere ao atendimento direto com esse público usuário/cliente, a profissional traz isso para a sua vida como um desafio positivo.

De modo geral, nenhuma das profissionais participantes estava/está preparada para o atendimento à população LGBTQIA+; mesmo as que afirmam estar, compararam-nos a ‘coisas’ que precisam ser ‘resolvidas’. Não se discute o tratamento humanizado em nenhuma das falas, o que demonstra que

o atendimento hospitalar não é capacitado para atender pessoas LGBTQIA+. Caso elas precisem, poderão sofrer preconceitos associados aos estigmas impostos socialmente e à discriminação pessoal de cada profissional de saúde, que ou trata com cuidado, ou trata sem escrúpulos.

Considerações finais

Buscou-se aqui dimensionar a intensidade do estigma, do preconceito e da discriminação à população LGBTQIA+. Foi-se a campo para compreender as percepções dos profissionais de saúde que atuam no ambiente hospitalar e como esses interagem com os pacientes pertencente a essa população.

Sob a visão de Goffman^{1,3}, pode-se afirmar que a marca atribuída ao sujeito estigmatizado coloca quem o estigmatiza sempre na posição de superioridade e normalidade, a partir de diversos marcadores sociais preconcebidos e normativos impostos socialmente, resultando em uma ‘identidade social deteriorada’ do sujeito estigmatizado. Dos tipos de estigma, todos

carregam o mesmo traço sociológico, o indivíduo estigmatizado encontra-se inabilitado para plena aceitação social, cujo foco da relação com outro recai justamente no atributo ‘depreciativo’ e na impossibilidade de enxergar demais características da sua personalidade¹⁴⁽³³⁾.

Buscou-se amparar a discussão a partir de temas, apresentando os resultados em tabelas, traçando a discussão a partir das contradições na fala dos sujeitos participantes. Compreende-se que o papel fundamental do estigma, enquanto determinante da desigualdade social, constitui-se como elemento de poder e dominação, em que, de forma essencialmente discriminatória, determinados grupos são excluídos ou valorizados, envolvendo o processo de rotulagem e estereotipagem desencadeado por diversos mecanismos, inclusive no ambiente hospitalar.

No que tange às perguntas norteadoras desta pesquisa – de que forma a falta de qualificação e preconceito dos profissionais no atendimento à população LGBTQIA+ no SUS altera a relação saúde doença?; e reações discriminatórias por parte dos profissionais do SUS podem diminuir as oportunidades para a promoção da saúde de LGBTQIA+? –, podemos afirmar que foi explicitada a falta de qualificação e preconceito por parte dessas profissionais no atendimento à população LGBTQIA+. Essas reações impedem, conforme já sinalizado em 2018, em trabalho publicado por Guimarães, a inserção dessa população no SUS em busca de atendimento à saúde na atenção básica.

Referente ao primeiro objetivo específico – analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a diversidade sexual e de gênero –, observou-se que a percepção dos profissionais de saúde sobre diversidade sexual ainda é, de modo geral, conduzida pelo modelo biomédico persistente baseado na binaridade dos sujeitos e nas limitações do corpo biológico. As subjetividades dos profissionais acerca de sua visão sobre a saúde da população LGBTQIA+ ficou explícita para que se pudesse interpretar. A dificuldade dos profissionais em abordar a orientação sexual e a identidade de gênero dos usuários demonstrou que o tabu de falar de sexualidade ainda nestes tempos e de outras formações subjetivas que abrangem preconceito

e religiosidade obstaculiza o entendimento do profissional quanto à orientação sexual e à identidade de gênero como conceitos incorporados na análise da determinação social da saúde.

No que se refere ao segundo objetivo específico – identificar possíveis ações discriminatórias que geram violações de direitos de assistência à saúde da população LGBTQIA+ no ambiente hospitalar –, de modo mais específico, isso não ficou evidente. Não de forma física, mas a violência simbólica ficou evidente em algumas das falas analisadas.

O presente estudo apresenta alguns limites, todavia, acredita-se que os resultados aqui obtidos demonstram o quanto o estigma persiste e opera ‘encarnado’ nas subjetividades dos indivíduos conforme contextos e vivências sócio-históricas distintas. Além de responderem aos objetivos, poderão contribuir para o planejamento de estratégias de formação profissional.

Colaboradores

Santo AN (0000-0001-9937-4034)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do artigo. Vasconcellos LCF (0000-0002-7679-9870)* e Pereira EA (0000-0001-6681-5016)* contribuíram para as atividades de revisão crítica. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução: Mathias Lambert. Rio de Janeiro: Zahar Editora; 2004.
2. Venturi Júnior G. Intolerância à diversidade sexual. *Teoria e Debate*. 2008; 21(78):20-23.
3. Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. 19. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013. 273 p.
4. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2012; 32(3):552-63.
5. Moraes AC, Tagnin LH, Araújo AC, et al. Ensino em Saúde LGBT na Pandemia da Covid-19: Oportunidades e Vulnerabilidades. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2020 [acesso em 2023 abr 8]; 44(1):e0157. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/qS6zNvkGhG8BgLqgGWkg4sq/?lang=pt>.
6. Paranhos WR, Willerding IAV, Lapolli ÉM. Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200684.
7. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180279.
8. Silva ACA, Alcântara AM, Oliveira DC, et al. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020 [acesso em 2023 abr 8]; 24:e190568. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>.
9. Ravadelli N, Souza JS. Política nacional de saúde integral à população LGBT: conhecimentos de discentes da área da saúde. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. 2021; 19(3):167-75.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014. 208 p.
11. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
12. Manzini EJ. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: Marquezine MC, Almeida MA, Omote S, organizadores. *Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial*. Londrina: Eduel; 2003. p. 11-25.
13. Manzino EJ. A entrevista na pesquisa social. *Didática*. 1990/1991; 26/27:149-158.
14. Guimarães RCP. Estigma e diversidade sexual nos discursos dos (as) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2018. 148 p.

Recebido em 10/11/2023

Aprovado em 04/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Girianelli

Identidade trans e acesso à saúde na cidade de Macaé (RJ)

Trans identity and access to health in Macaé (RJ)

Victor Tavares de Souza¹, José Inácio Jardim Motta¹, Maria Helena Barros de Oliveira¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E19121P

RESUMO O Consultório LGBT na cidade de Macaé, estado do Rio de Janeiro, funciona diariamente para o cuidado em saúde de pessoas LGBTQIA+. Esse serviço integra uma rede que conta com o Hospital Universitário Pedro Ernesto e a clínica da Casa de Convivência. O atendimento tem contemplado, predominantemente, as pessoas travestis e transexuais. O objetivo do estudo foi investigar como se dá o acesso ao Consultório LGBT por pessoas transexuais e travestis no município de Macaé. Buscou-se a discussão de questões de gênero, uma vez que pessoas LGBTQIA+ têm chegado cada vez mais às clínicas de saúde com demandas específicas, o que causa a necessidade de aperfeiçoamento para atenção a esse público específico. A presente pesquisa foi realizada por meio de abordagem qualitativa. Participaram 13 usuários do Consultório LGBT que se declararam transexuais. Como resultado, foram confirmados vários casos em que as populações estudadas não encontraram a ajuda adequada em outros serviços de saúde. Além disso, o Consultório LGBT se mostrou um espaço de acolhimento e de cuidado em saúde para as pessoas transexuais e travestis da região.

PALAVRAS-CHAVE Assistência integral à saúde. Minorias sexuais e de gênero. Acolhimento. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The LGBT Clinic in Macaé (RJ) operates daily to provide health care for LGBTQIA+ people. This service is part of a network, including the Pedro Ernesto University Hospital and the Casa de Convivência clinic. The service has predominantly served transvestites and transgender people. This study aimed to investigate how trans people access the LGBT Clinic in Macaé. We sought to discuss gender issues, as LGBTQIA+ people have increasingly arrived at health clinics with specific demands, which creates the need for improvement for such a public. This qualitative research was conducted with thirteen users of the LGBT Clinic who self-declared transgender. As a result, several cases were confirmed in which the populations studied did not find adequate help in other health services. Furthermore, the LGBT Clinic was provenly a receptive healthcare space for trans and transvestite people in the region.*

KEYWORDS *Comprehensive health care. Sexual and gender minorities. User embracement. Primary Health Care.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
tavares.souza@hotmail.com



Introdução

O Brasil ocupa o primeiro lugar no *ranking* de países que mais matam pessoas travestis e transexuais no mundo. Segundo o relatório da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), o País teve 80 pessoas transexuais mortas no primeiro semestre de 2021. O documento mostra que a maioria das mortes violentas foi de mulheres trans/travestis negras¹. Em 2020, o País também estava em primeiro lugar no *ranking*, contando com 175 assassinatos². Esses dados apontam a emergência de criação de políticas públicas eficazes a esse grupo, também no âmbito da saúde. Na atualidade, a transfobia, ou seja, agressão, ofensas ou morte da pessoa trans ou travesti³, passou a ser entendida como violência, podendo ser reportada judicialmente. Corpos de pessoa Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outras (LGBTQIA+) demandam o aperfeiçoamento da prática dos profissionais de saúde, que tenham um olhar para além da cis-heteronormatividade. Refletir sobre a relação entre acesso aos dispositivos de saúde por tais corpos e os efeitos no campo da saúde das práticas transfóbicas se faz necessário.

A transfobia, ou seja, desrespeito à identidade de gênero travesti e trans, é um dos problemas mais comuns mencionados nos relatos dessas pessoas aos cuidados de saúde. Por uma concepção antiga, alguns profissionais de saúde não entendem que sexo biológico é diferente de gênero⁴, fazendo com que a escolha social do gênero não seja respeitada ou seja questionada. A transfobia institucional existe em alguns espaços e, nos serviços de saúde, impõe um comportamento que faz parte da expectativa da sociedade quanto ao desempenho de gênero.

Segundo Bento, Xavier e Sarat⁵, pessoas trans (homens ou mulheres) acabam sendo expulsos de casa, tendo que procurar nas ruas seu abrigo, pois a sociedade não aceita a transição de gênero. O curso da vida desses indivíduos é

modificado, sem que consigam dar continuidade à escolarização, sofrendo preconceito no momento da entrevista de emprego e até mesmo tendo suas vidas ceifadas. Nas ruas, esses indivíduos ficam ainda mais vulneráveis, principalmente se não há um abrigo ou alguma instituição que possa acolhê-los. Dessa forma, o Consultório LGBT de Macaé se mostra importante para o cuidado dessa população, visto que ela encontra um acolhimento que talvez não exista em outros espaços.

O Consultório na Rua surgiu em Macaé, estado do Rio de Janeiro, em 2010, por meio da luta e da organização dos profissionais da rede pública, observando o crescente número de pessoas em situação de rua na cidade que fazem parte da comunidade LGBTQIA+. Esse número pode demonstrar a necessidade de ampliar os serviços que contemplem esse público, até mesmo em outras áreas do País, de forma consolidada. O Consultório se interliga com o Hospital Universitário Pedro Ernesto, na cidade do Rio de Janeiro, prestando serviços de fonoaudiologia, terapia hormonal e cirurgias à população LGBTQIA+⁶.

Em comparação com outras cidades do Norte Fluminense, Macaé ainda enfrenta desafios significativos na prestação de serviços de saúde pública⁷. Essa disparidade está diretamente ligada à falta de investimento em políticas públicas de saúde na região. Dado que Macaé abriga uma considerável parcela da população em situação de vulnerabilidade social, marcada por desigualdades raciais e de gênero, a ausência de políticas de saúde pública afeta especialmente os mais vulneráveis, como a população em situação de rua, profissionais do sexo, mulheres cis, pretos, trans e travestis.

Apesar de ser reconhecido como um centro de exploração de petróleo, algo que teoricamente deveria impulsionar o desenvolvimento econômico local, o município ainda enfrenta alto índice de pobreza. Isso evidencia que a riqueza gerada permanece concentrada e não é distribuída de maneira equitativa entre os residentes, mesmo em meio ao crescimento econômico. Segundo Azevedo⁷, mais de 14%

da população da cidade vive abaixo da linha da pobreza, com quase 5% na linha da indigência.

O preconceito e a discriminação criam barreiras institucionais que dificultam o acesso da população à saúde, em especial, as pessoas que estão em maior vulnerabilidade e fragilidade social. O Sistema Único de Saúde (SUS) continua se mostrando importante, essencial, para garantir a saúde da população brasileira, mais ainda àqueles vulneráveis socialmente. O sistema de saúde brasileiro permite o acesso aos níveis de atenção à saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o principal ponto de acesso para a utilização dos serviços disponibilizados pelo SUS, concentrando-se, especialmente, em cuidados preventivos. De acordo com Macinko e Mendonça⁸, a importância da atenção básica se encontra, também, na promoção de saúde a partir de uma equipe multidisciplinar, em um determinado território e com sua população. Além disso, os princípios da APS são fortalecidos no SUS a partir da ideia de universalidade, coordenação, acessibilidade, entre outras, sendo definida, em 2011, como porta de entrada do SUS.

Em 2004, surgiu o Programa Brasil sem Homofobia, servindo como base para a elaboração de uma política para a população LGBTQIA+, estabelecendo diretrizes que envolvem diversos atores em diferentes setores da esfera pública⁹. A partir desse marco, várias conferências públicas foram realizadas, culminando na consolidação da Política Nacional Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em 2011. A participação ativa de membros LGBTQIA+ nos Conselhos de Saúde destacou a importância de reconhecer essas lutas¹⁰. A representatividade nos sistemas de saúde, incluindo o SUS, torna-se crucial para garantir o acolhimento efetivo daqueles que buscam atendimento.

O aumento da participação institucional de pessoas LGBTQIA+ impulsiona a formulação de políticas de acesso mais abrangentes. Questões específicas relacionadas com as travestis e trans, como cirurgias de redesignação sexual, passaram a ser consideradas devido à

participação do movimento LGBTQIA+ nas discussões sobre políticas do SUS. Além disso, as questões de saúde dessas pessoas devem ser entendidas a partir da vivência dessa população, considerando que trans e travestis estão mais expostas à violência, aos riscos do trabalho sexual e ao possível uso de substâncias psicoativas¹¹.

A pesquisa teve como objetivo investigar o acesso ao Consultório LGBT no município de Macaé, estado do Rio de Janeiro, por pessoas trans e travestis. A reflexão sobre acesso, equidade e territórios em saúde é um tema emergente na academia. A complexidade do surgimento de outros desafios à saúde representa um contratempo para um sistema encarregado de atender a todas as necessidades dos brasileiros, como é o SUS. Portanto, é crucial repensar nas políticas públicas vigentes e nos modelos de assistência à saúde, levando em consideração as necessidades e as características dos diversos grupos que ocupam os variados territórios, principalmente suas vulnerabilidades.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), número CAAE 5759922.6.0000.5240, parecer nº 5.493.864.

Material e métodos

A pesquisa foi feita no Consultório LGBT, localizado em Macaé, no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2022. A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas presenciais, aliada à técnica da bola de neve para conformação da amostra intencional, e à observação participante. Assim, torna-se possível a compreensão de vivências de determinada população e grupos sociais, suas questões culturais e de interação¹². Para melhorar a obtenção dos resultados, as entrevistas foram aliadas à observação participante. Nessa etapa, investigou-se a interação dos indivíduos e sua relação com o meio, anotando as ocorrências. A escolha dos participantes se deu de acordo

com a lista de usuários que são acompanhados no Consultório LGBT durante o período da pesquisa, no ano de 2022. A técnica 'bola de neve' foi utilizada para que mais participantes fossem convidados.

As entrevistas foram semiestruturadas, contendo 12 questões, formuladas para que contemplem o objeto e a hipótese de investigação, ou seja, como se dá o acesso à saúde no município de Macaé e como os usuários percebem esse acesso. As entrevistas semiestruturadas têm como características a elaboração de questões fundamentais a serem perguntadas, apoiadas por teorias e hipóteses relevantes¹³. Elas combinam perguntas abertas e fechadas, sendo possível ao pesquisador discutir os tópicos apresentados. Essas perguntas geram novas hipóteses a partir das respostas. De acordo com Minayo¹⁴, essa técnica é como um 'diálogo proposital', ou seja, busca focar o desenvolvimento de uma conversa, amparada pelo roteiro que contém tópicos abertos ou semiestruturados.

A escolha dos participantes se deu de acordo com o seguinte critério: serem usuários acompanhados no Consultório LGBT no referido período da pesquisa, como forma de facilitar a obtenção das narrativas. A partir da realização das entrevistas, os resultados foram analisados a partir de três categorias: i) acesso à saúde; ii) identidade; iii) homofobia/transfobia.

As perguntas foram: i) você consegue identificar quais foram as dificuldades e facilidades no acesso ao serviço de saúde?; ii) como se dá o acesso nas unidades de saúde no município de Macaé-RJ? Quais os dispositivos de saúde que você tem acessado?; iii) com que frequência tem se dado esse acesso?; iv) você já acessou o Consultório LGBT? e o Ambulatório trans? Relate sua experiência, sobre este acesso; v) gênero e sexualidade são categorias atravessadas por marcadores sociais e práticas discursivas. Como você se identifica?; vi) considerando a sua identidade de gênero, você acredita que haja necessidades específicas para o atendimento nos dispositivos de saúde?; vii) ao ser atendido em uma unidade de saúde, como

você avalia o cuidado dos profissionais para com a questão de gênero? Acredita que sua identidade de gênero teve influência nesse cuidado?; viii) como você julga que deveria ser a conduta dos profissionais de saúde no atendimento prestado às pessoas trans nas unidades de saúde?; ix) o Brasil ocupa a posição de liderança, em número de violência de diversas ordens em relação aos corpos travestis e transsexuais. Você já sofreu transfobia/homofobia?; x) e nos serviços de saúde, já sofreu algum tipo de violência?; xi) levando em consideração os diversos serviços de saúde existentes no município de Macaé, como você percebe as possibilidades de cuidar da sua saúde?; xii) gostaria de relatar sua experiência acerca dos serviços de saúde em Macaé?

Buscou-se assegurar uma relação de confiança com os participantes, de modo a acessar e compreender o mundo simbólico e subjetivo desses indivíduos. Para a transcrição do material, foi gravado áudio, previamente autorizado pelo interlocutor a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A atuação do pesquisador também pode fazer com que o interlocutor se sinta mais confortável, trazendo abertura e proximidade entre eles, favorecendo respostas mais longas às perguntas, permitindo que questões mais complexas sejam bem abordadas¹⁴.

A técnica proposta por Bardin¹⁵ tem como base as etapas de pré-análise, exploração do material e processamento e interpretação dos resultados obtidos. Desse modo, no presente estudo, foi feita a pré-análise com a sistematização de ideias, tendo como objetivo entender as ideias dos participantes; na segunda fase, explorou-se o material relacionando as ideias apresentadas ao referencial teórico; por fim, o material analisado foi descrito a partir das categorias acima relacionadas em diálogo com o conteúdo bibliográfico.

A avaliação dos dados foi conduzida empregando o referencial da metodologia de análise de conteúdo, visando extrair os possíveis significados e visões de mundo na fala dos usuários entrevistados. A condução da entrevista é importante

para a obtenção dessas narrativas, pois facilita a exploração interpretativa dos relatos, podendo, estes, serem organizados e sistematizados em temas e categorias de sentido¹⁶.

Análise e discussão dos resultados

Foram realizadas 13 entrevistas individuais com os usuários do Ambulatório LGBT. Sete dos 13 entrevistados se identificaram como mulher trans, compreendendo a faixa etária dos 18 aos 35 anos. À época da pesquisa, houve a emergência da Covid-19 no Brasil. Com isso, alguns serviços de saúde na cidade de Macaé foram extintos, e os profissionais foram realocados para outros postos.

Entre os serviços descontinuados, estava o Consultório LGBT, originalmente situado na Casa de Convivência. Com isso, ocorreram a falta de assistência e a interrupção no acompanhamento dos usuários atendidos. Em razão do trabalho de uma das autoras deste artigo no local, foi possível observar que houve intensa mobilização popular para o retorno do serviço após seis meses sem funcionamento.

A partir das entrevistas, algumas questões do universo desses indivíduos começaram a aparecer. Nesse sentido, os homens trans expressaram se sentir verdadeiramente ‘masculinos’ somente após a cirurgia de mastectomia:

[...] eu sempre tive vontade. Eu sempre me incomodei. É um alerta feminino muito grande pros homens mexerem com você. É uma coisa que os homens veem e não importa o que você tá usando, mas você tem peito, eles vão falar alguma coisa de você. (entrevistado 11).

A partir dessa fala, foi possível observar que a questão da intervenção cirúrgica ainda está profundamente ligada à autopercepção de identidade. Em relação às mudanças corporais em mulheres trans, estas também tendem a iniciar precocemente o processo de hormonização, a fim de modificar o corpo

para se sentirem mais femininas, mesmo sem acompanhamento profissional.

A amizade existente entre os usuários do serviço ajudou a condução da pesquisa, principalmente na técnica bola de neve, podendo ser recordado que um usuário afirmou que seu amigo também havia sido entrevistado e que teria gostado muito da possibilidade de falar sobre o serviço de que faz uso. Esse apoio também ficou demonstrado na divulgação da retomada do serviço ambulatorial LGBTQIA+, de modo que diversos usuários ficaram sabendo por intermédio de colegas ou parceiros que eram atendidos: *“a gente fez amizade, que ele é muito comunicativo, muito acolhedor, aí foi ele que me indicou”* (entrevistada 5). Isso é uma observação comum das relações no Consultório LGBT, sendo interessante ressaltar que a parceria entre trans e travestis no âmbito da saúde é apontada por outros estudos¹⁷.

Além disso, dois entrevistados (trans homem) reconheceram que o grupo de apoio é maior entre os trans homens do que entre as trans mulheres ou travestis. Isso reflete o que acontece no universo cis-heteronormativo, pois há também maior apoio entre grupos de homens do que entre grupos femininos, sendo estimulada a rivalidade entre mulheres, dificultando a ajuda mútua nos ambientes femininos. Essa percepção acerca do gênero, mesmo sendo em um grupo trans, é semelhante, ou seja, homens trans também se apoiam mais entre eles do que mulheres trans se apoiam entre elas:

então os homens têm essa união. O machismo é tão forte, que se você for um bom homem trans entre aspas, tiver um corpo masculino, tiver barba, eles te acolhem. (entrevistado 6).

É percebido que mulheres trans sofrem mais a violência em comparação aos homens trans:

[...] eu acho que a violência maior é contra mulher, mulher trans. Me dói muito porque é o que tô

falando, eu acho que até sendo trans, homem é mais privilegiado que mulher. Isso é descarado, tá? É muito bizarro. Achei que isso nunca fosse acontecer, mas a passabilidade do homem funciona muito melhor. (entrevistado 6).

No Brasil, travestis e transexuais enfrentam escassez de qualificação profissional e falta de oportunidades no mercado de trabalho formal, em que muitas encontram na prostituição uma fonte de renda, aumentando ainda mais o risco à violência. Segundo Benevides e Nogueira², em 2019, foram assassinadas 124 pessoas transgêneras ou travestis, sendo uma violência também racializada: a maioria, nesse grupo, era negra. Ainda, entre janeiro de 2020 e abril de 2020, o número de homicídios aumentou 40% em relação ao mesmo período de 2019.

Uma pesquisa sobre a territorialização da violência contra travestis e transgêneros comparou a relação entre ocupação, espacialidade e morte, mostrando que as principais vítimas fatais eram travestis e trans, principalmente aquelas que eram trabalhadoras do sexo¹⁸. Considerando isso, é importante que o Consultório LGBT consiga oferecer um espaço seguro de acolhimento, sendo confirmado nos relatos que o local oferece os cuidados necessários nos serviços de psicologia e psiquiatria ofertados.

Em relação aos profissionais que atuam na APS, com a pesquisa, é observado que é importante conhecer travestis e trans que vivem na região e suas vulnerabilidades individuais no curso do processo saúde-doença. É interessante que o profissional de saúde esteja preparado para entender essas questões e que o dispositivo de saúde promova um vínculo com o usuário, de modo a favorecer a continuidade do acompanhamento.

A violência contra o público trans ocorre nos mais diferentes espaços. No estudo, as ruas se apresentaram como um local de violência. No entanto, observou-se que essa violência também se dá em casa, escolas, serviços de saúde e outros. Quanto à espacialidade da violência, percebeu-se que a violência nas ruas é um fato comum no cotidiano das pessoas trans¹⁸, confirmando o resultado da pesquisa.

A violência de gênero envolve estruturas sociais, especialmente o patriarcado, o machismo e o capitalismo, controlando corpo e vida daqueles subalternizados. Com a exploração do corpo feminino cis, o patriarcado também estimula a violência contra mulheres trans e travestis, além da LGBTfobia que sofrem, pois, para além da aparência física semelhante, o espaço que as trans e travestis ocupam tendem a ser os mesmos dos femininos – por exemplo, sendo cabeleireiras, manicures, no ambiente doméstico, ocupando a função de cuidadora do lar, assim como as mulheres cis¹⁷. As experiências das trans e travestis também são atravessadas pelo preconceito de classe, já que grande parte enfrenta a pobreza. Outrossim, é comum que a ideia de travesti seja relacionada com a prostituição, uma realidade no Brasil, visto que essa população não detém grande poder econômico e que, decerto, muitas vezes, tem de recorrer a esse tipo de atividade¹⁹.

A violência nem sempre é reconhecida como objeto de intervenção nas profissões da área da saúde, sendo visualizada mais como algo apenas judicial/policial. No entanto, o setor da saúde pode desempenhar um papel de orientação e apoio às vítimas de violência, instruindo os pacientes com medidas de cuidado. Nesse sentido, as abordagens para enfrentar a violência contra trans e travestis devem ser implementadas horizontalmente na política de saúde, enfocando também as vivências das trans e travestis²⁰.

Observou-se que há despreparo e falta de sensibilidade em alguns dos serviços de saúde em Macaé, ou seja, naqueles que não são destinados especificamente para atendimento da população LGBTQIA+. A entrevistada 9, ao relatar a história de uma amiga que sofreu agressão e precisou do hospital, demonstrou essa falta de preparo:

Foi parar no hospital com traumatismo craniano, porque quebraram uma barra de ferro na cabeça dela, chegaram no hospital ninguém queria colocar a mão nela porque falaram que trans tinha HIV, que trans era doente.

Os relatos coincidiram sobre o bom tratamento nos serviços de saúde específicos à população LGBTQIA+, como o Consultório LGBT: “no ambulatório trans [...] eu fui quatro vezes ali, as quatro vezes eu fui super bem atendida” (entrevistada 7). Diversos usuários atendidos do ambulatório LGBT acessam, primeiramente, o Centro de Referência do Adolescente (CRA), local onde está disponível uma equipe de cuidado multiprofissional. Os relatos evidenciam o nome da assistente social do CRA, de modo a recordar o bom atendimento, definindo-a como ‘mãe’. A categoria de ‘pai’ é dada ao médico que atende no ambulatório LGBT, sendo definido como um ser humano observador e cuidadoso com os pacientes.

Os entrevistados mencionaram questões de âmbito psicológico, como depressão e ansiedade. Foi relatado que o serviço do Consultório LGBT, em relação à psicologia e psiquiatria, era bom. É importante que profissionais de outros serviços sejam bem treinados de modo a perceber um possível trauma ou sofrimento, demonstrado pelo paciente no atendimento, mesmo que a busca inicial não tenha sido o tratamento em saúde mental.

A avaliação do atendimento nos serviços de saúde depende de diversos fatores, como o respeito à identidade de gênero e o preparo para o atendimento. Foi mencionado que os funcionários dos serviços de saúde têm de respeitar o nome social – algo que ainda não é cumprido por todos. No entanto, avaliou-se que há falta de informação sobre questões LGBTQIA+ por diversos profissionais, fazendo com que tomem atitudes errôneas para com esses pacientes. A parte positiva foi relacionada com o respeito ao nome social, ao bom atendimento, à escuta dentro do consultório e aos serviços ofertados: “não só trans como LGBT ao todo podem fazer exames, já tem tudo aqui pronto, tem endócrino, tem tudo, aqui tá super ótimo” (entrevistada 12).

A passabilidade, ou seja, conseguir ser reconhecida socialmente no gênero ao qual a pessoa se entende pertencente, também foi um tema levantado: “quando eu era menina,

era muito mais fácil”, dito pelo entrevistado 3, que relatou também que evita “dizer que é um homem trans para não sofrer preconceito”, sendo favorecido por sua ‘passabilidade’. No Consultório LGBT de Macaé, o entrevistado 1 evidenciou que os funcionários foram cuidadosos e respeitaram sua escolha de nome, evitando chamá-lo pelo nome de batismo: “Eu acho que é um cuidado, porque se as pessoas estão de certa forma tentando entender ou melhorar, eu acho que sim é um cuidado sim”.

A decisão sobre seu próprio nome é algo pensado ao iniciar o processo de transição, sendo parte da vivência de pessoas trans e travestis. O respeito à mudança do nome, conforme foi mostrado pelo entrevistado 1, é como uma demonstração de cuidado. Ter seu nome desrespeitado, ser chamado pelo gênero incorreto, ou pelo nome ‘morto’, pode afetar psicologicamente aqueles que sofrem essa violência. Também, por isso, a retificação em cartório é considerada tão importante, já que não há mais possibilidade de que o nome ‘morto’ seja trazido à tona. No entanto, a retificação não é algo simples. Segundo a entrevistada 9:

[...] em Macaé é uma burocracia muito grande uma trans conseguir mudar o nome [...] Tenho amigas aqui que já tão mais de um ano tentando fazer a retificação. Pede documentação atualizada [...] tem muitas meninas aqui que não têm condição de pagar a tarifa do cartório, tem cartórios que não aceitam a isenção.

É importante ressaltar que o Brasil não disponibiliza esse serviço gratuitamente ainda que seja um direito social.

O tempo de espera pode ser um problema para aqueles usuários que não têm condições financeiras de pagar a cirurgia ou o tratamento hormonal pela rede privada. O entrevistado 3 relatou que há pessoas que passam por volta de sete anos na fila esperando atendimento para cirurgia. Essa busca fora da rede pública foi relatada pelo entrevistado 6, ficando evidente também a importância de serviços específicos para a população LGBTQIA+:

[...] eu não fiz nada pelo SUS [...] tentei pelo Dona Alba, na época que eu fui, não tinha médico. Hoje minha amiga até falou que tem ambulatório pras pessoas trans. Na minha época não tinha esse consultório em Macaé.

Muitos usuários buscam atendimento na cidade do Rio de Janeiro, pois entendem que a oferta ainda é baixa em Macaé. Arraial do Cabo também foi mencionada. Além disso, foi relatada a ida ao sul do Brasil, a fim de realizar a cirurgia de implantes de silicone.

A entrevistada 7 relata que, após a cirurgia de redesignação sexual, os médicos costumam pedir para que ela fique desnuda no consultório, recorrentemente sendo observada por acadêmicos de medicina, e indica que

Aquilo ali pra mim é natural, eu entrar numa sala, uma pessoa me interrogar e ter um monte de estagiários olhando pra minha cara, mas pra uma trans que está começando agora, aquilo ali é meio intimidador.

Como algo positivo em relação ao atendimento, os entrevistados destacaram a atuação dos profissionais do ambulatório e do Consultório LGBT, ou seja, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, recepcionistas, entre outros. Houve a percepção de que os funcionários do Consultório LGBT eram especialistas: “acho que eles têm até a preparação pra isso, trata a gente super bem” (entrevistado 13). Também foi destacado que o acompanhamento nos postos de saúde para hormonização faz com que uma relação positiva entre os funcionários e o paciente seja estabelecida, com trocas de experiências, conversas, proporcionando um ambiente agradável.

Ao falar sobre o processo de transição, a percepção de ter um corpo diferente daquele designado ao nascer começa desde a infância. Nas entrevistas, foi relatada a dificuldade de começar a transicionar, especialmente pelo poder de coação das instituições sociais que cerceiam essa liberdade, como família e religião.

Segundo o entrevistado 3:

Eu tomei essa decisão depois do falecimento da minha mãe, eu me conheço desde os oito anos de idade, eu já tinha uma coisa diferente, eu me achava um homem, sempre me vi como um menino, mas eu não podia por causa da minha mãe.

A sociabilidade da pessoa trans ou travesti também é modificada quando é decidido transicionar. Nesse contexto, o preconceito nos processos seletivos foi sentido pela entrevistada 12:

[...] uma coisa que dificulta muito é o emprego, muitas pessoas não querem dar emprego [...] a moça que eu fiz o curso, uma senhora perto da minha casa, fiz um curso de almoxarife, ela falou que a empresa não podia me contratar porque não aceitava minhas condições.

As ‘condições’ seriam o seu reconhecimento enquanto mulher trans, retirando seu direito de ocupar um cargo em que ela tinha a competência devida.

Considerações finais

Ainda que os resultados da pesquisa sejam limitados, visto que as entrevistas só conseguiram englobar uma parte pequena da população LGBTQIA+ da região, foi possível oferecer uma visão sobre a vivência dessa população no contexto de Macaé, Rio de Janeiro. O Consultório LGBT de Macaé se mostrou um lugar que os usuários se sentiam bem e confortáveis de serem atendidos. Houve muitos relatos positivos direcionados aos profissionais de saúde do local, também às assistentes sociais e às atendentes. Entende-se que essa experiência, então, deveria ser ampliada para todo o Brasil. Nesse sentido, há a necessidade de averiguar com mais profundidade como se dá o acesso em outras partes do território nacional, pois houve reclamações dos atendimentos fora do Consultório LGBT, como no pronto-socorro do Aeroporto.

Nos relatos dos participantes, foram confirmados vários casos em que as populações estudadas não encontraram a ajuda adequada e que procuraram outros serviços de saúde para suprir essa demanda. Os juízos de valor e juízos expressos nas ações de alguns profissionais de saúde sugerem que suas atitudes discriminatórias em relação às travestis e transexuais têm se manifestado historicamente em diversos espaços sociais. É comum a necessidade de convivência em serviços públicos de saúde destinados a atender às necessidades de saúde e produzir cuidados para as massas cisheteronormativas.

O acesso de trans e travestis à saúde, muitas vezes, acaba por expor a intolerância e a baixa compreensão dos profissionais de saúde sobre questões relacionadas com a identidade de gênero e sua singularidade, levando ao preconceito e à discriminação institucional. Considerar a saúde para essa população pode significar que os profissionais precisam se afastar de valores preconceituosos para dar lugar às visões mais amplas de diversidade sexual e de gênero. Constatou-se, também, a necessidade de verificar, por meio de mais pesquisas, como se dá o atendimento em outros dispositivos de saúde do referido município.

As falas demonstram que tais indivíduos carregam histórias de sofrimento e estigmatização em torno dessa experiência do que é ser trans ou travesti no Brasil. Portanto, é importante que mais pesquisas sejam realizadas, de modo a tornar evidente a necessidade de acolhimento a essa população, tanto pelos dispositivos de saúde, com mais Consultórios LGBT pelo Brasil, quanto pelos profissionais de saúde, tendo acesso a essas narrativas desde a sua formação em processos de capacitação, para saber lidar com as diferenças e as demandas que chegam em um consultório, um pronto-socorro ou em uma clínica.

Para travestis e transgêneros, o ato de apresentar documentos na recepção dos serviços de saúde pode ser algo ansiogênico, já que o desrespeito à identidade de gênero escolhida ainda é algo recorrente nos atendimentos que

não são específicos ao público LGBTQIA+. Esse preconceito ao uso do nome social pode desempenhar um papel decisivo na continuidade do tratamento de um indivíduo. Em todos os locais de saúde, é importante que se considerem necessidades específicas das pessoas trans ou travestis, mesmo que não seja um local específico para o atendimento da população LGBTQIA+. Como necessidades próprias dessa população, pode-se considerar: a avaliação criteriosa da indicação de exames ginecológicos em homens trans; o respeito ao nome; o cuidado ao corpo do paciente após a cirurgia.

A negação dos direitos sociais das trans e travestis passa pela lógica neoliberal, em que é necessário que algumas populações estejam colocadas à margem, como outros grupos, por exemplo, negros e pobres. No caso de Macaé, uma cidade que avança industrialmente, não se encontra o retorno financeiro voltado para a ampliação de políticas que envolvam a população LGBTQIA+ ainda que o Consultório LGBT tenha se mostrado efetivo para o cuidado dessas pessoas. Isso demonstra que, para o poder do Estado e da iniciativa privada, a população LGBTQIA+ não tem destaque em relação às suas demandas. Para a manutenção de uma sociedade capitalista, é necessário que haja aqueles que ganham e aqueles que perdem, dito isso, sobriam as trans e as travestis por não serem o padrão da classe dominante, ocupando um lugar socialmente desprezível, demonstrado pela ausência de políticas públicas, de cuidado em saúde, de acolhimento e rejeição de necessidades básicas.

Os relatos das entrevistas apontam para necessidade de ampliação de dispositivos de saúde que acolham a população LGBTQIA+, pois foi evidenciado que os usuários se sentiam mais acolhidos no Consultório LGBT do que em outros dispositivos de saúde, como o pronto-socorro do Aeroporto. Portanto, problematizar as narrativas dominantes, centradas na cis-heteronormatividade, é fundamental para garantia e efetivação de direitos da população LGBTQIA+. Isso pode ser modificado com políticas públicas de inclusão, como o atendimento de assistentes sociais para auxiliar na

busca da cidadania dessas pessoas por meio de obtenção de documentos e auxílios financeiros. Além disso, abrigos como a Casa Florescer e locais de consulta como o Consultório LGBT em Macaé são outros exemplos de maneiras que pessoas trans e travestis podem conseguir acolhimento e exercer sua cidadania.

Colaboradores

Souza VT (0000-0002-2121-4548)*, Motta JIJ (0000-0001-6435-1350)* e Oliveira MHB (0000-0002-1078-4502)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Benevides BG. Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília, DF: Distrito Drag, Antra; 2022.
2. Benevides B, Nogueira SNB. Dossiê assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. Brasília, DF: Antra; 2021. [acesso em 2023 mar 24]. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>.
3. Ribeiro JKA. “Aonde” está a população trans na divisão sexual do trabalho? Analisando as condições da inserção para os/as trabalhadores/as travestis e transexuais no mercado de trabalho formal. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social; 2018 dez 2-7; Vitória. Vitória: Ufes; 2018. [acesso em 2023 mar 24]. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22307>.
4. Soares LS. Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2018. p. 100. [acesso em 2023 mar 24]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/27920/ve_Luciano_Silveira_ENSP_2018.pdf?jsessionid=DEB728F7FD75F42CBE29C46FB029D79F?sequence=2.
5. Bento NMJ, Xavier NR, Sarat M. Escola e infância: a transfobia rememorada. Cad Pagu. 2020 [acesso em 2023 mar 24]; (59):e205911. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449202000590011>.
6. Sirelli PM, Ferreira GG, Dias ACR. Consultório LGBT: (Re)construindo narrativas de combate às violências LGBTfóbicas na saúde em Macaé Rio de Janeiro. Gênero. 2020 [acesso em 2023 mar 24]; 20(2):201-224. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/rg.v20i2.44575>.
7. Azevedo DC. Caracterização da pobreza em Macaé: uma abordagem multidimensional. [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2011. 166 p.
8. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde debate. 2018 [acesso em 2023 mar 24]; 42(esp1):18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
9. Gouvêa LF, Souza LL. Saúde e população LGBTQIA+: desafios e perspectivas da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Periodicus. 2021 [acesso em 2023 mar 24]; 3(16):23-42. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/33474>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Pereira EDS. Participação social e a construção da equidade em saúde: o conselho nacional de saúde e direitos da população LGBT. [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2011. [acesso em 2023 mar 24]. Disponível em: https://www.oasis-br.ibict.br/vufind/Record/UNB_df2ba51ecdd2a-444f5f2033873ed274c.
11. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. LGBT health policy and its invisibility in public health publications. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2023 mar 24]; 43(esp8):305-323. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S822>.
12. Medeiros M. Pesquisas de abordagem qualitativa. *Rev. Eletr. Enferm.* 2012 [acesso em 2023 fev 7]; 14(2):224-229. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13628>.
13. Manzini EJ. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: Marquezine MC, Almeida MA, Omote S, organizadores. *Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial*. Londrina: Eduel; 2003. p. 11-25.
14. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Boni V, Quaresma SJ. *Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais*. Em tese. 2005 [acesso em 2023 fev 7]; 2(1):68-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>.
17. Selles BRS, Almeida PF, Ahmad AF, et al. Redes sociais de apoio às pessoas trans: ampliando a produção de cuidado. *Saúde debate*. 2023 [acesso em 2023 out 17]; 46(esp6):148-61. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/6910>.
18. Silva GWS, Souza EFL, Sena RCF, et al. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2016 [acesso em 2023 out 17]; 37(2):e56407. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.56407>.
19. Marilac L, Queiroz N. *Eu, Travesti: memórias de Luísa Marilac*. Rio de Janeiro: Record; 2019.
20. Condé LB. *As medidas protetivas de urgência e a lei de feminicídio em face ao combate à violência doméstica: um estudo de caso*. [monografia]. Brasília, DF: UniCEUB; 2020. [acesso em 2023 out 17]. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/14853>.

Recebido em 22/11/2023

Aprovado em 23/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Éliada Azevedo Hennington

O impacto da pandemia de Covid-19 no acesso à justiça de mulheres em situação de violência doméstica no Rio de Janeiro

The impact of COVID-19 pandemic on domestic violence victim's access to justice in Rio de Janeiro

Lívia de Meira Lima Paiva¹, Adriana Ramos de Mello^{2,3}

DOI: 10.1590/2358-28982023E18811P

RESUMO O presente artigo apresenta barreiras no acesso à justiça enfrentadas pelas mulheres em situação de violência doméstica e familiar durante a pandemia de Covid-19. A metodologia da Grounded Theory, associada à Análise Situacional, possibilitou o mapeamento dos entraves mediante revisão das atas dos encontros periódicos de representantes de instituições que compõem a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher do Estado do Rio de Janeiro. A codificação permitiu o mapeamento de entraves no acesso à justiça que não são visíveis nas pesquisas quantitativas que utilizam como fonte as bases de dados de órgãos oficiais, já que os casos expostos nas reuniões e sistematizados na pesquisa se referem a mulheres que não conseguiram acesso à justiça por diversos motivos. Como resultado, observou-se que a articulação de marcadores de gênero, raça, idade, existência de deficiência física ou exclusão digital foi determinante para mitigar o acesso à justiça em um período de emergência sanitária, isolamento social, insegurança alimentar, desemprego e consequente aumento da tensão nos lares. Verificou-se a ausência de perspectiva de gênero nas políticas públicas durante a emergência sanitária. Respostas institucionais aos obstáculos decorrentes da emergência sanitária podem ser úteis para ampliar o acesso à justiça em períodos ordinários.

PALAVRAS-CHAVE Violência contra a mulher. Violência doméstica. Acesso à justiça. Pandemia. Covid-19.

ABSTRACT *This article presents barriers faced by the victims of domestic violence on accessing justice during the COVID-19 Pandemic. Periodic meetings of representatives from the institutions that make up the justice system were coded by the grounded theory and the situational analysis methodology. Coding made possible mapping the barriers to access to justice that are not visible in quantitative research that uses the databases of official bodies as a source, since the cases exposed in the meetings and systematized in the research refer to women who did not obtain access to justice for several reasons. As a result, it was observed that the articulation of two or more markers of gender, race, age, existence of physical disability or digital exclusion were crucial to mitigate access to justice in a period of health emergency, social isolation, food insecurity, unemployment and the resulting increase in tension in homes. There was a lack of a gender perspective in public policies during the health emergency. Institutional responses to obstacles proposed by them on the health emergency can be useful to expand access to justice in ordinary periods.*

KEYWORDS *Violence against women. Domestic violence. Access to justice. Pandemic. COVID-19.*

¹Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ) campus Belford Roxo, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (Emerj) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. liviapaiva0@gmail.com

²Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (Emerj) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (Enfam) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

O primeiro óbito por complicações decorrentes da contaminação pelo Sars-Cov-2 no Brasil foi o de Rosana Urbano, diarista e moradora de São Paulo, segundo boletim epidemiológico de junho de 2020 do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) do Ministério da Saúde¹. No Rio de Janeiro, o primeiro óbito registrado foi o de Cleonice Gonçalves, de 63 anos, empregada doméstica, contaminada pela empregadora, moradora do Leblon, que havia acabado de chegar da Europa². Miguel, de 9 anos de idade, morreu ao cair do nono andar de um apartamento em Recife enquanto acompanhava sua mãe, Mirtes, que trabalhava como empregada doméstica³. Ele, assim como milhares de crianças, estava com as aulas presenciais suspensas, e sua mãe, como milhares de mães brasileiras, encontrava dificuldades para administrar a situação escolar do filho com o próprio trabalho. As mortes de Rosana, Cleonice e do menino Miguel são simbólicas dos impactos diferenciados da pandemia de Covid-19 em um país com tantas iniquidades de classe, gênero e raça.

O confinamento provocado pela pandemia e as medidas de combate ao novo coronavírus exacerbaram, em diversos países, a situação de violência doméstica e familiar. A tensão global vivida nesse período se reflete nos lares⁴⁻⁷ e aumenta o trabalho doméstico, historicamente desenvolvido por mulheres e sem qualquer remuneração. O cuidado com as crianças (que tiveram as aulas presenciais suspensas), de idosos (que requerem atenção especial), as tarefas habituais de cuidados com a casa, somados à instabilidade no emprego e à incerteza em relação ao futuro da pandemia, fizeram com que os casos de violência doméstica aumentassem em muitos países⁸.

Estrato socioeconômico, gênero, etapa do ciclo de vida, condição étnico-racial, território, situação de deficiência ou migratória são eixos estruturantes de sociedades marcadas por uma matriz de desigualdade social que, quando atingidas pela Covid-19,

geram cenários de exclusão e discriminação múltipla e simultânea que redundam em maior vulnerabilidade ante os efeitos sanitários, sociais e econômicos dessa doença⁹⁽⁶¹⁾.

O relatório de Desenvolvimento Humano Regional 2021 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) aponta o agravamento das desigualdades socioeconômicas na América Latina durante o período da pandemia de Covid-19, notadamente com o fechamento de empresas e exclusão digital, que impediram o trabalho e o estudo em casa e afetaram sobejamente a população mais vulnerável¹⁰.

A articulação entre marcadores sociais – como baixa escolaridade, renda, raça, maior número de filhos – e uso de drogas lícitas ou ilícitas possui relevância estatística para indicar maior vulnerabilidade de mulheres sofrerem violência física, e foram descritos como fatores de risco para aumento da violência contra a mulher durante a pandemia de Covid-19 no Brasil¹¹⁻¹³.

Os impactos da pandemia também foram sentidos no acesso aos serviços de atendimento às mulheres. Instituições que compõem a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher passaram a funcionar quase exclusivamente de forma virtual, e as rotinas foram alteradas. Nesse contexto, representantes das instituições da Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher realizaram reuniões periódicas com o propósito de estreitar a comunicação, relatar as principais dificuldades encontradas nas rotinas de atendimento, propor ações de melhorias para facilitar o acesso ao sistema de justiça e centros de referências, bem como garantir um atendimento célere e efetivo em toda a rede.

No Rio de Janeiro, em razão do aumento dos casos de violência doméstica e da dificuldade de acesso à justiça durante a pandemia, a articulação de políticas judiciais de atendimento a vítimas de violência doméstica ficou a cargo da Coordenadoria Estadual da Mulher em

Situação de Violência Doméstica e Familiar que, no Rio de Janeiro, recebeu como sigla ‘Coem’.

Desde o início da emergência sanitária em função da Covid-19, a Coem promoveu constante articulação externa com a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, composta por Ministério Público, Polícia Civil, Polícia Militar, Defensoria Pública, Centros de Referência de Atendimento à Mulher (Cram) do Estado e do Município do Rio de Janeiro e, eventualmente, secretarias vinculadas aos Poderes Executivos municipais e estadual.

Criada em 2017 por meio do Ato Executivo nº 182/2017, a Coem compõe a estrutura do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ) com competência para promover articulação interna e externa do Poder Judiciário com outros órgãos governamentais e não governamentais, para concretização dos programas de combate à violência doméstica.

As Coordenadorias Estaduais se consolidaram no ano seguinte quando, em 2018, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio do Resolução nº 254, instituiu a Política Judiciária Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, que tornou obrigatória sua presença na estrutura organizacional de todos os Tribunais de Justiça do País. A resolução marcou uma nova forma de atuação do Poder Judiciário, mais ativa, responsável não somente pela aplicação da lei e resposta aos casos de violência doméstica, mas também como agente de prevenção. A postura do CNJ inaugurou a adoção de uma

perspectiva de gênero no âmbito da administração judiciária e consolidou nacionalmente um modo de atuação judicial preventivo que já era observado pontualmente em alguns Tribunais de Justiça estaduais¹⁴. A centralidade dessa nova forma de atuação do Poder Judiciário foi caracterizada pela integração da atuação institucional e pelo viés proativo, responsáveis não só pela sanção, mas também pela prevenção da violência contra a mulher.

Este artigo resume parte dos resultados de pesquisa realizada em 2022 pelo Núcleo de Pesquisa em Gênero Raça e Etnia da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro acerca dos impactos da pandemia de Covid-19 no acesso à justiça. Consideramos que o mapeamento das barreiras ao acesso à justiça que agravaram, durante a pandemia de Covid-19, a subnotificação desses tipos de crime^{15,16} pode contribuir para o aprimoramento da prestação jurisdicional. A sistematização de entraves visa auxiliar a atuação das instituições que compõem o sistema de justiça na elaboração de estratégias de enfrentamento da violência contra as mulheres que mitiguem os obstáculos ao pleno acesso à justiça.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória de fonte exclusivamente documental, composta por 76 atas das reuniões da Coem do TJRJ, de acesso público, realizadas em 2020 (*quadro 1*).

Quadro 1. Data e assuntos das atas das reuniões

Atas	Data	Assunto
1	04/abr.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
2	08/abr.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
3	15/abr.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
4	16/abr.	Medidas Urgentes na Competência Violência Doméstica
5	20/abr.	Polícia Civil – Registro de ocorrência
6	29/abr.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
7	06/maio	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
8	13/maio	Secretarias Estadual e Municipal
9	13/maio	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
10	15/maio	TI PCERJ e DGTEC
11	15/maio	Critérios/fluxo para realização de audiência virtual
12	20/maio	Subsecretarias Estadual e Municipal
13	20/maio	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
14	27/maio	Secretarias Estadual e Municipal
15	27/maio	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
16	01/jun.	Campanha CNJ “Sinal Vermelho”
17	02/jun.	Campanha CNJ “Sinal Vermelho”
18	02/jun.	Fluxo de atendimento 197 – PCERJ
19	03/jun.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
20	08/jun.	Capacitação dos Delegados/as e Inspectores de Polícia para a nova rotina do 197 e das campanhas e projetos de enfrentamento à violência doméstica
21	10/jun.	Campanha CNJ “Sinal Vermelho” – PMERJ
22	10/jun.	Campanha CNJ “Sinal Vermelho” – Planejamento CRF-RJ
23	10/jun.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
24	17/jun.	Campanha CNJ “Sinal Vermelho” – PMERJ
25	17/jun.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
26	23/jun.	Campanha CNJ “Sinal Vermelho” – PMERJ
27	23/jun.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
28	26/jun.	Projeto Estratégico/ Consolidação Normativa e Cejuvida
29	01/jul.	Campanha CNJ “Sinal Vermelho” – PMERJ
30	01/jul.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
31	07/jul.	Ações para Atendimento das Mulheres Vítimas na PCERJ
32	08/jul.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
33	14/jul.	Campanha CNJ “Sinal Vermelho” – Capital
34	15/jul.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
35	20/jul.	Capacitação peritos criminais
36	20/jul.	Apresentação do Fluxo de Atendimento da rotina do 197 para adequação à Lei 14.022/2020)
37	22/jul.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
38	27/jul.	Convênio Patrulha Maria da Penha e Projeto Violeta Estadual
39	29/jul.	Pandemia – Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
40	31/jul.	Regularização do Encaminhamento Eletrônico das Medidas Protetivas e Apresentação do Fluxo de Atendimento do 197 para adequação à Lei nº 14.022/2020

Quadro 1. Data e assuntos das atas das reuniões

Atas	Data	Assunto
41	31/jul.	Projeto Maria da Penha Virtual
42	04/ago.	Projeto Maria da Penha Virtual
43	05/ago.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
44	11/ago.	Capacitação peritos criminais
45	12/ago.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
46	13/ago.	Capacitações GM-RIO e Comlurb
47	17/ago.	Sala Lilás - IML Nova Iguaçu
48	19/ago.	Campanha CNJ "Sinal Vermelho" - parceria com Ascoferj
49	19/ago.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
50	21/ago.	Acompanhamento - Fluxo 197
51	24/ago.	Aplicativo Maria da Penha Virtual
52	28/ago.	Aplicativo Maria da Penha Virtual
53	31/ago.	Sala Lilás - IML São Gonçalo
54	31/ago.	Sala Lilás - IML Nova Iguaçu
55	02/set.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
56	03/set.	Tratativas para capacitação da Guarda Municipal na Ronda Maria da Penha
57	04/set.	Acompanhamento - Fluxo 197
58	09/set.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
59	23/set.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
60	07/out.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
61	09/out.	Acompanhamento - Fluxo 197
62	14/out.	Acompanhamento - Fluxo 197
63	14/out.	Análise dos Requisitos do Aluguel Social
64	16/out.	Aplicativo Maria da Penha Virtual
65	21/out.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
66	29/out.	Aplicativo Maria da Penha Virtual
67	04/nov.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
68	10/nov.	Guarda Maria da Penha GM/RJ - Capacitação e Protocolo de Intenção
69	11/nov.	Acompanhamento - Fluxo 197 e Convênio Projeto Violeta Laranja
70	17/nov.	Ciam Baixada
71	18/nov.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
72	23/nov.	Divulgação do Aplicativo Maria da Penha Virtual
73	24/nov.	Apresentação Aplicativo Maria da Penha Virtual para Servidores TJ - Equipes Técnicas e Cartorárias
74	24/nov.	Casa Cedim-RJ
75	02/dez.	Pandemia - Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar
76	04/dez.	TI PCERJ e DGTEC

Fonte: elaboração própria com base em atas do TJRJ.

Todos os documentos foram inseridos no *software* atlas.ti. A análise foi orientada pela teoria/metodologia da Grounded Theory¹⁷, também conhecida como Teoria Fundamentada nos Dados, associada à Análise Situacional, desenvolvida por Adele Clarke¹⁸, a qual permitiu a codificação e a interpretação dos dados coletados em dois grandes eixos: 1) entraves ao acesso à justiça e 2) respostas do poder público aos obstáculos.

As reuniões com as instituições que compõem a Rede de Enfrentamento à Violência doméstica e familiar contra a Mulher ocorreram semanalmente, desde o início da pandemia, com objetivo de aproximar cada vez mais as instituições, a fim de compartilharem suas dificuldades e boas práticas em busca de melhorias para prover um atendimento rápido e eficaz às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar.

A dificuldade de mapear os entraves do acesso das mulheres ao sistema de justiça – especialmente com a expressiva cifra oculta – foi suprida parcialmente por uma metodologia de exposição pontual de casos adotada pelas envolvidas nas reuniões. Assim, quando eram narrados casos de mulheres que não conseguiram acessar alguma instituição (do sistema de justiça, da assistência ou saúde), a solução para superar o entrave era pensada em conjunto. Então, ainda que fora das estatísticas oficiais – já que essas mulheres não chegaram ao serviço desejado formalmente –, os obstáculos ao sistema de justiça puderam, em parte, ser mapeados.

Nas reuniões, as participantes expuseram casos de mulheres que não possuíam recursos financeiros para chegar às delegacias, dificuldades de registros on-line, revitimização nos serviços médico-legais durante a realização do exame de corpo de delito, dificuldade de atendimento no canal 197, entre muitos outros. As instituições com maior frequência nas reuniões da Coem foram: Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Polícia Civil, Polícia Militar e Cram (especialmente o Centro Especializado de Atendimento à

Mulher – Ceam Chiquinha Gonzaga e o Centro Integrado de Atendimento à Mulher – Ciam Marcia Lyra).

As reuniões também contaram com a participação de representantes de outras instituições de forma pontual: Guarda Municipal, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Centro Estadual de Direitos da Mulher (Cedim), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB Mulher), Casa Abrigo Cora Coralina, Companhia Brasileira de Lixo Urbano (Comlurb), Coordenadoria Estadual da Saúde da Mulher, Conselho Regional de Farmácia, Secretarias e Subsecretarias de políticas para mulheres de alguns municípios (Rio de Janeiro, Queimados, Nova Iguaçu, Itaperuna, Cabo Frio) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Resultados

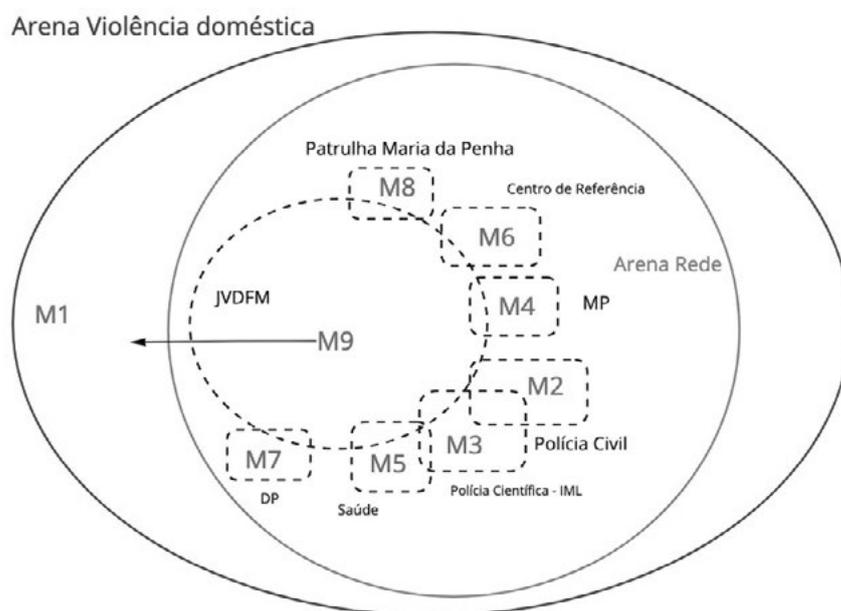
Entraves ao acesso à justiça

A codificação dos casos narrados durante os encontros possibilitou a sistematização de alguns entraves encontrados por essas mulheres em distintas instituições da Rede. No mapa de arena (*figura 1*), a ‘arena rede’ contém as instituições que compõem a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher que, por sua vez, está inserida em uma arena maior, denominada ‘Arena Violência doméstica’. A inicial ‘M’ representa a palavra ‘Mulher’ e as distintas numerações ‘M1’, ‘M2’, ‘M3’ etc. representam distintos casos em que foram identificados entraves no acesso à justiça. Assim, ‘M1’ não representa somente uma mulher, mas distintas vítimas que não chegaram a nenhuma das instituições que compõem a rede de enfrentamento; ‘M2’ representa diversos casos de mulheres que encontraram obstáculos na Polícia Civil; ‘M3’, nos Institutos Médico-Legais (IML); ‘M4’, no Ministério Público; ‘M5’, na saúde; ‘M6’, nos Cram; ‘M7’, na Defensoria Pública; ‘M8’, na Patrulha Maria

da Penha; e 'M9', nos Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar. Nenhuma dessas mulheres completou o 'percurso ideal'

que terminaria no julgamento das demandas judiciais.

Figura 1. Arena violência doméstica e acesso à justiça



Fonte: elaboração própria com base em atas do TJRJ.

Como exemplo de percursos realizados pela 'M1', citamos: a imersão no ciclo de violência que impede a comunicação do crime às autoridades judiciárias; o medo de contágio em delegacias, unidades de saúde e centros de atendimento; a ausência de políticas públicas emergenciais para abrigar essas mulheres de forma segura ou mesmo a carência de infraestrutura de casas-abrigo municipais.

As mulheres que sofreram com percalços na Polícia Civil, representadas por 'M2', encontraram: delegacias fechadas (uma vez que a violência doméstica explicitamente incluída no rol de violências que demandariam atendimento presencial); dificuldades no preenchimento do Registro de Ocorrência on-line; inoperância do canal 197; cancelamento do pré-registro de ocorrência e má orientação,

como em um caso em que a mulher foi informada de que a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha)¹⁹ somente se aplicaria a relações íntimas de afeto.

Destaca-se, ainda, um caso grave de estupro de vulnerável narrado em uma das reuniões em que uma mãe teve que percorrer três delegacias de polícia até conseguir formalizar a comunicação da violência sofrida pela filha. Por fim, mulheres encontraram dificuldade no registro das ocorrências de forma presencial, quando, após se dirigirem à unidade policial, eram informadas de que o canal adequado era o aplicativo Maria da Penha Virtual. Idealizado para ampliar o acesso à justiça em um período de isolamento social, quando o acesso presencial foi prejudicado, o aplicativo não é instrumento substitutivo do registro de ocorrência.

Com relação ao atendimento nos IML, a maior parte dos obstáculos impostos às vítimas ('M3') se relacionaram com redução da equipe, ausência de condições mínimas das salas de atendimento (pouco ventiladas em algumas localidades) e relatos de revitimização/retraumatização durante a perícia. Um caso narrado durante as reuniões cita atendimento abusivo com uma vítima que estava sendo periciada em um serviço médico-legal em um município da Baixada Fluminense e acompanhada pela gestora pública, que também sofreu agressão por parte do perito.

Os obstáculos encontrados no Ministério Público, representados por 'M4', relacionam-se com casos em que promotores se recusaram a receber os documentos físicos, exigindo que fossem digitalizados, realização de transações penais (proibida por lei em casos que envolvem violência doméstica) e ausência de promotor para realizar as audiências de violência doméstica em determinada comarca.

As mulheres que enfrentaram obstáculos com relação à saúde são representadas por 'M5'. Os obstáculos citados dizem respeito a dificuldades para realizar o aborto legal, situação agravada, segundo fala das próprias profissionais, pelas regulamentações do Ministério da Saúde realizadas no ano de 2020 e pelo medo de contágio nos serviços de atendimento. Hoje revogada, a Portaria nº 2.282, de 28 de agosto de 2020, do Ministério da Saúde²⁰ obrigava profissionais de saúde a notificarem a polícia no atendimento do aborto legal. Essa medida por si só já afasta muitas mulheres desse tipo de serviço. Ademais, a portaria estabelecia entre seus anexos um “termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez resultante de estupro” que deveria ser assinado por, no mínimo, três integrantes da equipe de saúde multiprofissional atestando a ausência de vícios no depoimento da paciente e um “termo de consentimento livre e esclarecido” que deveria ser assinado pela própria paciente, no qual constam os “riscos da realização da intervenção por abortamento”, servindo como desestímulo à realização do aborto (em

especial de mulheres que estão extremamente vulnerabilizadas pela violência sexual praticada contra elas).

As mulheres que, no mapa, estão situadas nos Cram ('M6') enfrentaram dificuldades nos atendimentos em função da precarização desses equipamentos que há anos sofrem com falta de investimento público. Problemas simples de serem resolvidos, como a falta de um celular para realizar os atendimentos virtuais ou de um carro para uso exclusivo para o encaminhamento de vítimas aos abrigos, representam um grande obstáculo no acesso a esses serviços. Além disso, os Cram sofreram com cortes de energia, furtos, sucateamento, falta Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Com relação à Defensoria Pública, por meio dos relatos e discussões nas reuniões, identificaram-se como principais obstáculos ao pleno acesso à justiça: a redução do quadro de profissionais no período da pandemia e a ausência de defensores(as) da vítima durante os atos processuais, especialmente nos interiores do estado com varas únicas. Mulheres cujos procedimentos tramitam em comarcas nos interiores têm mais dificuldade de acessar a assistência jurídica. A assistência jurídica gratuita e o acompanhamento em qualquer ato processual são direitos de qualquer mulher em situação de violência doméstica e familiar (arts. 27 e 28 da Lei Maria da Penha¹⁹), mas, na prática, observou-se que o pleno gozo do direito de acesso à justiça está condicionado à disponibilização de defensores(as) pelo poder público e às condições socioeconômicas da mulher de arcar com as despesas para o transporte caso não resida em localidade próxima aos núcleos de atendimento.

A Patrulha Maria da Penha desempenha importante função de acompanhamento das medidas protetivas de urgência. Por intermédio dos relatos trazidos pelos policiais militares (no mapa, 'M8'), pudemos identificar entraves como: a demora no processo de renovação das medidas protetivas quando não existem fatos novos; a dificuldades das vítimas em realizar o registro de ocorrência

presencial nos casos de lesão corporal, ameaça ou injúria; a demora na intimação do autor do fato; o baixo volume de novas medidas protetivas recebidas pela Patrulha (reflexo da redução dos pedidos de medidas protetivas de urgência); a dificuldade de acionar as vítimas em função de dados incompletos nos registros de acionamento da Patrulha; a ausência ou a demora no *feedback* do Poder Judiciário e do Ministério Público referente aos relatórios dos casos graves sinalizados pela Patrulha; o extravio de documentos das assistidas nos casos em que a Patrulha remete ao plantão judiciário as atualizações de endereços do autor do fato ou evidências novas e entraves sistêmicos enfrentados pelos próprios patrulheiros ao realizar o ‘registro de ocorrência on-line’.

Por fim, destacamos alguns casos que foram corretamente encaminhados ao Poder Judiciário e autuados. No entanto, mesmo com o correto processamento, a mulher, representada no mapa por ‘M9’, encontrou entraves de ordem socioeconômica, como falta de dinheiro ou de acesso à internet para comparecer às audiências e indeferimento de medidas protetivas de urgência. A seta de cor preta representa o retorno dessas mulheres à situação de exclusão da arena da rede, na medida em que, em muitos casos em o contato com a vítima é perdido, a medida protetiva perde o objeto e é extinta.

Respostas do poder público aos obstáculos

A codificação mediante o método da Grounded Theory realizada nas atas das reuniões da Coem revelou algumas categorias de análise acerca das respostas articuladas pelas instituições: 1) a pressão por políticas e ações com perspectiva de gênero; 2) a pressão para melhoria da infraestrutura das instituições que compõem a rede de proteção à mulher em situação de violência; e 3) os aprimoramentos dos serviços e expedientes que refletem no dever da devida diligência.

Os diálogos com os poderes públicos buscaram a inclusão das mulheres em situação de violência em ações e programas sociais, tais como o programa lançado pela prefeitura do Rio de Janeiro para abrigamento de idosos em hotéis, o aluguel social (destinado a vítimas de calamidades públicas) e a distribuição de cestas básicas como medida de emergência para mulheres em situação de insegurança alimentar. Isso porque, não obstante o aumento das tensões no ambiente doméstico e os impactos da pandemia nas condições socioeconômicas²¹, nenhuma política pública se destinou às mulheres em situação de violência doméstica.

Nos últimos anos, os equipamentos públicos e os serviços de atendimento às mulheres sofreram com sucateamento devido à crise do estado do Rio de Janeiro, tais como Delegacias de Polícia, casas-abrigo e Cram. Durante as reuniões, diante da carência de equipamentos, pessoal e investimento em inovação, observamos que a Coem serviu como um instrumento para mediação e pressão por melhorias. Os Cram e as salas de perícia nos IML sofreram com a demora na entrega dos EPI, essenciais à proteção e à prevenção de contágio pelo vírus Sars-CoV-2. Verificamos que, também nesses casos, após a identificação das demandas, a Coem e a Defensoria Pública pressionaram os órgãos competentes para a aquisição dos equipamentos.

Por fim, destacamos, em uma terceira categoria de análise, as ações que objetivaram o aprimoramento dos serviços e expedientes que refletem no dever de devida diligência. Embora tenham sido pensadas em um período de emergência sanitária, as soluções encontradas podem servir para mitigar os entraves ao acesso à justiça mesmo após o término do período mais severo da pandemia de Covid-19.

Essas ações, articuladas em diálogo entre distintas instituições, objetivaram tanto a prevenção quanto o aprimoramento dos procedimentos judiciais depois de praticada a violência. Assim, observamos duas formas de atuação na prevenção: a elaboração de cursos de capacitação interinstitucionais e a estruturação de campanhas de conscientização.

Ao longo do período analisado, identificamos a organização de cursos de capacitação direcionados a: policiais civis; policiais militares (a exemplo de policiais da Patrulha Maria da Penha, operadores do 190, despachantes de viaturas, responsáveis pelas salas de operações dos interiores e os subcomandantes dos batalhões); farmacêuticos (participantes da Campanha Sinal Vermelho) e servidores do TJRJ.

Duas campanhas de conscientização foram elaboradas: ‘Sinal Vermelho contra a violência doméstica’ e ‘Confinamento sem Violência’. A primeira, idealizada pela Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB) em parceria com o CNJ, objetivou constituir um canal silencioso de denúncia da violência doméstica. Diante da impossibilidade de pedir auxílio ao 190 ou comparecer à delegacia de polícia para noticiar a violência sofrida, as mulheres poderiam se dirigir a uma farmácia e mostrar um ‘X’ vermelho na palma da mão ao(a) farmacêutico(a) ou demais funcionários(as), os quais acionariam a polícia militar, para o acolhimento e demais providências pertinentes. A campanha nacional ‘Confinamento sem Violência’ teve como objetivos conscientizar sobre as diferentes formas de violência doméstica e divulgar números de serviço para buscar ajuda.

Dentre as ações impulsionadas pela Coem/TJRJ para aprimoramento do atendimento da autoridade policial, destacamos a criação do canal telefônico 197 da Polícia Civil para noticiar situações de violência contra as mulheres. A maior efetividade dessa medida esbarrou na falta de policiais que pudessem se dedicar exclusivamente ao atendimento das chamadas por esse canal.

A Polícia Militar, por meio da Patrulha Maria da Penha, investiu no monitoramento e no acompanhamento das mulheres com medidas protetivas de urgência em vigor. Ações como as visitas presenciais e a possibilidade de contato por celular e WhatsApp alargaram as possibilidades de comunicação das mulheres em caso de descumprimento de medidas protetivas de urgência.

Como exemplo do aprimoramento dos procedimentos e expedientes judiciais, identificamos a criação de um plantão extraordinário no TJRJ exclusivo para a violência doméstica e familiar contra a mulher e de um aplicativo intitulado Maria da Penha Virtual, um ‘web app’ (uma página virtual que se comporta como um aplicativo) que pode ser acessado de qualquer dispositivo eletrônico por meio de um *link*. Ao acessar o aplicativo, a vítima preenche um formulário com seus dados pessoais, do agressor e da agressão sofrida, além de poder anexar foto e áudio para comprovação da violência sofrida. Após a inserção dos dados, um documento de solicitação de medida protetiva é gerado e encaminhado ao Poder Judiciário.

Discussão

Os resultados da pesquisa revelam que a queda do número de registros formais dos casos de violência doméstica e familiar contra as mulheres não representou a diminuição da violência. Observou-se, como em outras pesquisas^{6-8,17,18}, o incremento de agressões em termos de quantidade e gravidade durante o isolamento social.

A diminuição das comunicações formais foi ocasionada pelo medo de contaminação e em razão isolamento social, imposto pelas necessárias medidas de emergência sanitária. Além disso, a exclusão dos casos de violência doméstica da lista de atendimento presencial da Polícia Civil contribuiu para a expressiva redução do acesso das mulheres às delegacias.

A Resolução nº 152, de 4 de julho de 2020²², estabeleceu as rotinas de funcionamento dos órgãos da Secretaria de Estado de Polícia Civil para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus, entretanto, não elencou a violência doméstica como uma das prioridades de atendimento policial. Considerou-se relevante incluir no rol de atendimento presencial os seguintes casos: a) roubos de veículos; b) casos em que possa ocorrer o perecimento da prova; c) homicídios

e remoções de cadáver; d) autos de prisão em flagrante; e e) outros casos a critério da autoridade policial ou dirigente do órgão, em que seja configurada hipótese de emergência policial²². Até a volta do atendimento presencial de forma geral, ocorrida em 2023, os casos envolvendo violência doméstica não foram discriminados explicitamente no rol de casos urgentes que merecessem atendimento das vítimas nas unidades de polícia. Na prática, ficou a critério da autoridade policial determinar o que era ‘hipótese de emergência policial’. Em muitos casos, as vítimas não foram atendidas sob o argumento de que o serviço não constava entre aqueles previstos para atendimento presencial.

Nesse panorama, o ‘registro de ocorrência on-line’ foi uma solução alternativa ao atendimento presencial que possibilitou a comunicação dos crimes sem que a vítima precisasse ir presencialmente à delegacia de polícia. No entanto, por ser um sistema em processo de implementação – e diante da suspensão do atendimento presencial nas delegacias –, o registro on-line, que deveria ser uma alternativa, passou a ser a única possibilidade de comunicação dos crimes. Todavia, as vítimas que contavam com acesso à internet encontraram dificuldades de compreensão da linguagem jurídica durante o preenchimento do registro de ocorrência on-line.

No Brasil, a exclusão digital atinge 33,9 milhões de brasileiros que nunca acessam a internet (de maioria das classes ‘C’, ‘D’ e ‘E’), e quase 87 milhões de brasileiros(as), em sua maioria negros(as), não conseguem se conectar todos os dias²³. No atual contexto, o acesso à internet precisa ser visto como direito fundamental a ser assegurado de forma universal já que dele depende a efetivação de outros direitos humanos, como o de acesso à justiça.

Ademais, a análise das atas com as narrativas das profissionais que participaram das reuniões da Coem (magistradas, promotoras, defensoras públicas, assistentes sociais, policiais militares e civis, entre outras) revela o incremento de algumas vulnerabilidades decorrentes de condições socioeconômicas,

como a insegurança alimentar e a falta de saneamento básico e água potável.

A insegurança alimentar foi mais acentuada em domicílios chefiados por mulheres de raça/cor autodeclarada preta ou parda e com baixa escolaridade, que perderam seus empregos e não tinham como sustentar seus(suas) filhos(as)²⁴. Assim como em outras pesquisas empíricas sobre violência contra a mulher e a pandemia de Covid-19, a vulnerabilidade das mulheres foi percebida em seu caráter interseccional^{8,9}. Os dados revelaram que mulheres pobres, com pouco ou nenhum acesso à internet, moradoras de localidades de difícil acesso pelo poder público, mães que não tinham com quem deixar seus filhos, mulheres idosas que procuravam os Cram em busca de apoio psicológico/mental por causa confinamento ou mesmo devido à dificuldade de manejo com a tecnologia foram as que sofreram com mais intensidade os impactos com a pandemia.

As ações emergenciais articuladas pelos Poderes Executivos de Municípios, do Estado do Rio de Janeiro e da União em resposta à pandemia não foram transversalizadas desde uma perspectiva de gênero, isto é, não incluíram ou tentaram mitigar a vulnerabilidade das mulheres em situação de violência doméstica e familiar. Em nível nacional, o auxílio emergencial não contemplou essas mulheres; no município do Rio de Janeiro, uma estratégia utilizada pela prefeitura foi o abrigo temporário de pessoas idosas em hotéis, e, de igual maneira, não incluiu as mulheres vítimas de violência doméstica em seu escopo. Nas reuniões, observou-se que o diálogo entre representantes das instituições do sistema de justiça (especialmente Poder Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público) e representantes dos Poderes Executivos Municipais e Estadual envolveu, em diversas situações e sem sucesso, a demanda para inclusão dessas mulheres como escopo de políticas públicas como aluguel social ou abrigo.

A efetividade do direito de acesso das mulheres à justiça é fundamental para a garantia da realização de todos os direitos

protegidos e previstos na Constituição Federal, na Convenção Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as mulheres (Cedaw) e na Convenção de Belém do Pará. Nesse contexto, as Recomendações Gerais nº 33 e 35 estabelecem que o direito de acesso à justiça é multidimensional, abarcando a justiciabilidade, disponibilidade, acessibilidade, boa qualidade, provisão de remédios para as vítimas e a prestação de contas do sistema de justiça. Elaborados por especialistas (Comitê Cedaw), os documentos apontam fatores que impedem o acesso das mulheres à justiça: a concentração de tribunais e órgãos judiciais nas principais cidades e sua não disponibilidade em regiões rurais e remotas; o tempo e o dinheiro necessários para acessá-los; a complexidade dos procedimentos; as barreiras físicas para as mulheres com deficiências; a falta de acesso à orientação jurídica de alta qualidade e competente em matéria de gênero, bem como as deficiências na qualidade dos sistemas de justiça (por exemplo, decisões ou julgamentos insensíveis a gênero devido à falta de formação, à demora e à duração excessiva dos procedimentos, à corrupção etc.)^{25,26}.

Não obstante as inúmeras normativas que impõem ao Estado brasileiro o dever de garantir o acesso à justiça, o que ficou evidenciado a partir da análise das narrativas foi: 1) o duplo impacto negativo da pandemia (na vida das mulheres com o aumento da violência nos lares, diminuição do acesso à formalização de denúncias e maior vulnerabilidade socioeconômica, e nas instituições que compõem a Rede de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher); e 2) a ineficácia dos Poderes Executivos em articular políticas públicas e/ou ações pontuais capazes de mitigar a violência nos lares, que se revelavam mais intensas durante o período de emergência sanitária.

A principal limitação desta pesquisa diz respeito à identificação dos casos de obstáculos que sequer chegaram ao conhecimento de quaisquer profissionais que participaram das reuniões durante o período analisado. Isto é, as mulheres que sofreram violência

doméstica e não chegaram a comunicá-la a nenhum serviço público (seja nos centros de atendimento, na Polícia Civil ou Militar, na Defensoria Pública, no Ministério Público, entre outros) não puderam ser alcançadas pela pesquisa devido ao objeto selecionado. Como explicitado, a violência doméstica é uma forma de violência com altos índices de cifras ocultas, que seguem sendo um desafio para pesquisas empíricas que pretendem refletir sobre o acesso à justiça.

Conclusões

A pandemia de Covid-19 contribuiu para o aumento da tensão nos lares. Enquanto os números oficiais relativos a crimes praticados no âmbito da violência doméstica apontavam um decréscimo da formalização de registros de ocorrência, profissionais dos Cram relatavam maior procura de mulheres em situação de violência. Diante da subnotificação de casos, a análise das atas da Coem permitiu a sistematização de entraves ao acesso à justiça de difícil detecção. A análise do conteúdo das atas das reuniões periódicas revelou entraves no acesso à justiça que não são visíveis nas pesquisas quantitativas, sobretudo de órgãos oficiais do governo, que têm como fonte de dados os registros formalizados pelas vítimas.

As narrativas das profissionais revelaram o impacto da pandemia na vida das mulheres e no acesso às instituições do sistema de justiça. Dessa forma, a pesquisa conseguiu mapear entraves que impediram mulheres de realizar o registro de ocorrência ou de ingressar formalmente nos serviços de assistência.

O impacto negativo da pandemia foi observado tanto na maior vulnerabilização socioeconômica com a insegurança alimentar, o desemprego, o aumento do trabalho doméstico de cuidado com crianças e idosos/as quanto no aumento das tensões e violências nos lares devido ao confinamento das mulheres com seus agressores em casa e às incertezas diante da emergência sanitária.

Com relação às instituições que compõem a Rede de Enfrentamento à violência contra a Mulher, a pandemia agravou alguns obstáculos estruturais já existentes, como a falta de investimento em infraestrutura e de recursos humanos. A ausência de servidores capacitados e sensíveis a gênero, a falta de EPI, de telefone nos Cram de atendimento às mulheres, a distância dos fóruns e o medo da contaminação pelo vírus da Covid-19 foram alguns dos obstáculos identificados. O fechamento de serviços essenciais, como as delegacias de polícia, que não incluíram expressamente no rol de crimes que demandariam atendimento presencial obrigatório aqueles praticados em contexto de violência doméstica e familiar, representou um dos maiores entraves no acesso à justiça durante o período analisado. Portanto, no Rio de Janeiro, a queda dos números de registros de ocorrência não possui correlação com a diminuição da violência. O isolamento social, o medo do contágio e as dificuldades encontradas de acessar instituições que não consideraram o serviço como essencial motivaram a diminuição na formalização dos registros.

Com relação à resposta do Poder Executivo de Municípios, Estados e União, identificou-se a ausência da transversalização da perspectiva de gênero. A análise das dinâmicas das reuniões revelou a ineficácia na articulação de políticas públicas e/ou ações pontuais capazes de mitigar a violência nos lares, já que as mulheres em situação de violência doméstica não foram incluídas como grupo prioritário em quaisquer programas/ações sociais.

Por fim, concluímos que a Coem se estabeleceu como um órgão estratégico para identificar obstáculos e articular, em diálogo com as instituições que compõem a rede, estratégias

de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. O processo de codificação das atas revelou algumas categorias de análise acerca das respostas articuladas pelas instituições: 1) a pressão por políticas e ações com perspectiva de gênero; 2) a pressão para melhoria da infraestrutura das instituições que compõem a rede de proteção à mulher em situação de violência; e 3) os aprimoramentos dos serviços e expedientes que refletem no dever da devida diligência. Consideramos que algumas medidas tomadas em caráter de urgência como uma resposta à pandemia podem ser soluções para a atuação institucional em períodos ordinários. Recomenda-se o acompanhamento e a sistematização dos relatos das profissionais que compõem a Coem de forma contínua para identificação dos entraves ao acesso à justiça e busca articulada por soluções.

Agradecimentos

À Coem e à Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro pelo acesso aos dados.

Colaboradoras

Livia MLP (0000-0003-0923-0083)* contribuiu para aquisição, análise e interpretação dos dados do trabalho e elaboração de versões do manuscrito. Mello AR (0000-0002-1756-6786)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, aquisição dos dados do trabalho e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Martins E, Roxo S. O drama da família da primeira vítima do coronavírus no país. *O Globo*. 2020 ago 8. [acesso em 2023 mar 30]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/o-drama-da-familia-da-primeira-vitima-do-coronavirus-no-pais-24575672>.
- Melo ML. Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon. *UOL Notícias*. 2020 mar 19. [acesso em 2023 mar 30]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>.
- Furst BR, Gávez CGSG, Ramos NA. Ouçam Mirtes, mãe de Miguel: precarização e resistência no emprego doméstico durante a pandemia. *Cad. Psicol. Soc. Trab.* 2023 [acesso em 2023 dez 1]; 26:e-191677. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/191677>.
- Campos B, Tchalekian B, Paiva V. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de sars-cov-2/covid-19 em São Paulo. *Psicol. Soc.* 2020 [acesso em 2023 maio 30]; 32:e020015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240336>.
- Marcolino EC, Santos RC, Clementino FS, et al. O distanciamento social em tempos de Covid-19: uma análise de seus rebatimentos em torno da violência doméstica. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25(1):e200363.
- Guimarães SS, Alves Júnior RT, Medeiros MN. Isolamento social, proteção à saúde e risco para violência durante a pandemia de COVID-19. *Psicol. Argum.* 2021 [acesso em 2023 maio 30]; 39(104):339-358. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologia-argumento/article/view/27842>.
- Oliveira D, Oliveira P, Rocha FF, et al. COVID-19, isolamento social e violência doméstica: evidências iniciais para o Brasil. *Anais*. 2020. [acesso em 2023 maio 30]. Disponível em: https://www.anpec.org.br/encontro/2020/submissao/files_I/i12-18d5a3144d9d12c9e-fbf9938f83318f5.pdf.
- Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev. Bras. Epidemiol.* 2020 [acesso em 2023 maio 30]; 23:e200033. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200033>.
- Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. *Panorama Social da América Latina 2020*, (LC/PUB.2021/3-P). Santiago: CEPAL; 2021.
- Organização das Nações Unidas. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de desenvolvimento humano regional 2021: Presos em uma armadilha: alta desigualdade e baixo crescimento na América Latina e no Caribe. Nova Iorque: ONU; 2021.
- Rocha SSM, Sokolonski AR. Violência contra mulher no período da COVID-19. *Cmbio*. 2022 [acesso em 2023 maio 30]; 21(3):650-656. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/52005>.
- Santana M, Santos R, Barreto A, et al. Vulnerabilidade feminina a violência física no período da pandemia de Covid-19. *Rev. Enferm. UERJ*. 2022 [acesso em 2023 maio 30]; 30(1):e65076.
- Coelho ACVD, Araujo GB, Silva JFT, et al. Perfil sociodemográfico de registro de mulheres vítimas de violência física no Ceará durante a covid-19, 2019-2021. *SaudColetiv (Barueri)*. 2022 [acesso em 2023 jun 10]; 12(74):9961-9968. Disponível em: <https://revistasaudefcoletiva.com.br/index.php/saudefcoletiva/article/view/2354>.
- Sabadell AL, Paiva LML. La actuación de las instituciones del sistema de justicia brasileño en la elaboración de acciones de combate a la violencia doméstica. *Studi sulla questione criminale*. 2019; 14(1-2):107-130.
- Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*.

- ca. 2013; 29(9):1805-1815. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096312>.
16. Ruiz H, Dusek P, Avelar K, et al. Violência doméstica e quarentena: a subnotificação nos tempos de pandemia. *SJRJ*. 2020 [acesso em 2023 maio 30]; 26(55):43-63. Disponível em: <http://revistaauditorium.jfrj.jus.br/index.php/revistasjrj/article/view/648/412>.
17. Glaser B, Strauss AL. *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New Brunswick; Aldine Transaction, 1967.
18. Clarke AE. *Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn*. *Symbolic Interaction*. 2003 [acesso em 2023 jun 10]; 26:553-576. Disponível em: <https://doi.org/10.1525/si.2003.26.4.553>.
19. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 8 Ago 2006.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União*. 20 Ago 2020. [acesso em 2023 jun 10]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html.
21. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2023 jun 10]; 36(4):e00074420. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420>.
22. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Polícia Civil. Resolução nº 152, de 4 de junho de 2020. Estabelece as rotinas de funcionamento dos órgãos e secretarias de Estado de Polícia Civil para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrentes do coronavírus e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*. 8 Jun 2020.
23. Rede Penssan. Inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil. [local desconhecido]:Vox Populi; 2021.
24. PWC Brasil. Instituto Locomotiva. O abismo digital no Brasil: como a desigualdade de acesso à internet, a infraestrutura inadequada e a educação deficitária limitam nossas opções para o futuro. [local desconhecido]: PWC Brasil, Instituto Locomotiva; 2022. [acesso em 20 abr 2022]. Disponível em: https://www.pwc.com.br/pt/estudos/preocupacoes-ceos/mais-temas/2022/O_Abismo_Digital.pdf.
25. Nações Unidas. Comitê Cedaw. Recomendação nº 33 sobre o acesso das mulheres à justiça. CEDAW/C/GC/33. Nova Iorque: UN; 3 ago 2015.
26. Nações Unidas. Comitê Cedaw. Recomendação nº 35 sobre violência baseada no gênero. CEDAW/C/GC/35. Nova Iorque: UN; 26 jul 2017.

Recebido em 21/07/2023

Aprovado em 12/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Girianelli

A saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: experiências das profissionais de saúde no município de Belford Roxo/RJ

The health of lesbian and bisexual women: experiences of healthcare professionals in Belford Roxo/RJ

Sheila Cristina Corrêa da Silva¹, Adriane Neves da Silva², Mably Jane Trindade Tenenblat³, Ernane Alexandre Pereira⁴

DOI: 10.1590/2358-28982023E19040P

RESUMO O trabalho visa conhecer a percepção das profissionais de saúde no cuidado de mulheres lésbicas e bissexuais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com 12 profissionais de diferentes áreas e unidades de saúde da cidade de Belford Roxo (RJ). Em relação aos resultados, destacam-se duas temáticas com seus respectivos núcleos de sentidos: 1) o atendimento prestado a mulheres lésbicas e bissexuais na unidade de saúde; 2) facilitadores e dificultadores do acesso de mulheres lésbicas e bissexuais aos serviços. Apesar do reconhecimento de que a diversidade no cuidado à saúde da mulher faz parte do cotidiano das profissionais entrevistadas, as demandas e as especificidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais ainda são pouco valorizadas nas práticas de cuidados, mantendo protocolos heteronormativos. O diálogo sobre a diversidade feminina, acerca do conhecimento e da materialização da Política LGBT é essencial para os profissionais e gestores, propiciando mudanças nesse cenário e minimizando as dificuldades de acesso. Por fim, é preciso discutir em que medida a política de saúde da população LGBTQIA+ vem sendo abordada nos currículos e está na agenda de compromissos da gestão municipal de modo a garantir os direitos dessa população nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Minorias sexuais e de gênero. Acessibilidade aos serviços de saúde. Saúde da mulher. Homossexualidade feminina.

ABSTRACT *This study aims to understand the perception of healthcare professionals regarding the care of lesbian and bisexual women. This qualitative research project involves 12 professionals from several fields and Belford Roxo, Rio de Janeiro, healthcare facilities. Regarding the results, we underscore two main themes with their respective core meanings: 1) Care provided to Lesbians and Bisexuals in Healthcare Facilities; 2) Facilitators and barriers for Lesbians and Bisexuals to accessing services. Despite the recognition that diversity in women's healthcare is part of the daily routine of the interviewed professionals, the health needs and specificities of lesbian and bisexual women are still undervalued in care practices, preserving heteronormative protocols. Dialogue on female diversity, knowledge, and the materialized LGBT policy is essential for professionals and managers, enabling changes in this setting and minimizing access difficulties. Finally, we should discuss how LGBTQIA+ health policy is being addressed in curricula and is on municipal management commitments' agenda to guarantee this population's rights in health services.*

KEYWORDS *Sexual and gender minorities. Health services accessibility. Women's health. Homosexuality, female.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. sheilla.c.correa@gmail.com

²Universidade Estadual Paulista (Unesp) – São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SEDSODH) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Apesar de assegurado o direito à saúde, garantido na Constituição de 1988¹, alguns grupos populacionais, quando procuram atendimento, encontram dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Mulheres lésbicas e bissexuais vêm denunciando que suas demandas e especificidades são invisibilizadas pelos profissionais de saúde, sendo isso influenciado pela heterossexualidade compulsória, que contribui para o apagamento dessas mulheres – e quando conseguem acesso, são expostas a discriminação e preconceito.

Em relação às mulheres lésbicas e bissexuais, afiguram-se especificidades e singularidades, que são atravessadas pela questão de gênero, orientação sexual, identidade de gênero, podendo inclusive se fazer um recorte étnico-racial e de classe². Diante da existência desses marcadores sociais, a situação de invisibilidade dessas mulheres, promovida de forma consciente ou inconsciente, pode comprometer a experiência das mulheres lésbicas durante o atendimento por parte dos serviços de saúde³, contribuindo para uma busca menor por consultas ginecológicas em relação às mulheres heterossexuais, acarretando a vulnerabilidade, o adoecimento e o agravamento do quadro de saúde ou até a morte.

Em que pesem os avanços e as conquistas, fruto da luta por garantias de direitos à saúde pelos movimentos feministas e lésbicos, as especificidades e as demandas de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais e outras (LGBTQIA+) ainda não têm apresentado o devido reconhecimento⁴. Desde a publicação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT)⁵, um marco no reconhecimento das demandas desse grupo populacional, têm se intensificado as denúncias por violações de direitos e exclusão nos serviços de saúde⁶.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. O método escolhido foi o de interpretação dos sentidos, para compreender os sentidos atribuídos pelas profissionais de saúde durante o atendimento às mulheres lésbicas e bissexuais⁷.

Os cenários de estudo foram unidades de saúde localizadas no município de Belford Roxo, no Rio de Janeiro. Participaram da pesquisa: 12 profissionais selecionadas por critério de gênero, de diferentes áreas e unidades de saúde, que aceitaram voluntariamente fazer parte da pesquisa. Foram excluídos profissionais do gênero masculino, as que estavam afastadas por férias, licença especial e por motivo de doença no período em que foram realizadas as entrevistas.

A produção dos dados foi realizada por meio da técnica de entrevistas narrativas⁸, utilizando um roteiro semiestruturado, feita a entrevista no local de atuação das participantes, no período de maio de 2022. Houve também um questionário sociodemográfico e informações sobre processo de formação e tempo de atuação. As narrativas das profissionais de saúde foram gravadas e posteriormente transcritas.

Os passos para a interpretação das narrativas foram: a) leitura compreensiva do material; b) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos materiais; c) busca de sentidos relacionados com as falas e as ações dos sujeitos da pesquisa; e d) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos⁸.

A pesquisa seguiu as recomendações e diretrizes éticas e legais necessárias à boa prática de pesquisa, de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/20161 do Conselho Nacional de Saúde; sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – Ensp/Fiocruz (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE

57021522.1.0000.5240, número do parecer: 5.434.546). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e para manter o anonimato dos participantes, designou-se, a cada uma delas, um código: de S1 até S12. É importante ressaltar que a pesquisa não contou com recursos financeiros de patrocinadores para a sua realização, ou seja, foi realizada com recursos próprios.

Para análise dos dados, foi utilizado o referencial teórico de Pierre Bourdieu: *habitus*, campos e violência simbólica^{9,10}, visto que esses conceitos são fundamentais para compreender como, no campo, perpetuam-se as desigualdades e como essas profissionais constroem seus cuidados, já que essas são responsáveis, no campo, em legitimar as necessidades de saúde da população.

Resultados e discussões

No conjunto de dados analisados, afiguram-se três categorias de análise: 1) conhecendo as profissionais de saúde do município de Belford Roxo; o atendimento prestado a mulheres lésbicas e bissexuais na unidade de saúde; e facilitadores e dificultadores do acesso de mulheres lésbicas e bissexuais aos serviços.

Conhecendo as profissionais de saúde do município de Belford Roxo

Quanto as 12 profissionais de saúde entrevistadas, observa-se que, em relação ao gênero, há predomínio de mulheres cis (100%). Sobre a sexualidade, a maioria delas definiu-se como heterossexual, ou seja, 66,7%. Em relação à religião, a predominante era a católica (33,3%). Essas mulheres estavam situadas na faixa etária de 50 a 56 anos (41,7%).

As participantes possuem experiência no cuidado à saúde, visto que possuem mais de sete anos de atuação. Quanto à capacitação profissional, a maioria das participantes tinha alguma especialização *lato sensu*, porém, com predomínio da especialização em saúde

mental (33,3%), seguida de especialização em violência (16,6%). Uma participante relatou especialização *latu sensu* em psicologia social, e outra, em nutrição clínica.

O Atendimento prestado a mulheres lésbicas e bissexuais na unidade de saúde

Podem-se destacar duas concepções nessa categoria: abordagem durante o atendimento a mulheres lésbicas e bissexuais; e demandas apresentadas pelas mulheres. Quando as profissionais foram questionadas como esses atendimentos ocorrem, as respostas foram similares entre as entrevistadas no que se refere ao fato de que não necessariamente a busca por atendimento está relacionada com as questões de saúde, o que pode ser observado nas narrativas:

[...] questões de conflitos familiares. A procura foi por conta de conflito familiares e no decorrer do atendimento, elas verbalizaram a orientação sexual. (S1).

[...] é difícil identificar. Não lembro de ter atendido. Somente um homem trans e com uso de nome social. (S5).

Nesse sentido, a decisão de procurar os serviços de saúde está relacionada com outros problemas, tais como: conflitos familiares e desconhecimento sobre terem atendido essa população. Outro fato que aparece na fala de uma das entrevistadas refere-se ao simbolismo do feminino:

[...] acho que houve uma identificação simbolicamente do feminino. (S1).

[...] o fato de ser uma mulher lésbica acho que me ajuda. (S9).

Existe a necessidade de refinar a abordagem da questão do acesso a cuidados ginecológicos entre mulheres lésbicas e bissexuais, levando

em conta a diversidade dessas mulheres, de suas experiências e as diferentes representações que têm sobre o próprio corpo, o risco de adoecimento e o papel da busca por cuidados ginecológicos, de modo a produzir ações mais efetivas no sentido de reduzir as dificuldades ao acesso¹¹.

Por outro lado, acreditam que a visibilidade existente nas mulheres lésbicas masculinizadas facilitaria o atendimento. O *habitus* heteronormativo presente nas práticas de saúde leva as profissionais a realizarem seus cuidados voltados à heterossexualidade, o que pode contribuir para a naturalização da heterossexualidade e o não reconhecimento de vivências sexuais e de gênero plurais¹².

Outro ponto importante foi o não reconhecimento das demandas reais das mulheres lésbicas e bissexuais. Quando as profissionais foram questionadas sobre seu conhecimento sobre as principais demandas apresentadas e a não vinculação com os serviços e as equipes, as respostas foram preocupantes:

[...] as demandas de saúde encontrada na equipe são na saúde emocional e na busca dos atendimentos no cuidado da saúde da mulher. (S4).

[...] as demandas são muito poucas e somente quando os colegas têm dúvidas eles me acionam. (S10).

[...] elas não voltam por causa dos preconceitos. Principalmente nas portas das unidades... [acolhida e recepção]. As perguntas na entrada dos atendimentos, dependendo de como são feitas, as pessoas se recolhem e não se sentem acolhidas. Ou pior, se sentem constrangidas. (S2).

A percepção das entrevistadas aponta que as experiências vivenciadas pelas mulheres lésbicas e bissexuais durante o atendimento nos serviços de saúde contribuem para que elas não retornem. Considerando essa realidade, faz-se necessário manter um olhar atento às inclusões, às exclusões, às possibilidades e aos limites que colocam no processo cotidiano de trazer dado sujeito político, com suas demandas, para o espaço público. Tal olhar possibilita

tomar os sujeitos enunciados pelo movimento como sempre abertos à inclusão, acolhendo novas e diferentes demandas, questionando arranjos hierárquicos¹¹.

Quanto à organização dos serviços, para atender às demandas das mulheres lésbicas e bissexuais, as narrativas mostraram que há ausência de acolhimento que permita a escuta de suas vivências. Além disso, os protocolos de atendimentos mantêm formato para atendimento a mulheres heterossexuais, o que mostra nas narrativas:

Falta inclusão... (S1).

Não vejo nenhuma ação. (S3).

Não estão organizadas. (S4).

Não tem ações... (S6).

Nenhum trabalho e nenhuma ação. (S7).

Não tem nenhuma organização para esse atendimento. (S8).

Corroborando as narrativas, outros estudos apontam que um dos desafios nos atendimentos enfrentados por mulheres lésbicas e bissexuais no acesso aos serviços de saúde está no atendimento humanizado, com um olhar para as especificidades das pacientes lésbicas e bissexuais, o que requer dos profissionais preparo e qualificação para o reconhecimento das necessidades dessa população. Isso implica a ressignificação das habilidades e competências durante o processo de formação dos profissionais de saúde, para o reconhecimento das reais demandas da população que está sob seus cuidados, promovendo um espaço de acolhimento, criação de vínculo, que respeite às singularidades e desconstrua qualquer forma de violência institucionalizada¹².

Além disso, a não inclusão da PNSI-LGBT na formação dos profissionais, a utilização de protocolos e as intervenções a partir de um olhar heteronormativo vêm dificultando

a construção de vínculos e o cuidado, produzindo um atendimento fragmentado, que contribui para exclusão e violência simbólica, dificultando o acesso e a permanência dessas mulheres nos serviços de saúde^{12,13}.

A invisibilização das demandas e das especificidades de mulheres lésbicas e bissexuais no atendimento à saúde está atrelada ao *habitus*^{9,10} heteronormativo, presente nas práticas de saúde e no processo de formação dos profissionais de saúde, que direcionam seu cuidado voltado para mulheres heterossexuais¹². Essa naturalização vem contribuindo para violência simbólica e fragmentação do cuidado integral.

Facilitadores e dificultadores do acesso de mulheres lésbicas e bissexuais aos serviços

Ao serem questionadas a respeito das facilidades ao conduzirem os atendimentos de lésbicas e mulheres bissexuais nos serviços de saúde, observou-se que a existência de profissionais lésbicas e bissexuais na equipe é um facilitador nas experiências de atendimento:

[...] acho que o fato do feminino. Talvez, o fato delas carregarem ainda em si essa questão do feminino. Acho que houve uma identificação simbolicamente do feminino. (S1).

[...] o fato de ser uma mulher lésbica acho que me ajuda. (S9).

[...] acreditamos que qualquer unidade de saúde tem que ter uma visão holística, onde possamos ver um todo por igual. Uma vez que, um olhar amplo no atendimento pode facilitar o acolhimento do paciente. E, incluo ainda, que temos mulheres lésbicas e/ou bissexual em nossa equipe, o que nos capacita todos os dias. (S12).

Ainda sobre os facilitadores de acessos e atendimentos, ao serem questionadas sobre quais facilidades elas acreditam ser necessárias para conduzirem esses atendimentos, as profissionais afirmaram que:

[...] acho que seria de grande valia que esses profissionais fossem capacitados para isso dentro das unidades. Para que eles pudessem a abrir o espaço para escuta, muito mais do que o tratamento. Porque eu acho que a escuta é secundária e abrir grupos de escutas para saber o que essas mulheres trazem de demandas, de experiências, de sofrimentos, em questões familiares, de relacionamento. Acho que falta escuta! (S1).

Não ter preconceito. (S9).

[...] a rede poderia facilitar o acesso das demandas das profissionais da ponta. (S11).

Observou-se, contudo, que os facilitadores dependem exclusivamente do olhar de cada profissional. Além disso, para o cuidado integral de mulheres lésbicas e bissexuais, é preciso o estabelecimento de vínculo, reconhecimento e respeito à singularidade, desconstruindo todas as formas de violência, estigma e discriminação^{4,12}. Isso influencia na construção de espaços que possam acolher essas mulheres e profissionais de saúde que, por um lado, não conheceram as reais necessidades e, por outro, ao serem afetados pelo preconceito e discriminação, contribuam para o cuidado fragmentado.

O respeito ao direito à saúde esteve presente nas narrativas das entrevistadas, sendo visto como um dificultador no cuidado às mulheres lésbicas e bissexuais. Todavia, há uma dificuldade por questões religiosas e posturas conservadoras:

[...] é mostrar por outro que trabalha com você, que aquela pessoa tem direitos e que ela precisa ser respeitada. Mas o que me deixa angustiada é o profissional querer doutrinar essa pessoa [religiosidade]. (S2).

[...] senti dificuldade quando ela me perguntou se o profissional que eu estava encaminhando seria uma pessoa sensível. (S10).

Há uma preocupação com a necessidade de mudança no olhar das profissionais com

posturas conservadoras. Corroborando um documento do Ministério da Saúde, os conservadores acham que esse não é um problema a ser debatido no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esse debate visto como uma pauta não realizada nos serviços, exceto nos serviços especializados de atendimento a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/aids³.

Outro aspecto relevante nas entrevistas diz respeito ao constrangimento das mulheres lésbicas e bissexuais ao revelar ou não sua orientação sexual, por terem vivenciado experiências negativas durante o atendimento, quando pressionadas a revelar sua orientação sexual¹².

[...] ouvir o sofrimento e não ter pra onde direcionar no momento. (S7).

[...] perceber o constrangimento da paciente. (S9).

Cabe destacar que as consultas devem ser permeadas da construção de vínculo, levando essas mulheres à livre revelação da sua orientação sexual, quando elas têm o direito de revelar ou não aos profissionais. Isso implica, durante o cuidado, considerar as diversas possibilidades de prevenção e condutas existentes para cada uma das práticas sexuais informadas¹⁴.

A falta de espaço de acolhimento para mulheres lésbicas e bissexuais é uma realidade enfrentada diariamente por elas, aparecendo como dificultador trazido nos relatos das profissionais:

[...] falta de espaço na unidade para que pudéssemos fazer este atendimento, espaço físico e profissional, partindo da gestão para que o profissional, possa criar esses trabalhos. (S1).

[...] talvez por eu ser mulher, eu não tenha nenhuma dificuldade. Acredito que a maior dificuldade está nessas mulheres não se sentirem confortáveis em ser atendidas por homens. (S5).

As profissionais demonstraram incômodo pela inexistência de espaços para atender

mulheres lésbicas e bissexuais. Tal sentimento pode ser compreendido pela ausência desse diálogo nos espaços de formação e pelo entendimento de que o SUS é universal, equânime e integral. No entanto, a falta de visibilidade e representatividade dessas mulheres contribui para a perpetuação do estigma, da discriminação e da violência simbólica^{9,10} que elas enfrentam. Assim, é fundamental que mulheres lésbicas e bissexuais aproximem as suas vivências dos profissionais de saúde³.

Conclusões

Apesar do reconhecimento de que a diversidade no cuidado à saúde da mulher faz parte do cotidiano das profissionais, as demandas e as especificidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais ainda são pouco valorizadas nas práticas de cuidados, mantendo protocolos heteronormativos, desvalorizando, assim, suas trajetórias e práticas sexuais.

No município de Belford Roxo, as unidades de saúde, em relação a estruturas, não estão preparadas para acolher as demandas dessas mulheres, ou seja, que tenham programas que abranjam as questões de gênero e orientação sexual. Embora as entrevistadas tenham demonstrado empatia a esse grupo social, sabe-se que não é suficiente para melhorar, de maneira geral, a qualidade do atendimento, pois são ações pontuais, não estruturais. Nesse sentido, existe a necessidade de refletir sobre o processo de cuidado a partir da perspectiva do gênero e da sexualidade. Além disso, traz a ênfase para a necessidade de uma formação profissional e educação permanente que contemple a integralidade do cuidado à saúde, o que implica o diálogo sobre políticas públicas LGBTQIA+ e a abordagem e o reconhecimento das demandas e especificidades dessa população. Isso possibilita maior acolhimento e pertencimento no momento que essa população procura unidades de saúde para atendimento, caminho para desconstruir a perpetuação do *habitus* heteronormativo nas práticas de cuidados e da violência simbólica.

Por fim, o diálogo sobre a diversidade feminina, acerca do conhecimento e da materialização da PNSI-LGBT é essencial para os profissionais e gestores, de modo a promover mudanças nesse cenário, minimizando as dificuldades de acesso de mulheres lésbicas e bissexuais aos serviços de saúde, nos quais suas experiências sejam valorizadas. Além disso, trazer ênfase ao conhecimento sobre em que medida a política de saúde da população LGBTQIA+ vem sendo abordada nos currículos e está na agenda de compromissos da gestão municipal, a fim de garantir os direitos dessa população nos serviços de saúde.

Colaboradores

Silva SCC (0000-0001-6452-221X)* contribuiu para elaboração e construção do delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Silva NA (0000-0001-5383-2618)* contribuiu para confecção do artigo, participando ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do manuscrito. Tenenblat MJT (0000-0002-8109-5712)* e Pereira EA (0000-0001-6681-5016)* contribuíram para a revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Araújo LM, Penna LHG. A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher. *Rev. Enferm UERJ*. 2014; 22(1):134-138.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Brasília, DF: MS; 2014.
4. Silva AN. Políticas públicas de saúde voltadas as lésbicas: analisando o contexto de produção dos textos e das práticas de cuidados. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueiras; 2021.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: MS; 2013.
6. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc*. 2008; 17(2):11-21.
7. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2016. p. 72-95.
8. Gomes R, Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 109-132.
9. Bourdieu P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva; 1992.
10. Bourdieu P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Russel; 1998.
11. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 2009; 25(supl2):s291-s300.
12. Silva AN, Gomes R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. Ciênc. saúde coletiva. 2021; 26(supl3):5351-5360.
 13. Santana ADS, Lima MS, Moura JWS, et al. Dificuldades no acesso aos serviços de saúde por lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. Rev. enferm UFPE. 2020; 13:e243211.
 14. Milanez LS, Nabero APP, Silva AN, et al. Saúde de lésbicas: experiências do cuidado das enfermeiras da atenção básica. Ciênc. saúde coletiva. 2022; 27(10):3891-3900.
-

Recebido em 18/11/2023
Aprovado em 15/12/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Girianelli

Trem das cores, estação Valença/RJ: itinerário pela saúde LGBTQIA+ no SUS e seus significados

Trem das Cores (Train of Colors), Valença/RJ Station: itinerary through LGBTQIA+ health in SUS and its meanings

Claudio Roberto da Silva Magalhães¹, Adriana Miranda de Castro²

DOI: 10.1590/2358-28982023E19067P

RESUMO Mesmo diante de conquistas recentes, o acesso à saúde pela população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais e outras (LGBTQIA+) ainda é marcado por diversas barreiras, especialmente nos contextos interioranos, em que a oferta de serviços especializados é menor. O objetivo deste artigo, portanto, é trazer à luz aspectos relacionados com a saúde desses sujeitos fundamentado nos seus itinerários terapêuticos e, assim, contribuir para a reorientação das práticas de cuidado com enfoque nas potencialidades da Atenção Primária à Saúde (APS) como dispositivo do sistema de saúde. Baseado na análise de respostas a um questionário e de narrativas obtidas com entrevistas semiestruturadas, constitui-se então este trabalho exploratório e descritivo que busca compreender aspectos relativos à saúde e seus significados para a população LGBTQIA+. A análise vai ao encontro dos apontamentos de outros autores com os quais o estudo dialogou e destaca a APS como equipamento fundamental na rede pública para a garantia do direito à saúde dessa população, considerando os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e os atributos da rede de cuidados primários.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas LGBTQIA+. Integralidade em saúde. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *Even in the face of recent achievements, access to healthcare for the Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite, Transsexual and Transgender, Queer, Intersex, Asexual, and other (LGBTQIA+) population. Therefore, this article's objective is to shed light on aspects related to the health of these individuals based on their therapeutic itineraries and thereby contribute to the reorientation of care practices with a focus on the potential of Primary Health Care (PHC) as a health system device. This exploratory and descriptive study seeks to understand aspects of health and its meanings for the LGBTQIA+ population based on analyzing answers to a questionnaire and narratives obtained through semi-structured interviews. The analysis is in line with the findings of other authors with whom the study dialogued and highlighted primary care as fundamental equipment in the public network to guarantee the right to health for this population, considering the guiding principles of the SUS and the attributes of the primary care network.*

KEYWORDS LGBTQIA+ persons. Integrity in health. Primary Health Care. Health policy.

¹Centro Universitário de Valença (Unifaa) - Valença (RJ), Brasil.
userclaudio@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A discussão acerca da saúde de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais e outras (LGBTQIA+) é bastante recente na história da saúde pública brasileira. Apesar do longo caminho percorrido pelos movimentos sociais, ainda não se alcançou a equidade no atendimento a essa população no Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo um desencontro aos princípios doutrinários que regem o SUS¹ e àquilo que é preconizado nas políticas públicas em saúde para essa população^{2,3}.

Desse modo, a despeito do Processo Transsexualizador no SUS, instituído em 2008, revisto e ampliado em 2013², e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), de 2011³, o acesso e a qualidade do serviço prestado a essa população são ainda considerados excludentes, contribuindo para situações de vulnerabilização desses sujeitos⁴. Os diversos obstáculos por eles enfrentados marcam o distanciamento das unidades de saúde ou acarretam a prestação de serviços de má qualidade^{5,6}.

Especificamente em relação às pessoas transgêneras, destaca-se a falta de profissionais e de unidades especializadas. No Brasil, em 2023, havia apenas cinco hospitais habilitados para atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos. Além disso, muitas das unidades de atendimento ambulatorial estão localizadas em cidades de maior porte. Nota-se, ainda, que as ofertas se centram em parte do que é preconizado pelas normativas vigentes, colocando esse segmento da população em situação de maior risco e vulnerabilidade^{6,7}.

Percebe-se que persistem abordagens que vinculam o atendimento da comunidade LGBTQIA+⁸ às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, no caso das pessoas transgêneras, enfocam a redesignação sexual como único desfecho almejado⁸. Dessa forma, é necessário e urgente trabalhar pela existência efetiva de um modelo de cuidado singularizado e integral.

A compreensão da diversidade e da pluralidade de experiências dos sujeitos implica a construção de um atendimento que se dedique às demandas específicas – negligenciadas e/ou conhecidas – da população LGBTQIA+. No entanto, isso não significa que sua atenção à saúde deva se fazer exclusivamente em ambulatórios especializados, muitos deles criados em serviços direcionados às IST/HIV ou decorrentes de sua transformação, perpetuando a correlação doenças venéreas/anormalidade e reconhecendo a dificuldade em acolher essa população em serviços de saúde abertos a toda a sociedade^{5,8}.

Entende-se que a garantia de abordagens singularizadas e integrais à saúde é parte constitutiva da Atenção Primária à Saúde (APS), que se projeta como ambiente propício para algumas das ações afirmativas de direitos da população LGBTQIA+. Buscando garantir mais acesso e maior resolutividade com respeito às especificidades de cada paciente, a APS emerge como importante ator para minimizar as desigualdades e a exclusão desse grupo social, objetivando efetivamente a equidade em saúde, um dos princípios sobre o qual está estruturado o SUS^{9,10}.

Reconhece-se, porém, que ainda existem equipes despreparadas e unidades que não fornecem ambiente acolhedor, que respeite e perceba essa população como grupo vulnerabilizado e com necessidades específicas em saúde quando comparado à população geral⁹. Assim, faz-se importante que sujeitos LGBTQIA+ sejam ouvidos sobre aspectos relativos à sua saúde com base em seus itinerários terapêuticos, contribuindo para a integralidade do cuidado na APS.

Nessa direção, apresenta-se um extrato da pesquisa ‘Saúde da população LGBTQIA+ na atenção primária à saúde em Valença/RJ: barreiras e potencialidades para o cuidado integral’, registrada no sistema CEP/Conep com o CAAE 54947222.9.0000.5240, número do parecer 5.335.681, como previsto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e realizada com recursos próprios dos autores,

na qual foram entrevistados moradores LGBTQIA+ do município do interior do estado do Rio de Janeiro.

Material e métodos

Este trabalho dá voz e detalha aspectos relacionados com as vivências em saúde de algumas pessoas LGBTQIA+ na cidade de Valença, município do Sul Fluminense, herdeiro de uma vocação rural e agrícola, que experimentou seu auge econômico nos períodos da exploração agrícola cafeeira e da indústria têxtil¹¹. Atualmente, possui uma população de 68.088 pessoas habitando sua sede e 6 distritos¹² – e, assim como várias outras regiões do Brasil, traz profundas marcas do passado colonial em que se investiu na dominação dos indígenas e na escravidão¹¹.

No período da pesquisa, o setor de serviços é a principal atividade econômica e tem, na Fundação Dom André Arcoverde (FAA), mantenedora do Centro Universitário de Valença, um dos principais empregadores da cidade. Dentre os cursos superiores por ela mantidos, destaca-se o Curso de Medicina com aproximadamente 200 novos alunos por ano. Seus discentes ocupam toda a estrutura de serviços de saúde gerida diretamente pela Fundação, no caso do Hospital Escola de Valença (HEV), e pelo Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino/Saúde (Coapes) que, assinado em 2018 com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), articula a integração ensino-serviço-comunidade nas 27 unidades de APS, alcançando 90% da população^{11,13}.

Segundo a pesquisa ‘Mosaico Brasil’, em Valença, cerca de 9% dos homens se definem como gays; outros 3%, como bissexuais; e os 88% restantes, como heterossexuais. Entre as mulheres, 6% disseram ser lésbicas; 4%, ser bissexuais; e 90%, heterossexuais¹⁴. Considerada a população do município, há em torno de 7 mil pessoas que se declararam LGBTQIA+ e se beneficiariam de acolhimento qualificado e integral na APS, capaz de olhar suas especificidades, bem como de terem seus

direitos e especificidades incluídos no plano municipal de saúde, o que não acontecia no documento vigente entre 2018-2021¹¹.

Desse cenário, emergiu essa pesquisa, um estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, que se desenvolveu em duas etapas: 1) difusão em plataformas digitais de um questionário auto-aplicável elaborado no *software* Google Forms, cujo objetivo era levantar perfil socioeducativo, necessidades em saúde, busca e acesso por serviços de saúde, percepção quanto à atenção em saúde, conhecimento sobre a PNSI-LGBT³ e o Conselho Municipal LGBT; e 2) realização de entrevistas semiestruturadas¹⁵, que objetivava acessar as percepções e as experiências vividas pela população LGBTQIA+ na busca por cuidado em saúde no município de Valença/RJ, em especial, na APS.

Na primeira etapa, divulgou-se um convite para participar da pesquisa com *link* para o questionário. A mensagem foi enviada para sujeitos-semente do movimento social LGBTQIA+ escolhidos por conveniência, que, tendo em vista a técnica *snowball*¹⁶, a disseminariam a fim de atingir o maior número possível de respondentes no período de 90 dias, no qual o questionário esteve aberto. O instrumento constituía-se de 34 perguntas fechadas para seleção de uma das alternativas disponibilizadas.

A partir da planilha consolidada com as 58 respostas obtidas, excluíram-se participantes que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, menores de 18 anos, autodeclarados cisgênero e heterossexuais. Entre os 53 questionários validados, não havia sujeitos autodeclarados intersexo nem queer, mas alguns participantes se afirmaram dentro do espectro não binário de gênero. Com base nas informações do questionário e buscando garantir a representatividade de cada grupo LGBTQIA+, consideraram-se: a autodeclaração quanto à identidade de gênero e à orientação sexual; a utilização dos serviços públicos de saúde, especialmente da APS; os marcadores sociais da diferença (cor da pele

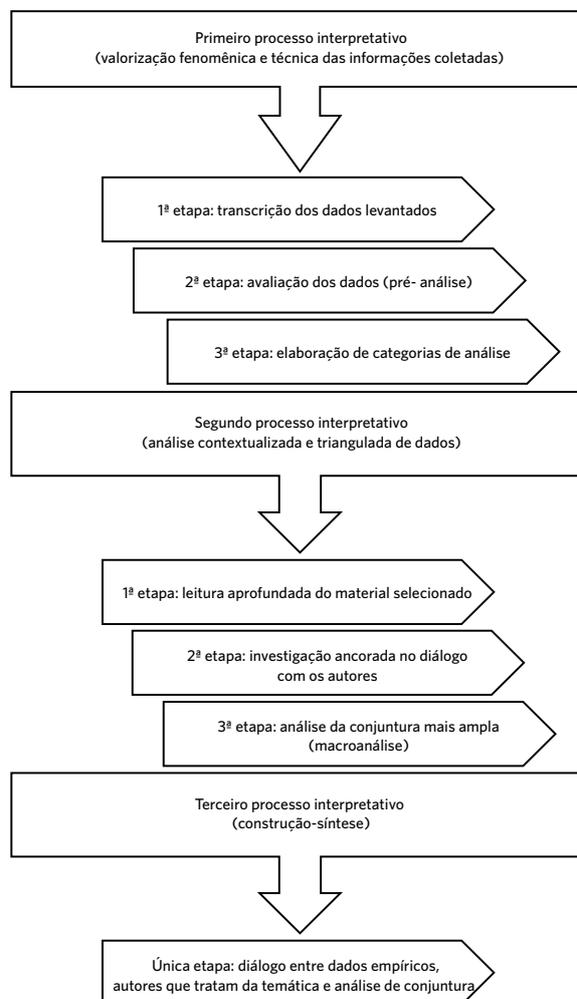
ou etnia, idade e escolaridade); a disposição em seguir na pesquisa; e ter informado contato (telefone, celular ou *e-mail*) a fim de selecionar sujeitos para a segunda etapa da pesquisa. Tais critérios de inclusão significaram um total de 29 possíveis entrevistados, dos quais conseguiu-se efetiva participação de 9 sujeitos na segunda etapa.

Nessa fase, pois, aconteceram nove entrevistas ancoradas em um roteiro semiestruturado, que possibilitou a emergência das narrativas e um processo de construção de sentidos, no qual as histórias contadas abriam espaço para outras histórias em um encadeamento em que

o enredo não era modificado e se abriam diversos caminhos para assuntos não previstos e em conexão com a pesquisa e o interesse do pesquisador para compor o relato. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Durante todo o processo foram respeitados os aspectos éticos e o projeto foi aprovado conforme Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) de número 5.335.681.

O processo de análise do material orientou-se pela proposta esquematizada na *figura 1*, sintetizada por Marcondes, Brisola¹⁷.

Figura 1. Esquema analítico



Fonte: elaboração própria com base em Marcondes e Brisola¹⁷.

No intuito de seguir o compromisso de sigilo e anonimato, os entrevistados foram identificados na pesquisa com as cores da bandeira

LGBTQIA+ proposta em 2018¹⁸. Assim, deseja-se também demarcar a importância dos símbolos das lutas por direitos (*quadro 1*).

Quadro 1. Sujeitos de pesquisa

Cor da Bandeira LGBTQIA+	Identificação	Perfil
Rosa	Rosa	Jovem, autodeclara-se mulher trans e travesti indiscriminadamente na entrevista. Nasceu e vive em Valença
Azul	Azul	Jovem, homem trans
Marrom	Marrom	Jovem, mulher trans, que se autodeclara parda
Preto	Preto	Jovem, homem cis, que se autodeclara gay e negro
Violeta	Violeta	Jovem, mulher cis, que se declara bissexual
Índigo	Índigo	Homem cis, autodeclara-se gay e branco
Verde	Verde	Participante que se declara não binário
Amarelo	Amarelo	Jovem, mulher cis, lésbica, branca e loira
Cinza	Cinza	Participante que se declara assexual

Fonte: elaboração própria.

Nesse quadro sintético dos personagens, optou-se por trazer para o artigo apenas os modos como se autodeclararam os sujeitos, que remetem àquilo que cada um prioriza no momento de se apresentar. É importante sublinhar que as identidades sexuais e de gênero se desenvolvem aconradas em inúmeros mecanismos e em diversas intersecções. A identidade é o que diferencia as pessoas como indivíduos em determinadas posições culturais, políticas e econômicas existentes em cada sociedade; e, entre as várias identidades, assumem-se também identidades sexuais ou de gênero¹⁹, as quais aparecem representando os sujeitos então categorizados na sigla LGBTQIA+.

Define-se como identidade de gênero, portanto, a percepção que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independentemente de sexo biológico²⁰. Assim se declaram os sujeitos entrevistados:

Eu sou uma pessoa muito feminina, mas a minha namorada que não é uma pessoa tão feminina... (Amarelo).

[...] me identificar como uma pessoa LGBTQIA+, né!? Um homem gay cis. (Índigo).

Eu olho pro G que é letra que eu pertença dentro da sigla... (Preto).

Eu sou uma mulher cis bissexual. (Violeta).

Agora ninguém pode me chamar de viadinho, eu sou travesti! (Rosa).

Eu sou uma mulher transtravesti. (Marrom).

Sentia que não fazia parte da realidade e então fui descobrindo que havia pessoas trans e comecei a me identificar. (Azul).

Sou um homem gay demisssexual, existe uma ramificação da minha sexualidade. (Cinza).

Quando alguém me pergunta sobre minha sexualidade eu digo que bate mais com pansexual. E quanto a gênero, eu não me identifico totalmente enquanto homem, mas também não me identifico como mulher, tô nesse processo de estudar mais sobre a não-binariedade. (Verde).

Nessas falas, identificaram-se, além da percepção de si em relação aos gêneros, os direcionamentos sexuais desses sujeitos, encampados na sigla que busca representá-los também por essas suas características, portanto, incluindo lesbiandades, homossexualidades e plurissexualidades, bem como outras possibilidades de identificação em relação ao gênero e à sexualidade^{19,20}.

Trata-se de momento importante para dialogar com a estratégia de implementação de políticas identitárias resultantes da luta constituída pelos movimentos civis organizados em diálogo com o Estado, em especial, a PNSI-LGBT. Portanto, é necessário articular esse diálogo entre o que se tem como política instituída e o que se alcança na prática, objetivando aprimorar o cuidado em saúde a que todos,

todas e ‘todes’ têm como direito assegurado na Constituição Federal de 1988 (CF/88), na estrutura normativa e organizacional do SUS, no arcabouço programático da PNSI-LGBT, bem como em outras políticas identitárias ou ações para afirmação de direitos^{2,3,21}.

Resultados e discussão – O que é ter saúde para você?

Inicia-se a análise sobre o conceito de saúde para os participantes da pesquisa trazendo aquilo que emergiu nas respostas à pergunta: ‘o que é ter saúde para você?’. Assim, selecionaram-se algumas respostas, organizando-as de acordo com os sentidos no *quadro 2* a seguir:

Quadro 2. Significados de saúde

O corpo	Ausência de doença. Ter responsabilidade com o próprio corpo e obter meios para que isso seja possível. Ter imunidade boa e ficar doente poucas vezes. Livre acesso à rede pública de saúde para exames de rotina, para que meu corpo permaneça em pleno funcionamento, livre de infecções, doenças ou quaisquer coisas que não o permitam estar em pleno funcionamento. Poder ter acesso a profissionais e acessibilidade a medicamentos. Estar saudável. Estar bem e nada me limitar.
O corpo e a mente	Mentalmente em paz. Saúde para mim é estar bem fisicamente e mentalmente. Ter o corpo saudável, não somente a parte física como a mental, dentro de um equilíbrio. Gozar de bem-estar físico e mental, na medida do possível. Ter bem-estar físico e mental. Bem-estar físico e mental. Estar bem tanto física quanto mentalmente. Está bem física e psicologicamente. Bem-estar físico e mental. Estar bem orgânica, física e mentalmente. Cuidado com o corpo e a mente. Saúde é o bem-estar físico e psicológico. É ter um combo de estar saudável fisicamente e mentalmente. Se sentir bem para realizar o que deseja fazer, mentalmente e fisicamente. Equilíbrio e plenitude.
O corpo, a mente e os contextos sociais	Bem-estar biopsicossocial. Não estar doente biopsicossocial. Bem-estar físico, emocional e social. Bem-estar físico, emocional e boa qualidade de vida. É o estado de bem-estar físico e biopsicossocial. Um completo bem-estar físico, mental e social. Estar bem comigo mesmo e com o meio em que convivo. Paz de espírito, tranquilidade mental e aceitação de tudo e todos, inclusive de mim a cada momento. Qualidade de vida relacionado com aspecto, físico, mental e social. Ter saúde é mais que a ausência de doença, é ter qualidade de vida. Vida digna e acesso à saúde pública de qualidade. Estar bem com o próprio corpo, ter acesso básicos como saúde educação lazer etc. Saúde é ter bom estado físico, mental, espiritual, acesso a moradia, conforto, trabalho, educação, com orientações sobre hábitos de vida, é ter lazer e apoio socioeconômico.

Quadro 2. Significados de saúde

	Creio que ter saúde é sobre estar se sentindo bem, possuir qualidade de vida; estar com corpo e mente sã, sem nenhum fator limitador ou que me impeça de ter uma vida longa, produtiva e feliz. Possuir bem-estar completo.
Uma dimensão política	É ter acesso com facilidade ao mínimo que eu, enquanto cidadão, mereço em casos de doenças. É ter acesso aos medicamentos necessários para minha transição e ser bem atendida e respeitada no ambiente de saúde. Acesso universal as políticas públicas de saúde e todas as esferas de governo. Ter saúde, a meu ver, está ligado à qualidade de vida, o que dependerá das particularidades de cada indivíduo. Acredito que ter saúde esteja ligado também ao acesso à saúde e às políticas de saúde pública.

Fonte: elaboração própria.

Diante de um conjunto vasto de interpretações e referenciais na concepção de saúde, o primeiro bloco representa algumas respostas que se associam à concepção de saúde centrada no corpo biológico²², que, nas palavras de Cinza, tem o significado de estar com “*saúde plena, gostando de como eu durmo e acordo, como me alimento, de tudo, tá tudo muito bom assim*”. Portanto, o corpo, para estar em equilíbrio, seria objeto de ações direcionadas à manutenção e ao restabelecimento de suas funções²².

O segundo bloco representa aquelas respostas nas quais há a expressão da saúde relacionada com o bem-estar físico e mental, adotando uma perspectiva de continuidade entre o somático e o psíquico, em que corpo e mente se inter-relacionam^{22,23}. Nessa perspectiva, emerge a importância que a saúde mental vem adquirindo, tanto pelo deslocamento dos conceitos quanto pela ressignificação do sofrimento psíquico como sofrimento legítimo e passível de abordagem terapêutica²³.

Meus pais me levaram ao psiquiatra, mas não cheguei a me consultar porque ela não atendia criança e os meus pais têm muito preconceito com psiquiatra. Eles sabem que eu tenho transtorno e tomo remédio, mas acham que isso é por escolha minha. Como era muito nova eles tinham que concordar, eles só concordaram com psicólogo, psicólogo é saúde também. (Violeta).

Esse fato merece ser analisado tomando como referência as estatísticas, em que a

população LGBTQIA+ figura entre os grupos com maior prevalência de sofrimento psíquico, maior incapacidade causada pelo sofrimento e, conseqüentemente, piores desfechos em saúde, em relação direta com a discriminação enfrentada. Entre os principais diagnósticos psiquiátricos nessa população, figuram depressão, transtornos ansiosos, problemas relacionados com o uso de substâncias, transtornos alimentares e relativos à imagem corporal²⁴.

Para além dessas estatísticas, é importante trazer os relatos que traduzem o sofrimento a que estão submetidos esses sujeitos:

No ensino médio, eu já tinha certeza de quem eu sou; só que ainda assim, como é uma coisa que fica gravada na gente, ainda tinha certo preconceito com minha sexualidade. Foi quando eu tive um episódio depressivo, aí juntou tudo, escola, família, trabalho, relacionamento... (Verde).

A saúde mental... eu poderia ser menos ansioso, mas a quantidade de exercício que faço tem me ajudado, tenho ficado bem tranquilo, sentido pouca angústia. (Cinza).

Eu conhecia a X, ela me pedia várias dicas, me falava as coisas que aconteciam. Eu me vejo tanto na situação dela, eu sinto que se eu não tivesse os privilégios que eu tenho hoje eu ia tá no lugar dela. Não quero que ninguém faça isso nunca mais, não quero nenhuma travesti morrendo, se matando. Isso dói em mim! (Rosa).

Infelizmente, o suicídio é um dos desfechos previstos quando se fala sobre essas identidades dissidentes em decorrência das opressões que sobre elas incidem, correlacionando tal fato com dados que demonstram sua maior prevalência nessa categoria identitária²⁴. Vinculadas às questões de saúde mental, emergem a ideia da vigilância constante sobre as vidas LGBTQIA+ e as opressões que daí emanam, reforçadas em contextos interioranos, resultantes diretamente da discriminação e da interdição de suas vivências, pois essas

[...] pessoas tão na linha de frente, a população trans e travesti, que são espancadas e morrem, aí tem todo um julgamento da sociedade em cima daquela pessoa porque ela fez isso, as pessoas começam a questionar, levantar possibilidades como se tivessem esse poder de exercer esse questionamento da vida de outra pessoa. (Preto).

No bloco analítico seguinte, considera-se a saúde na perspectiva biopsicossocial. É interessante destacar que tal compreensão, ao considerar as questões sociais na definição de saúde, inova ao agregar essa dimensão da vida dos sujeitos no processo saúde-doença, reforçando a ideia de inexistência de uma separação entre mente e corpo e, simultaneamente, colocando o ser humano integral como afetado e constituído pela sociedade em que vive²². Ter saúde é ter “*paz de espírito, tranquilidade mental e aceitação de tudo e todos, inclusive de mim a cada momento*” (Marrom).

Por fim, aflora a indissociabilidade entre saúde e política, aproximando as pessoas do que se denomina conceito ampliado de saúde, um processo que envolve os aspectos social, político e econômico, sob influência significativa do contexto em que os sujeitos estão inseridos. Logo, a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde^{2,11,25}.

A minha saúde de maneira geral além disso [acompanhamento em hormonização] não tem nenhuma outra necessidade não. A mente volta e meia tem uma instabilidade ali, mas nada que eu não possa me aprumar e falar ‘olha garota, não é bem assim, você tá muito ansiosa, controla esses nervos’, eu acho que coisas do cotidiano que todas as pessoas passam, afinal estamos num [momento] que tá difícil pra emprego, tá difícil a questão da alimentação também, então preocupações cotidianas que assolam a mente. (Marrom).

Percebe-se, então, que, ao falar de saúde integral, é necessário atentar às necessidades para além da concepção de saúde na lógica da doença orgânica ou disfunções. Consoante ao conceito ampliado de saúde, fazer saúde demanda articulação entre diversos saberes e instituições, visando à garantia desse direito previsto na CF/88^{3,21,22}. Ademais, aponta caminhos possíveis nos quais a APS deve figurar como central na efetivação das principais políticas públicas de saúde^{4,8}.

Rumo à integralidade do cuidado: APS em destaque

Os cuidados à população LGBTQIA+ ainda se encontram fragmentados, organizados em centros especializados nas cidades de maior porte e vinculados a hospitais universitários principalmente^{5,7,9}, sendo necessário repensar nas práticas e nas redes de cuidado consoante às suas necessidades população. Nesse sentido, alcançando os mais diversos territórios, a APS desponta como local para efetivação das propostas que constam nas diretrizes e políticas pensadas para corrigir iniquidades a que essas pessoas estão sujeitas^{3,8}.

Diante da importância desse dispositivo no sistema de saúde, serão analisados alguns dos atributos da APS²⁶ que emergiram das entrevistas conforme disposto no quadro 3. Na perspectiva deste trabalho, a integralidade só será alcançada na garantia de que os atributos da APS sejam operados de modo que a análise quanto à sua presença e ao seu funcionamento seja transversal a todo o processo da pesquisa efetuada.

Quadro 3. Atributos e responsabilidades da APS

Atributos e responsabilidades da APS em saúde LGBTQIA+	
Saúde Integral	Acesso no primeiro contato (dimensões do acesso)
	Coordenação do cuidado
	Longitudinalidade do cuidado
	Capacidade de resolução dos problemas
	Orientação familiar e comunitária
	Educação em saúde
Barreiras e potencialidades	

Fonte: elaboração própria.

A APS deve ser a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e, portanto, de fácil e oportuno acesso aos serviços, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis em saúde integral²⁶. Quando o acesso está comprometido todos os fluxos de cuidado que ficam inviabilizados, pois “*se eu não tenho acesso à saúde, como tentar buscar ajuda, mesmo que na saúde pública? É onde eu tenho acesso desde sempre*” (Preto).

Assim, é necessário lançar luz sobre o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde⁴. Partindo do princípio da integralidade do cuidado, é urgente conferir a elas a atenção necessária de modo a reparar iniquidades e

discutir os pormenores da saúde dessa população, o acesso, o acolhimento, a forma que o SUS trabalha com essa população como as demandas específicas dela. (Índigo).

Do contrário, ocorrerá a vários outros sujeitos a mesma situação que sucedeu a Marrom.

[...] eu já venho correndo atrás [da hormonização] há praticamente 2 anos; dei início na Bahia e foi extremamente difícil porque a minha cidade era uma cidade que não oferecia acessibilidade nenhuma, então eu tive que ir pra capital. (Marrom).

Verifica-se prejudicada a primeira dimensão do acesso caracterizada pela ausência física de serviços, equipamentos e recursos humanos no local apropriado e quando são necessários²⁷.

Desse modo, tanto por questões geográficas quanto em decorrência das exigências protocolares do processo transexualizador, a ampliação do acesso prevista na PNSI-LGBT ainda não se concretizou porque, mesmo na capital,

[...] eles falaram pra mim que ia precisar de um laudo do psicólogo, não disponibilizavam o psicólogo lá porque eu não era da capital. No SUS foi muito complicado achar um psicólogo; particular eu não tinha condições de pagar na época. (Marrom).

Aqui desponta outra dimensão do acesso, a capacidade de pagamento, que compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos²⁷, englobando o debate do financiamento do sistema de saúde, relacionando-se com alguns determinantes sociais da saúde, tais como renda e empregabilidade^{25,27}.

Já a aceitabilidade é a dimensão do acesso que compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades, sendo a dimensão menos tangível e mais difícil de ser avaliada, pois se relaciona com muitos fatores subjetivos, sociais e culturais da relação entre os usuários e os serviços. Além disso, tem como ponto-chave o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços²⁷, o que não acontece nas relações com a diversidade, como diz Amarelo:

Das vivências a que mais me marcou foi uma ida à ginecologista. Chegou aquela parte da anamnese que ela faz aquelas perguntas básicas e eu respondi que eu não era hetero. Aí a consulta mudou completamente, me deixou desconfortável o tempo todo, foi péssimo. (Amarelo).

O desconforto, a desconfiança quanto ao sigilo e o medo dos preconceitos surgem também na decisão de buscar serviços de saúde distantes dos locais de moradia, o que se radicaliza em uma cidade pequena. Verde se refere a essa dimensão do acesso ao narrar sua relação com a unidade de saúde do bairro onde sempre morou em Valença e sua motivação para não frequentar tal serviço para cuidados em saúde sexual, valendo-se de outro equipamento da rede.

Sempre fui muito bem atendido, mas nunca entrei em questão de sexualidade, gênero, nada; é um bairro onde todo mundo se conhece, conhece toda a minha família e tals... Então eu vi que poderia ser HPV e então eu quis falar com alguém que não tivesse qualquer proximidade com a minha família, então eu fui na Casa Coletiva. (Verde).

Por fim, tem-se a informação como dimensão essencial para a compreensão das demais analisadas. A assimetria de informação, quando uma das partes do sistema possui conhecimentos que outras partes do sistema não detêm, inviabiliza o acesso de forma adequada e prejudica a efetividade do cuidado²⁷. A despeito do que está previsto na PNSI-LGBT e dos princípios do SUS^{3,21}, percebe-se que as informações sobre direitos, políticas e serviços em saúde circulam pouco e mal, remetendo à invisibilização desse grupo populacional.

Estou há quase cinco anos na cidade de Valença e pude conhecer várias pessoas LGBTQIA+, ter mais contatos com homens gays; pude perceber a falha de informação em relação às IST, falta de informação relacionada à PrEP e PEP. Acredito que poderia ser pensado em maneiras de fazer com que

a informação chegasse a todos, agora falo sobre isso até com pessoas não LGBTQIA+. (Preto).

Várias dessas características do acesso retratam as desigualdades que se perpetuam na nossa estrutura social. Então, na perspectiva do acesso, pode-se dizer que as narrativas desta pesquisa se conectam à situação geral do sistema saúde que, apesar dos avanços, permanece iníquo²⁸. Aqueles que mais necessitam dos serviços públicos de saúde são justamente os que se concentram nos grupos sociais menos privilegiados da sociedade, como a população LGBTQIA+, e são eles mesmos que têm menor probabilidade de utilizar esses serviços pelas inúmeras barreiras existentes^{3,28}.

Outro atributo importante da APS é a coordenação do cuidado²⁶, entendido a partir do conceito ampliado de saúde, como emerge nas palavras de Índigo:

[É preciso] pensar também nas questões de vulnerabilidade, a gente precisa do trabalho intersetorial com a assistência [social]. Tem pessoas que não têm casa, pessoas trans e pessoas homossexuais que vão ser expulsas de casa e aí eu acho que o trabalho intersetorial é importante pra pensar essas questões de vulnerabilidade social, violência familiar. Por isso eu acho que talvez, se a gente tivesse alguma capacitação, pelo menos a gente daria conta de fazer o nosso papel de coordenar o cuidado dessas pessoas. (Índigo).

Nessa direção, consoante ao previsto nas atribuições da APS, trata-se de ordenar e reorientar o modelo de atenção à saúde tanto naquilo que remete à clínica *stricto sensu* quanto no que se refere à promoção da saúde e à saúde integral²⁶.

Muitas condições referentes à saúde da população LGBTQIA+ poderiam ser acolhidas na APS, conforme já ocorre em alguns municípios brasileiros que organizaram linhas de cuidado em saúde LGBTQIA+ com seguimento longitudinal e estruturadas na APS^{29,30}. Uma crítica ao processo transexualizador instituído no âmbito do SUS consiste justamente em não

haver previsão de que a hormonização possa também ser realizada na APS com profissionais capacitados para esse cuidado^{9,29,30}.

Ofertar um cuidado integral à saúde exige conhecer bem todos aqueles que chegam ao serviço. No relato de Rosa, “*a gente não tem como chegar num posto de saúde e dizer ‘Olha, você vai me ajudar a fazer minha hormonização?’ porque hoje isso não é possível*”. Isso demonstra a necessidade de ampliação do acesso e, principalmente, da possibilidade de um diálogo claro acerca daquilo que facilita e/ou dificulta a garantia do direito à saúde na APS, mas não apenas nesse nível de atenção^{4,31}.

Nesse sentido, Índigo expressa sua motivação para aquisição de novas habilidades em relação aos cuidados que disponibilizam aos usuários LGBTQIA+ na APS e, também, as reflexões acerca das práticas em saúde já institucionalizadas que daí advêm:

Eu tenho aprendido muito com casos de pessoas trans que eu tenho apoiado no momento. E eu aprendo que surgem necessidades que agora eu sei que preciso estar atento, como a necessidade de laudo pra conseguir a cirurgia de retirada da mama, ou de colocação da mama, e aí encaminhar pra psiquiatria; talvez isso caia, tomara que não seja mais necessário. Enfim, saber organizar isso de antemão pra oferecer pro paciente. (Índigo).

Índigo percebe que a importância de assumir um papel de facilitador da longitudinalidade do cuidado, ampliando sua capacidade de resolução de problemas e coordenando o processo^{4,26}. Entretanto, ficam claros os limites na APS tendo em vista os rígidos protocolos instituídos para que alguns sujeitos tenham acesso às intervenções que necessitam, como a ‘psiquiatrização’ da transexualidade expressa nos laudos médicos e/ou psicológicos, que condicionam a possibilidade ou não das modificações corporais^{9,31}.

Merece destaque, no entanto, que são urgentes os processos de sensibilização e de educação permanente dos profissionais de saúde de maneira institucionalizada e contínua

para o cuidado integral à saúde LGBTQIA+, na medida em que o próprio Índigo demonstra certo despreparo na abordagem de mulheres lésbicas.

A maioria dos usuários do SUS que me vem à cabeça com essa pergunta são as mulheres lésbicas. [...] o fato de uma delas nunca ter tido sexo com penetração; e aí a questão da coleta do preventivo que não é necessária. [...] a gente precisa orientar uma outra forma de fazer prevenção de IST que tem algumas particularidades; por outro lado, elas têm menos risco de várias IST porque é um sexo com menos fluidos contaminados. (Índigo).

Com informações parcialmente baseadas em evidências e dificuldade de compreensão das necessidades em saúde das mulheres lésbicas, o que também acontece no caso das mulheres bissexuais, há grande chance de o resultado ser um cuidado de qualidade inferior e o afastamento dessas pessoas dos serviços de saúde.

A despeito, pois, do preconizado em políticas públicas de saúde, prevalece ainda a omissão dos responsáveis pela implementação de ações direcionadas a conferir maior qualidade de atenção à saúde dessa população. Isso se dá em sentido contrário ao disposto no plano operativo da PNSI-LGBT, um dos principais instrumentos na busca por saúde integral das pessoas LGBTQIA+³, que traz em seu texto:

O plano insere-se na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, considerando que a integralidade das ações depende da atuação de equipes interdisciplinares, prestando serviços de forma contínua às pessoas no seu contexto e atuando na qualidade de vida, na promoção da saúde, na prevenção, vigilância em saúde, na atenção básica e atenção especializada³⁽²⁸⁾.

Tal omissão, além de ferir diretrizes programáticas, interdita o acesso à saúde integral desse grupo populacional, acarretando piores resultados em saúde. Como consequência,

problemas comuns passíveis de serem acompanhados pela APS em suas tradicionais e implementadas linhas de cuidado deixam de receber o cuidado adequado; portanto, negligenciados, contribuem para maior carga de sofrimento e piores índices de saúde nessa população^{6,31}.

Não obstante as violências, as invisibilizações e as opressões, as pessoas LGBTQIA+ insistem na potência de viver, como aponta Índigo ao falar da experiência de X, a qual considera síntese da identidade-força que move o ser e da pouco explorada existência na cena rural:

[...] nesse lugar da pessoa que é pobre e tem um outro nível sociocultural, as forças do ser trazem isso, ela bota um vestido e se prepara mesmo morando nessa casa pobre na fazenda. Isso surge, isso encontra caminhos. (Índigo).

Conclusões

A APS é uma importante estratégia do Estado para a efetivação do direito à saúde previsto na CF/88 por consistir em um dos principais equipamentos da rede de saúde pública. Portanto, é fundamental compreender seu papel na consolidação do SUS como política de Estado considerando seus princípios e diretrizes.

É nesse nível de atenção que várias ações podem ser adotadas para realmente alcançar a integralidade no cuidado em saúde. Apesar disso, pouco se tem investido na capacidade da APS para acolhimento da população LGBTQIA+. Há algumas experiências interessantes em cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, e alguns profissionais que atuam nesse nível de atenção que desenvolvem o cuidado à população LGBTQIA+ de maneira singular. Entretanto, ainda há muito a fazer para que

se garanta a universalidade e a qualidade do cuidado a todos que têm na APS seu principal referencial em saúde.

A APS possui a capilaridade necessária para alcançar a grande maioria das pessoas em quaisquer territórios que estejam vivendo, ao contrário da estratégia centralizada em serviços especializados de atenção à saúde à população LGBTQIA+ localizados nas grandes cidades. O acesso a tais serviços, concentrados em poucos municípios, configura importante barreira na efetivação da saúde integral para pessoas LGBTQIA+.

Durante o percurso do estudo, deparou-se com diversos obstáculos ao cuidado em saúde desses sujeitos. Todavia, encontraram-se também pistas que indicam uma mudança de paradigma na atenção à saúde da população LGBTQIA+ na práxis de profissionais que se propõem ao cuidado integral, a despeito das limitações do sistema público de saúde.

Em especial, no cenário pesquisado, os desafios são redimensionados em decorrência dos marcadores sociais e do seu *modus operandi* em um contexto interiorano. Há ainda muitas lutas a vencer, assim, é necessário empoderar a população LGBTQIA+ na busca por seus direitos. Ademais, é importante cobrar a efetiva implementação da PNSI-LGBT e, assim, caminhar rumo à universalidade da atenção e à integralidade do cuidado.

Colaboradores

Magalhães CRS (0000-0003-3473-6596)* contribuiu para concepção e desenho, coleta, análise e interpretação dos dados e produção textual do manuscrito. Castro AM (0000-0003-1190-5828)* contribuiu para análise crítica das informações, produção textual e revisão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate*. 2019; 43(43esp):305-323.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.803/GM, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 20 Nov 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
4. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2013; 37(98):516-524.
5. Bueno NS, Gomes AJR, Carvalho CS, et al. Os desafios no acesso à saúde da comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais no Brasil: uma revisão integrativa. *Braz. J. Hea. Rev*. 2020; 3(4):8524-8538.
6. Hafeez H, Zeshan M, Tahir MA, et al. Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a literature review. *Cureus*. 2017; 9(4):1184.
7. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(5):1509-1520.
8. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2012; 32(3):552-563.
9. Loria GB, Faig Canesin GM, Silva GM, et al. Saúde da população LGBT+ no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e Comunidade/Saúde de Mental em uma universidade pública. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2019; 14(41):1807.
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
11. Valença. A cidade. Valença. [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://www.valenca.rj.gov.br/contact/>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Valença. [Rio de Janeiro]: IBGE; [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/valenca/panorama>.
13. Associação Nacional das Universidades Particulares. Ano marcante para o curso de medicina de CESVA/FAA. Brasília, DF: Anup.; 2018 [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://anup.org.br/noticias/ano-marcante-para-o-curso-de-medicina-do-cesva-faa/>.
14. Abdo CHN. Mosaico Brasil. Projeto Sexualidade (proSex). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: http://sites2.uai.com.br/tva/ja2/projeto_mosaico_brasil_coletiva_rj_mg.pdf.
15. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.
16. Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa. *Rev. Cien. Emp.* 2021; 22(1):105-117.
17. Marcondes NAV, Brisola EMA. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. *Rev. Univap*. 2014; 20(35):201-208.
18. Diversity Bbox Consultoria de diversidade. Bandeiras: definida como símbolo visual representativo de um povo. Diversity Bbox. [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://www.diversitybbox.com.br/pt-br/definicao-de-bandeira>.

- so em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://diversitybox.com/bandeiras/>.
19. Nemi Neto J. Questões de identidade(s) de gênero(s) e orientação sexual: uma abordagem através da pedagogia queer. *Rev. Espaço Acad.* 2015; 14(168):27-34.
 20. Jesus JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. 2. ed. Brasília, DF: EDA/FBN; 2012.
 21. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
 22. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca de reorientação das práticas. *Hum. Growth Dev.* 2016; 26(1):11-16.
 23. Castro MG, Andrade TMR, Muller MC. Conceito de mente e corpo através da história. *Psicol. Estud.* 2006; 11(1):39-43.
 24. Ciasca SV, Hercowitz A, Junior AL. Saúde LGBTQIA+: práticas do cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole; 2021.
 25. Anais da 8. Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar. 17-21; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
 26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
 27. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2012; 31(3):260-268.
 28. Iturri JA. Acesso e integralidade da atenção. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2014; 8(1):85-90.
 29. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. São Paulo, SP: SMS; 2023.
 30. Chen S, Loshak H. Primary care initiated gender-affirming therapy for gender dysphoria: a review of evidence based guidelines. Ottawa: CADTH; 2020. [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://www.cadth.ca/primary-care-initiated-gender-affirming-therapy-gender-dysphoria-review-evidence-based-guidelines>.
 31. Lionço T. Que direitos à saúde para a população GLBT? Considerando Direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc.* 2008; 17(2):11-21.

Recebido em 15/11/2023
Aprovado em 20/12/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Diádiney Helena de Almeida

Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde no Rio de Janeiro

Assessment of LGBTQIA+ access by health professionals at a Municipal Health Center of Rio de Janeiro

Rainer Lopes¹, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso¹, Thiago Rodrigues de Amorim², Jessica Barreto dos Santos¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E19045P

RESUMO A população LGBTQIA+ tem demandas de saúde específicas, implicando ações diferenciadas. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) reafirma o compromisso do Sistema Único de Saúde com a universalidade, a integralidade e a equidade. Objetivou-se avaliar o acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde na cidade do Rio de Janeiro. Foi realizado um estudo descritivo, de forma participativa, empregando o método qualitativo. Para tanto, 60 profissionais participaram de rodas de conversa presenciais e responderam a um questionário on-line. A maioria (85%) dos participantes considera a população LGBTQIA+ vulnerável. Apesar de a maior parte não relatar dificuldades no acolhimento dessa população, mais da metade considera que não há treinamento e/ou capacitação apropriados. Foi identificado pelos profissionais que as maiores barreiras de acesso não foram as geográficas, e sim as dos próprios profissionais e usuários, indicando a fragilidade do vínculo. Para a melhoria do acesso ao acolhimento, processos de treinamento/capacitação dos trabalhadores são necessários. A discussão sobre o processo de saúde e doença da população LGBTQIA+ também requer a compreensão dos conceitos de orientação sexual e identidade de gênero, de modo que facilite as ações de aceitabilidade e acessibilidade por parte dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE LGBTQIA+. Acesso. Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *The LGBTQIA+ population has different health demands, implying different actions. The National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transgender ((PNSI-LGBT) reaffirms SUS commitment to universality, integrity and equity. The objective of this research was to evaluate the access to reception for the LGBTQIA+ population, by health professionals from a Municipal Health Center. A descriptive study with a qualitative method was carried out, in a participatory manner. To this end, 60 subjects participated in the research through face-to-face conversation circles and through online questionnaires. The majority (85%) of the participants consider the LGBTQIA+ population to be vulnerable. Although most do not report difficulties in welcoming this population, more than half consider that they do not have appropriate training. It was identified by the subjects that the greatest barriers to accessibility were not the geographic ones, but the professionals and users themselves, indicating the fragility of the bond. In order to improve access to reception, training processes are necessary for workers. The discussion about the health and disease process of the LGBTQIA+ population also requires an understanding of the concepts of sexual orientation and gender identity, in order to facilitate actions of acceptability and accessibility by health professionals.*

KEYWORDS LGBTQIA+. Access. Reception. Primary Health Care. Health assessment.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro, Brasil.
rainer4work@gmail.com

²Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A população LGBTQIA+, que inclui lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, queers, intersexos, assexuais e mais, tem demandas de saúde diferenciadas. Isso sinaliza a necessidade de novos modelos de acolhimento para essa população, especialmente, na porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente realizada na Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, a população LGBTQIA+ está entre as minorias sociais marginalizadas com menor acesso aos serviços de saúde, não recebendo, assim, a devida assistência em face dos julgamentos e juízos de valor de profissionais dos serviços de saúde, cuja discriminação existe tanto em diversos espaços da sociedade como nos lugares de produção do cuidado¹. Essa população permaneceu, por muito tempo, desamparada, além de ser alvo de um processo complexo de violação da autonomia, da dignidade e do direito à saúde. Ressalta-se que, em uma sociedade preconceituosa, a orientação sexual não heteronormativa e a não adequação de gênero com o sexo biológico instauram violações dos direitos humanos básicos e frequentemente proporcionam uma situação de vulnerabilidade a essas pessoas¹.

A violação dos direitos acontece muitas vezes por questões de deslegitimação das diversas orientações sexuais e identidades de gênero – também pela rejeição dos pais e da rejeição social decorrente da não aceitação. É importante ressaltar que, quando se trata de adolescentes, isso favorece os contextos de solidão, violências, trabalho sexual e morte. Além disso, promove antecipação da possibilidade de discriminação das pessoas LGBTQIA+, o que resulta em menor procura dos serviços, pois já entendem que serão discriminadas, assim como dificuldade por parte dos profissionais de saúde na compreensão das especificidades da população LGBTQIA+ e suas demandas, podendo resultar na promoção de uma assistência precária e tratamento ofensivo. Muitos são os pontos de violação

dos direitos humanos¹. Segundo Schadec e Zeifert², as maiores dificuldades apresentadas por essa minoria estão basicamente ligadas ao preconceito e à violação de direitos humanos. Ainda assim, vários são os movimentos de repúdio à homofobia no mundo, incluindo a Organização das Nações Unidas (ONU), que vem desempenhando grandes esforços para combater esses problemas.

No Brasil, o SUS deve garantir que todos sejam tratados com equidade, e por mais que exista a lei que dá garantias a estas pessoas, vive-se em uma sociedade cis-heteronormativa, na qual é estabelecido um padrão para todos os indivíduos. Dessa forma, aqueles que não se encontram em conformidade com esse padrão normativo estariam à margem da sociedade. Nessa perspectiva, o sexo também é uma categoria sociocultural, pois é construído ao lado de gênero, que é uma categoria formada a partir de práticas, discursos e vivências individuais na sociedade. Butler³ busca lançar a questão da hetero/bi/homossexualidade em novas linhas de reflexão; faz críticas sobre algumas pressuposições ontológicas e epistemológicas há muito tempo radicadas nas ciências humanas, como: o que é ser/estar mulher, o que é ser/estar homem? Essas questões fazem ampliar a percepção da multiplicidade de sexualidades e de ‘gêneros’, por consequência, de demandas diferenciadas.

Em 2011, no intuito de promover saúde integral, equidade e minimização do preconceito, foi sancionada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), com o propósito de atender às demandas específicas e reparar a desassistência no âmbito da saúde desse grupo, incluindo ações para visibilidade LGBTQIA+⁴. A PNSI-LGBT foi um momento decisivo para as políticas públicas de saúde no Brasil, pois norteou e legitimou as necessidades e especificidades, em conformidade com os postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do SUS. Contou com o fortalecimento da participação de representações da população

LGBTQIA+ nos conselhos e conferências de saúde; a garantia do uso do nome social de travestis e transexuais; a implementação de ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima; o monitoramento e a avaliação dos indicadores de saúde e de serviços para a população LGBTQIA+, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; o oferecimento de atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que fazem parte da população LGBTQIA+; a qualificação das redes de serviços do SUS para atenção e cuidado integral; a realização de estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população.

Essa legislação é um marco histórico de reconhecimento das demandas dessa população em condição de vulnerabilidade. As equipes de saúde atuando na APS devem estar abertas para perceber as demandas e as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e o abandono, aumentando o vínculo e o acesso. Em relação à demanda dos cuidados de saúde para o grupo LGBTQIA+, notoriamente, enfatiza-se a saúde sexual, deixando de atender a outras questões essenciais para essa população, que também é afetada por distintos problemas de saúde⁵.

Alguns estudos têm demonstrado a importância do processo patologizante operado pela racionalidade biomédica, justamente por um imaginário que ainda relaciona a homossexualidade como condição que por si só predispõe a doenças e pela associação frequente da saúde da população LGBTQIA+ com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e aids. A epidemia de aids havia provocado novos estigmas a essa população pela associação aids-homossexualidade, com a abordagem da saúde das pessoas homossexuais apenas relacionada com a sua sexualidade, negligenciando-se outras causas de adoecimento dessas pessoas.

Esse processo contribuiu para o desenvolvimento de ações afirmativas e políticas específicas de enfrentamento da discriminação⁶. Nesse sentido, muitos artigos apontam sobre a promiscuidade e o comportamento atribuído aos gays, desse modo, a maioria das demandas oferecidas pelos profissionais de saúde acaba se relacionando com isso. Como dito anteriormente, isso não passa de um grande estigma, o que acarreta o desenvolvimento de muitas outras políticas contra a discriminação.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas⁷. É preciso ter um acolhimento diversificado, deslocado do modelo cis-heteronormativo e uma escuta qualificada a fim de não negligenciar os direitos de cidadania dos usuários. Entende-se que sua realização poderá repercutir no acesso e no atendimento adequado dessa população, bem como propor ações de educação continuada e permanente que possibilitem que os profissionais da saúde saibam lidar com as situações que se apresentam em sua prática cotidiana relacionadas com as questões da população LGBTQIA+. Portanto, este artigo tem como objetivo avaliar o acesso ao acolhimento da população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde (CMS) do Rio de Janeiro.

Material e métodos

Foi realizado um estudo qualitativo, de natureza descritiva, com abordagem participativa. A pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira, no mês de maio de 2023, envolveu coleta de informações sobre o que os sujeitos entendiam sobre o acolhimento à população LGBTQIA+ por meio de um questionário enviado por *e-mail* para agentes de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, dentistas e médicos; e a segunda, em junho do mesmo ano, para a realização das rodas de conversa com esses

profissionais, objetivando uma discussão mais rica e aprofundada sobre o tema.

A pesquisa foi realizada em um CMS da Zona Norte do Rio de Janeiro que atua com 8 equipes de Saúde da Família com aproximadamente 35 mil pacientes cadastrados. As equipes são compostas por 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico e 1 dentista (pela Estratégia Saúde da Família – ESF, um dentista pode compor mais de uma equipe), totalizando aproximadamente 72 integrantes da saúde. O CMS oferece serviços de atenção primária, assim como os que são oferecidos pelas Clínicas da Família, tais como atendimentos de livre demanda (queixas agudas) e agendamentos de consulta de linhas de cuidados (pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes, tuberculose, entre outros), e tem como área de atuação dois bairros da Zona Norte (Bonsucesso e Ramos) do município do Rio de Janeiro.

A unidade possui 8 estações de trabalho (guichês), onde permanece 1 ACS por equipe durante todo o funcionamento da unidade (07h-18h), totalizando 8 ACS durante o período de trabalho. Caso o paciente esteja na unidade por questões de demanda aguda, ele será direcionado a um consultório para que o enfermeiro realize uma escuta qualificada, a fim de identificar os problemas e encaminhar com resolubilidade. Esse enfermeiro atende todas as demandas agudas que chegam até a unidade e as distribui de forma equivalente para a demanda médica ou de enfermagem, de acordo com o que for necessário.

Os participantes da pesquisa de campo foram os profissionais da equipe de ESF, sendo 8 médicos, 8 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem, 37 ACS e 3 dentistas, totalizando 72 participantes. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ser profissional de saúde da ESF atuando na unidade de saúde selecionada há pelo menos um ano. Os critérios de exclusão foram: profissionais de licença/férias ou com menos de um ano de atuação.

Os sujeitos foram contactados via *e-mail* para realização das duas etapas. Na primeira etapa (maio de 2023), eles poderiam escolher responder ao questionário na própria unidade, pois foram reservados tempo e computador para isso, pelo celular ou em casa. Do total previsto, 60 participaram efetivamente. Alguns profissionais encontravam-se de férias ou de licença, por isso, não puderam contribuir. Já a segunda etapa (junho de 2023) foi realizada ao longo de algumas semanas, de acordo com as reuniões de equipe que aconteciam regularmente na própria unidade. Portanto, nenhuma das duas etapas teve custo ou prejuízo para os entrevistados. Foram programadas e realizadas rodas de conversa por equipe, todas gravadas para serem transcritas na íntegra a fim de serem analisadas posteriormente. Todas as oito equipes participaram.

O roteiro do questionário e da roda de conversa visou explorar questões sobre o acesso e a vulnerabilidade da população LGBTQIA+, o sentido e a forma de realização do acolhimento e os processos de capacitação/qualificação em serviço para o atendimento a essa população.

O acesso e o acolhimento foram analisados a partir das dimensões acessibilidade e aceitabilidade, fatores principais que influenciam nas questões de barreiras e na criação de vínculo. A acessibilidade está vinculada à localização geográfica, incluindo a forma de deslocamento, o tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e a instituição. Refere-se à relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pela instituição. Já a aceitabilidade refere-se às atitudes dos usuários quanto à aceitação do atendimento prestado na unidade de saúde e o vínculo. Estes serão avaliados pelos profissionais de saúde e suas experiências com os usuários na unidade⁸.

Foi realizada análise de conteúdo temático⁹, que envolve um procedimento sistemático, para criar inferências válidas sobre determinados conteúdos verbais, visuais ou escritos, buscando descrever, quantificar ou interpretar certo fenômeno em termos de seus significados, intenções, consequências ou contextos

e análise de frequência simples das respostas para direcionar as questões exploradas.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 55375222.0.0000.5240 e parecer nº 5.282.993 e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro com CAAE nº 55375222.0.3001.5279 e parecer nº 5.387.995.

Resultados e discussão

A maioria (83%) dos profissionais convidados para a pesquisa respondeu ao questionário enviado, compostos por: 8 médicos, 8 enfermeiros, 3 dentistas, 14 técnicos de enfermagem e 27 ACS, totalizando 60 participantes. A idade de 25 a 44 anos correspondeu a aproximadamente 57% dos entrevistados. A escolaridade de nível superior ou acima foi em torno de 50% dos participantes. Em relação ao tempo de trabalho no CMS, 51,6% dos profissionais trabalhavam havia pelo menos 5 anos na unidade.

A maioria (85%) dos participantes considera a população LGBTQIA+ vulnerável. Acreditam que a vulnerabilidade não decorre apenas do contexto financeiro, mas também social e de saúde. Identificam, ainda, dificuldades no acesso dessa população ao acolhimento de livre demanda.

A vulnerabilidade parece remeter ao sentido de fragilidade, podendo estar vinculado à diferentes campos temáticos. Segundo Ayres¹⁰, o conceito de vulnerabilidade é ligado à garantia da cidadania de populações politicamente fragilizadas na perspectiva dos direitos humanos. Para Kowarik¹¹, a vulnerabilidade remete à deterioração dos direitos civis, à perda de garantias adquiridas, à fragilização da cidadania. Destacam-se a desigualdade perante a lei e a sujeição à violência; a dificuldade de acesso à moradia, serviços de saúde, assistência social e emprego; a coexistência de modalidades arcaicas e modernas de trabalho com importante participação da informalidade não legalmente

protegida, sendo marcante o *apartheid* social nos ambientes urbanos.

Duas das equipes que atuam em lugares denominados ‘cena de uso’ (cena aberta de consumo de drogas e de população em situação de rua) relatam ser um dos locais muito frequentados pela população LGBTQIA+, principalmente por travestis e transgêneros. Uma das ACS relatou que ‘as meninas’ (referindo-se às travestis) mostraram-se ‘muito agressivas’ e que isso dificulta o vínculo. Percebeu, contudo, que estavam com baixa autoestima, dessa forma, conseguiu doações de bolsas, brincos, batons e outras maquiagens, realizando uma ação social nesse local do território. Além disso, também organizou distribuição de quentinhas para ajudar na alimentação.

A baixa autoestima na população LGBTQIA+, muitas vezes consequente do preconceito social, é considerada desencadeadora de episódios depressivos, sentimento de culpa, medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, distúrbios alimentares e abuso de álcool e drogas⁴. Acredita-se que o uso abusivo de substâncias psicoativas no grupo LGBTQIA+, embora se trate de um processo exclusivo e individualizado, poderia ser uma forma de enfrentamento dos vários sentimentos negativos, como insegurança e ansiedade quanto à própria aceitação da orientação sexual¹². Os achados deste estudo apontaram para essa direção.

De maneira unânime, os sujeitos entrevistados nas rodas de conversa e nas entrevistas sinalizaram não sentir dificuldades em chamar os pacientes pelo nome social, mas relatam que nem sempre o sistema de prontuário oferece essa opção para o registro, causando constrangimento para ambas as partes. De acordo com Hannauer e Hemmi¹³, o nome de registro possui um peso importante para as pessoas transexuais, e algumas delas almejam sua alteração. Além de algumas pessoas demandarem por mudanças corporais, a mudança do nome

nas instâncias judiciais é uma reivindicação frequente pela população transexual. Ademais, relatam que chamar um paciente por um nome masculino e aparecer uma paciente mulher não seria adequado, pois acabam expondo de forma negativa essa paciente. Destacam também que alguns pacientes reclamam dos ACS, como se não quisessem chamar pelo nome correto. Contudo, o problema estaria na opção de registro do sistema, ou, nesse caso, na falta dessa opção, conforme os relatos a seguir:

Sinto dificuldade em ver a pessoa e saber que o nome no sistema não está de acordo com o gênero apresentado e não ter como mudar, pois, o próprio sistema não tem essa opção. (ACS).

[...] O sistema utilizado hoje não facilita e nem oferece opções básicas como nome social e sexo no primeiro acesso. Dificuldades em conhecer os protocolos de saúde da população LGBTQIA+ em geral, o preconceito, falta de empatia, respeito e os rótulos. (Enfermeiro).

De acordo com os autores PENCHANSKY e THOMAS⁸, a aceitabilidade depende do vínculo que o profissional de saúde conseguirá criar com o paciente. No entanto, os agentes de saúde afirmam que muitos dos pacientes não retornam ao atendimento por não criarem esse tipo de vínculo e confiança.

A Nota Técnica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), publicada no Dia Internacional da Visibilidade Trans, em 31 de março de 2009, instituiu o uso do nome social em todas as unidades de saúde do estado, além de orientar gestores, servidores, contratados e prestadores de serviço a observarem a garantia a esse direito em suas unidades. Travestis, mulheres e homens transexuais têm o direito de ser identificados como desejam ser conhecidos em todos os órgãos da administração direta, indireta e prestadores de serviço da SES-RJ¹⁴.

As principais queixas que os profissionais relataram sobre o acolhimento por nome social estão destacadas nas frases ditas pelos

profissionais de saúde, a seguir, destacando que o prontuário eletrônico possui falhas na exibição de nome social e que muitas vezes o próprio paciente não identifica os pronomes de como quer ser chamado e cadastrado.

Aceitação dos agentes acolhedores a aprender a chamar pelos nomes sociais, tomando cuidado com os pronomes utilizados já que no prontuário nem sempre aparece. (ACS).

Dificuldades quando o paciente não deixa explícito seu gênero ou até mesmo o nome social para que o atendimento seja da forma que a pessoa deseja. Fica complicado de usar um nome que não aparece no prontuário. (Médico).

É interessante observar como o profissional poderia ter dificuldade de se confrontar com seu próprio preconceito, por muitas vezes já enraizado. Em alguns momentos da pesquisa, não fica claro se o profissional percebe isso, pois pareceria responsabilizar o sistema ou até culpabilizar o próprio paciente.

Mais da metade dos sujeitos respondeu que não se sente capacitada para o atendimento diferenciado e específico para a população LGBTQIA+, colocando-se disponível para possíveis capacitações. Dez profissionais disseram que fizeram cursos de extensão ofertados pela Rede Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)¹⁵, cujo objetivo é contribuir para a atuação dos profissionais de saúde, para que realizem suas ações de cuidado, promoção e prevenção da população com qualidade e de forma equânime, garantindo a essa população acesso à saúde integral. A seguir, algumas falas:

A falta de capacitação e preparo dos profissionais é o fator dominante para o atendimento/acolhimento adequado. Não há conhecimento dos programas de saúde voltados para essa população, dificultando o atendimento de qualidade. (Enfermeiro).

Os cursos do UNA-SUS são bons e fáceis de serem realizados, além de gerar certificação no final. Assim que entrei na Unidade, por ser

recém-formado, realizei algumas capacitações nessa plataforma, incluindo o de atendimento à população LGBT. (Enfermeiro).

Em relação à saúde da mulher, todos os entrevistados disseram que acolheriam uma mulher lésbica para realização do exame preventivo (citopatológico). Alguns estudos descrevem sobre os desafios relatados por um grupo de mulheres lésbicas durante o atendimento e o acolhimento, por exemplo, a crença equivocada de profissionais de saúde de que lésbicas e bissexuais não têm risco de desenvolver cânceres de mama e de colo de útero¹⁶.

A avaliação periódica de colo de útero tem sido negligenciada nessas mulheres devido ao julgamento frequente de profissionais de saúde de que as práticas sexuais delas não induzem ao risco de câncer. Uma vez que não há sustentação científica verdadeira para esse julgamento, a conduta revela apenas uma racionalidade estigmatizante que, ainda assim, sente-se cientificamente respaldada⁶.

Em relação ao homem trans, a maioria (90%) dos entrevistados informa que acolheria o paciente para realização do exame. Essa pergunta se tornou relevante uma vez que os homens transgêneros apresentam maiores chances de ter um exame citopatológico inadequado, além de uma menor propensão a ter um rastreamento conforme o preconizado, quando em comparação com mulheres cisgêneras (que se identificam com o sexo feminino que lhes foi designado ao nascer), sendo necessário que esse público seja sempre lembrado da necessidade da realização desse exame¹⁷. Deve-se pontuar que o acolhimento precisa garantir a equidade, sendo adequado pelo profissional que não haja preconceitos ou distinção na hora do atendimento. Este deverá explicar sobre a importância do exame e acerca de outras questões sobre o planejamento sexual e reprodutivo na consulta. Vale ressaltar que a capacitação em serviço nunca deve deixar de existir, principalmente por se tratar de um atendimento que precisa ser integral. Além disso, as unidades de saúde devem

se esforçar para combater o preconceito que possa existir por parte de alguns profissionais. Nesse contexto, o desejo de ignorar seus órgãos reprodutivos, a ansiedade por precisar se submeter a exames da região genital, o uso de terapia androgênica que, no decorrer do tempo, acaba atrofiando o canal vaginal, bem como outros fatores psicológicos e sociais, tornam-se desafios para a realização do exame de Papanicolau nos homens transgêneros¹⁸.

Sobre o processo transexualizador e hormonização, os locais que oferecem esse tipo de atendimento no município do Rio de Janeiro são o Hospital Universitário Pedro Ernesto e o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia. A maioria dos participantes (60%) desconhece os serviços por não fazer parte da atenção básica, e relata que já ouviu falar sobre eles, mas não sabe a fundo o que significam ou como se daria o tipo de acolhimento ou atendimento mesmo sendo oferecido pelo SUS. Ou seja, a maior parte responde que não conhece o fluxo de encaminhamento para atenção secundária ou que a atenção primária também faz parte de um dos fluxos a ser seguido. O fluxo de hormonização é totalmente esclarecido na APS.

Os profissionais não são capacitados o suficiente e os fluxos existentes não absorvem toda essa população em tempo oportuno. Não sabemos nem informar o tempo de espera do Processo Transexualizador. O que acaba aumentando a chance dessa população começar esse processo por meios próprios e colocando sua saúde em risco. (Médico).

Entendo o básico do assunto, não sei a fundo do processo num todo como funciona. (Enfermeiro).

Um rapaz veio fazer injeção pra não engravidar, fiquei sem jeito e acolhi para o procedimento. (ACS).

Algumas vezes recebo pacientes do sexo masculino com prescrição de contraceptivos, e não entendo o motivo. (Técnico de Enfermagem).

Como apontam Carvalho e Phillipi¹⁹, é importante que os usuários dos serviços de saúde tenham conhecimento de seus direitos enquanto cidadãos brasileiros para melhor exercê-los, pois são peças principais de vários movimentos. Dessa forma, faz-se de extrema importância estar a par de alguns programas desenvolvidos, que lutam pelos direitos à igualdade dessa população. Afinal, existem direitos, mas também deveres de ambas as partes, tanto do atendimento quanto do usuário, e ter ciência disso é algo extremamente relevante, ainda mais por se tratar de saúde, um fator principal e determinante na vida de um ser humano.

Pacientes trans estão entre a parcela das pessoas LGBTQIA+ que é socialmente mais estigmatizada, além disso, poucos funcionários ou prestadores têm conhecimento sobre a saúde trans ou são treinados para respeitar a identidade de gênero de usuários desse grupo, assim como as suas necessidades especiais de confidencialidade^{20,21}. De acordo com os entrevistados, isso acaba refletindo na acessibilidade dos pacientes para um serviço específico, sendo um fator dificultador, visto que, de acordo com Penschansky e Thomas⁸, a acessibilidade diz respeito à localização geográfica e ao deslocamento, à distância entre a residência do usuário e a unidade, ao tempo de ida e volta, entre outros recursos. Nesse sentido, esses são obstáculos do próprio CMS, uma vez que ele está localizado em Ramos, onde os pacientes residem, área adscrita da Zona Norte. Os hospitais que oferecem os serviços estão localizados em Vila Isabel e no Centro da Cidade do Rio de Janeiro ficando, respectivamente, a 20 minutos de carro e a 50 minutos de transporte público, e a 18 minutos de carro e a 40 minutos de transporte público de distância do CMS. Os ACS relatam que nem todos os pacientes possuem carro ou condições de pagar passagens. Já quanto ao atendimento na unidade básica, eles conseguem acessar andando ou de bicicleta.

Para corroborar a informação acima, entre os problemas específicos frequentemente

observados na população trans, ressalta-se a indisponibilidade de insumos básicos necessários para a terapia hormonal, pois os medicamentos preconizados não estão incorporados no SUS. Também se observou a dificuldade de acesso a tratamentos cirúrgicos, especialmente de redesignação sexual. Consequentemente, os cuidados de saúde específicos para transgêneros são escassos, limitando suas escolhas no acesso aos cuidados de saúde dos quais têm urgência. Isso faz com que os poucos serviços disponíveis sejam ainda mais críticos e de acesso limitado quanto ao processo transexualizador²². Além disso, o preconceito e a falta de capacitação técnica dos profissionais envolvidos acabam por tornar o acolhimento e o atendimento, muitas vezes, desumano e traumático, limitando a aderência ao seguimento multidisciplinar^{21,23}.

Em relação às rodas de conversa, estas foram importantes para aprofundar e complementar algumas das informações previamente obtidas pelos questionários. Todos os participantes relataram se sentir à vontade e importantes em contribuir para o estudo. Além disso, informaram que tinham algumas dificuldades com o novo sistema de prontuário eletrônico (Vita Care) e com o modo de acolher pacientes da população LGBTQIA+. Confessaram que, além da dificuldade desse novo prontuário, sentiam medo de pedir ajuda na hora de acolher algum paciente que fugisse do padrão heteronormativo e serem taxados de preconceituosos, visto que a dificuldade de preenchimento e a falta de conhecimento de todos os campos limitavam o processo de acolhimento e cadastramento do usuário.

Os momentos compartilhados nas rodas de conversa foram bem potentes, e os participantes puderam expressar suas percepções a partir das questões disparadoras. Um dos assuntos levantados no questionário foi sobre a vulnerabilidade da população, em que a maioria sinalizou que ela existia. Conforme o tema foi explorado na roda de conversa, foi possível perceber que a vulnerabilidade que eles acreditavam ser por falta de dinheiro não era

apenas isso, e que outros fatores como saúde mental e falta de segurança eram também importantes. De acordo com o texto-base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais: a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas uma questão de segurança pública, mas envolve também, de maneira significativa, questões pertinentes à saúde mental e a atenção a outras vulnerabilidades atinentes a esses segmentos⁴.

É importante destacar que os ACS são os primeiros a serem acionados para qualquer tipo de acolhimento ou atendimento, e os enfermeiros são responsáveis por toda demanda espontânea da unidade, ou seja, qualquer demanda espontânea passa pelo ACS que encaminha para o enfermeiro para atendimento ou orientação. Tal como identificado nos questionários, alguns profissionais relatam dificuldade para o acolhimento devido à dificuldade de criar vínculo com essa população. Relatam que alguns pacientes demoraram meses até solicitar uma primeira consulta. O CMS fica geograficamente próximo da residência dos usuários que fazem parte da área adscrita do território, não existindo grandes barreiras geográficas, visto que todos conseguem acessar a unidade sem necessidade de condução. Isso faz acreditar que uma das maiores dificuldades é a aceitabilidade, pois é ela que define se os pacientes e os agentes de saúde estão mantendo uma relação boa o suficiente para caracterizar o cuidado para o acolhimento e o atendimento, tal como descrito a seguir.

Eu ia no território, via sempre uma cabeleireira que ficava me encarando, mas ela não falava nada, isso aconteceu por algumas vezes até eu abordar e perguntar se precisava de alguma ajuda. A mesma falou: preciso agendar uma consulta de coleta de preventivo para minha esposa. Levei o caso para minha enfermeira, e logo depois passei para entregar a data da consulta. A paciente ficou muito feliz, pois se sentiu acolhida, e disse que no outro local onde morava, ninguém da unidade tinha feito essa pergunta sobre a saúde. (ACS).

A aceitabilidade se inicia pelo acolhimento do profissional de saúde, normalmente pelo ACS; e quando encontram alguma dificuldade, procuram, usualmente, os médicos ou os enfermeiros para auxiliar na solução da demanda do usuário.

Eu vi um rapaz sentado no acolhimento por quase uma hora. Percebi que começou a me olhar fixamente e eu fui abordar, quando cheguei perto, perguntou se podia falar comigo na porta da unidade porque ali estava muito cheio. Chegando na porta, solicita realizar testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites porque teve uma relação desprotegida com o parceiro, mas que tinha vergonha de falar isso perto de outras pessoas. Eu disse que tudo bem, que iria acolher para o procedimento e que era só aguardar ser chamado pelo nome, que o enfermeiro estaria ciente e já levaria em um consultório para que ficasse mais à vontade. (ACS).

Foi relatado um caso de paciente solicitando hormonização, em que o profissional teria ficado um pouco desconfortável por não saber o fluxo correto para o atendimento.

Eu sei que o SUS fornece tratamento de hormonização, mas não sei para onde iria encaminhar, por mais que a gente estude e se esforce, os fluxos são muito complexos e falta um pouco de organização. O paciente foi encaminhado depois de algumas ligações, mas não consegui orientar em relação ao tempo de espera. (Médico).

Em 2017, Guimarães²⁴, por meio de estudo qualitativo, identificou a existência de preconceitos nos ACS que funcionam como barreiras e da necessidade de melhor capacitação das equipes. Nesse estudo, os profissionais não demonstraram nenhum tipo de preconceito na hora de responder aos questionários ou na participação nas rodas de conversa. Contudo, o primeiro autor deste estudo atua como enfermeiro responsável técnico da unidade, e talvez isso tenha limitado as falas de alguns sujeitos devido à relação hierárquica desigual.

Todos os sujeitos relataram dificuldade de colocar em prática uma busca ativa efetiva priorizando a promoção de saúde, pois os pacientes aparecem apenas quando já estão com algum sintoma de doença, que, por mais que passem no território para oferecer consultas, a maioria da população LGBTQIA+ só vai até a unidade para casos de emergência. Isso corrobora o que Mello et al.²⁵ defendem: por haver dificuldades na implementação de ações de saúde para a população LGBTQIA+, esse grupo social acaba procurando serviços de saúde apenas em situações de emergência. Ainda assim, os profissionais mostram-se interessados em realizar busca ativa para promoção de saúde, solicitam capacitação para serviços de saúde para o público, a fim de se manterem informados e conseguirem passar essas informações adiante.

Considerações finais

Este estudo teve como objetivo avaliar o acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais de saúde, no sentido de contribuir para a melhoria do processo de trabalho em uma unidade de atenção primária. Utilizaram-se como critérios a aceitabilidade e a acessibilidade. Foi identificado pelos sujeitos que as maiores barreiras do acesso não foram as geográficas, e sim aquelas relacionadas com a atuação dos próprios profissionais e usuários, indicando a fragilidade do vínculo, da capacidade profissional de acolhimento e da dificuldade de implementação das diretrizes e normas que regem a atenção integral à população LGBTQIA+ no SUS. Ainda existem muitos estigmas, principalmente na questão de o acolhimento ser baseado principalmente nas práticas sexuais, em que foi referido anteriormente que não é a única demanda a ser analisada. Essa população não pode ser invisibilizada ou negligenciada.

A realização da pesquisa propiciou que os profissionais que atuam na ESF desse CMS se manifestassem e se expressassem como

vivenciam o acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+, gerando uma importante troca de saberes e informações entre todos os participantes. De início, acreditou-se não ser possível realizar tudo em tão pouco tempo, porém, os participantes se mostraram disponíveis e interessados, fazendo com que desenvolvimento do estudo fosse viável.

A partir dos resultados, podem-se considerar como facilitadores do processo de acolhimento: a disponibilidade dos profissionais para o acolhimento apesar da falta de processos educativos específicos; a capacidade de realizar consultas com pessoas LGBTQIA+ para coleta de exames preventivos; a realização de ações voltadas para a população LGBTQIA+ no território, educando a população sobre quais serviços são oferecidos na unidade de atenção básica.

As principais barreiras ao processo de acolhimento foram o prontuário eletrônico, que não permite a inserção do nome social; a falta de conhecimento/divulgação dos fluxos do processo transexualizador; a dificuldade de formação de vínculo entre usuários, ACS e demais profissionais de saúde; e o déficit de processos de educação permanente em saúde no tema específico.

Como recomendações para a gerência do CMS, propõe-se aumentar a frequência do colegiado gestor, que é um local com a participação da população e das lideranças do território para validação de fluxos da unidade. Como estratégia para abordar as dificuldades da equipe, seria oportuno proporcionar mais espaços para discussão de casos, educação continuada e educação permanente. Em relação ao prontuário eletrônico, deve-se solicitar nova capacitação com a empresa de prontuário eletrônico, visando ao atendimento fidedigno às questões de gênero, sexualidade, nome social, entre outros. No que diz respeito ao acolhimento da população LGBTQIA+ pelas equipes, destaca-se a necessidade de priorizar o acolhimento por equipe, e não só apenas por um enfermeiro como centro das demandas da unidade. Isso pode fazer com que o vínculo seja

mais fácil de ser criado, visto que o paciente poderá verbalizar sua demanda diretamente para a própria equipe. Por último, torna-se necessário criar mais espaços no território, utilizando as redes de apoio para proporcionar espaços de promoção de saúde e prevenção de doença e educação em saúde também focalizados na população LGBTQIA+.

Colaboradores

Lopes R (0000-0001-9066-8626)* contribuiu para concepção e desenho do manuscrito; aquisição, análise e interpretação de dados;

redação, revisão crítica do conteúdo intelectual e ortográfico; aprovação final da versão a ser publicada, sendo responsável por todos os aspectos da obra, garantindo que as questões relativas à precisão e à integridade de qualquer parte sejam adequadamente investigadas e resolvidas. Cardoso GCP (0000-0002-4014-0951)*, Amorim TR (0000-0002-6022-7106)* e Santos JB (0000-0001-6546-1965)* contribuíram igualmente e substancialmente para desenho do manuscrito, análise e interpretação de dados, revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual e ortográfico e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Santos AR, Santos RM, Souza ML, et al. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. *Rev. Bioét.* 2015; 23(2):400-408.
2. Schadeck R, Zeifert AP. A violação dos direitos humanos em razão da orientação sexual. In: *Anais do 22. Seminário de Iniciação Científica*; 2014; Ijuí. Santa Rosa, Panambi, Três Passos: Unijuí; 2014.
3. Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016. 288 p.
4. Cardoso MR, Ferro LF. Health and LGBT community: needs and specificities under discussion. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2012; 32(3):552-563.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Acolhimen-*
6. Guimarães RCP, Lorenzo CFG, Mendonça AVM. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. *Physis.* 2021; 31(1):e310128.
7. Valenzuela-Valenzuela AV, Cartes-Velásquez R. Ausencia de perspectiva de género en la educación médica. Implicaciones en pacientes mujeres y LGBT+, estudiantes y profesores. *Iatreia.* 2020; 33(1):59-67.
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med. Care.* 1981; 19(2):127-140.
9. Sampaio RC. *Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação*. Brasília, DF: Enap, 2021.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Ayres JR, Paiva V, França Júnior I, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am. J. Public Health.* 2006; 96(6):1001-1006.
11. Kowarick L. *Viver em risco – sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil.* São Paulo: Editora 34; 2009.
12. Hequembourg AL, Dearing RL. Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women. *J. Homosex.* 2013; 60(4):615-38.
13. Hanauer OFD, Hemmi APA. Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero. *Saúde debate.* 2019; 43(esp8):91-106.
14. Secretaria de Estado de Saúde (RJ). Nota Técnica publicada: Dia Internacional da Visibilidade Trans, de 31 de março de 2009. Rio de Janeiro: SES-RJ; 2022.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão e do Trabalho e da Educação na Saúde, Universidade Aberta do SUS. Curso livre, Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UNA-SUS/UERJ; 2022. [acesso em 2023 nov 10]. Disponível em: <https://www.una-sus.gov.br/cursos/curso/35988>.
16. Bittencourt DD, Bittencourt FD. Citologia oncótica cervicovaginal na população lésbica e transgêneros. *Femina.* 2020; 48(8):504-508.
17. Lam JSH, Abramovich A. Transgender-inclusive care. *CMAJ.* 2019; 191(3):E79.
18. Peitzmeier SM, Reisner SL, Harigopal P, et al. Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening. *J. Gen. Intern. Med.* 2014; 29(5):778-784.
19. Carvalho LS, Phillipi MM. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. *Univ. Ci. Saúde.* 2013; 11(2):83-92.
20. Bockting W, Robinson B, Benner A, et al. Patient satisfaction with transgender health services. *J. Sex. Marital Ther.* 2004; 30(4):277-94.
21. Mascarenhas AB. Satisfação do (a) usuário (a) trans com os serviços ofertados por um ambulatório de referência no Distrito Federal. [dissertação]. Brasília, DF: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
22. Lerner JE, Robles G. Perceived barriers and facilitators to health care utilization in the United States for transgender people: a review of recent literature. *J. Health Care Poor Underserved.* 2017; 28(1):127-152.
23. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB, et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab. Educ. Saúde.* 2020; 18(1):e0023469.
24. Guimarães RC, Cavadinha Et, Mendonça AV, et al. Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde. *Tempus (Brasília).* 2017; 11(1):121-139.
25. Mello L, Perilo M, Braz CA, et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex., Salud Soc. (Rio J).* 2011; (9):7-28.

Recebido em 16/11/2023

Aprovado em 10/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Angélica Baptista Silva e Henrique Rabello de Carvalho

Saúde mental: onde se colocam as questões de gênero? Os papéis das mulheres cisgêneras

Mental health: where do gender issues arise? Cisgender women roles

Sabrina Proença Azevedo Rangel¹, Adriana Miranda de Castro²

DOI: 10.1590/2358-28982023E19048P

RESUMO O artigo discute como os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e militantes da luta antimanicomial compreendem as questões relativas às hierarquizações de gênero e suas possíveis implicações no cuidado integral em saúde mental direcionado a mulheres cisgêneras. Considerando que o manicômio serviu para o isolamento e o controle de corpos femininos e as transformações propostas pela reforma psiquiátrica permitiram o cuidado em liberdade com base no respeito aos direitos humanos e na promoção da cidadania, buscou-se analisar como os estereótipos acerca do papel da mulher na sociedade atravessam as práticas de cuidado na abordagem da maternidade e das situações de violências experimentadas pelas mulheres na Raps. Embora se observe o reconhecimento das hierarquizações de gênero e da necessidade de transformação das práticas nos serviços de saúde mental, emergiu, das entrevistas, um discurso hegemônico vinculado aos estereótipos relativos às mulheres.

PALAVRAS-CHAVE Gênero. Saúde mental. Mulheres. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The article discusses how workers in the psychosocial care network and activists in the anti-asylum struggle understand issues related to gender hierarchies and their possible implications for comprehensive mental health care aimed at cisgender women. Considering that the asylum served to isolate and control female bodies, and the transformations proposed by the psychiatric reform, which allowed free care based on respect for human rights and the promotion of citizenship, we sought to analyse how stereotypes about the role of women in society permeate care practices in the approach to motherhood and situations of violence experienced by women in the psychosocial care network. In despite of the recognition of gender hierarchies and the need to transform practices in the mental health services, from the interviews emerge a hegemonic discourse about women stereotypes.*

KEYWORDS Gender. Mental health. Women. Unified Health System.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
sabrina.azevedorangel@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A história das mulheres na saúde mental se fez e faz marcada por questões sociais, políticas e culturais, que produziram e produzem diferentes visões sobre o que é ser mulher, o que é feminino e que papéis sociais tais corpos devem desempenhar^{1,2}.

Por décadas, os manicômios operaram como instrumentos de opressão de gênero, colocando mulheres em situações de violência, isolamento e invisibilidade. Silenciadas e preconceituosamente descritas a partir da imaginação masculina, elas eram internadas por qualquer sinal classificado com ‘desvio’¹⁻³.

O Movimento de Luta Antimanicomial investiu na ruptura da lógica violenta das internações, reunindo trabalhadores, usuários e familiares³⁻⁵. Com a implementação da reforma psiquiátrica e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), o Sistema Único de Saúde (SUS) se comprometeu com o cuidado territorializado e a elaboração de projetos terapêuticos singulares, priorizando autonomia, individualidade e integralidade³⁻⁵.

Na Raps, as mulheres se inserem como usuárias, familiares e trabalhadoras, sendo uma presença majoritária. Para familiares e trabalhadoras da rede, o papel do cuidado é naturalizado como algo da ordem do ‘feminino’, com repercussões importantes na sua qualidade de vida². Sobre as mulheres, persiste a pressão para que exerçam o papel socialmente determinado do que ‘é ser mulher’ e, ao mesmo tempo, opera a invisibilização, a desvalorização e o silenciamento de suas ‘funções de cuidado’, gerando efeitos de sofrimento². Tal processo atinge principalmente mulheres negras, marcadas pelo racismo estrutural e a atualização da racionalidade colonialista^{6,7}.

Nos serviços de saúde mental, é comum a presença de mulheres acompanhando os filhos com sofrimento psíquico sem a presença paterna, mulheres egressas de décadas de internação psiquiátrica, mulheres em situação de rua, mulheres vítimas de diferentes violências e/ou em outras condições de vulnerabilidade social⁷.

Na sociedade brasileira, as questões de gênero seguem carregadas de preconceito e violências, perpetuando mecanismos de opressão e/ou exclusão dos corpos fora de padrões hegemônicos^{2,8}. Pesquisas dos movimentos feministas e da luta antimanicomial apontam a importância de investirmos nas reflexões entre gênero e saúde mental, analisando seus atravessamentos nos processos de cuidado^{2,8}. De forma similar, sublinham a necessidade de considerar contexto social, trajetória de vida e integralidade na construção de estratégias, tendo em vista as relações de gênero e suas implicações na saúde mental de homens e mulheres⁸.

Em sintonia com tais preocupações, apresenta-se um extrato da pesquisa ‘Saúde mental, onde se colocam as questões de gênero? Mulheres cisgênero na Saúde Mental’, que objetivou compreender como trabalhadores da Raps e integrantes da luta antimanicomial enxergam as hierarquizações de gênero e suas implicações no cuidado integral em saúde mental de mulheres cisgêneras em sua diversidade cultural, etária, racial e de orientação sexual.

Mulheres e saúde mental

A produção social da discriminação de gênero toma características e diferenças biológicas, as naturaliza e, simultaneamente, atribui qualidades para corpos de homens e mulheres, delimitando seus espaços sociais de atuação, afetos, fragilidades e potências. Tal processo naturaliza desigualdades, mantém privilégios e determina silenciamentos^{1,6}.

A ‘ciência moderna’ produziu a imagem do homem que domina a natureza, à qual se associou simbolicamente o feminino. Assim, criaram-se analogias entre intelecto, razão e ‘masculino’, que garantiam aos homens o lugar da cientificidade⁸. Tal cientificidade, quando operada pela medicina, vinculou o ‘feminino’ a uma natureza nervosa e o corpo da mulher à versão imperfeita do corpo do homem, tomado como padrão normativo. O discurso científico constituiu, sob pretensa neutralidade, força fundamental para a hierarquização de gênero⁸.

Tendo como suporte anatomia, fisiologia e bioquímica, definiu papéis e espaços permitidos e interditos para homens e mulheres, bem como justificou a escravização dos corpos que diferiam do homem branco europeu⁸.

Ao partir de estudos médicos sobre os corpos femininos, em que se dava centralidade ao útero como responsável pelas alterações de humor, comportamento sexual e adoecimento das mulheres, reforçava-se a ideia de fragilidade e ‘destemperado’. Dessa maneira, o período menstrual e o puerpério seriam momentos facilitadores do adoecimento das mulheres, em que as atitudes femininas moralmente ‘inadequadas’ poderiam causar patologias uterinas. Frágil, à mulher, cabia a esfera doméstica, cumprindo seu papel de mãe e esposa, cuja sexualidade vinculava-se só à procriação⁸.

No Brasil, a psiquiatria participou intensivamente da política de controle social. A ‘loucura’ transfeita em doença e tendo o manicômio como lugar adequado contribuiu para silenciar e dominar corpos e subjetividades femininas⁹. A medicina transformou comportamentos classificados como desviantes e perigosos para a ordem social em patologias, e, *pari passu*, a psiquiatria estabeleceu um ideal de mulher e de uma ‘loucura feminina’⁹.

Pesquisas realizadas em registros dos primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros traçaram o perfil das mulheres lá internadas¹⁰⁻¹². Embora minoritárias entre os internados, elas tinham o maior tempo de internação e acabavam morrendo institucionalizadas. Grande parte delas foi descrita como parda, negra e pobre, que chegava aos manicômios involuntariamente e levadas pela polícia¹⁰⁻¹².

Nos prontuários, vê-se o julgamento moral sobre a sexualidade, os corpos e os comportamentos das mulheres, sempre confrontados ao que seria um padrão feminino adequado^{10,11}. Nessa direção, elas eram maioria entre aqueles submetidos à lobotomia, que se justificava porque ‘suspendia o vestido’, ‘dizia palavras obscenas’, ‘não aceitava se entregar ao marido’, ‘muito para frente com garotos’, ‘de difícil trato’^{11,12}.

Embora a trajetória das mulheres fosse marcada pelo machismo e a misoginia, resultando em sofrimento psíquico e/ou no enquadre de loucas quando rompiam com as normas sociais^{1,6}, convém sublinhar que o ideal de mulher – frágil, maternal e presa ao espaço privado – não era universal na medida em que as hierarquizações de gênero se articulavam àquelas referidas à cor da pele e à classe social^{1,2}. Assim, mulheres negras e de classes populares ocupavam as ruas, trabalhavam duro e experimentavam violências distintas daquelas que atingiam as brancas de outros estratos sociais^{1,6}.

Na história das mulheres, existia também luta e resistência, que se intensificaram a partir da década de 1950^{1,2}, período em que emergiram e se fortaleceram movimentos sociais ávidos por mudanças políticas e sociais. A revolução sexual, o feminismo e o movimento negro marcaram tal processo, apresentando importantes propostas quanto a políticas públicas e produções acadêmicas que significaram a ampliação de pesquisas articulando psiquiatria e direitos das mulheres^{1,2}.

Também buscando transformações sociais, a reforma psiquiátrica brasileira investiu no deslocamento da compreensão dos sentidos e práticas quanto ao sofrimento psíquico com enfoque no respeito aos direitos humanos, acolhimento das singularidades e cuidado territorializado^{2,5}. Tal processo consolidou a Raps no SUS, que representa enorme avanço^{2,13}. Contudo, deve-se lembrar que a luta antimanicomial é um movimento sempre inconcluso^{2,13}. Entendendo que a lógica manicomial pode ocorrer em quaisquer espaços, incidindo nos corpos e nas subjetividades das mulheres usuárias, cuidadoras e trabalhadoras da Raps, empreende-se esta pesquisa.

Material e métodos

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, trabalhando os polos epistemológico, teórico, morfológico e técnico em sua articulação

dialética¹⁴. Nessa direção, vinculou-se à hermenêutica-dialética, buscando compreender, estabelecer relações e construir conclusões e considerando as condições em que se produzem os textos. Trata-se de entender que sujeitos transformam a realidade, a qual atua sobre eles mesmos marcando a sua produção de pensamento. Depoimentos, falas e textos precisam ser interpretados, pois, como processos sociais com significado específico, resultante de múltiplas determinações¹⁴.

Ao considerar esse objetivo, elegeu-se como sujeito de pesquisa o trabalhador da Raps que estivesse vinculado aos movimentos de luta antimanicomial. Apostou-se que trabalhadores envolvidos na luta antimanicomial estariam mais sensíveis às questões vinculadas às hierarquizações de gênero e diversidade de orientação sexual das mulheres cisgêneras na medida em que o compromisso ético do movimento é a garantia de direitos humanos e cidadania²⁻⁵.

Realizada sob efeitos da pandemia, a pesquisa aconteceu valendo-se das plataformas digitais. Assim, elaborou-se filipeta de convite para participação na pesquisa, que foi divulgada nas redes sociais de movimentos da luta antimanicomial com *link* que levava a formulário elaborado no aplicativo Google Forms, que ficou disponível por 15 dias.

Analisou-se a planilha consolidada com as informações dos formulários, excluindo-se os respondentes que: não concluíram o preenchimento; vinculavam-se a instituições privadas de saúde e/ou educação; trabalhavam exclusivamente com ensino e pesquisa; eram usuários ou familiares de usuários da Raps. Com isso, chegou-se a um total de nove sujeitos de pesquisa disponíveis para a realização da entrevista semiestruturada¹⁴, que eram dos estados do Rio de Janeiro, de Pernambuco e de Mato Grosso do Sul.

As entrevistas individuais aconteceram por meio da plataforma Zoom, em dia e horário convenientes ao sujeito de pesquisa, e tiveram duração média de uma hora. Antes do início da entrevista, retomou-se o texto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o assentimento do participante em continuar o processo e em que fosse iniciada a gravação. Para garantir o sigilo e o anonimato, os participantes foram identificados pela letra E (entrevistado) e acrescidos números de um a nove. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, por intermédio da Plataforma Brasil, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 56479222.1.0000.5240 e parecer nº 5.371.655.

Quadro 1. Perfil dos sujeitos de pesquisa

Entrevistado	Sexo	Profissão	Escolaridade	Tempo de trabalho na Raps
E1	Feminino	Assistente Social	Pós-graduação	13 anos
E2	Feminino	Nutricionista	Pós-graduação	11 anos
E3	Feminino	Assistente Social	Pós-graduação	15 anos
E4	Feminino	Psicóloga	Pós-graduação	2 anos
E5	Feminino	Assistente Social	Ensino Superior	20 anos
E6	Feminino	Assistente Social	Ensino Superior	16 anos
E7	Masculino	Psicólogo	Pós-graduação	6 anos
E8	Feminino	Psicóloga	Pós-graduação	2 anos
E9	Masculino	Psiquiatra	Pós-graduação	6 anos

Fonte: elaboração própria.

O roteiro das entrevistas incluiu os seguintes aspectos: o trabalho desenvolvido na Raps; a importância do movimento da luta antimanicomial; a percepção da relação entre saúde mental e as mulheres, o modo como homens e mulheres experimentam o sofrimento psíquico e os efeitos do sofrimento psíquico na vida das mulheres; a forma como as mulheres chegam à Raps e se há abordagem específica para elas; a maneira como a mulher com sofrimento psíquico é vista pela sociedade; a existência ou não de situações vivenciadas por mulheres na sociedade que afetam sua saúde mental e se aparecem nos serviços da Raps; e a presença das mulheres como trabalhadoras de Raps e no serviço em que desenvolve suas atividades.

Transcreveu-se e sistematizou-se o conteúdo das entrevistas, depreendendo-se de sua análise os elementos que, segundo os participantes, marcariam a relação mulheres cisgêneras e saúde mental. São eles: a reforma psiquiátrica, a divisão sexual do trabalho, o exercício da maternidade, a violência de gênero e a violência autoprovocada. Tais elementos foram reorganizados na análise aprofundada de cada entrevista em diálogo com as categorias teóricas oriundas da revisão bibliográfica. No presente artigo, trabalhar-se-á com dois eixos analíticos: a maternidade e as violências.

Resultados e discussão

Quem tem direito a ser mãe? Mulheres com sofrimento psíquico e o exercício da maternidade

A psiquiatria contribuiu para a produção da maternidade como experiência a que o corpo das mulheres estava predestinado tendo em vista a sua função reprodutiva, tornando a negação desta um desvio de comportamento. No entanto, essa perspectiva traz um

tensionamento que persiste: como lidar com o desejo da maternidade das mulheres ditas loucas?

Se a maternidade permanece entendida como o que ‘naturalmente’ caracteriza uma mulher, simultaneamente, continua não ‘aconselhável’ nem ‘permitida’ às mulheres pobres que fazem uso de álcool e outras drogas e àquelas com sofrimento psíquico.

Segundo os entrevistados, as mulheres que chegam aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD) são, frequentemente, encaminhadas pelo Conselho Tutelar ou pelo judiciário em processos que envolvem a guarda e o cuidado de seus filhos. É comum que mulheres que fazem uso de álcool e outras drogas sejam avaliadas por serviços da rede de proteção à criança e ao adolescente sob suspeita de negligência no cuidado com seus filhos e, em muitos desses casos, sejam destituídas do poder familiar.

A gente vê pessoas sofrendo situações, perda de poder familiar pela mulher por ela fazer um uso de substância que nem é um uso problemático [...] como se ela tivesse que ser a pessoa perfeita da família. O preconceito dos serviços de proteção por exemplo. A gente percebe várias mulheres que perderam os filhos, a criança fica abrigada e às vezes ela tem o cuidado com a criança, elas demonstram afeto, mas perdem a criança por serem usuárias de drogas. (E3).

Por vezes, as medidas de acolhimento institucional para o bebê acontecem logo após o nascimento, já que são poucos os serviços de proteção e apoio econômico direcionados para a manutenção do binômio mãe-bebê junto. Assim, essas mulheres não encontram proteção para o exercício da maternidade.

Uma usuária daqui que estava em situação de rua grávida, foram feitas várias reuniões solicitando o acolhimento dela e não conseguimos, por ela estar grávida, estar em situação de vulnerabilidade e usando drogas não conseguimos o acolhimento

dela. E aí ela foi ter o neném e o hospital encaminhou a demanda ao Conselho Tutelar e solicitou uma vaga em acolhimento para ela e para a criança. E não tinha esse lugar. A criança vai para o abrigo e ela não vai ter direito de cuidar da filha. (E3).

Todas as mulheres que derem à luz naquela maternidade e que tenham algum histórico, seja recente ou de 20 anos atrás de uso de drogas, a justiça precisa ser notificada e aí isso é uma tristeza sem tamanho [...] porque a gente tem uma situação de mulheres que dão à luz e não levam a criança para casa. (E2).

Os serviços de acolhimento institucional são voltados apenas para as crianças após o ‘afastamento’. Os profissionais encontram dificuldades em realizar ações que contribuam para a promoção da família diante da ausência de políticas públicas de proteção e apoio à maternidade que considerem as dificuldades materiais, os estigmas e toda a fragilidade vivenciada por essas famílias.

O que é o papel dessa mãe? Tem o Estatuto da Criança e do Adolescente relacionado a isso. Mas o quanto que isso recai para as mulheres de uma maneira diferente em relação ao que acontece com os homens. Também no Caps AD onde eu atuo, a gente tenta fazer um trabalho inclusive de tentar minimamente desconstruir e dizer que essas mulheres... tentar algum diálogo com a justiça pra dizer que essas mulheres mesmo sendo usuárias elas podem ser mães caso elas queiram. (E2).

Tais mulheres são julgadas a partir dos modelos ideais de mãe, família e moradia calcados na perspectiva da família patriarcal nuclear produzida na articulação dos modelos da burguesia europeia e do higienismo. Desconsideram-se a construção social das famílias brasileiras e como a dinâmica familiar é efeito da realidade social e econômica, bem como a possibilidade de vinculação e de exercício do cuidado, desumanizando e tutelando tais corpos.

No entanto, vê-se que as mulheres procuram formas de resistir à perda da guarda de seus filhos e à sustentação de seu desejo de maternidade, mesmo que isso represente maior risco à sua saúde e à sua segurança.

Em dois casos, o que elas fizeram? essas mães perderam os filhos, dois, três filhos, e aí numa próxima gravidez elas saíram pra fora da cidade, para ter filho em outro lugar para conseguir ficar com aquela criança que nasceu depois. Teve uma paciente que pra não perder esse filho, ela entregou o filho para um familiar que era do tráfico de drogas, e aí ninguém entrava lá para pegar, nem o conselheiro conseguiu entrar lá para pegar. A forma que ela teve de ter acesso a essa criança e proteção foi dentro do tráfico. (E3).

Um cuidado territorializado implica compreender as singularidades das mulheres, as suas possibilidades de existência e de suas famílias diante da ausência de direitos fundamentais em espaços marcados pela desigualdade social e pela violência. Sem políticas públicas garantidoras do direito à maternidade, o ‘poder paralelo’ faz a mediação e ‘intercede’ por essas mulheres e sua maternidade.

Em outra direção, barganha-se o direito à maternidade em relação à adesão ao ofertado pela Raps. Se o tratamento se faz possibilidade de retomar a guarda do filho e investir em um projeto de vida menos vulnerabilizado, então as mulheres se aproximam das equipes de saúde – o que cria impasses e frustrações, e “quando não conseguem recuperar os filhos, abandonam esse cuidado” (E3).

Apesar da militância na luta antimanicomial, persiste a vinculação da loucura à ideia de incapacidade que, no caso de mulheres, é extensiva ao exercício da maternidade. Referindo-se à gestação de mulheres com sofrimento psíquico considerado ‘grave’, os entrevistados falam da preocupação com relação a medicamentos e danos à saúde mãe-bebê, à sustentabilidade financeira e à sobrecarga emocional.

Um dos entrevistados diz que quando uma paciente fala sobre gestação, em geral, “já está

grávida” (E9), e que se soubesse antes do seu desejo de engravidar, investiria em fazê-la mudar de ideia.

Se uma paciente fala que quer engravidar, nós vamos ter que pensar em como ela vai poder... Às vezes tem paciente que é curatelado. Como é que vai fazer para cuidar dela e da criança? Mas às vezes nunca aconteceu, de verdade. Eu te falo sabendo que é uma questão difícil. [...] Eu acho que eu tentaria conversar com ela para nós pensarmos em outros projetos ou pensar muito bem, porque é assim, não vai ser fácil. (E9).

Uma gestação poderia e deveria integrar o projeto de vida de mulheres atendidas na Raps. No entanto, não foram citadas nas entrevistas informações sobre a realização de trabalhos referentes a planejamento familiar nos serviços, tampouco se fez referência a encaminhamento e/ou ação intersetorial para a abordagem da gestação e da maternidade de pessoas em acompanhamento de saúde mental.

Por certo, a maternidade representa desafios para mulheres com sofrimento psíquico tendo em vista o estigma da ‘doença’, as dificuldades com relação a sua autonomia e o uso dos psicotrópicos. No entanto, muitas delas perdem a guarda de seus filhos por serem consideradas, *a priori*, incapazes para o cuidado. É fundamental que se questionem tal ideia de ‘incapacidade’ e o direito à maternidade das mulheres em acompanhamento pela saúde mental.

A construção do feminino a partir da violência

A violência foi descrita pelos entrevistados como um fenômeno muito presente na vida das mulheres atendidas na Raps. Segundo eles, quase todas trouxeram relatos sobre episódios de violência sofridos em algum momento de suas vidas, especialmente de violência sexual na infância e/ou juventude e de violência psicológica. Os trabalhadores percebem que as histórias de violências aparecem com maior

frequência nos discursos femininos quando comparados aos de homens atendidos.

O sofrimento dessas mulheres era muito tocado a partir da violência de gênero. Então o uso das substâncias era algo irrisório frente ao sofrimento que viviam que era em sua maioria das vezes desencadeado também por violências, violências estruturais, violência física, violência psicológica, sobretudo todas elas do grupo passaram por violência psicológica. Então é um sofrimento muito diferente, é um sofrimento que tem uma causalidade na forma como a gente se organiza se constrói e vive como mulher no mundo e no Brasil. (E4).

Alguns sofrimentos que a gente percebe no Caps são muito pautados por essa coisa da violência sexual. A gente vê muito isso de mulheres que estão nesse momento de crise, chegam com a depressão, chegam com um ponto crítico na vida. Isso salta aos olhos. E a gente vai discutir na reunião clínica os casos e sempre tem, sempre tem uma história de abuso de alguma forma, como essa mulher foi violada. E aí depende se foi na infância, se foi na juventude ou se foi recentemente. Habitualmente na juventude. E os casos são muito maiores do que os casos que os homens sofrem violência. Essa coisa da violência parece uma coisa que constitui as mulheres e constitui obviamente o sofrimento dela. (E1).

Nas entrevistas, a subjetividade feminina emerge como constituída pelo sofrimento e pela violência, afirmando-se que todas as mulheres estão sujeitas a sofrerem violências nos espaços que ocupam dentro ou fora de casa, bem como se estabelece a ideia de que a violência é possível causadora de sofrimento psíquico. Entretanto, chama atenção que a constatação da violência e do sofrimento como elementos basais na construção do ser mulher na sociedade brasileira não é acompanhada de reflexões críticas nem de atitudes de transformação da situação, sendo, em grande parte dos relatos, absolutamente naturalizada.

Destaca-se, ainda, que, apesar do reconhecimento da presença da violência na vida das

mulheres, quando as situações de violência aparecem nos relatos daquelas que fazem acompanhamento Raps, são, por vezes, desconsideradas. Os relatos são classificados como delirantes de modo que a ideia da violência como causadora de sofrimento é relativizada ou negada quando se trata das usuárias da Raps. Muitas vezes, tais usuárias são descredenciadas, e suas narrativas atribuídas à personalidade e ao diagnóstico.

Muitas vezes vejo profissionais minimizando o sofrimento dessas mulheres a partir do argumento e da cristalização do diagnóstico, são histéricas, são border, são histriônicas, logo estão somatizando, estão teatralizando, isso tem um efeito importante no modo de leitura do sofrimento logo no modo de oferta de cuidado. (E7).

Isso pra mim é uma das coisas mais difíceis de lidar, porque muitas vezes a mulher vem e fala que apanhou do marido ou do pai. E aí você vê aquela pessoa totalmente acolhedora e às vezes toda a família com assim dizendo que ela que tá maluca. E aí? [...] E digo para você que até difícil situações em que a gente faz assim a notificação outras não se faz tamanho sofrimento daquela família, não tem a notificação necessariamente. Às vezes é difícil. Eu fico pensando será que o cara bateu mesmo? Que o cara não agrediu? e às vezes está lá a mãe dela, o pai dela, os filhos dela e dizendo que ela que não tá bem. E aí é difícil, é difícil você até saber como agir nessas situações. Em saber no que acreditar. (E5).

Diante da dúvida sobre a veracidade das informações apresentadas pela mulher, geralmente, não são feitas notificações, denúncias nem encaminhamentos para serviços de apoio às vítimas de violência. Isso tem implicações no cuidado oferecido a essa mulher, na garantia da sua segurança e na subnotificação das situações de violência contra a mulher.

Quando o tema é violência autoprovoçada, os entrevistados observaram aumento do número de tentativas de suicídio. Considerando as pessoas que chegam aos

serviços de emergência psiquiátrica em consequência de situações de tentativa de suicídio, os participantes disseram que a maioria é de mulheres e, normalmente, jovens. Entre as situações que levam mulheres jovens a tentar suicídio, estão tensões intergeracionais; preconceito, repressão sexual e conflitos com familiares que ‘não aceitam’ sua orientação sexual e a pressão social para que elas correspondam ao ideal feminino instituído pela perspectiva patriarcal.

De acordo com o Ministério da Saúde¹⁵, a maioria das vítimas de morte por suicídio no Brasil é de homens, mas mulheres representam o maior grupo com ideações e tentativas de suicídio. Em 2019, foram registrados 124.709 casos de lesões autoprovoçadas no País, um aumento de 39,8% em comparação ao ano de 2018. Em 71,3% dos registros realizados, as vítimas eram mulheres, na maior parte dos casos (46,3%), na faixa etária de 20 a 39 anos, seguida pela de 15 a 19 anos (23,3%). Tais diferenças podem ser explicadas pelo fato de que homens utilizam métodos mais letais e são mais resistentes a buscar atendimento na Raps.

O homem para chegar e dizer que precisa desse suporte já está um longo período nessa caminhada sofrendo ou buscando outros meios de responder à sua necessidade. (E5).

Outro aspecto central na produção de sofrimento intenso vincula-se, segundo os entrevistados, aos impactos da desigualdade social. As mulheres encontram-se em extrema vulnerabilidade social diante do desemprego, da solidão, da falta de moradia e da fome. Uma das entrevistas menciona que muitos profissionais acreditam que a medicação vai retirar todo o sofrimento da vida de mulheres, mas defende que “saúde mental não é só feita dentro do serviço” (E4), sublinhando que, durante as visitas domiciliares, percebe as condições precárias em que vivem muitas usuárias da Raps.

O caso que eu acompanhava, que era uma usuária com três filhos, histórico de um já estar para adoção

no abrigo e os filhos ficarem em situação de rua com ela. E ela falou que não tinha mais o que dar para comer aos filhos, que foi pedir dinheiro e conseguiu comprar feijão, cozinhou o feijão e colocou chumbinho e ia dar para eles. Ela já tinha o planejamento de dar o feijão com chumbinho para os filhos comerem e ela ia comer, ela dizia que é insuportável ver os filhos passando fome. (E2).

Embora seja preconizado um cuidado territorializado, ou seja, vinculado ao espaço físico e social em que a vida se constrói em toda sua complexidade, percebe-se que persiste uma abordagem exclusivamente setorial das necessidades em saúde e, muitas vezes, apenas farmacologizada do sofrimento psíquico.

Pesquisas apontam que são as mulheres que mais consomem substâncias lícitas, como fármacos antidepressivos e ansiolíticos¹⁶. Uma das entrevistadas diz que, no serviço em que trabalha, é comum a chegada de mulheres que fazem uso dessas medicações:

Esse grupo de saúde mental da minha unidade tem o intuito de trabalhar isso, de criar uma oportunidade de desmame. Muitas mulheres tomam medicação para ansiedade, são dependentes desses remédios. Quando a gente propõe uma mudança a reação é muito negativa, porque existe um apego, o remédio vai curar, 'o remédio cura, salva e liberta' e a gente busca trabalhar de uma forma diferenciada o bem-estar e a autoestima. (E6).

Ao partir da ideia de que mulheres sofrem maior pressão social, os entrevistados acreditam que aquelas com sofrimento psíquico, além do estigma da loucura, sofrem preconceito pelo simples fato de serem mulheres. Ou seja, na experiência delas, associam-se a misoginia e a opressão pela 'desrazão'.

No entanto, quando se perguntou sobre como os trabalhadores lidam com as questões relacionadas com a desigualdade de gênero nos serviços, eles disseram que há momentos em que se reproduzem determinados estereótipos de gênero. Uma das entrevistadas afirmou que "essa coisa do estereótipo que a gente tem da

histeria da mulher é sempre um tom a mais" (E5). As mulheres são consideradas mais 'viscosas, barulhentas e críticas'. Outra entrevistada conta que já ouviu de profissionais de saúde da Raps que as usuárias são culpadas por experimentarem situações de violência e assédio sexuais.

Quando uma mulher diz que já se sentiu violentada ou assediada, ou importunada tem sempre um 'mas também ela deu uma risadinha', 'mas também ela fica se oferecendo'. Mas eu acho que já melhorou bastante porque as mulheres que trabalham no Caps em que eu trabalho a gente faz questão de pontuar isso incessantemente. Eu acho que de certa forma a gente se percebe um pouco atingida quando isso acontece. (E2).

Os entrevistados dizem que há trabalhadores que 'respeitam' e 'compreendem' o sofrimento de mulheres como parte da 'doença mental', do 'transtorno'. No entanto, devido ao julgamento moral de parte das equipes, o sofrimento psíquico de mulheres também é associado à 'frescura', ao 'excesso de sensibilidade'. De acordo com os entrevistados, é comum que mulheres com ansiedade e depressão, mesmo aquelas que tentaram suicídio, sejam 'classificadas' como 'sensíveis', e seus relatos, entendidos como 'frescura'.

Tem aqueles que respeitam, que têm o cuidado e que têm a atenção. E entendem que aquilo é um movimento de crise, que é o momento de doença que precisa ser cuidado. Alguns podem achar que é frescura. E é isso acontece muitas vezes, não com paciente psicótico, acontece principalmente com pacientes mulheres que tentam suicídio. Que é o número muito expressivo, muito mais expressivo, eu tenho observado isso na emergência de mulheres que tentam suicídio, mulheres jovens e muitos jovens mesmo. (E5).

Algumas trabalhadoras afirmam que, ao presenciarem julgamentos morais ou comentários preconceituosos de outros profissionais da equipe sobre mulheres, fazem questão de

intervir e de se posicionar, utilizando seu lugar de fala na tentativa de fomentar o debate sobre a utilização e a banalização de determinados termos e atitudes na condução dos casos.

Parte dos entrevistados consideram que é importante lançar luz e debater as questões relacionadas com a desigualdade de gênero e seus efeitos na saúde mental de mulheres. Contudo, é possível perceber que persiste um julgamento moral e religioso que atravessa a produção de cuidado em saúde mental na medida em que está presente na escuta profissional e na percepção acerca do sofrimento das mulheres. Além disso, o olhar machista e preconceituoso a respeito do feminino desconsidera aspectos importantes de sua realidade, reproduz as lógicas patriarcal e manicomial, que contribuem para o sofrimento psíquico e o silenciamento de mulheres.

Considerações finais

Este trabalho buscou refletir sobre as relações de gênero e a saúde mental a partir do lugar das mulheres cisgêneras como usuárias e trabalhadoras da Raps e dos sentidos que lhes são atribuídos por profissionais de serviços públicos da saúde mental e membros de movimentos da luta antimanicomial.

A relação das mulheres cisgêneras com a saúde mental foi representada pelos entrevistados por meio do exercício da maternidade, que é visto com suspeição quando se trata de usuárias da Raps, e das violências, que funcionam como disparadores de sofrimento psíquico em mulheres e, ao mesmo tempo, podem ser invisibilizadas quando enunciadas pelas usuárias.

Se a maternidade e o cuidado resumem o que ‘naturalmente’ caracteriza a experiência de ser mulher, então é criado um lugar de exceção para as mulheres em sofrimento psíquico posto que, a elas, é atribuído o rótulo de incapazes de ambos. O desejo da maternidade tende a não ser acolhido pelas equipes e até mesmo desestimulado. Na maioria das vezes,

à saúde mental e à justiça, cabe retirar-lhes a prole a fim de proteger as crianças da sua desrazão e/ou do uso de álcool e outras drogas.

O mesmo processo de deslegitimação acontece quando se trata das violências que são minimizadas, questionadas e/ou invisibilizadas quando emergem de corpos ‘diagnosticados’, apesar de serem reconhecidas como produtoras de sofrimento psíquico e de seu agravamento. Tais mecanismos expõem as mulheres cisgêneras usuárias da Raps a situações crescentes de vulnerabilização, retirando-lhes os direitos de proteção garantidos pela legislação. Simultaneamente, a subnotificação dos casos de violência nessa população invisibiliza a necessidade de políticas públicas mais efetivas de proteção e garantia de direitos.

Nessa direção, percebeu-se que a proposição de estratégias intersetoriais para proteção de mulheres em sofrimento psíquico que experimentam situações de violência e/ou a maternidade são poucas e, na maior parte das vezes, insuficientes na medida em que operam a partir das ideias de ‘incapacidade, doente mental, delírio, frescura’.

O respeito à autonomia, à singularidade e à integralidade do cuidado não pode se limitar a valores e compromissos éticos pessoais dos profissionais uma vez que são diretrizes das políticas públicas de saúde. Mesmo considerando a presença majoritária de mulheres entre os trabalhadores Raps, a persistência de elementos vinculados ao machismo, ao patriarcado e à lógica tutelar daquelas que sofrem psicologicamente emergiu nas falas dos sujeitos de pesquisa. Nessa perspectiva, as trabalhadoras entrevistadas afirmaram que movimentos de tensionamento das hierarquizações de gênero reproduzidas nos serviços são tímidos e que, hegemonicamente, persiste a naturalização dos discursos e das práticas marcados pelo machismo e pelo sexismo, inclusive na organização e na gestão dos processos de trabalho.

Parece fundamental, pois, apontar que há necessidade de estratégias de educação

permanente para atuações mais qualificadas no cuidado em saúde mental e para a organização de serviços da Raps que incluam a discussão das hierarquizações de gênero e seus efeitos.

Entende-se que a discussão sobre gênero, mulheres e saúde mental é vasta e que não se esgota nas considerações e nas contribuições feitas neste trabalho. Aposta-se na possibilidade de mobilizar as trabalhadoras, as usuárias e os familiares para a garantia de um cuidado integral em saúde mental mais atento à construção social das hierarquizações de gênero, a fim de engajá-las em processos

de transformação da sociedade e das práticas estigmatizantes ainda existentes.

Colaboradoras

Rangel SPA (0000-0002-1161-7052)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e revisão crítica do manuscrito. Castro AM (0000-0003-1190-5828)* contribuiu para concepção, elaboração do rascunho e revisão final do manuscrito. ■

Referências

1. Perrot M. *Minha história das mulheres*. 1. ed. São Paulo: Contexto; 2007.
2. Pereira MO, Passos RG, organizadoras. *Luta antinormativa e feminismo: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Autografia; 2017.
3. Amarante PDC, coordenador. *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP; 1995.
4. Amarante PDC, Loyola MA. As Cores da Utopia: loucura, arte e a reforma psiquiátrica. *Rev Electron. Commun. Inf. Inov. Saúde*. 2014 [acesso em 2023 mar 27]; 8(1):56-59. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/505>.
5. Amarante PDC, Diaz FS. Os movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica. *Cad. Bras. Saúde Ment*. 2012 [acesso em 2023 mar 27]; 4(8):83-95. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68655>.
6. Piscitelli A. Recriando a (categoria) mulher? In: Algranti LM, organizadora. *A Prática feminista e o conceito de gênero*. Textos Didáticos. Campinas: IFCH/UNICAMP; 2002. p. 7- 42.
7. Passos RG. 'De escravas a cuidadoras': invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. *O social em questão*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2017 [acesso em 2022 ago 1]; 20(38):77-94. Disponível em: www.redalyc.org/articulo.oa?id=552256732015.
8. Andrade APM, Maluf SW. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2017 [acesso em 2021 set 1]; 21(63):811-821. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0760>.
9. Martins APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Priore MD, organizadora. História das Mulheres no Brasil. 3. ed. São Paulo: Contexto; 2000.
11. Facchinetti C, Ribeiro AO, Muños PFN. As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). *Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos*. 2008 [acesso em 2021 set 1]; 15(supl):231-242.
12. Toledo ET. A Circulação e Aplicação da Psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery, São Paulo: Uma questão de Gênero (1936-1956). [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019. 296 p.
13. Prado Y, Severo F, Gerrero A. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2022 ago 1]; 44(esp3):250-263. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3875>.
14. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014. [acesso em 2021 set 1]. Disponível em: <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/caderno-pesquisa-qualitativa-mestrado-2014.pdf>.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico nº 33. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília, DF: MS; 2021 set 20. [acesso em 2022 ago 1]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view.

Recebido em 16/11/2023
Aprovado em 27/12/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Henrique Rabello de Carvalho

Motivações para o rompimento do ciclo de violência em mulheres acolhidas na Sala Lilás do Instituto Médico Legal do Centro do Rio de Janeiro no contexto pandêmico de Covid-19

Motivations for breaking the cycle of violence among women hosted in the Lilac Room of the Forensic Medical Institute in downtown Rio de Janeiro in the context of the COVID-19 pandemic

Fernanda de Sousa¹, Gabriel Schütz²

DOI: 10.1590/2358-28982023E19097P

RESUMO Quais motivações levam uma mulher em situação de violência física a realizar o registro de ocorrência em uma delegacia policial rompendo o ciclo de violência em que estava envolvida? O fenômeno da violência contra a mulher é complexo, envolvendo atravessamentos históricos, religiosos, culturais, sociais, políticos e econômicos que influenciam nas relações íntimas e sociais. Visando responder à pergunta-problema, foi realizada uma pesquisa qualitativa, a partir de entrevista com 15 mulheres adultas, agredidas fisicamente, acolhidas pelo Projeto Sala Lilás IML Centro RJ. A pesquisa ocorreu em julho de 2022, ainda em período pandêmico, quando o confinamento domiciliar determinou um aumento da violência doméstica. A estratégia de pesquisa consistiu em traçar um perfil sociodemográfico das mulheres agredidas e dos contextos da agressão a partir do qual foram analisados os depoimentos levantados após o atendimento à mulher na Sala Lilás. Concluiu-se que a motivação da mulher agredida para realizar o registro de ocorrência policial não é uma reação ao último episódio de violência sofrido, mas como desfecho de experiências vivenciadas ao longo de sua vida, que acabam impactando no seu processo de decisão.

PALAVRAS-CHAVE Gênero. Violência contra a mulher. Ciclo de violência.

ABSTRACT *What motivates a woman in a situation of physical violence to file a police report and break the cycle of violence in which she was involved? The phenomenon of violence against women is complex and entails historical, religious, cultural, social, political, and economic factors that influence intimate and social relationships. To answer this problem question, a qualitative study was conducted based on interviews with fifteen adult women who had been physically assaulted and had been taken in by the Lilac Room Project at the Forensic Medicine Institute, Center RJ (Projeto Sala Lilás IML Centro RJ). The research took place in July 2022, while the pandemic was still underway and home confinement led to an increase in domestic violence. The findings show that the motivation for battered women to file a police report is not a reaction to the last episode of violence they suffered but a result of experiences throughout their lives that end up having an impact on their decision-making process.*

KEYWORDS *Gender. Violence against women. Cycle of violence.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. fernandaaraujo.as@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Sofrer uma agressão física é uma experiência desgastante vivenciada de maneira traumática pelas mulheres em função das múltiplas desigualdades culturais e socioeconômicas que as vulneram.

Em finais da década de 1970, a psicóloga estadunidense Lenore Walker¹ descreveu a Síndrome da Mulher Maltratada, identificando que as agressões ocorrem como um ciclo de violência sequencialmente repetido, constituído por três fases: a Fase 1, com o aumento da tensão, em que o agressor se mostra irritado, tem acessos de raiva, profere insultos, faz ameaças e pode até destruir objetos em geral, a mulher tende à negação, a calar os fatos perante terceiros e a se culpar pela reação do companheiro; a Fase 2, em que o ato de violência se materializa, o agressor perde o controle e parte para a agressão, nessa fase, realizam-se atos de violência verbal, física, psicológica, moral e/ou patrimonial; e a Fase 3, que caracteriza uma estratégia de manipulação do agressor, mostrando-se arrependido e carinhoso em busca da reconciliação. Confusa, manipulada, a mulher tenderia a perdoar e dar mais uma chance ao seu agressor, até que reinicia um novo episódio de Fase 1 fechando o ciclo².

Mulheres expostas à violência doméstica, contudo, rompem o ciclo de violência em que estão envolvidas e decidem comunicar sua situação. Dessa forma, pedem ajuda e denunciam seu agressor, solicitam que ele seja afastado do convívio familiar, bem como requerem medidas protetivas de garantias legais que a protejam do contexto da agressão.

Nesse contexto, quais motivações levam a uma mulher agredida a romper o ciclo de violência denunciando seu agressor em uma delegacia de polícia?

Em busca de respostas à pergunta norteadora, em julho de 2022, realizou-se uma pesquisa de cunho analítico qualitativo com base em informações levantadas por meio de entrevistas individuais. Participaram 15

mulheres adultas, na faixa etária entre 18 e 59 anos, residentes no município do Rio de Janeiro, em situação de violência doméstica por agressões físicas, que fizeram boletim de ocorrência em uma delegacia de polícia, sendo encaminhadas para realizar exame de corpo de delito e atendidas na Sala Lilás do Instituto Médico Legal (IML) do Centro da cidade. Serão apresentados os resultados sobre o perfil sociodemográfico das entrevistadas, bem como os resultados da análise categorial³ das falas recolhidas. Em outras palavras, será analisado quem são essas mulheres e serão discutidos os motivos que as levaram a romper com o ciclo de violência.

Considera-se que este estudo poderá contribuir para a geração de conhecimentos sobre os desdobramentos da violência contra as mulheres, um problema de intrínseca relevância social em função das vidas perdidas, dos direitos violados e dos sofrimentos evitáveis. Conhecer melhor um problema é crucial para a implementação de políticas públicas corretamente fundamentadas que pretendam enfrentá-lo. Também, espera-se que este estudo colabore para melhor entendimento do problema por parte de equipes de saúde que cotidianamente enfrentam com perplexidade situações de atendimento a mulheres agredidas fisicamente. Com efeito, o manejo dos casos de violência contra a mulher demanda conhecimento técnico, reflexões teóricas e metodológicas que permitam desconstruir a hegemonia simbólica da dominação masculina, patriarcal, sexista, binária e heteronormativa, a fim de proporcionar intervenções respeitadas, humanizadas, pautadas em direitos, que possibilitem o efetivo rompimento do ciclo de violência.

Vale destacar que a pesquisa foi realizada na conjuntura da saída do confinamento domiciliar da população como medida preventiva à pandemia de Covid-19, um contexto histórico singular que contribuiu adversamente às situações de violência doméstica.

Contextos da pesquisa

O contexto histórico da pesquisa foi caracterizado pelas restrições à vida cotidiana impostas pelas ações de controle da pandemia de Covid-19. Nesse período, foram apontadas evidências da prática de violência doméstica contra as mulheres, de acordo com os dados do ‘Dossiê Mulher 2021’⁴, em um contexto em que as mulheres agredidas foram virtualmente obrigadas a se confinar com seus agressores, condicionadas pela convivência forçada, a insegurança econômica e o medo de contrair o vírus Sars-CoV-2. Além da externalidade sanitária, a conjuntura política também foi desfavorável à implementação de qualquer pauta de gênero, uma vez que, na vigência do governo Bolsonaro, de perfil conservador e antifeminista, questões como a violência contra as mulheres eram consideradas como uma pauta meramente ideológica.

Mesmo nessa circunstância, as denúncias de agressão doméstica contra mulheres em 2020 foram publicadas pelo Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro (ISP-RJ) no relatório ‘Dossiê Mulher 2021’. O documento informa que, no Brasil, foram notificadas 105.821 denúncias de violência contra a mulher efetuadas por meio do Ligue 180 e do Disque 100. No Rio de Janeiro, o citado dossiê informa que as delegacias policiais do estado receberam um total de 98.681 denúncias de casos de violência contra a mulher. Destes, 34.241 (34,7%) correspondem ao município do Rio de Janeiro. Em relação à tipificação oficial de violências (física, psicológica, moral, sexual e patrimonial), o relatório aponta uma maior incidência das violências físicas (34.192 casos; 34,6%). Ao desdobrar os dados de denúncia de violência física por idade, constatou-se que 36,7% correspondem à faixa etária de 18 a 29 anos, ao tempo que 51,1% correspondem à faixa etária de 30 a 59 anos. Ou seja, as denúncias de violência física contra mulheres adultas concentram 87,8% do total das notificações⁴.

Para contextualizar o espaço de realização da pesquisa, que ocorreu na Sala Lilás do

IML do Centro da cidade do Rio de Janeiro, localizado na Av. Francisco Bicalho, nº 300, corresponde descrever brevemente sua inserção na política pública intersetorial. Esse local foi o primeiro espaço a ser instituído, em dezembro de 2015, no marco da implementação do Projeto. De acordo com informações da página *web* do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ):

A Sala Lilás é um espaço criado para prestar atendimento especializado e humanizado às mulheres vítimas de violência física e sexual, e funciona dentro do Instituto Médico Legal (IML). O local é equipado para fazer exames periciais e possui uma equipe multidisciplinar composta por policiais, assistentes sociais e enfermeiras para realizar os atendimentos especializados. A integração dos serviços pretende ajudar as vítimas a se sentirem mais à vontade para relatar e falar sobre a violência sofrida. A ambientação mais acolhedora e aconchegante com mensagens escritas nas paredes, servem de apoio para as vítimas que estão em momentos de extrema fragilidade física e emocional. O projeto é o resultado de uma parceria da Polícia Civil com o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, a Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e do Rio Solidário⁵.

Posteriormente, em 2018, foi implementada uma segunda sede no município do Rio de Janeiro, dessa vez no bairro Campo Grande. Mais tarde, foram estabelecidos convênios análogos com outras prefeituras, expandindo o serviço para os municípios de Petrópolis, inaugurado em junho de 2020; de Niterói, instituído em agosto de 2020; de São Gonçalo, inaugurado em dezembro de 2020; e de Nova Iguaçu, em dezembro de 2021.

Inicialmente, no planejamento das atividades do Projeto Sala Lilás, pensou-se em acolher somente mulheres, contudo, ao iniciar os atendimentos, logo percebeu-se a necessidade de atender todas as pessoas em situação de violência doméstica, sexual, homofóbica e

comunitária. O público acolhido no Projeto Sala Lilás é de crianças, adolescentes, mulheres em todos os ciclos de vida, idosos e a população LGBTQIA+, que necessitem fazer o exame de corpo de delito decorrente de situações de agressões físicas e/ou sexuais.

Formalmente, a equipe técnica do Projeto Sala Lilás IML Centro RJ é multidisciplinar, composta por profissionais servidores públicos, tanto da Secretaria Estadual de Segurança Pública (policiais e peritagem médica) como da Secretaria Municipal da Saúde (enfermeiras e assistente social), contando com apoio de pessoal cedido pela ONG RioSolidario.

A pessoa encaminhada pela delegacia policial para realizar o exame de corpo de delito no IML é atendida na recepção de exame pericial por um policial. Em seguida, é direcionada ao acolhimento da equipe de saúde, em um espaço reservado, privativo e sigiloso, proporcionando uma escuta qualificada sem julgamentos morais, podendo se expressar e, inclusive, refletir sobre os ciclos de violência. Todos os acolhimentos são registrados em uma planilha de atendimento, sendo preenchida a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

Ao final de cada mês, a Coordenadoria de Área Programática 1.0 (CAP 1.0) analisa os dados produzidos para a elaboração de relatórios estatísticos e encaminhamento ao TJRJ. As fichas de notificação de violência são encaminhadas para a Divisão de Vigilância em Saúde (DVS), da CAP 1.0.

Documentos de fundamental valor para a Vigilância em Saúde, as fichas de notificação constituem uma ferramenta importante para o levantamento de dados epidemiológicos. Essas informações devidamente coletadas e consolidadas em bases de dados permitem dar subsídios empíricos para o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas que visem à redução da morbimortalidade decorrente das violências, à promoção da saúde e à equitativa qualidade de vida, conforme descrito no instrutivo de notificações de violências de 2016⁶.

Os casos tipificados como violência física são enquadrados nas medidas protetivas instituídas na Lei Maria da Penha, incluídas as garantias de segurança e bem-estar da mulher agredida, reforçando o papel das medidas protetivas em resguardo da sua vida.

Material e métodos

Este estudo foi realizado a partir de pesquisa qualitativa, cujo objetivo geral consistiu em compreender os fatores que repercutem no processo de decisão da mulher acolhida na Sala Lilás IML Centro RJ em romper com o ciclo de violência. Teve seu desenvolvimento mediante análise de conteúdo documental³, bibliográfico e de aplicação de questionários a essas mulheres. A pesquisa visou a analisar o perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas e suas as motivações para realizar o registro de ocorrência em uma delegacia policial.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com 15 mulheres selecionadas com os seguintes critérios de inclusão: i) mulheres adultas, isto é, na faixa etária entre 18 e 59 anos; ii) residentes no município do Rio de Janeiro; iii) em situação de violência doméstica por agressões físicas, que realizaram exame de corpo de delito e que foram atendidas no Projeto Sala Lilás IML Centro, RJ. Foram excluídos da pesquisa: crianças, adolescentes, idosas, homens de todas as idades, mulheres residentes em outros municípios e aquelas em situações de violência sexual. A coleta de dados ocorreu no mês julho de 2022, logo após as aprovações do projeto por parte dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), Certificado de Apresentação de Ética (CAAE) 55456022.4.0000.5240, parecer nº 5.305.282, e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, CAAE 55456022.4.3001.5279, parecer nº 5.397.376.

Uma vez finalizada a fase de acolhimento, mulheres agredidas foram convidadas a participar da pesquisa, em que 15 delas aceitaram

participar de forma voluntária. O propósito da pesquisa foi esclarecido às participantes por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram aplicados 15 questionários semiestruturados, com as mulheres selecionadas de acordo com os critérios de elegibilidade, pela pesquisadora deste estudo. A abordagem e o recrutamento foram iniciados logo após o término do acolhimento realizado na Sala Lilás, de forma voluntária, sem prejuízo nenhum de seu atendimento.

As entrevistas ocorreram em um espaço privado, resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações concedidas. Além das falas gravadas nas entrevistas, foram extraídas informações contidas na ficha de notificação de violência preenchida durante o atendimento. Dessa forma, conseguiu-se reduzir o tempo tomado da entrevistada e evitar a redundância de perguntas.

Em seguida, as informações foram sistematizadas e codificadas de acordo com os itens das perguntas do questionário sobre o perfil sociodemográfico (cor/raça, idade, escolaridade, renda, moradia, entre outros) e os motivos expostos na fala das entrevistadas. Foram desenvolvidos gráficos para análise dessas variáveis e construção de um banco de dados. Além disso, foram investigados o histórico de vida, suas dificuldades e os fatores que influenciaram o processo de decisão da mulher em recorrer a uma autoridade policial.

Os nomes das mulheres participantes desta pesquisa foram preservados anonimamente, sendo substituídos por nome de flores, como uma reflexão do poema 'Hoje recebi flores', de uma autora desconhecida, que alerta para o risco de feminicídio, chamando a atenção sobre a vulnerabilidade da vida da mulher diante do agravamento dos ciclos de violência.

Resultados e discussão

A discussão dos resultados será dividida em duas etapas: a) o perfil sociodemográfico das entrevistadas; e b) a identificação e a análise

dos motivos para o rompimento do ciclo de violência. Traçar primeiro o perfil das mulheres acolhidas na Sala Lilás permitirá entender os motivos e os condicionamentos para suas decisões.

De forma sintética, o levantamento revelou que 11 das 15 entrevistadas pertenciam à faixa etária entre 20 e 39 anos. Nessa fase do ciclo de vida, a mulher está em plena idade reprodutiva e economicamente ativa, sendo muito comum que as agressões graves a impossibilitem de continuar suas atividades produtivas, necessitando de cuidados de saúde.

No quesito cor/raça, o grupo de 15 entrevistadas se constituiu por 9 mulheres pardas e 4 mulheres pretas, configurando o total de 13 mulheres negras e 2 brancas. A atribuição da cor/raça seguiu o padrão da autodeclaração com base na classificação estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com Sueli Carneiro⁷, a violência doméstica e sexual atinge todas as mulheres, sendo um fenômeno que atravessa todas as classes sociais e grupos raciais. A autora também destaca que a mulher negra, exposta a preconceitos raciais, em geral, tem maior probabilidade de sofrer todos os tipos de violência em relação à mulher branca, como consequência de um imaginário social colonizado pelo passado de coisificação (escravatura, subalternidade) dos corpos negros⁷.

Entre as 15 entrevistadas, foi constatado que 10 mulheres iniciaram o ensino médio, sendo que 5 não o completaram, 3 mulheres o completaram e 2 conseguiram iniciar a faculdade, porém, somente uma delas concluiu o ensino superior. Essa questão traz à baila o fato de que o grau de instrução e o efetivo acesso à rede escolar podem oferecer à mulher melhores condições para desenvolver seu senso crítico, o reconhecimento de seus direitos e de sua cidadania.

Em relação ao trabalho/emprego, 13 entrevistadas disseram estar trabalhando – 7 com vínculo formal e 6 na informalidade –, e as 2 restantes disseram estar desempregadas. Mulheres com vínculo de emprego, bem como

as autônomas que contribuem para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), estão formalmente protegidas com direitos trabalhistas que lhes permitem, por exemplo, obter uma licença médica para cuidar da saúde física ou mental ante as violências sofridas sem comprometer a renda familiar. Entretanto, a frequência de afastamentos ou do comprometimento do seu desempenho pela ocorrência de violência pode, em algum momento, acarretar sua demissão. Em contrapartida, as seis mulheres (negras) que trabalham informalmente estão muito mais desprotegidas. No ponto de vista da vulnerabilidade financeira, a pior situação é a das mulheres desempregadas. A brecha salarial apresenta um perfil racializado, uma vez que as menores rendas corresponderam às mulheres negras: das duas mulheres que manifestaram ganhar de 3 a 5 salários mínimos, uma se declarou branca e a outra, parda, sendo que as duas atuam em área informal.

Ainda em relação à renda e às possibilidades de sobrevivência, das 15 entrevistadas, 9 mulheres informaram que não recebem nenhum tipo de benefício social, sendo 6 pardas, 1 preta e 2 brancas. Por outro lado, 6 mulheres negras manifestaram receber o Auxílio Brasil, entre as quais, 3 pardas e 3 pretas.

O perfil da situação habitacional mostrou predominância da habitação na área regular da cidade, em moradia de aluguel (8 de 15); 5 disseram morar em casa própria, uma delas convivendo na moradia do agressor, e a última no espaço da família da entrevistada.

Nesse quesito, observou-se que a maioria das entrevistadas (12 de 15) se encontram em situação de fragilidade, dado que a dependência do aluguel muito frequentemente compromete os meios de sobrevivência e fragiliza a autonomia financeira da mulher caso deseje romper o relacionamento com o agressor. A situação de ‘não ter aonde ir’ que condiciona a mulher agredida à convivência com seu agressor piora em casos de violência patrimonial, isto é, quando a mulher tenta romper o ciclo de violência com seus parceiros e esses, como forma de coerção, destroem os pertences delas,

mudam senhas bancárias e as privam do acesso a seus documentos⁴.

Com relação à religiosidade das 15 participantes, 7 entrevistadas se declararam cristãs (6 evangélicas e uma católica), 3 delas se declararam espíritas, 1 declarou-se umbandista e 4 disseram não participar de nenhuma crença. É importante lembrar que os monoteísmos semíticos (cristianismo, judaísmo e islamismo) predicam a preservação dos laços matrimoniais, influenciando a mulher a permanecer submissa no relacionamento, dando novas oportunidades para o agressor na fé de que ele irá mudar seu comportamento.

Das 15 mulheres entrevistadas, 11 residiam com seus filhos. Somente uma delas encontrava-se em processo de gestação (último trimestre), que denunciou a sua irmã como autora das agressões físicas sofridas, com a qual convivia. Oito delas informaram que tiveram filhos com o agressor. Filhos inseridos em conflitos entre a mãe e o pai podem ser reduzidos a situações de disputas, podendo sofrer com alienação parenteral, quer dizer, quando um dos progenitores prejudica a imagem que o filho tem do outro. Para Joan Scott, a violência tem caráter relacional e, nesse caso, pode também ocorrer em caminho de mão dupla⁸.

Na perspectiva do feminismo marxista, Heleieth Saffioti⁹ afirma que o contexto de violência doméstica e intrafamiliar perpassa por questões sociais que acirram as cenas de violência, como uma cultura machista e patriarcal, que determina papéis sociais legitimando condutas autoritárias pelo homem, em que a mulher é subjugada a condições de inferioridade⁹. Essa perspectiva encontra a sua gênese no ensaio de Friedrich Engels ‘A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado’, escrito em 1884. Para o autor, a construção do núcleo familiar seria uma forma primordial da exploração de classes, na qual o marido representa a burguesia e a esposa, o proletariado¹⁰. Dando continuidade a esse ponto de vista, para Saffioti, a mulher está sujeita a um contrato sexual com seu marido em nome da produção e reprodução da

sociedade¹⁰. Dessa forma, iria se constituindo o conjunto de opressões patriarcais impostas pelos homens às mulheres.

Das 15 entrevistadas, 8 disseram ser agredidas por seus companheiros; 4 afirmaram ter sido agredidas por seus ex-companheiros, e 1 mulher, por seu namorado, totalizando 13 mulheres agredidas por pessoas que constituem um vínculo afetivo por serem parceiros íntimos. As 2 mulheres restantes informaram ter sofrido agressões de suas irmãs.

Seis das 15 mulheres participantes da pesquisa manifestaram estar em um período relativamente recente de 1 a 5 anos de relacionamento; 5 delas, um período de 6 a 10 anos; e 2 mulheres conviveram em um período de 11 a 15 anos. Scott destaca que as agressões do companheiro à esposa ocorrem em um espaço no qual o poder é articulado, em que a mulher cria estratégias de resistências para conviver com a violência masculina⁸. As 2 entrevistadas restantes, denunciantes de suas irmãs, conviveram por mais de 16 anos com suas agressoras.

Verificou-se a predominância da residência como local da agressão. Somente uma das entrevistadas foi agredida em via pública. Nesse sentido, Saffioti¹⁰ afirma que o espaço doméstico é considerado como um espaço privado, um território físico e simbólico que confere aos homens poder opressor sobre as mulheres, mesmo que separados. Tal como mencionado anteriormente, o confinamento

domiciliar no período pandêmico provocou uma sobre-exposição à violência doméstica⁴. Por outro lado, nove entrevistadas afirmaram que, no momento da agressão, o agressor não havia feito uso abusivo de álcool e outras drogas. Entretanto, cinco delas relataram o uso abusivo de álcool, e a restante comunicou o uso de outras drogas.

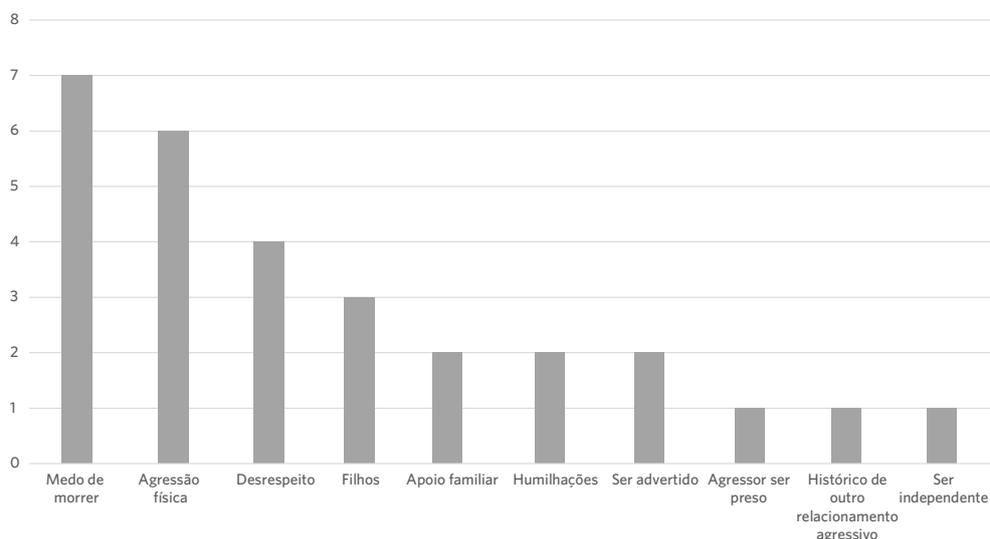
Finalmente, o levantamento revelou que 8 das 15 mulheres fizeram sua denúncia em delegacia comum, e as outras 7, em delegacias especializadas (Delegacia de Atendimento à Mulher – Deam). Ademais, todas informaram que a agressão física sofrida não foi a primeira, sendo o agressor reincidente.

Para nove entrevistadas, esse foi seu primeiro relacionamento agressivo, e as seis restantes informaram já ter vivenciado violência em relacionamentos anteriores. Onze delas disseram ter sido a primeira vez em ir a uma delegacia para fazer o registro das agressões físicas sofridas, e quatro mulheres informaram que era a segunda vez.

Em todos os casos, as 15 mulheres entrevistadas decidiram, por algum motivo, romper o ciclo de violência. Quais foram esses motivos?

O resultado da indagação de pesquisa sobre quais motivações levaram a mulher a realizar o registro de ocorrência em uma delegacia de polícia aparece no *gráfico 1*, no qual são representadas as categorias discursivas mais recorrentes nas falas das entrevistadas.

Gráfico 1. Motivações para romper com a violência



Fonte: elaboração própria.

No gráfico, observa-se a predominância da motivação por medo de morrer, com sete relatos. Seis mulheres mencionaram a saturação de suportar as agressões físicas devido a sua intensidade e frequência, visto que se sentem cansadas e não suportam mais essas situações. As questões relativas ao desrespeito foram relatadas por quatro mulheres. Em relação aos filhos, identificaram-se três casos em que as mulheres descreveram a preocupação em protegê-los, de evitar assistirem a novas agressões dentro de casa e por medo de perder a guarda destes. Destacam-se duas narrativas, para cada uma das motivações que envolvem os quesitos de apoio familiar, de humilhações e do agressor ser advertido judicialmente, a fim de ser responsabilizado pela gravidade do ato violento.

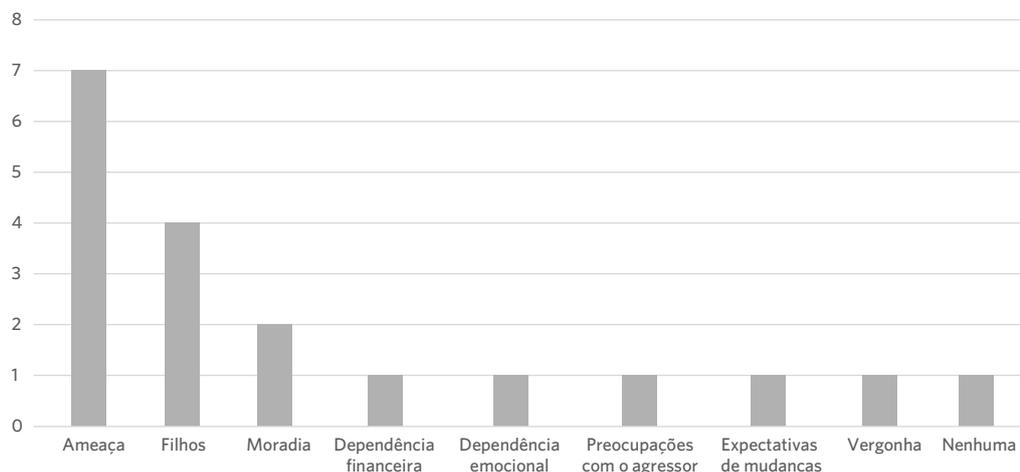
Chamou a atenção o fato de não ter havido a oportunidade de entrevistar mulheres trans nos atendimentos realizados na Sala Lilás apesar dos altos números de crimes de ódio praticados contra a população trans no Brasil¹¹. Uma possível resposta a essa situação é dada por Prado et al.¹², que destacam que esses grupos sociais costumam enfrentar situações vexatórias e degradantes, constrangimentos denominados violência institucional. Por meio dessas ações discriminatórias, são deslegitimadas as suas

demandas e é impedido o seu acesso a seus direitos¹¹. A ausência de um segmento social nos serviços repercute na subnotificação estatística. Prado et al.¹² explicam que as recorrentes situações de humilhação e maus-tratos têm consequências físicas e psicológicas, fazendo com que essas pessoas desistam do cuidado, de reivindicar seus direitos ou de denunciar sua situação de abandono.

Uma vez tomada a decisão de denunciar seu agressor, quais dificuldades as mulheres encontram para decidir romper com o ciclo de violência?

São múltiplos os motivos que dificultam a decisão da mulher a romper com o ciclo de violência. A partir das falas levantadas, seguindo o método de Bardin³, categorizaram-se as seguintes dificuldades: filhos; ameaças de morte; escândalos no trabalho da mulher; esperança de mudança de comportamento; dependência financeira; falta de moradia; não querer prejudicar o agressor; vergonha; chantagem; manipulação do agressor (controle dos atos da mulher); seus relacionamentos. Uma das entrevistadas referiu já não enfrentar nenhuma dificuldade devido a ter vivenciado antes outra relação violenta. O gráfico 2 esquematiza a frequência das categorias mencionadas.

Gráfico 2. Dificuldades no processo de decisão de denunciar seu agressor



Fonte: elaboração própria.

As narrativas sobre as dificuldades diante das ameaças de morte são significativas e requerem cuidados com a segurança da mulher, a fim de resguardar a sua vida. O momento em que a agredida decide romper com a violência é o mais delicado, pois o agressor sente perder o controle, agindo com mais violência, como pode ser visto na seleção das falas abaixo:

Sempre falava que se eu procurasse a polícia ele iria me matar, me aleijar. Ele sempre foi muito agressivo. Esta é a primeira vez que eu tomei coragem. (Lavanda).

Ele dizia que se eu não ficasse com ele, eu não ficaria mais com ninguém. Sempre a mesma coisa... Se eu não aceitasse ele do jeito que ele é, se prepara, vou encher sua cara de tiro. (Gardênia).

Conforme destaca Saffioti⁹, na estrutura patriarcal da sociedade, o papel do homem é de provedor, de garantir a segurança e o sustento familiar. Atos de controle e de poder opressor sobre a mulher são legitimados pela estrutura patriarcal. Desse modo, a masculinidade é considerada falha quando não responde a essas expectativas. Consequentemente, não existem cobranças de mudanças ao comportamento

agressivo do homem em prol da família. Em contrapartida, há, sim, cobranças à mulher no sentido de suportar a agressividade masculina em nome de preservar os vínculos familiares.

Assim, no momento em que a mulher decide quebrar o silêncio e denunciar a violência que a oprime, ela necessita de todo o apoio possível para cessar com a agressão. Esse processo de decisão é atravessado por situações de violência estrutural, simbólica, falta de políticas habitacionais, baixos salários, dependência financeira, sobrevivência e bem-estar dos filhos, falta de apoio familiar, institucional, entre tantos outros que influenciam no processo de romper com a violência. Perceberam-se esses fatores tanto na fala de uma entrevistada – “Medo, tipo do que os outros iriam falar” (Hortêncina) – quanto de outra – “Eu sempre tive medo e vergonha de contar, apesar de ver vários casos pela TV” (Rosa).

Em síntese, as motivações para romper com a violência decorrem de diversas experiências e vivências na trajetória de vida da mulher agredida por meio de consecutivos atos de violência. Tais atos de violência iniciam-se por agressões psicológicas e morais, mediante palavras de desqualificações, ofensas, xingamentos, ameaças, em uma sequência de atos de humilhação,

intensificados por agressões físicas cíclicas que somente terão fim se a mulher decide romper a trama que a vincula ao seu agressor, podendo contar com uma rede de apoio para que sua decisão efetivamente se realize.

Considerações finais

Com muita frequência, as mulheres em situação de violência doméstica se sentem culpadas por ter sido agredidas, sentem medo de expor sua história, seu sofrimento, com medo de críticas, julgamentos morais, do que os outros irão falar e achar delas. A maioria se sente sozinha, sem saída, caindo em um poço sombrio e sem fim. Suas forças estão comprometidas pelo adoecimento mental devido à manipulação, à humilhação e à inferiorização sofridas ao longo do relacionamento. Torna-se fundamental, portanto, que as mulheres agredidas possam contar com o apoio familiar, social, comunitário e institucional que as ajude a romper com os ciclos de violência.

Culturalmente, cabe à mulher o papel da subalternidade diante das ações de controle e dominação do homem que a manipula e a agride. A naturalização das relações compostas por atos de violência psicológica e moral, como também por influências religiosas que orientam a mulher a suportar ao máximo as agressões sofridas contra si mesma, mantem-se na sucessão do ciclo de violência. Tais condicionamentos dificultam a decisão de enfrentar a violência que a oprime, cede e se conforma em prol do bem-estar da família, criando expectativas para mudanças no comportamento do agressor.

O momento em que a mulher decide realizar o registro de ocorrência em uma delegacia policial é posterior a uma trajetória de agravamento de sucessivas situações de violências domésticas, como: psicológica, moral, física e patrimonial. A mulher é envolvida por uma mistura de sentimentos, pois, em linhas gerais, encontra-se magoada, assustada, envergonhada, frustrada, desapontada, indignada,

entre outras situações possíveis. Em muitas circunstâncias, pode afirmar não querer mais o relacionamento que a oprime pela intensidade da violência que lhe é aplicada, pelo medo de morrer e de que algo terrível aconteça com seus filhos.

Ao romper com o ciclo de violência, a mulher quebra o silêncio de uma relação opressora. Dessa forma, é crucial que possa sentir o apoio familiar, comunitário e institucional no sentido de obter suporte, cuidados e segurança.

O Projeto Sala Lilás é um equipamento importante no acolhimento à mulher em situação de violência, pois lhe proporciona um lugar de fala e escuta dentro de um ambiente sigiloso e de privacidade. A mulher que sai de casa para denunciar seu agressor se encontra no momento de vivência do ápice da violência. Nas entrevistas, comprovou-se que o sentimento de agonia e do insuportável são motivações para romper com o ciclo da violência. Considera-se que a escuta qualificada como a que a mulher pode encontrar na Sala Lilás é um dos fatores para a promoção de um espaço para que consiga externalizar suas indignações, tristezas, refletir sobre a submissão a que esteve sujeita; sobre os tipos de violências sofridas, sobre a relação de opressão que a manteve manipulada do lado do seu agressor.

No percurso da investigação, foram identificadas algumas limitações. A pesquisa não conseguiu atingir a participação de mulheres trans. Um dos desafios nas intervenções da Sala Lilás se refere ao acolhimento à população LGBTQIA+ devido à dificuldade de acesso aos serviços de justiça, de segurança pública e de saúde dessa população. Dessa forma, é necessário discutir de forma ampla, nas reuniões intersetoriais, estratégias que possam garantir o acesso dessa população aos serviços da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência e da Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher.

Em definitivo, para o enfrentamento da violência contra a mulher, é preciso que se consolidem políticas públicas no sentido de

produzir as mudanças culturais necessárias para a emancipação das múltiplas desigualdades que oprimem de forma interseccional identidades colocadas em lugares sociais subalternos. Ademais, devem ser estimuladas políticas públicas transversais e interseoriais que, além de agir na desconstrução da cultura machista e patriarcal, possam também contribuir para a integralidade das ações de

assistência a mulheres extremamente fragilizadas em situação de violência doméstica.

Colaboradores

Sousa F (0009-0001-8301-7208)* e Schütz G (0000-0002-1980-8558)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Walker LEA. El síndrome de la mujer maltratada. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer; 2012. 688 p.
2. Instituto Maria da Penha. Ciclo de Violência. [local desconhecido]: IMP; [data desconhecida]. [acesso em 2023 nov 14]. Disponível em: <https://www.instituto-mariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
4. Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro. Dossiê Mulher 2021. 16. ed., Rio de Janeiro: ISP; 2021. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2021.pdf.
5. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Observatório Judicial da Violência contra a Mulher. Projetos-Convênios. Sala Lilás. Rio de Janeiro: TJRJ; [data desconhecida]. [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://www.tjrj.jus.br/web/guest/observatorio-judicial-violencia-mulher/projetos-convenios/sala-lilas>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIVA: Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF; 2016. [acesso em 2023 nov 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf#:~:text=Instrutivo%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20o%20Preenchimento%20da%20Ficha%20de,%28vers%C3%A3o%2015%20de%20junho%20de%202015%2C%20em%20anexo%29.
7. Carneiro S. Mulheres negras, violência e pobreza. In: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher. Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília, DF: A Secretaria; 2003. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro.pdf>.
8. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educ. Soc. 1989; 16(2):5-22.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Saffioti H. Gênero, patriarcado, violência. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo; 2015.
10. Saffioti H. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cad. Pagu. 2001 [acesso em 2023 nov 16]; (16):115-136. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007>.
11. Benevides BG. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA; 2023. 109 p.
12. Prado MAM, Santos ART, Alecrim AJD, et al. Travestis e Transexuais no Brasil: ciclos de violência, inteligibilidade institucional e efeitos da invisibilidade. In: Veiga AM, Lisboa TK, Wolff CS, organizadores. Gênero e Violências: diálogos interdisciplinares. Florianópolis: Edições do Bosque; 2016. p. 238-263.

Recebido em 07/05/2023

Aprovado em 12/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Henrique Rabello de Carvalho

Notificação de violência da população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais da ESF/Nasf, município do Rio de Janeiro

Reporting violence against the LGBTQIA+ population from the perspective of ESF/NASF professionals in the municipality of Rio de Janeiro

Valdete Maria da Silva¹, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso¹, Dolores Maria Franco de Abreu¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E19062P

RESUMO Objetivou-se analisar as notificações de violência contra a população LGBTQIA+ na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica em duas clínicas da Área Planejamento (AP 5.1), no município do Rio de Janeiro. Foram coletados dados sobre violência contra a população LGBTQIA+ no sistema de informação do município, no período de 2013 a 2022. Foram caracterizadas as percepções dos profissionais sobre o que entendem como notificação de violência e descritos os fatores facilitadores e dificultadores na identificação da violência contra a população LGBTQIA+. Dentre os facilitadores, destacam-se: escuta qualificada e utilização de planilha de violência da Coordenadora da Área Programática. Dentre dificultadores, evidenciam-se: não identificação da violência LGBTIfóbica como demanda, dificuldade na abordagem do acolhimento, preconceito (profissionais) com a população LGBTQIA+, não utilização dos quesitos de identidade, orientação sexual e nome social. As estratégias identificadas para enfrentar as dificuldades envolvem ações de Educação Permanente em Saúde sobre a população LGBTQIA+ com as seguintes temáticas: abordagem no acolhimento, elucidação de conceitos de identidade de gênero, orientação sexual e políticas públicas e violência. O estudo sugere a qualificação dos profissionais da ESF, a assistência transversal interdisciplinar e a criação de grupo temático intersetorial.

PALAVRAS-CHAVE Violência de gênero. Notificação. Pessoas LGBTQIA+. Saúde da família.

ABSTRACT *The objective of the study was to analyze reports of violence against the LGBTQIA+ population from the perspective of professionals from the Family Health Strategy (ESF) and the Expanded Family Health and Primary Care Center in two clinics in the Planning Area (AP 5.1) in the municipality of Rio de Janeiro. Data on violence against the LGBTQIA+ population was collected from the municipality's information system from 2013 to 2022. The study characterized professionals' perceptions of what constitutes violence reporting and described facilitators and difficulties in identifying violence against the LGBTQIA+ population. Key factors among the facilitators include qualified listening and the use of a violence spreadsheet by the Programmatic Area Coordinator. Difficulties include failure to identify LGBTI-phobic violence as a significant demand, difficulty in the reception approach, professional prejudice against the LGBTQIA+ population, and failure to use the identity, sexual orientation, and social name requirements. The strategies identified to face the difficulties involve Permanent Health Education actions for the LGBTQIA+ population with the following themes: an approach to receptions, elucidation of concepts of gender identity, sexual orientation, and public policies and violence. The study suggests the need for the qualification of ESF professionals, interdisciplinary transversal assistance, and the creation of intersectoral thematic groups.*

KEYWORDS Gender-based violence. Notification. Persons, LGBTQ. Family health.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
val.artcapoira@gmail.com



Introdução

A World Health Assembly Resolution (WHA 49.25), da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, tornou-se um marco para as ciências da saúde ao declarar que a violência é um dos principais problemas de saúde pública. O Brasil dirige sua intervenção à violência considerando-a como um problema de saúde pública, tomando como base as diretrizes da OMS¹.

Segundo Minayo², a violência é um fenômeno que deve ser considerado a partir de uma análise sócio-histórica, relacionada com as disputas de poder. É representada por atos violentos como: ameaças, negligências e omissões. Além disso, é vivenciada subjetiva e sigilosamente, legitimada pela garantia da vergonha da vítima na certeza da absolvição do perpetrador da violência. Uma vivenciada no âmbito individual é tratada coletivamente pela política pública².

Mediante a crescente demanda dos atendimentos atribuídos aos casos de violência nas unidades emergências, em 2001, o Brasil institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências³.

Em 2006, no País, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), que unificou todos os sistemas de informação das fichas de notificações em território nacional. Esse sistema dispõe sobre as naturezas de violências, sendo elas: física, sexual, psicológica, privação, negligência, tortura, tráfico de seres humanos, financeira, trabalho infantil e a intervenção legal⁴.

A violência LGBTIfóbica tem sua gênese a partir da 'heteronormatividade' compulsória, imposta pelo binarismo de gênero. Esta sinaliza uma norma aceita e institucionalizada no que se refere ao afeto entre pessoas, determinando que ele apenas seja possível entre gêneros opostos, desconsiderando qualquer possibilidade fora desse eixo⁵.

Para fins deste artigo, será utilizada a sigla LGBTQIA+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Travestis, Queers, Intersexos,

Assexuais, e o sinal + contempla as demais diversidades de gênero/orientação sexual⁵.

A violência LGBTIfóbica passa a ser identificada por crimes de ódio, enquadrada em crime de racismo. Esse termo tem sido usado para contextualizar a violência contra todo o segmento LGBTQIA+, em que travestis e transgêneros são as vítimas com o maior índice de mortalidade, posicionando o Brasil como o país que mais mata população trans no mundo⁶.

A notificação de violência é um dos instrumentos da política pública de saúde. Observa-se a partir de estudos que a subnotificação é uma fragilidade institucional, resultado do despreparo de alguns profissionais de saúde – seja ao não identificar as possíveis consequências da violência no atendimento, seja em não considerar situações de violência uma questão de saúde pública⁷.

A Ficha de Notificação de violência é um instrumento que serve para apresentar o quadro epidemiológico de doenças e agravos, incluindo os eventos de violência. Destina-se a subsidiar ações de planejamento, monitoramento, avaliação e execução de políticas públicas integradas e intersetoriais. Também é um instrumento que norteia a promoção da saúde e de cuidado. Nesse sentido, cabe aos gestores federativos investirem na prevenção e em políticas sociais de proteção. Em relação à população LGBTQIA+, é fundamental dar visibilidade aos dados coletados no atendimento em situações de violência, principalmente no que se refere à notificação, uma vez que, com esses dados, criam-se políticas públicas voltadas a essa população³.

Cabe a pergunta, portanto: qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a notificação de violência? Ademais, quais são os fatores que facilitam ou dificultam a identificação da violência na saúde da população LGBTQIA+? Acredita-se que as respostas a essas questões poderão subsidiar as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) promovidas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), agora renomeado como eMulti (Equipe Multidisciplinar),

mitigando as consequências do não preenchimento da Ficha de Notificação de situações de violência contra a população LGBTQIA+.

Este artigo visa, assim, analisar o processo de notificação dos casos de violência em relação à população LGBTQIA+ pela perspectiva dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Nasf-AB de duas clínicas de saúde da família da Área de Planejamento (AP) 5.1 do município do Rio de Janeiro.

Material e métodos

Estudo descritivo, de análise qualitativa, realizado em duas clínicas da família da AP 5.1 do município do Rio de Janeiro. A pesquisa qualitativa visou responder às questões da realidade social dos sujeitos, a partir de suas vivências, em meio às relações sociais. Analisou-se o processo de notificação dos casos de violência em relação à população LGBTQIA+ no território adstrito a duas Clínicas de Saúde da Família, sobre o prisma dos profissionais de nível superior da ESF e do Nasf-AB⁸.

Para a coleta de dados, foi realizada uma análise documental sobre as notificações da violência na população LGBTQIA+, incluindo o arcabouço legal. Também foi realizada análise do sistema de informação de violência, no período de 2013 a 2022, encontrado no TabNet, tabulador desenvolvido pelo DataSUS, sistema para gerar informações na base de dados do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹.

Aplicou-se um questionário semiestruturado, autorresponsivo, aos profissionais de saúde de nível superior da ESF das duas clínicas selecionadas, a saber: médicos, enfermeiros, odontólogos, além dos profissionais do Nasf-AB da AP 5.1, incluindo psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e profissional de educação física. Obteve-se a anuência formal da AP5.1 para a realização do estudo nas duas clínicas da família envolvidas, mediante assinatura do profissional responsável e aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 55708722.4.0000.5240 e parecer nº 5.938.584; e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), CAAE nº 55708722.4.3002.5279 e parecer nº 5.894.967.

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes roteiros: a) análise documental; b) análise do sistema de informação; e c) questionário semiestruturado. No questionário, foram explorados os seguintes tópicos: perfil social (gênero, idade, profissão e tempo de experiência na ESF); conhecimento sobre o protocolo de acolhimento dos casos de violência contra a população LGBTQIA+; realização de ações de acolhimento e atendimento dos casos de violência identificados, notificação da violência; e utilização dos fluxos da rede intersetorial para encaminhamentos.

No questionário, levantaram-se questões aos profissionais de saúde entrevistados sobre sua atuação com a população LGBTQIA+, como: identificação de suas atribuições e demandas relacionadas com a assistência da violência LGBTIfóbica; conhecimento do protocolo de atendimento nas situações de violência; conhecimento sobre os campos na Ficha de Notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em especial, os quesitos relativos a nome social, identidade de gênero, orientação sexual e motivação da violência; compreensão sobre como realizar as ações de notificação de violência da população LGBTQIA+; além de aferir se os profissionais identificam as situações de violência nessa população e quais desdobramentos devem ser realizados⁹.

A pesquisa visou identificar nas demandas dos profissionais quais os aspectos facilitadores e dificultadores do enfrentamento da violência LGBTIfóbica em seus atendimentos, além disso, abordou sobre a apropriação e vínculo com a rede intersetorial constituída pelos: Conselho Tutelar (CT); Centro de Referência da Assistência Social (Cras) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e intersetorial; Centro Psicossocial

Adulto e Infantil (Caps, Capsi); Ambulatório de Saúde Mental e Psiquiatria, todos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Finalmente, o roteiro visou alçar sugestões de temas para ações de EPS que fomentem o conhecimento sobre o tema LGBTQIA+ entre profissionais de saúde.

Foi realizada uma análise de conteúdo temático dos tópicos abordados no questionário e dos documentos, no sentido de apreender categorias analíticas relacionadas com a identificação dos casos de violência, o acolhimento, o manejo e o acompanhamento das situações de violência, assim como a articulação com a rede⁹.

A análise metodológica foi realizada por meio de triangulação de técnicas e fontes de evidências, o que implicou analisar as ações de notificação da violência da população LGBTQIA+ a partir da perspectiva dos diferentes atores entrevistados e dos documentos analisados⁹.

Resultados e discussão

Os dados de notificação de violência contra a população LGBTQIA+ na Atenção Primária do município do rio de janeiro, no período de 2013 a 2022

Os dados de notificação da violência foram acessados no TabNet, na área exclusiva para profissionais, no *site* da Secretaria de Promoção de Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde (Subpav). Foram utilizados os seguintes filtros: ano de notificação, todos os meses de notificação, frequência, área de ocorrência e área de planejamento, bairro de ocorrência, orientação sexual, motivação da violência (homofobia/transfobia) e natureza da violência. Foram encontrados os dados abaixo apresentados nas *tabelas 1 e 2*.

Tabela 1. Notificação de violência interpessoal/Autoprovocada na AP 5.1 segundo motivação, período de 2013 a 2022

Motivação	Ano										Total
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Homofobia/ transfobia	0	0	0	5	5	1	2	3	11	3	30

Fonte: elaboração própria com base em dados extraídos de Tabnet¹⁰.

Na *tabela 1*, observa-se que, no período de 2013 a 2022, foram notificados 30 casos de violência por homo/transfobia. Em 2021, houve um aumento exponencial em relação aos casos ocorridos em 2020. Para o Grupo Gay da Bahia (GGB), no Relatório de 2021¹¹, esse aumento se deve ao descaso dos governantes em não legitimar os marcadores de violência dirigidos à população LGBTQIA+ como fonte de dados para monitoramento e enfrentamento dos casos de violência. Correlacionado à justificativa do aumento, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) constata que o aumento foi fomentado pela ideologia

de governo daquele período⁶.

A negação da realidade da violência específica LGBTIfóbica enraizada na sociedade pelo discurso ideológico e preconceituoso, aliado à ausência dos dados epidemiológicos da violência da população LGBTQIA+, como orientação sexual e/ou identidade de gênero, descontextualiza a violência, que passa a ser vista como atos dolosos, acidentes de trânsito, furtos seguidos de morte, e não como fonte de violência LGBTIfóbica. O mesmo documento enfatiza a subnotificação como uma realidade que revitimizava e retira os direitos fundamentais dessa população. Os quesitos como o nome

social, identidade de gênero, orientação sexual e motivação da violência são sub-registrados ou respondidos pelo profissional de saúde sem consultar o usuário⁶.

A dificuldade em obter dados oficiais é historicamente imposta pelos organismos governamentais, negando continuamente a violência LGBTIfóbica, reforçando a invisibilidade da população LGBTQIA+. Nesse sentido, a oferta de assistência para a população LGBTQIA+ torna-se frágil, uma vez que os profissionais não transversalizam os cuidados conforme as demandas dessa população, de tal forma que rótulos fortalecem o estigma da discriminação por orientação sexual e gênero, agravando o sofrimento mental¹².

A SMS-RJ, em maio de 2022, apresentou os dados de monitoramento da violência interpessoal/autoprovocada e violência sexual entre os anos de 2012 e 2022. Foram utilizados os seguintes marcadores de notificação de violência: mês, ano; residentes no Rio de Janeiro; ciclo de vida; sexo biológico; raça/cor; por ano e AP. Nesse relatório, não foram inseridos os marcadores sobre orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência, corroborando a premissa da não observância dos eventos de violência contra a população LGBTQIA+¹³. Cabe ressaltar que a violência interpessoal ocorre na família ou por parceiros íntimos e comunitários. Já a violência autoprovocada é dirigida a si mesmo⁴.

O Instrutivo Viva destaca que os quesitos identidade de gênero, orientação sexual e motivação da violência por homo/transfobia foram implantados na Ficha de Notificação de violência como agravo à saúde a partir de 2014, mas a implantação deles ocorreu na ficha da versão 5.0 em 2015⁴.

Ao buscar dados comparativos, ocorreram 185 notificações de violência contra a população LGBTQIA+ na cidade do Rio de Janeiro. Segundo o GGB, em 2014, houve 12 assassinatos, tornando esse município o terceiro em números de eventos de violência LGBTIfóbica com 12,12% dos casos da região. No ano seguinte, não houve alteração¹¹.

Ainda sobre os registros de violência, a SMS-RJ, em 2022, apresentou os dados sobre a violência motivada por homo/transfobia ocorridos no ano de 2021. Nesse contexto, os dados a respeito da motivação da violência por homofobia foram 315; bifobia, 139; em relação à violência motivada por identidade de gênero contra travestis, 13; transexuais, 47. Cabe ressaltar que os dados apresentam ao menos uma notificação por dia¹³.

A violência física lidera os indicadores, seguida por violência psicológica e sexual. A violência sexual é mais notificada entre adolescentes¹⁴.

A *tabela 2* apresenta o quantitativo da ocorrência das naturezas.

Tabela 2. Notificação de violência Interpessoal/Autoprovocada, por motivação de homofobia/transfobia, e orientação sexual (homossexual), na AP 5.1, por residentes do bairro de Realengo, segundo natureza, período de 2013 a 2022

Natureza	Ano										Total
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Física	0	0	0	2	1	1	2	2	5	1	14
Psicológica	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	5
Autoprovocada	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
Sexual	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	5
Outra	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
Total	0	0	0	5	5	1	2	3	11	3	30

Fonte: elaboração própria com base em dados extraídos de Tabnet¹⁰.

Em consonância com os dados achados, no Dossiê da Antra, afirma-se que os eventos de violência registrados como crimes de ódio, em sua maioria, são de natureza física, os quais levam as vítimas a óbito, sendo praticados com crueldade, com a intenção de desumanizá-las, tais como apedrejamento, pauladas, atropelamento intencional, corpo queimado, tiros, homicídio doloso e ocultamento do corpo⁶.

O relatório de 2021 apresentado pelo GGB aponta a residência como o lugar mais desprotegido para a população LGBTQIA+ no Brasil, visto que são os locais de maior incidência de violência, atingindo o quantitativo de 110 casos, o que corresponde a 36,67%, no universo dos 300 casos ocorridos¹¹.

Perante o exposto, reflete-se quanto ao papel da intervenção da ESF como ordenadora do cuidado. Os estudos afirmam que a violência LGBTIfóbica tem maior incidência na residência. Essa realidade é atuante nos territórios cobertos pela ESF. No entanto, como identificar a ocorrência da violência, visto que o profissional não identifica os sinais dessa violência nos usuários pertencentes à população LGBTQIA+?¹⁵.

Caracterização da percepção dos profissionais de saúde sobre o que entendem como notificação de violência

A pesquisa de campo foi realizada em 2022. Responderam ao questionário 13 profissionais, sendo 5 da equipe do Nasf-AB, composto por: fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, psicólogo e profissional de educação física. Foram também entrevistados quatro profissionais da enfermagem e três médicos. Além disso, participou um cirurgião-dentista. O tempo de experiência dos profissionais da ESF e do Nasf-AB variou de 6 meses a 17 anos de atuação.

Sobre o fluxo de atendimento nos casos de violência intrafamiliar/autoprovocada, a SMS-RJ segue o fluxo estabelecido pelo MS, utilizando um protocolo no atendimento de

casos suspeitos ou confirmados de violência. A maioria dos entrevistados declarou conhecê-lo, mas o tipo de descrição variou. As principais respostas giraram em torno de acolhimento, notificação e encaminhamento para a rede intersectorial (Cras, Creas, Defensoria Pública, CT) e a Raps via profissionais do Nasf-AB. A palavra acolhimento foi a mais citada pelos entrevistados, como observados abaixo:

O profissional psicólogo afirmou: “*nos casos de violência sexual com penetração realizar os procedimentos de profilaxia e teste rápidos em até 48 horas*”.

O profissional do Serviço Social informou que procede da seguinte forma: “*Acolhimento, atendimento qualificado e sigiloso, profilaxia e Sinan*”.

Segundo o MS, orienta-se solicitar os exames laboratoriais de contracepção emergencial, como também realizar a profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/ aids e hepatite B, com medidas específicas nas primeiras 72 horas, e não em até 48 horas como colocado pelo profissional psicólogo¹⁶.

Os profissionais médico e da enfermagem afirmaram: “*Conhecer o acolhimento, profilaxia, preenchimento do Sinan e a necessidade de acionar o Nasf-AB*”. Somente um profissional, o dentista, relatou não conhecer as atividades vinculadas ao protocolo.

Sobre essa questão, os profissionais da equipe Nasf-AB sinalizaram conduzir os casos de violência segundo o protocolo exigido pelo MS. Ainda que esse eixo seja vinculado ao serviço social e à psicologia, na ausência dessas categorias na equipe, faz-se necessário que os demais possam conduzir os casos nas equipes de Saúde da Família¹⁷.

Aproximadamente a metade dos entrevistados sinalizou o conhecimento em realizar o procedimento da profilaxia, ou seja, as ações de prevenção pós-exposição às IST. Os profissionais do Nasf-AB ressaltaram que, quando o atendimento ocorre integralmente, entre as equipes de Saúde da Família e Nasf-AB, multidisciplinarmente, é mais fácil identificar e conduzir uma situação de violência.

Percebe-se que nas equipes de Saúde da Família, o apoio matricial ofertado pelo Nasf-AB nos casos de violência é uma estratégia de garantia de discussão e suporte. Como sinalizado por Patrocínio et al.¹⁷, o Nasf-AB é uma ferramenta implantada pelo governo federal na perspectiva de ampliação do alcance da assistência da Unidade Básica (UB), que visa oferecer o matriciamento e direcionar as resolutividades a partir das dimensões assistenciais e pedagógicas de intervenção de cuidado apresentadas pelas equipes.

A articulação em rede ainda é um desafio: apesar de as equipes da ESF manejarem o protocolo e seguirem o fluxo, e afirmarem o preenchimento da Ficha de Notificação, elas sinalizaram que deixam a articulação em rede a cargo da equipe Nasf-AB¹⁷.

Entre os anos de 2020 e 2021, a equipe do Nasf-AB preconizou as EPS nas atividades realizadas nas unidades. Percebeu-se que as equipes de Saúde da Família passam por alta rotatividade, com contratações de funcionários sem experiência de atuação na ESF. As EPS envolveram os temas da Violência e da Ficha de Notificação.

Como sinalizado por Silveira et al.¹⁵, a Atenção Primária (AP) é a coordenadora do cuidado. Responde por promoção, prevenção e reabilitação de saúde, com os seus profissionais. Articulando a rede e a sociedade civil, sob sua ação ativa, são-lhe atribuídas a discussão e a proposição de ações conjuntas na reflexão sobre o impacto da violência¹⁵.

Os participantes elencaram sugestões temáticas para EPS sobre a população LGBTQIA+, tais como: a abordagem no acolhimento, esclarecimento sobre os conceitos de identidade de gênero e orientação sexual, melhor conhecimento acerca das políticas públicas e sobre o tema da violência.

A EPS é uma ferramenta qualificada para os profissionais de saúde. Por meio dela, ocorre a construção de saberes intra e intersetoriais, estimulando uma abordagem interdisciplinar coletiva e horizontal. Além disso, a EPS favorece ações intersetoriais com órgãos públicos

e privados, objetivando a promoção da saúde. As mudanças ocorridas na política de saúde da AP tornaram a ESF um lugar potente para EPS, constituindo um espaço atravessado pela interdisciplinaridade¹⁸.

Quanto ao preenchimento da Ficha de Notificação, observou-se que, do total de 13 participantes, 8 informaram preenchê-la, 3 nunca atenderam casos de violência em geral, e 1 informou que às vezes a preenche. A equipe Nasf-AB, que tem em sua premissa matriciar as equipes de Saúde da Família, apresentou relatos de não preenchimento da ficha. Já os profissionais pertencentes às equipes de Saúde da Família afirmaram preenchê-la, com exceção de um enfermeiro e de um dentista que declararam nunca terem atendido situações de violência. No entanto, a Ficha de Notificação de violência é um instrumento normatizado e qualificador das situações de violência desde 2009, pelo MS. Seu preenchimento é compulsório nos casos de suspeita ou confirmação da violência pelos profissionais de saúde⁴.

A pesquisa revelou ser um desafio no entendimento da necessidade do preenchimento da Ficha de Notificação como um instrumento de trabalho para todos os membros do Nasf-AB. Destaca-se que a notificação de violência tem como objeto de notificação as populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes, idosos, mulheres. Para esses segmentos, existem arcabouços legais que estabelecem a comunicação compulsória pelos dos profissionais de saúde, educação e segurança. Ressalta-se que essa exigência é fruto dos movimentos sociais, que além desses citados, tem-se ainda a população LGBTQIA+, objeto desta pesquisa, bem como a população de quilombolas, indígenas e de pessoas com deficiência⁴.

Cabe aos profissionais que atuam com o fenômeno da violência aprender, assim como incorporar em suas práticas a relevância do preenchimento da Ficha de Notificação e o fomento para a instituição de políticas públicas de enfrentamento das situações de violência. Entende-se que a Ficha de Notificação

possibilita a inserção de dados no sistema. Seu monitoramento apresenta a realidade epidemiológica fundamental para gerar políticas públicas e a criação de equipamentos de apoio às vítimas e suas famílias. Assim, será possível mapear as características desses tipos de evento¹⁹.

Ribeiro e Silva¹⁹ discutem que a forma de gerir e organizar o trabalho pode ocasionar a fragmentação pela condução individualizada. Ademais, por consequência, pode ocasionar a subnotificação. Essa realidade fica clara ao observar a equipe do Nasf-AB, que divide sua atuação em eixos temáticos ligados à sua função nos eixos: violência e psicossocial, conduzido pelo profissional assistente social e psicólogo; alimentar, que é conduzido pela nutrição e fonoaudiologia; reabilitar, conduzido pelo fisioterapeuta e o profissional de educação física. Essa divisão resulta na não compreensão total da Ficha de Notificação para registro epidemiológico de violência, o que impacta a continuidade do cuidado transversal a todos os profissionais¹⁹.

Assim, o Nasf-AB, como estratégia de matriciamento e articulação em rede, deve se materializar no enfrentamento e no combate às situações de violência, para legitimar o apoio matricial que configura ferramenta de suporte técnico na assistência clínica compartilhada ou individual como dimensão pedagógica por meio das EPS¹⁹.

Diante dos registros encontrados, observa-se que preencher a ficha de notificação não é uma prática comum a todos os profissionais. Visto que a violência é reconhecida como um problema de saúde pública, deveria fazer parte das atribuições dos profissionais de saúde da AP. Ribeiro e Silva¹⁹ reforçam a contradição entre a obrigação legal, que normatiza o preenchimento da Ficha de Notificação compulsória nos casos de suspeita ou confirmação de violência pelos profissionais de saúde, e os profissionais de saúde que não realizam o preenchimento da ficha de notificação como ferramenta.

Ao tratar sobre conhecimento da Ficha de Notificação, a maioria dos participantes da

pesquisa informou conhecer e usar todos os campos inseridos. Apenas dois entrevistados, um pertencente à equipe Nasf-AB (fisioterapeuta) e outro pertencente à equipe ESF (dentista), relataram não ter conhecimento de todos os campos.

Em relação à rede intersetorial e a Raps, o serviço social e a psicologia apresentaram conhecimento aprofundado acerca da rede intersetorial, haja vista essas categorias serem consideradas referências pela intersectorialidade. Ademais, esses eixos são estabelecidos pela coordenação em nível central na SMS-RJ e seguidos pelas áreas programáticas locais.

A partir da análise dos dados coletados no questionário, aferiu-se que a equipe Nasf-AB, em sua maioria, referiu-se ao conhecimento, ao manejo do protocolo e à articulação em rede. Ressalta-se que a premissa de interlocução com as redes de apoio não está restrita ao Nasf-AB. Mesmo sendo este configurado para tal, também são relevantes as equipes de Saúde da Família, como referência no território e coordenadoras do cuidado, sendo responsáveis por realizar a interlocução entre as redes, estabelecendo o vínculo entre os equipamentos²⁰.

Para Melo et al.²¹, a atenção básica como coordenadora do cuidado tem por premissa a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), alinhando o fluxo da Rede de Assistência à Saúde (RAS). A atenção básica é o ponto articulador entre os níveis de atenção secundário e terciário no que consiste à referência e à contrarreferência, isto é, encaminhar o usuário a outros níveis de atenção e a outros equipamentos, bem como retorná-lo à sua UB de referência – isso com o intuito de evitar possíveis ruídos na comunicação, para facilitar a continuidade do cuidado e promover a garantia de direitos. O Nasf-AB, além de articulador entre as equipes de Saúde da Família, também se torna referência e contrarreferência na articulação inter e intrasetorial para discussão de casos que exigem uma intervenção multisectorial e multidisciplinar²¹.

Descrição dos fatores que facilitam ou dificultam a identificação de violência pelos profissionais de saúde na população LGBTQIA+

Identificaram-se cinco fatores facilitadores por parte dos profissionais de saúde: escuta qualificada; utilização da planilha de violência da Coordenadoria da Área Programática (CAP); oferta de serviços integral em saúde; ocorrência dos Ciclos de Debate com o tema LGBTQIA+ para os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) na SMS-RJ; e diretrizes para a abrangência do cuidado à saúde da população LGBTQIA+ disponível na Carteira de Serviços da Atenção Primária-SMS-RJ.

Quanto à escuta qualificada, a equipe Nasf-AB relatou que realiza esse procedimento e sinalizou a importância do olhar mais aprofundado para essa população. A equipe de enfermagem declarou que a escuta qualificada contribui para o acolhimento, possibilitando apreender as dificuldades e as necessidades apresentadas.

Outro facilitador, relatado pela enfermagem, é a realização da busca ativa nos casos inseridos na planilha de violência da CAP, compartilhada entre as equipes ESF/Nasf-AB. Essa planilha refere-se aos casos consolidados de violência ocorridos no município do Rio de Janeiro e atendidos pelas unidades de saúde pública e privada, bem como pelos equipamentos de atendimento à pessoa vítima de violência, como as Salas Lilás.

As Fichas de Notificação são encaminhadas ao setor de Vigilância em Saúde, e enviadas às equipes de Saúde da Família e ao Nasf-AB para monitoramento e acompanhamento dos usuários em seus locais de moradia.

Sobre a oferta de serviços, a equipe de enfermagem fez referência à disponibilidade de testes rápidos, de preservativos e dos demais serviços de assistência na lógica da integralidade em saúde, contrapondo-se à lógica de rótulos.

Na SMS-RJ, ocorrem ciclos de debates que reúnem diversos profissionais de todas as áreas de atuação e de todas as AP para a discussão ampliada sobre alguns segmentos

da saúde, entre eles, a população LGBTQIA+, o que funciona como um facilitador para a identificação da violência²².

Na pesquisa, foram identificados oito dificultadores: a não identificação da violência LGBTIfóbica como demanda representativa; a dificuldade na abordagem do acolhimento; o preconceito dos profissionais em relação à população LGBTQIA+; a não utilização dos quesitos (nome social, identidade de gênero, orientação sexual) LGBTQIA+; fila de espera longa para os procedimentos de hormonoterapia, redesignação sexual e mastectomia no nível secundário; o desconhecimento acerca das políticas públicas de saúde para a população LGBTQIA+; a dificuldade do profissional de identificar essa população, diante de sua identidade de gênero e orientação sexual; e a baixa qualificação profissional para a assistência específica às demandas LGBTQIA+.

Quanto a não identificar a violência LGBTIfóbica como demanda representativa, apenas um profissional do Nasf-AB, o psicólogo, relatou já ter realizado atendimento de violência LGBTIfóbica: *“eu atendo violência LGBTIfóbicas, mas não é com tanta frequência. A demanda que chega ainda é muito pouca”*.

Entre as equipes de enfermagem e de médicos da ESF, três relataram ter atendido casos de violência LGBTIfóbica. Nesse aspecto, Silveira et al.¹⁵ consideram que as UB têm a condição da realização dos primeiros atendimentos por estarem no território de moradia dos usuários. A APS possui profissionais articulados e pautados em dimensões técnica, prática e estratégica para a abordagem nas situações de violência e para o reconhecimento da violência de modo a evitar a subnotificação¹⁵.

Como último fator dificultador, ressalta-se a baixa qualificação profissional, como corroborado por Guimarães et al.²³, apontando que os profissionais têm dificuldades em distinguir entre os conceitos de orientação sexual e identidade de gênero. Durante o trabalho de campo, foi possível observar a dificuldade de alguns profissionais na compreensão dos termos citados pelo autor²³.

Considerações finais

Foi possível perceber, a partir da pesquisa realizada com os profissionais de saúde de nível superior da ESF e do Nasf-AB, que a questão da violência LGBTIfóbica ainda não é reconhecida para alguns profissionais. Seja pela dificuldade de não perceber seus sinais no usuário durante a assistência, seja por assistir a uma situação de violência ou não a identificar. Para alguns profissionais, a violência ainda não representa uma demanda relacionada com as suas atribuições. Assim, observou-se que notificar não é uma prática totalmente internalizada pelos profissionais de saúde.

A temática da violência exige a transversalidade da assistência integral, isto é, um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. As equipes da ESF e do Nasf-AB tornam-se corresponsáveis pela vigilância em saúde das famílias adstritas. Acerca do ato de notificar a violência, cabe o entendimento que, ao notificar, amplia-se o cuidado e estabelece-se a rede, ratificando alguns dos atributos da APS, como a coordenação do cuidado e a longitudinalidade.

Referente à assistência à população LGBTQIA+, foram achados fatores que

facilitam e dificultam a identificação de violência pelos profissionais. Foi possível identificar que o conhecimento sobre o protocolo de atendimento, o acolhimento multidisciplinar e o encaminhamento à rede intersetorial apresentavam-se como claros entre os profissionais. Contudo, não foi unânime a prática do procedimento em sua totalidade.

O Nasf-AB, apesar de sua potência na ESF, no que se refere à informação e à formação dos profissionais para este tema em relação à população LGBTQIA+, não explora suficientemente as ações de EPS. Estas poderiam dinamizar e aprimorar as ações profissionais seguindo o fluxo da assistência à violência: a identificação das situações de violência, o acolhimento, o trabalho intersetorial e a manutenção do cuidado.

Colaboradoras

Silva VM (0000-0003-4922-6409)*, Cardoso GCP (0000-0002-4014-0951)* e Abreu DMF (0000-0001-8454-327X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Por E, Krug E, Dahlberg L, et al., editores. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva, World Health Organization, 2002. [acesso em 2023 maio 6]. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
2. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006 [acesso em 2023 maio 6]. 132 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37579>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 2023 maio 14]. 63 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica-reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2023 maio 16]. 94 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf.
5. Jesus J. Homofobia: identificar e prevenir. 2. ed. Rio de Janeiro: Lea Carvalho; 2015. 116 p.
6. Benevides BG. Associação nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (ANTRA). Dossiê Assassinos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília, DF: Distrito Drag, Antra; 2022 [acesso em 2023 maio 15]. 142 p. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2022/01/dossieantra2022-web.pdf>.
7. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(5):1263-1272.
8. Deslandes S, Gomes R, Maria CM, et al. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: edições 70 Persona; 1977. 118 p.
10. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, TabNet Municipal. Sistemas de Informação em Saúde. Rio de Janeiro: SMS-RJ; [data desconhecida] [acesso em 2022 ago 3]. Disponível em: <http://tabnet.rio.rj.gov.br/>.
11. Observatório de Mortes e Violências LGBTI+ no Brasil. Dossiês do Observatório. Observatório LGBTifobia. 2022 maio 20 [acesso em 2023 maio 30]. Disponível em: <https://observatoriomorteseviolenciaslgbtibrasil.org/todos-dossies/mortes-lgbt-brasil/>.
12. Ferreira BO, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. Rev. Bras. Promoc. Saúde. 2018; 31(1):1-10.
13. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Fluxograma da notificação da violência autoprovocada/interpessoal. Rio de Janeiro: Secretaria municipal de Saúde; 2022. [acesso em 2023 maio 13]. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/SVS_FluxoViolencia_atualizado_maio2022_\(2\).pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/SVS_FluxoViolencia_atualizado_maio2022_(2).pdf).
14. Pinto IV, Andrade SSA, Rodrigues LL, et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. Rev. Bras. Epidemiol. 2020; 23:e200006. SUPPL.1.
15. Silveira NO, Trindade CS, Bonamigo AW, et al. O profissional da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica e o enfrentamento à violência doméstica: uma revisão integrativa. Saúde Redes. 2022; 8(supl1):75-88.

16. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica Atensão Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2023 maio 15]. 42 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf.
17. Patrocínio SSSM, Machado CV, Fausto MCR. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde debate*. 2015; 39(esp):105-119.
18. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*. 2019; 43(120):223-239.
19. Ribeiro RUP, Silva AL. Notificação compulsória de violência na Atenção Básica à Saúde: O que dizem os profissionais? *Rev LEVS/UNESP*. 2018; 21:115-130.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2023 maio 15]. 116 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.
21. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):328-340.
22. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de serviços da Atenção Primária Diretrizes para a abrangência do cuidado. 3. ed. Rio de Janeiro: SMS; 2021 [acesso em 2023 maio 16]. 107 p. Disponível em: https://subpav.org/download/impressos/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229.pdf.
23. Guimarães NP, Sotero RL, Cola JP, et al. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde*. 2020; 14(2):372-385.

Recebido em 19/11/2023

Aprovado em 10/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Angélica Baptista Silva e Henrique Rabello de Carvalho

Mulher do fim do mundo: violência feminicida contra a saúde da mulher negra

Woman at the end of the world: femineicidal violence against black women's health

Mariana Freitas da Costa¹, Cristiane Brandão Augusto¹, Maria Celeste Simões Marques¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E19100P

RESUMO Este artigo se dedica a dialogar sobre a violência feminicida e algumas de suas manifestações contra as mulheres negras. Tem-se como objetivo evidenciar de que forma as vivências cotidianas e as relações sociais e de poder afetam esse grupo populacional e banalizam a violência que as acomete, legitimando altas taxas de mortalidade por diferentes causas evitáveis, sem que estas sejam consideradas um problema de saúde pública. O texto demonstra, a partir de um levantamento bibliográfico, a evitabilidade de mortes em casos de neoplasias malignas, HIV/aids e suicídio resultantes da mitigação ao acesso à saúde, associada a subjugações no sistema patriarcal racista. Negligência e descaso, motivados por racismo e misoginia estruturais, conformam o ‘fazer morrer’ de mulheres negras revelado por uma necropolítica de diagnósticos tardios, falhas em campanhas de conscientização e prevenção, falta de acolhimento e de políticas adequadas a essa população. Relacionando tais violações ao direito à saúde com músicas de Elza Soares, pretende-se trazer a arte como instrumento de denúncia e como recuperação de vozes silenciadas.

PALAVRAS-CHAVE Direito à saúde. Mulheres. Racismo. Violência feminicida. Necropolítica.

ABSTRACT *This article discusses femineicidal violence and some of its manifestations against Black women. It aims to highlight how everyday experiences and social and power relationships affect this population group and trivialize the violence that affects them, legitimizing high mortality rates from different preventable causes without these being considered a public health problem. Based on a bibliographical survey, the text shows the avoidability of deaths in cases of malignant neoplasms, HIV/AIDS, and suicide resulting from the mitigated access to healthcare associated with subjugations in the racist patriarchal system. Negligence and disregard motivated by structural racism and misogyny shape the death of Black women, revealed by a necropolitics of late diagnoses, failures in sensitization and prevention campaigns, lack of receptiveness, and adequate policies for that population. Relating such violations of the right to health with songs by Elza Soares, this study aims to bring art as an instrument of denunciation and a revival of silenced voices.*

KEYWORDS *Right to health. Women. Racism. Femineicidal violence. Necropolitics.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
pedipe@gmail.com



Introdução

O Brasil é um dos países que mais matam mulheres no mundo – e, em se tratando de mulheres negras (pretas e pardas), as taxas são ainda mais reveladoras da vulnerabilidade histórica e social desse expressivo grupo populacional. Com um feminicídio a cada seis horas, o risco de vitimação sobe 1,7, se considerada a raça não branca, e atinge índice cinco vezes maior nas regiões de maiores desigualdades sociais¹.

Para além dos registros relativos a mortes violentas, outras violações aos direitos humanos das mulheres integram o largo espectro da violência feminicida, categoria sociojurídica que amplifica a noção da forma extrema de violência de gênero. Importando o conceito da legislação mexicana, trata-se de um produto de abuso de poder público ou privado, manifestando-se por meio de condutas de ódio e discriminação, que colocam em risco suas vidas ou que culminam em homicídio, suicídio ou outras mortes evitáveis, afetando gravemente a integridade, a segurança, a liberdade pessoal e o livre desenvolvimento de mulheres, adolescentes e meninas².

A violência feminicida, nesse sentido, abarca não só o feminicídio, mas também as mais variadas ações ou omissões, individuais ou coletivas, pessoais ou institucionais, domésticas ou estatais, que gerem morte ou perigo de morte em razão do gênero feminino. Incluem-se, aqui, as violações decorrentes das assimetrias estruturais, como: danos resultantes de abortos clandestinos; de enfermidades típicas femininas, quando ausente política de saúde adequada para a prevenção e o tratamento; mortalidade materna ou lesões fatais por violência obstétrica, enfim, um sistema de domínio de gênero, legitimado por uma percepção social hostil às mulheres³.

Tal como no feminicídio, sua potencialidade lesiva cresce exponencialmente quando interseccionados os marcadores de raça e classe. Por isso, a proposta deste trabalho é analisar algumas manifestações de violência feminicida contra a mulher negra no Brasil

atual, apontando formas pelas quais sistemas de opressão atravessam esses corpos. Isso porque o sequestro histórico de sua humanidade acaba por trivializar as violações que sofrem, legitimando altas taxas de mortalidade por diferentes causas, ainda não consideradas um problema de saúde pública.

A imbricação entre racismo e patriarcado sedimenta hierarquias e subordinações que escancaram o déficit democrático pós-colonial, perpetuando o olhar discriminatório e excludente do acesso às parcas políticas públicas. Trata-se de um Estado necropolítico em sua manifestação máxima de dominação por meio do extermínio, tanto por decidir quem vive quanto quem morre, determinando quais são os corpos inimigos, indignos de comoção⁴.

Tais demonstrações do ‘fazer morrer’ dessas mulheres, que serão abordadas ao longo deste artigo, estão ligadas, sobretudo, ao acesso à saúde. Seja por diagnósticos tardios, seja por falhas em campanhas de prevenção ou políticas específicas e adequadas, os preconceitos raciais e de gênero afetam os cuidados que mulheres negras deveriam (e têm o direito de) receber. Com frequência, negligências e menosprezos no âmbito de acometimentos de saúde mental, de neoplasias malignas e de HIV/aids resultam em mortes, que, conforme será apresentado a partir de revisão bibliográfica, são notavelmente evitáveis.

As dores das mulheres negras foram, potentemente, registradas na voz de Elza Soares. Seus versos formam um convite a refletir sobre como a reivindicação de direitos pode ser especialmente sentida na arte. À vida precária⁵, a cantora responde: “... eu nasci cantando, acho que se não cantasse, eu morreria. Eu já disse várias vezes que cantar ainda é remédio bom e cantando para não enlouquecer”⁶. Igualmente, repete, na música ‘Mulher do Fim do Mundo’, que a deixem cantar até o fim. Assim, este trabalho foi estruturado de modo a contribuir para a visibilidade das dores compartilhadas por tantas outras mulheres e da resistência lírica dessa artista brasileira.

A carne mais barata do mercado

Elza Soares vocífera, em 'A Carne', que a mais barata do mercado é a carne negra. É aquela que vai de graça para o subemprego, para os hospitais psiquiátricos, para o presídio e para debaixo do plástico⁷. É a carne na qual se apoia o racismo estrutural, fornecendo o “sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea”⁸⁽²¹⁾. É a carne dos não humanos⁹, das vidas não passíveis de luto¹⁰.

Na especificidade da mulher negra, é relevante destacar o esvaziamento de sua condição humana na perspectiva do dominador, já que, como consequência dos tempos de escravidão, perdura uma visão de assimetrias de gênero e raça que acaba por naturalizar desigualdades¹¹ e, nesse contexto, banalizar violências. Assim também se dá com a violência feminicida:

[...] que envolve as mortes violentas de meninas e mulheres, como por exemplo as resultantes de acidentes, suicídios, descaso com a saúde e violência e, evidentemente, o conjunto de determinações que os produzem. Esta definição baseia-se no pressuposto de que estas mortes são produzidas no quadro da opressão de gênero e de outras formas de opressão, e, portanto, são evitáveis, e, por isso, são mortes violentas¹²⁽²²⁵⁾.

É importante ressaltar que, embora aparentemente exista uma relação entre os envolvidos em uma situação de violência, não se deve tratar a questão como algo personalizado, pois trata-se de um problema que atinge as camadas mais profundas da nossa organização como sociedade. É o que propõe Rita Segato¹³⁽⁷⁾ com a categoria 'femigenocídio':

[...] por sua qualidade sistemática e impessoal, têm como objetivo específico a destruição de mulheres (e homens feminizados) apenas por serem mulheres e sem a possibilidade de

personalizar ou individualizar o motivo da autoria ou a relação entre agressor e vítima.

Em razão da impessoalidade da violência e da inevitabilidade das mortes, pode-se assimilar que a violência feminicida contra a mulher negra é institucional e estrutural, ou seja, é perpetrada tanto por inexistência (ou ineficácia) de políticas públicas para proteção do grupo marginalizado quanto por um conjunto de preconceitos que afetam as relações sociais e violam sua dignidade.

Mais próximo do olhar sobre as políticas de saúde, será enfocada a demonstração de como o diagnóstico tardio e a desigualdade no acesso à saúde e exames preventivos acarretam uma taxa de óbito maior em mulheres negras em comparação às não negras:

Embora a legislação brasileira reconheça a saúde como direito universal sem distinção de raça/cor, credo etc., no contexto observado, aparece como direito alienado porque, concretamente, o bem-estar físico e mental dos/as negros/as são limitados pelas dificuldades de acesso que esses indivíduos, seus grupos e famílias têm para acessar moradia, saneamento básico, educação, emprego, cultura, lazer, proteção etc. A violação de qualquer um desses direitos impacta a saúde, agravando as variáveis associadas ao adoecimento e a adesão a tratamentos, especialmente daquelas doenças possíveis de ser evitadas ou controladas pela prevenção¹⁴⁽³³²⁾.

Menina acuada, que tanto sofreu e morreu sem guarida

Em 'Dentro de Cada Um'¹⁵, Elza Soares provoca a resistência à subordinação. Canta que mulheres não querem mais silêncio, nem pretexto, nem para fugir de seu texto, e as convida a sair de dentro de quem for; sair da mala do cara que as

esquartejou, que as encheu de ferida; da menina acuada que sofreu e morreu sem guarida.

Morrer sem guarida. A violência feminicida em forma de desigualdade no acesso à saúde pelas mulheres negras está explicitada em dados estatísticos. Segundo Albert et al.¹⁶, atualmente, as maiores causas de morte entre mulheres de idade fértil são as neoplasias malignas, ou seja, tumores cancerígenos, principalmente o câncer de mama, o câncer de colo de útero e o câncer de ovário.

É particularmente importante ressaltar que, embora, por motivos sociais e históricos, com frequência, a questão da raça se intersecciona com a classe socioeconômica da mulher, há pesquisas apontando que as disparidades raciais no campo da saúde continuam significativas mesmo com análise ajustada por variáveis socioeconômicas¹⁷. Ademais, alguns estudos apontam para uma maior ocorrência e gravidade do câncer em mulheres negras de maneira geral, mas ainda sem pesquisas que consigam apontar o motivo¹⁸. Sobre neoplasias mamárias, Nogueira et al.¹⁷⁽¹¹⁾ discorrem:

As mulheres de raça/cor negra foram diagnosticadas em estádios mais avançados, e essa característica foi importante para lhes conferir menor sobrevivência em comparação com as brancas. Isso se deve provavelmente a menor acesso e/ou menor adesão ao rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia, embora também possa ser, em parte, atribuído a um comportamento mais agressivo do tumor em mulheres negras.

Além do câncer de mama, há indícios dessa disparidade na ocorrência de câncer de ovário. Harris et al.¹⁸ apontam que há uma relação maior entre a endometriose e os tipos mais comuns de câncer de ovário em mulheres negras em comparação a mulheres brancas. No mesmo estudo, fica demonstrado que a histerectomia diminuiu consideravelmente o risco de mulheres brancas desenvolverem o tumor mencionado, enquanto não houve diferença significativa no caso de mulheres negras¹⁸.

Os tipos de câncer de ovário mais evidentes em mulheres negras são: carcinoma endometriode e carcinoma de células claras¹⁸. Importa fazer essa especificação dado que o carcinoma de células claras é o tipo mais agressivo de câncer de ovário, com respostas menos favoráveis ao tratamento, desse modo, aumentando consideravelmente as taxas de óbito.

As discrepâncias mencionadas justificariam amplas pesquisas sobre a saúde da mulher negra e investigações sobre qual o melhor método de prevenção, mas não é o que ocorre no Brasil. Nogueira et al.¹⁷ mencionam uma pesquisa dos Estados Unidos da América que sugere, haja vista a maior ocorrência e agressividade do câncer de mama em mulheres negras, que elas iniciem o rastreamento da doença mais cedo do que mulheres brancas, porém, ainda não há evidências que políticas públicas com enfoque na saúde da mulher levem essa recomendação em consideração.

Inclusive, as diferenças nas predisposições para patologias em mulheres não são sequer estudadas extensamente. A maior parte das pesquisas realizadas são conduzidas estudando predominantemente mulheres brancas e não analisam seus resultados considerando a raça, além de não haver pesquisas voltadas unicamente para a saúde de mulheres negras¹⁸.

Ao falar de óbito por motivos de doença, não se pode desconsiderar a relação deste com o diagnóstico tardio. Em pesquisa realizada por Renna Junior e Silva¹⁹, os autores apontam que os diagnósticos em estágios mais avançados de câncer de colo de útero, que, assim como os demais citados, é mais evidente entre mulheres negras, aumentaram com o passar dos anos e que

Esse achado é importante por sugerir que as políticas de atenção oncológica não têm sido capazes de propiciar diagnóstico precoce, capaz de garantir não apenas melhor prognóstico como também redução da incidência da doença mediante tratamento de lesões pré-invasivas¹⁹⁽⁶⁸⁾.

Desse modo, entende-se que é possível diagnosticar as neoplasias malignas de modo a evitar o agravamento da doença e, assim, ‘evitar a morte’ pelas patologias citadas. No entanto, por fatores como a dificuldade de acesso à saúde e a exames de rastreamento, o diagnóstico é feito em estágios em que as respostas ao tratamento são frequentemente insatisfatórias¹⁷.

Nesse sentido, Mendonça et al.²⁰ discorrem sobre a inevitabilidade da morte por câncer de colo do útero. Ainda assim, a taxa de mortalidade da doença entre negras é estonteadora. Em números, a disparidade das taxas de mortalidade entre negras e brancas se apresenta em duas das neoplasias mencionadas: o câncer de mama e o câncer de colo do útero.

Um estudo da Universidade Federal de Minas Gerais denunciou que as mulheres negras têm uma sobrevivência 10% menor do que as mulheres brancas no que tange ao câncer de mama²¹. Outra pesquisa sobre o mesmo tema aponta que, enquanto quase 70% das mulheres brancas sobreviveram à doença durante o tempo do estudo, que durou uma década, apenas 44% das mulheres negras tiveram a mesma sorte¹⁷. A taxa de mortalidade por câncer de colo do útero é igualmente alarmante. Em pesquisa realizada em Pernambuco, ficou demonstrado que 60,5% dos óbitos pela doença são de mulheres negras, com dados mais recentes indicando uma mortalidade de 71,4% no grupo²⁰.

Com dados tão inquietantes, cabe discutir quais elementos acarretam a morte de tantas mulheres por causas notadamente evitáveis. A razão principal apontada em diversos estudos é o diagnóstico tardio, que, por muitas vezes, é consequência da não realização de exames preventivos por falta de acesso à saúde.

Paulista, Assunção e Lima²² responsabilizam o racismo pela inequidade no acesso aos tratamentos oncológicos. Segundo os autores, o preconceito se manifesta

[...] pela dificuldade em reconhecer e abordar os determinantes sociais das condições de saúde, na utilização desagregada de dados para orientar uma tomada de decisão, na definição de prioridades e alocação de recursos, bem como na ausência de meios de coibição de práticas racistas inadmissíveis. Essa desigualdade também se manifesta no acesso aos serviços de atenção oncológica, mesmo diante de estratégias de combate ao racismo institucional e ações que beneficiem a equidade na saúde²²⁽²⁾.

É preciso questionar o que motiva essas mulheres a não aderirem a programas de prevenção, mesmo quando possuem acessibilidade a eles. Segundo Silva e Lima¹⁴, não se pode responsabilizar a população negra pelos fracassos consequentes da violência estrutural. De fato, o ambiente médico se torna hostil ao ponto de repelir essas mulheres de tratarem de sua saúde, vindo com desconfiança e até com medo os profissionais que as atendem – atendimento este que muitas vezes é incompleto. De acordo com as autoras supracitadas, em pesquisa baseada em observações de campo, recorrentemente, mulheres negras informaram não terem sido examinadas ou sequer ouvidas pelos profissionais da saúde¹⁴.

A violência não vem apenas na forma de negligência, mas também de humilhação. A prática médica é comumente acompanhada de comentários depreciativos, com frequência ligados ao feminino. A ideia de que ‘mulher foi feita pra sentir dor’, associada à visão de que ‘as negras possuem maior capacidade de aguentar a dor’, cria um cenário violento para as mulheres negras no âmbito da saúde, em que suas dores são minimizadas e desqualificadas. A concepção de que o sofrimento é inerente à mulher transparece a convivência com a violência de gênero, “consumada dentro dos espaços institucionais, que encarceram a mulher enquanto objeto, *coisificando* seus corpos numa lógica utilitarista”²³⁽³⁰³⁰⁾.

Amiga, é agora, segura a minha mão

Segurar a mão e não (se) deixar sucumbir também foram versos cantados por Elza Soares na música ‘Libertação’²⁴. A violência feminicida, entretanto, se faz marcada na maior vulnerabilidade de mulheres negras à infecção por HIV. A mortalidade pelo vírus é majoritariamente da população negra, com 61,9% dos óbitos, entre eles, 62,9% são de mulheres²⁵.

De forma similar às pesquisas sobre neoplasias malignas, os estudos sobre infecção por HIV em mulheres negras explicam que os elementos considerados mais significativos para a dificuldade de acesso à saúde são a condição socioeconômica e o racismo institucional.

Sobre o atendimento negligente dado a mulheres negras, pode-se dizer que este afeta a saúde das pacientes em diversas esferas. Uma delas é a perda de credibilidade dos profissionais da saúde na visão das mulheres: em pesquisa realizada por Albuquerque, Moço e Batista²⁶, apenas 129 das 1.464 mulheres negras entrevistadas identificaram os profissionais da área como fontes de informação sobre a doença; a maior parte das participantes do estudo declararam confiar em amigos e em meios de comunicação para se informar a respeito do HIV. O descaso pelo bem-estar das pacientes é notável inclusive no tratamento:

O cuidado oferecido a essas mulheres parece focalizar quase exclusivamente o tratamento anti-retroviral e o manejo clínico da infecção, sem atentar que a atenção integral pode beneficiar o sucesso do tratamento clínico (com o controle de outros processos concomitantes de adoecimento, por exemplo), além de responder à legítima demanda por qualidade de vida²⁷⁽⁴⁵⁾.

Outra maneira de distanciar o profissional e a paciente é a dificuldade na comunicação:

Ao perder a oportunidade de se fazer entender, os profissionais deixam de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da mulher e,

indiretamente, incrementam sua vulnerabilidade ao adoecimento. No caso das mulheres envolvidas no presente estudo, as desvantagens assumiram maior peso entre as negras²⁷⁽⁴⁵⁾.

A importância da comunicação eficaz para assegurar condutas preventivas é reiterada por López²⁸, que discorre sobre a relevância de incentivar políticas públicas e campanhas de prevenção contra HIV/aids que transmitam a mensagem no linguajar do destinatário da ação. A pesquisadora, articulada com militantes do movimento feminista negro, percebeu que, quando a comunicação não é uma barreira, há mais adesão a ações de prevenção, sobretudo dos jovens que estão iniciando a vida sexual:

[...] um dos fatores que produzem vulnerabilidade entre a população negra ante o HIV é a não identificação com linguagens transmitidas nas campanhas de prevenção que se pensam ‘neutras’ em termos étnicorraciais, mas que refletem olhares brancos estereotipados sobre o tema, que remetem a noções morais tidas e vistas como universalizantes e dominantes²⁸⁽⁵⁹⁹⁾.

As pressões sociais vêm, notadamente, de uma cultura patriarcal e machista, que desencoraja as mulheres de tomarem decisões importantes sobre o próprio corpo, como o uso de preservativo – um dos meios mais eficazes de prevenção, dado que 80% das mulheres contraem o vírus pela via sexual^{26,27}. Ativistas do feminismo negro, ouvidas na pesquisa de López, apontam que, frequentemente, as mulheres têm dificuldade de negociar o uso de preservativo com seus parceiros, mesmo em casais estáveis que mantêm relações desprotegidas com outras parceiras. Nesse sentido, a hipersexualização da mulher negra e o julgamento moral reprimem a firmação de um acordo entre os parceiros para o uso do preservativo²⁸.

Esse tipo de negociação é particularmente delicado levando em consideração que a

violência, doméstica e sexual, faz – ou fez – parte da vida dessas mulheres, e o trauma as torna mais suscetíveis à decisão tomada unilateralmente pelo parceiro. Ademais, mesmo entre as mulheres que não sofreram as supramencionadas violências, ainda existe um fator que as refreiam de optar pelo sexo seguro. É o que os autores chamam de ‘proteções imaginárias’: a concepção de que relações de confiança são protetoras diante da possibilidade de infecção pelo HIV²⁶.

Percebe-se, assim, que mesmo o Brasil tendo um dos melhores programas de tratamento e prevenção de HIV/aids, as autoridades permanecem negligentes com as parcelas mais vulneráveis. Tal fato é agravado quando se considera que, ainda que as mulheres negras possuam 51% mais chance de desenvolver aids do que mulheres brancas, a enorme discrepância não foi suficiente para qualificá-las como população prioritária no quesito de políticas de prevenção da doença²⁹.

Escuras flores puras, putas... Suicidas

As ‘Flores Horizontais’³⁰ na voz de Elza Soares retratam a flora da vida, afogadas nas janelas do luar e carbonizadas de remédios, tapas e pontapés. Está se falando do âmbito da saúde mental. A articulação entre as dimensões sanitária e social é indispensável, pois, nos territórios populares, a saúde da mulher é também uma complexa questão, envolvendo insegurança alimentar, precariedade das moradias, dificuldade de acesso a informações e equipamentos, entre muitos outros fatores que influenciam diretamente na qualidade das condições de prevenção.

A maior vulnerabilidade social experienciada pelas mulheres negras se descortina por intermédio das situações de tensionamentos pelas denominadas microagressões raciais de gênero, ou seja, processos de marginalização, silenciamento e objetificação que podem gerar impacto nas relações interpessoais, com

supressão das emoções e vivências de efeitos negativos em sua saúde mental, diferentemente daqueles experienciados por mulheres brancas³¹.

De acordo com Dantas et al.³²⁽¹⁴⁷²⁾, as exclusões e os preconceitos sociais têm relação direta com o sofrimento humano, o que pode ser agravado – ou não – pela presença de psicopatologias. Evidencia-se, inclusive, que a redução de desigualdades resulta em uma queda de violência, incluindo as autoinfligidas:

Enfatiza-se que, além das marcas explícitas da violência de gênero, que podem se expressar em ferimentos no corpo, há sofrimento psicossocial inerente a qualquer processo de violência. Isso está presente, inclusive, pelo fato de muitas mulheres internalizarem esse sofrimento e não conseguirem expô-lo, o que fragiliza as relações interpessoais e familiares, realimenta traumas e pode deixá-las com a sensação de não haver escapes possíveis além da morte autoprovocada.

Para as mulheres que tentam quebrar o ciclo de silêncio e buscam ajuda de profissionais da área da saúde mental, ainda há obstáculos para o processo de cura. Nesse contexto, Gouveia e Zanello³³ denunciam o impacto do racismo institucional no tratamento psicoterapêutico das mulheres negras. As autoras tecem suas críticas ao ambiente psicoterapêutico em duas frentes: a influência do racismo institucional no atendimento das pacientes e as falhas acadêmicas na formação de profissionais sensíveis à questão racial. Sobre o primeiro ponto, a pesquisa demonstrou a insatisfação das mulheres com os serviços recebidos, pois, quando era abordado pela paciente o racismo como fonte de sofrimento psíquico, os psicoterapeutas não exploravam ou não consideravam o tema na sessão. A respeito da formação profissional faltosa, é apontado que tanto psicólogas brancas quanto negras não consideraram o fator do preconceito racial e de gênero como norteador da terapia, minimizando a questão quando esta era mencionada pela paciente³³.

Dados sobre suicídio em mulheres negras são trazidos por Martins, Lima e Santos³⁴, além de Dantas et al.³². Os primeiros alertam que, segundo o Ministério da Saúde, as mulheres negras morrem mais que as brancas quando se consideram óbitos por homicídio, suicídio e mortes mal definidas³⁴. Já Dantas et al.³² elaboraram uma pesquisa local, centrada no nordeste do Brasil, mas que ajuda a elucidar essa disparidade em números. Conforme os autores, mulheres negras se suicidam mais que mulheres brancas em uma taxa geral de 73,9%, chegando até a 87,09% em Alagoas³². Não foram encontrados dados mais recentes e unificados que considerem as mortes autoinfligidas em todo o País.

Considerações finais: mulheres assassinadas. A justiça, por favor

O presente escrito buscou demonstrar como os atravessamentos de gênero e raça da violência feminicida atingem a mulher negra. Adotando a conceituação proposta por Lagarde y de los Ríos¹² para as mortes evitáveis decorrentes de opressões de gênero e suas interseccionalidades – e sem a pretensão de esgotar o tema –, foram apresentadas algumas das manifestações da violência feminicida, sobretudo na negação do acesso à saúde.

Mesmo que não haja distinção expressa em nenhum dispositivo legal nacional ou convenção internacional firmada pelo Brasil, o acesso aos direitos humanos ainda é notavelmente desigual. Essa discrepância reforça a vulnerabilidade da mulher negra diante de ações

ou omissões institucionais que retroalimentam sistemas estruturais de opressão. Assim, a violência feminicida em diversas frentes, como as tratadas neste artigo (o diagnóstico tardio de cânceres, a ineficácia de campanhas de prevenção contra o HIV, o sofrimento psíquico que resulta em suicídio), revela o maior assujeitamento ao risco de morte das mulheres não brancas operado pelo racismo e pelo patriarcado.

Cabe ressaltar uma última vez que, mesmo que seja consequência de preconceitos sobre raça e gênero, a violência feminicida não deve ser pessoalizada, porquanto constitutiva de construções sociais que permeiam toda a estrutura da sociedade. A justiça almejada por Elza Soares, na música com mesmo nome³⁵, é a justiça do País melhor, com menos incerteza sobre o amanhã.

Em razão disso, o estudo procurou ilustrar como a arte atua como força motriz para reivindicações sociais, resgatando vozes historicamente silenciadas. Nomeando os subtítulos aqui apresentados com trechos de músicas ecoadas por Elza Soares, é possível se somar ao coro das violências sofridas para a reivindicação de políticas adequadas e atentas às especificidades das mulheres negras.

Colaboradoras

Costa MF (0009-0007-3977-4758)*, Augusto CB (0000-0002-7541-4617)* e Marques MCS (0000-0003-4156-0939)* contribuíram para concepção e desenho da obra; aquisição, análise e interpretação de dados; elaboração e aprovação final da versão do manuscrito a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Meira KC, Simões TC, Guimarães RM, et al. Female homicides in Brazil and its major regions (1980–2019): an analysis of age, period, and cohort effects. *Violence Against Women*. 2023; 10778012231183657.
2. México. Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. *Diário Oficial*. 1 Feb 2007. [acesso em 2023 nov 17]. Disponível em: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/LGA-MVLV_15.02.23.pdf.
3. Lagarde y de los Ríos M. ¿A qué llamamos feminicidio? 2015. [acesso em 2023 nov 17]. Disponível em: https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/marcela_lagarde/feminicidio.pdf.
4. Mbembe A. *Necropolítica*. São Paulo: n-1 edições; 2021.
5. Butler J. *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte: Autêntica Business; 2019.
6. Soares E. *Roda Viva Retrô*. YouTube. 15 jun 2012. [acesso em 2023 nov 17]. Disponível em: <https://youtu.be/8ko447IATMk?si=2G9Dcb-CDaDgrmFF>.
7. Soares E. *A Carne*. [2002]. [acesso em 2023 nov 17]. Disponível em: <https://g.co/kgs/d854EL>.
8. Almeida S. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Jandaíra; 2021.
9. Latour B. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1994.
10. Butler J. *Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
11. Carneiro S. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro; 2011.
12. Lagarde y de los Ríos M. Antropología, feminismo y política: violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres. In: Bullen M, Mintegui CD, organizadoras. *Retos teóricos y nuevas prácticas*. San Sebastián: Ankulegi; 2008. p. 209-239.
13. Segato R. *Femigenocídio y feminicidio: una propuesta de tipificación*. *Rev. Herramientas*. 2012; 49.
14. Silva HCB, Lima TCS. *Racismo institucional: violação do direito à saúde e demanda ao Serviço Social*. *Rev. Katálysis*. 2021; 24(2):331-341.
15. Soares E. *Dentro de cada um*. [2018]. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/elza-soares/dentro-de-cada-um/>.
16. Albert SBZ, Martinelli KG, Zandonade E, et al. *Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil de 2006 a 2019: causas e tendências*. *Rev. Bras. Est. Popul.* 2023; 40:1-16.
17. Nogueira MC, Guerra MR, Cintra JRD, et al. *Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais*. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(9):e00211717.
18. Harris HR, Peres LC, Johnson CE, et al. *Racial differences in the association of endometriosis and uterine leiomyomas with the risk of ovarian cancer*. *Obst. Gynec.* 2023; 141(6):1124-1238.
19. Renna Junior NL, Silva GA. *Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012*. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018; 27(2):e2017285.
20. Mendonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, et al. *Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2008; 30(5):248-255.
21. Barbosa AC. *Mulheres negras têm chance menor de sobreviver em casos de câncer de mama: Pesquisa da Faculdade de Medicina cruzou dados do SUS para avaliar desigualdade racial na saúde*. Universidade Federal de Minas Gerais. 2020. [acesso em 2023 nov 19]. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/>

- noticias/probabilidade-de-sobrevivencia-de-mulheres-negras-e-ate-10-menor-em-casos-de-cancer-de-mama.
22. Paulista JS, Assunção PG, Lima FLT. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. *Rev. Bras. Cancerol.* 2020; 65(4):e-06453.
 23. São Bento PA, Moreira MCN. A experiência de adoecimento de mulheres com endometriose: narrativas sobre violência institucional. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017; 22(9):3023-3032.
 24. Soares E. Libertação. [2019]. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/elza-soares/libertacao.html>.
 25. Granchi G. O que torna a população negra mais vulnerável ao HIV e a morrer por complicações da Aids. *BBC News Brasil.* 3 jul 2022. [acesso em 2023 nov 19]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-61960207>.
 26. Albuquerque VS, Moço ETSM, Batista CS. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade.* 2010; 19(supl2):63-74.
 27. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRJM. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(supl2):39-46.
 28. López LC. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. *Saúde Soc.* 2011; 20(3):590-603.
 29. Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde Soc.* 2016; 25(3):602-618.
 30. Soares E. Flores Horizontais. [2002]. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/elza-soares/476981/>.
 31. Martins TV, Lima TJS, Santos WS. O efeito das micro-agressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(7):2793-2802.
 32. Dantas ESO, Meira KC, Bredemeier J, et al. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciênc. saúde coletiva.* 2023; 28(5):1469-1477.
 33. Gouveia M, Zanello V. Psicoterapia, Raça e Racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras. *Psicol. Estud.* 2019; 24:e42738.
 34. Martins TV, Lima TJS, Santos WS. O efeito das micro-agressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(7):2793-2802.
 35. Soares E. Justiça. [2023]. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/elza-soares/intro-justica/>.

Recebido em 19/11/2023

Aprovado em 07/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Girianelli

Patologização e criminalização de gênero: a experiência de travestis no cárcere

Gender pathologization and criminalization: The prison experience of transvestites

Júlia Silva Vidal¹, Ela Wiecko Volkmer de Castilho¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E18040P

RESUMO A experiência de ser travesti é atravessada por múltiplas regulações no campo do direito e da medicina. Ambos os conhecimentos se articulam e reafirmam uma determinada concepção normativa de gênero que produz a criminalização e a patologização dessa experiência. Especialmente no caso de travestis presas, tal situação alcança patamares alarmantes. Para ilustrar a articulação entre patologização e criminalização, utilizam-se levantamento bibliográfico e relato de campo construído por uma das autoras deste ensaio. O objetivo foi demonstrar como essa articulação se dá, a partir do caso concreto de uma travesti submetida à medicalização dentro do cárcere, e como esse procedimento ensejou a sua (re)criminalização. Dessa forma, a patologização e a criminalização constroem um marco epistemológico que traça os limites dentro dos quais gênero e sexualidade se tornam visíveis e passam ao largo de uma compreensão do direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Criminalização. Normas de gênero. Prisões. Travestilidade. Identidade de gênero.

ABSTRACT *The experience of being a transvestite is traversed by multiple regulations in the fields of law and medicine. Both fields of knowledge articulate and reaffirm a specific normative conception of gender that leads to the criminalization and pathologization of this experience. This situation reaches alarming levels, especially in the case of imprisoned transvestites. To illustrate the articulation between pathologization and criminalization, we use bibliographic research and the field report constructed by one of the authors of this essay. We aimed to show how this articulation occurs from the concrete case of a female transvestite subjected to medicalization within the prison system and how this procedure led to her (re)criminalization. That way, pathologization, and criminalization build an epistemological framework that sets the limits within which gender and sexuality become visible and bypass an understanding of the right to health.*

KEYWORDS *Criminalization. Gender norms. Health. Prisons. Transvestism. Gender identity.*

¹ Universidade de Brasília
(UnB) – Brasília (DF),
Brasil.
jusvidal@gmail.com



Introdução

O campo de estudos de gênero e sexualidade tem se movimentado visando complexificar a leitura de fenômenos relativos à criminalização e à patologização de algumas experiências. O referido movimento encontra lastro na construção teórica feminista sobre o gênero, seja em relação aos múltiplos sentidos em que o termo pode ser utilizado, seja nas implicações políticas e nas articulações possíveis entre sexualidade, raça, classe e etnia, procedendo a um abandono sistemático da lógica de política identitária e alargando conceitos como ‘mulher’ e ‘opressão’.

No que interessa abordar, a concepção normativa de gênero fornece elementos importantes para a compreensão das experiências de pessoas travestis, sobretudo em interface com o direito e a medicina.

Nos últimos anos, tal produção cresceu consideravelmente. Nesse âmbito, destacam-se os esforços em torno do estudo sobre os efeitos deletérios da patologização de tais experiências¹⁻¹² bem como sobre a criminalização dessas experiências, a partir da reflexão sobre o cárcere¹³⁻¹⁷ – mais recentemente, na relação entre essas experiências e o direito penal¹⁸⁻²⁷. Contudo, se é verdade que tal produção acadêmica encontra-se em um momento de oportuno crescimento, algumas temáticas ainda são pouco trabalhadas. Especificamente no que toca à vinculação entre patologização e criminalização de travestis, tem-se uma produção tímida, sobretudo ao pensar no contexto prisional.

A experiência de travestis é atravessada por múltiplas regulações no direito, nos saberes médicos e psi (psicologia e psiquiatria). Esses campos de conhecimentos se articulam e validam uma determinada concepção normativa de gênero, produzindo a criminalização e a patologização dessas experiências que desafiam a fixação histórica de gênero.

A metodologia do trabalho consistiu em levantamento bibliográfico e relato da pesquisa de campo de uma das autoras deste ensaio.

O relato de campo foi construído a partir de diários de bordo confeccionados ao longo da pesquisa coletiva ‘As experiências das travestis em Belo Horizonte’ do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da Universidade Federal de Minas Gerais (NUH/UFMG), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob número CAAE: 38670114.6.0000.5149. O objetivo do trabalho é demonstrar, a partir de um caso concreto de uma travesti submetida à medicalização dentro do cárcere, como a articulação entre criminalização e patologização ensejou a sua (re)criminalização.

Inicialmente, apresenta-se a concepção normativa de gênero. A seguir, demonstra-se como ela articula patologização e criminalização, a partir do caso concreto de uma travesti submetida à medicalização dentro do cárcere, o que lhe ensejou nova criminalização. Por fim, externam-se considerações sobre o impacto dessa situação do ponto de vista do direito à saúde.

Patologização, criminalização e normas de gênero

Em ‘Frescos Trópicos’, Green e Polito²⁸ mostram que, entre meados do século XIX e começo da década de 1980, enquanto o mundo vivia uma reviravolta tecnológica e de costumes, a homossexualidade era retratada como uma anomalia que devia ficar escondida. No Brasil, os médicos tinham conceitos sobre o que era normal ou anormal, a fim de caracterizar a homossexualidade como doença ou não. Faziam classificações dos homossexuais masculinos e procuravam as causas para existirem pessoas assim. Os autores registram como extensa:

[...] a aproximação entre médicos e aparato jurídico-policial, cabendo à polícia capturar homossexuais considerados delinquentes e entregá-los a pesquisadores do campo da

medicina para ‘estudos’. Uma vez apanhados pela lei, os homossexuais teriam dois destinos distintos, mas idênticos do ponto de vista de seu resultado: o confinamento²⁸⁽²¹⁾.

No entanto, é possível verificar que esses campos atuam de forma conjunta, de modo geral, na maioria das sociedades, articulando-se para produzir e controlar o desvio. Becker²⁹, ao tratar das definições de desvio, diz que um enfoque comum o identifica como algo essencialmente patológico, a revelar uma doença. Apoiar-se em uma analogia médica, às vezes de uma forma estrita, quando considera o desvio como um produto da enfermidade mental. Becker exemplifica:

[...] la conducta de un adicto a las drogas o de un homosexual se considera un síntoma de enfermedad mental en la misma forma en que las dificultades de cicatrización en un diabético se consideran un síntoma de su enfermedad²⁹⁽¹⁷⁾.

No Brasil, tal concepção tomou conta das faculdades de direito e deu espaço para o surgimento de teses sobre pobreza, raça e loucura, além de guiar os esforços para o controle do desvio e a manutenção da ordem social^{30,31}.

Schritzmeyer³¹ aponta, por exemplo, que a cidade do Rio de Janeiro, nos idos de 1890, foi considerada um organismo doente, sendo a prostituição e a sodomia³² os seus principais males,

o que levou médicos e juristas a considerarem-se aptos a combatê-los com base na crença de que eram os ‘evoluídos’ de uma nação que precisava correr rumo ao progresso tecnológico e científico³¹⁽¹⁴¹⁾.

Em outras palavras, produzia-se o delinquente como sujeito patologizado³³.

A metáfora médica é limitadora. Parte de um preconceito de desvio e, por meio da analogia, localiza a causa no indivíduo, impedindo de ver que o preconceito em si é uma parte crucial

do fenômeno²⁹. O desvio é (re)produzido ao longo de processos e interações entre pessoas, atos e a reação advinda dessa interação. No que diz respeito à patologização da homossexualidade, a desconstrução desse preconceito passa pelas teorias feministas e, especialmente, pelos estudos de gênero.

A despeito da multiplicidade de usos possíveis do termo ‘gênero’, a utilização dessa categoria sempre depende do contexto e deve assumir um caráter complementar nas análises e não excludente, pois trata-se de um “terreno que parece fixado, mas cujo sentido é contestado e flutuante”³⁴⁽²⁸⁾.

No início do desenvolvimento das teorias feministas, gênero era entendido como descritor de duas supostas identidades subjetivas, ‘homem e mulher’, forjadas por um caráter social, cuja identidade social era imposta em um corpo sexuado³⁵.

De uma anatomia corporal regida por uma lógica de similitudes, passou-se a uma anatomia regida por uma lógica das diferenças^{5,12}, ou seja, tem-se o desenvolvimento de uma lógica em que a diferença sexual passa a ser entendida e traduzida como verdade anatômica. No âmago dessa lógica, há a reiteração da concepção de que alguns aspectos componentes da nossa subjetividade devem guardar relação entre si, tais como sexo, gênero, corpo e orientação sexual. Tal relação é marcada sobremaneira pela concepção de concordância e complementariedade entre si: o gênero deve concordar de forma cisnormativa com o sexo, e o desejo deve ser hetero-orientado¹¹.

Aqui é importante pontuar que o que define o diagnóstico é a noção dos corpos enquanto substância, como se fossem “naturezas humanas e não construções culturais e sociais articuladas por discursos e práticas sociais”¹¹⁽⁴⁸⁾. Não é por outro motivo que as expressões que refutam essa linearidade são tidas como patológicas e desviantes.

Posteriormente, gênero foi pensado em abordagem interseccional com raça, classe e etnia³⁶⁻³⁸. Também foi relacionado com sistemas sociais, históricos, econômicos e políticos

de fixação e legitimação do poder³⁴, os quais se relacionam, ainda, com hierarquias sociais³⁹, que informam as complexas relações entre as diversas formas de interação humana.

Assim, os estudos contemporâneos no campo de gênero e sexualidade contribuíram para a complexificação da relação entre os gêneros, sobretudo pautados na compreensão de quais os mecanismos que atuam diretamente nos sujeitos para que eles ‘caibam’ nos moldes do feminino e do masculino⁴⁰.

Na visão das autoras deste ensaio, a patologização e a criminalização das experiências de travestis podem ser mais bem compreendidas caso se utilize uma concepção normativa de gênero⁴¹, em que o gênero constitui um princípio normativo de organização do campo social. Ter um gênero, ou ser um gênero, não constitui um atributo ontológico – não é algo que define o ser – ao mesmo tempo que tal atribuição participa na produção de sentidos e inteligibilidade das práticas sociais. A noção de inteligibilidade está associada não apenas ao reconhecimento de determinadas práticas, mas também ao seu enquadramento enquanto práticas legítimas: “define a cena em que podemos aparecer, mas também restringe a possibilidade dessa aparição”⁴²⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Em outras palavras, gênero se relaciona diretamente com a capacidade de ser inteligível ou integrável na vida social. As normas de gênero não são abstrações, devem ser compreendidas como formas de ação. Em certo sentido, as normas persistem nas e pelas ações; são princípios e enunciados da prática social.

A norma, portanto, relaciona-se com o agir na realidade, que controla a experiência dos sujeitos ao mesmo tempo que garante sua existência e funda uma realidade entre outras tantas possíveis, em que as características da obrigatoriedade e da sanção se observam em toda sua extensão. As normas de gênero instauram uma racionalidade específica nos modos de agir, ser, pensar e desejar dos sujeitos, sendo, assim, uma categoria que constrói e constrange as formas de percepção e representação.

A partir dessa concepção, é possível questionar como um fato social se torna um fato natural, ou seja, como certos ideais de gênero são considerados características inatas e específicas de homens e mulheres^{41,43}. A consequência é que os gêneros que não manifestam aquelas características pelas quais o gênero natural é definido são tratados como patológicos, aberrações e criminalizados.

Para ‘perceber’ as normas de gênero, o melhor caminho é o de atentar para os seus efeitos, pois as normas podem, ou não, serem explícitas. Quando elas operam como princípio da prática social, geralmente permanecem implícitas, difíceis de ler. São mais claras e dramaticamente discerníveis nos efeitos que produzem^{41,43}.

Dentre os efeitos produzidos pelas normas de gênero “a serviço de outras formas de regulação”⁴⁴⁽²⁶⁸⁾, destacam-se a criminalização e a patologização de travestis. Isso porque, ao se afastarem da matriz de reconhecimento sustentada pelas normas de gênero, são submetidas “a consequências variadas e contingenciais ao campo disciplinar, que irá atuar na regulação da conduta desviante”¹³⁽⁷⁴⁾.

Dessa forma, é possível compreender que patologização e criminalização constituem um efeito das normas de gênero. Ademais, os desvios da norma podem ser considerados uma justificativa para a continuidade da norma. Em outras palavras, o desvio se constitui verdadeiramente enquanto justificativa para a norma.

A patologização diz respeito a condutas, experiências, expressões que são controladas e devidamente diagnosticadas pelas ciências médicas e psi. A criminalização se relaciona com o controle dessas experiências pela lei. Ambos os mecanismos trabalham com a concepção de verdades últimas do sujeito ou dos fatos, em que a forma como operam na prática tem apontado o esforço da reiteração de concepções normativas de gênero¹².

Nesse sentido, o crime enquanto um significativo vazio se efetiva porque se ancora em processos situados em cada lugar, produzidos

em cada ato, acionado por múltiplos atores e sustentado pelas normas de gênero²⁷. Remete-se a uma matriz de referência de identificação de sujeitos, práticas e sentidos produzidos em torno da experiência de travestis. Dessa forma, a criminalização é um exercício constante e cotidiano de coordenação de práticas heterogêneas²⁷.

Os elementos na cena de criminalização não são só cenários, a patologização compõe a própria performance do crime. Portanto, a materialidade da patologização não é só um efeito, ela é uma produção em um fazer presente em que o crime é performado de modos distintos de acordo com as técnicas utilizadas para descrevê-lo e enquadrá-lo. Contudo, é em nome de um cuidado à saúde que esses dois mecanismos se articulam. Essa articulação é mais facilmente visualizada nas dinâmicas dentro do cárcere.

Se é verdade que as experiências homossexuais estiveram no cerne das produções iniciais sobre o desvio e a criminalidade, o início dos anos de 1950 aponta a mudança de enfoque para a experiência da transexualidade^{1,3,8} enquanto uma patologia. Isso porque, por contrariar tal ‘coerência’ essencial restou exclusivamente as experiências de pessoas trans e travestis ocupar o espaço que foi aberto pela psiquiatrização da homossexualidade: o de uma patologia⁴⁽²³⁾.

A criminalização pela patologização: Fernanda e o cárcere

A patologização e a criminalização incidem com muita frequência nas pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outras (LGBTQIA+). Escolheu-se aqui falar das travestis.

Kulick⁴⁵⁽²⁰⁴⁾ explica que a ideia na base das concepções de travestis, de sexualidade, sexo e gênero, é:

Fêmeas e machos são inexorável e essencialmente fêmeas e machos em função dos órgãos genitais respectivos, no entanto, os órgãos sexuais dos machos favorecem mais flexibilidade, e com isso permitem que os machos se construam como fêmeas.

Essa síntese permite compreender de imediato como as experiências travestis são tidas como patológicas e desviantes ao padrão cisgênero e heteronormativo. Entre as pessoas LGBTQIA+, as travestis são as mais expostas à violência, porque a identidade social delas “está inscrita, localizada e percebida no corpo e suas formas”⁴⁶⁽¹³⁶⁾. Na defesa da moral e da ordem pública, a polícia as enquadra em contravenções penais e crimes, como importunação ofensiva ao pudor, perturbação da tranquilidade, ato obsceno, desacato.

Na situação de encarceramento, as travestis enfrentam dois mitos: o de que são violentas e de que precisam de medicamentos para se acalmar. São mitos que reforçam a criminalização e a patologização da travestilidade que, não poucas vezes, são utilizados para legitimar discursos e práticas adotados pelos atores envolvidos na dinâmica prisional. Avalia-se que esses mitos são efeitos das normas de gênero e produzem consequências por meio de sanções disciplinares e de medicalização excessiva. Dentro do cárcere, a criminalização se articula com a patologização e produz novas estratégias de controle em nome de um suposto cuidado com a saúde.

É o que nos revela a história de Fernanda (nome fictício), relatada por uma das autoras²⁷:

Nordestina, nasceu em uma casa com quatro irmãos. Teve uma infância tranquila, apesar das reprimendas do pai ao vê-la, ainda criança, com a toalha de banho amarrada na cabeça performando longos cabelos. Saiu de casa aos 18 anos para morar na capital do seu estado e, 11 meses depois, partiu para o Rio de Janeiro com outras amigas.

Quando completou 34 anos, foi presa em Belo Horizonte, acusada de roubo majorado pelo uso de uma presilha ‘bico de pato’ contra

um cliente, em 2002, no seu estado natal. Só a conheci pessoalmente na cadeia, presa há mais ou menos um ano e meio e sem saber absolutamente nada sobre o motivo que a levava à prisão. Já havia ouvido falar dela em outros contextos, como alguém que ‘arruma muita confusão lá dentro’. Na verdade, Fernanda sentia a angústia da falta de informações. Um ano e seis meses sem notícias – esperando passar um tempo que não passa.

Depois de conseguir o alvará de soltura, mantivemos uma relação próxima. Em uma quarta-feira qualquer, Fernanda me telefona e pergunta se eu poderia passar na sua casa. Naquele dia, ela havia recebido uma intimação para comparecer a uma audiência do Juizado Especial Criminal da cidade de Vespasiano – onde também se localiza o estabelecimento prisional em que cumpriu parte da pena a que foi condenada.

Fernanda conta que ficou muito tempo ‘fora de si’ na prisão. Falaram que ela tirava a roupa em momentos inadequados, brigava com todo mundo e tinha cara de poucos amigos. Um dia, quando estava pior do que de costume, pediu para ir à enfermaria. De pronto o pedido foi negado e, após insistir, ouviu de um policial penal: “*você tem que morrer, veado!*”.

Os desdobramentos desse fato foram inesperados. A intimação de Fernanda era para comparecer em juízo em processo pelo crime de ameaça praticado contra esse policial penal. No Boletim de Ocorrência, de acesso público, o histórico limitado a poucas linhas dizia:

[...] o envolvido 1 ameaçou o envolvido 2 com os seguintes dizeres ‘depois você vai aparecer morto e não sabe por que’ depois de ameaçar o envolvido 2, o envolvido 1 retirou toda a roupa, ficou totalmente pelado, e proferiu palavras de baixo calão contra o envolvido 2.

Na denúncia consta que, em 31 de outubro de 2017, “*na Unidade Prisional, o denunciado ameaçou, por palavras, causar mal injusto e grave à vítima [...], agente penitenciário*”.

Ora, em que contexto seria possível a um agente penitenciário, munido de força institucional e simbólica, sentir-se legitimado para imputar a alguém sob sua custódia o crime de ameaça?

Esforcei-me para explicar a Fernanda no que consistia o fato pelo qual ela estava sendo processada criminalmente. Indignada e perplexa, encontrou resposta para a sua própria indagação: “*mas porque eles fazem isso com a gente? São maus mesmo, né?*”. Fernanda disse que lembrava pouco daquele dia, na verdade lembrava pouco da maioria dos dias, pois passava boa parte do tempo sob o efeito de remédios.

Contou que, menos de uma semana após ter sido presa, foi encaminhada para um Centro de Referência de Assistência Social (Cras) próximo da penitenciária. Lá, foi recebida por um médico, uma única vez, que, com poucas perguntas, receitou um remédio sem pestanejar. Era o Levozine®. De acordo com a bula, trata-se de medicamento indicado nos casos em que haja necessidade de uma ação neuro-léptica e sedativa “em pacientes psicóticos e na terapia adjuvante para o alívio do delírio, agitação, inquietação, confusão, associados com a dor em pacientes terminais”⁴⁷.

Contudo, pode causar distúrbios psiquiátricos, tais como “estados de confusão, delírio, indiferença, reações de ansiedade, variações do estado de humor”⁴⁷.

De acordo com Fernanda, ‘gritar’ e ‘tirou a roupa’ são comportamentos absolutamente estranhos, dos quais não consegue se lembrar ou explicar as razões.

Pouco a pouco, os episódios envolvendo as confusões vivenciadas no seu período do cárcere foram ganhando outras interpretações. Lembrou de que não era a única do pavilhão a fazer uso prolongado e forçado de medicamentos psiquiátricos no período de recolhimento, mas durante todo o tempo que esteve presa, talvez tenha sido a única a apresentar sintomas de confusão mental, alucinação auditiva, excesso de sono e tontura. Certo é que Fernanda não possuía o diagnóstico de quadro

psicótico que recomendasse o uso desse medicamento, o que causou, quando de seu uso, uma série de perturbações comportamentais e mentais. Entretanto, parar de tomá-lo não era uma possibilidade, pois a recusa poderia levar a sanções disciplinares formais ou informais. O controle sobre o seu corpo era compulsório e tinha um quê de contenção química. A patologização tinha, finalmente, encontrado meios eficazes de imposição naquele espaço.

De acordo com os autos do processo, Fernanda já havia comparecido na audiência preliminar. Mas não lembrava desse fato. A data correspondia ao tempo em que estava presa, e sua assinatura estava aposta no documento. Entretanto, jurou não ter visto o juiz.

Agora estava em liberdade e não iria sozinha para a audiência. O Fórum da cidade de Vespasiano fica em uma rua residencial, e sua arquitetura lembra uma casa do interior de Minas. Fizemos o trajeto de carro, ouvindo música e fingindo que a vida não tinha um pouco de trágico. Uma avantajada jabuticabeira ocupa parte da lateral do Fórum. Assim que Fernanda fitou a árvore, lembrou do dia que esteve naquele local: *“foi aqui mesmo, lembro por causa da árvore de jabuticaba; os agentes comiam jabuticaba o tempo todo e cuspiam no chão”*. Completou, contando ter aguardado muito tempo dentro do carro de transporte penitenciário, até que um dos agentes veio lhe entregar em mãos um documento e pediu que assinasse. Premida pelas algemas, pelo tempo e pelas sementes de jabuticaba, Fernanda assinou o documento sem pensar duas vezes. Tempos depois, descobrimos que era o termo de sua oitiva na audiência preliminar e que o agente que dirigia o carro era o agente que a acusava de ameaça.

Fora da cadeia e longe dos medicamentos, Fernanda leva a vida como quem se recupera de uma longa viagem.

A relação entre uma aparente preocupação com a saúde, a patologização e a prisão apresenta um outro efeito quando se atenta para a associação rotineira das travestis

com infecções sexualmente transmissíveis. Todas, nesse lugar, são vistas como portadoras em potencial dessas doenças. Entretanto, ou recebem tratamento discriminatório por parte da administração ou não recebem tratamento algum ao apresentar os primeiros sintomas.

Esse espaço, essas dinâmicas, parecem organizadas por meio de uma repetição classificatória e patologizante que é difícil de desmontar – notadamente em ambientes totais. Afinal de contas, “tudo está organizado em função da reiteração classificatória. As percepções, as perguntas, os olhares”⁴⁸⁽³²⁾ e, também, as ações e políticas criadas no pavilhão.

Com Fernanda, fala-se o tempo todo de um conhecimento sobre a verdade de um corpo, sobre a verdade de uma experiência ou até mesmo a verdade sobre um crime. Conhecimento produzido a todo momento na prisão, que patologiza, criminaliza e vitimiza. A vitimização, porém, é invisibilizada.

Considerações finais

A concepção de gênero enquanto norma ajuda a perceber como a experiência de travestis é atravessada por múltiplas regulações que se articulam para a criminalização e a patologização dessas experiências. Tais regulações instauram uma racionalidade específica nos modos de agir, ser e pensar dos sujeitos, produzindo a noção do diagnóstico e reafirmando uma compreensão do corpo enquanto substância. A patologização diz respeito a condutas, experiências, expressões que são diagnosticadas e controladas pelas ciências médicas e psi. A criminalização constitui o controle dessas experiências pela lei e pelas instituições da administração da justiça.

A criminalização está diretamente relacionada com a patologização das experiências de travestis. No caso abordado, os efeitos colaterais da contenção química levada a cabo pelo uso indiscriminado de medicamentos

antipsicóticos são apagados, e a patologização produz uma indisciplina para criminalizar a experiência travesti. Essa dinâmica restringe as possibilidades de construir um cuidado que esteja em real consonância com as necessidades de saúde física e mental no espaço do cárcere.

A patologização se materializa, assim, a partir das práticas, e constitui um fazer presente em que o crime é performado de modos

distintos de acordo com as técnicas utilizadas para descrevê-lo e enquadrá-lo.

Colaboradoras

Vidal JS (0000-0002-0139-262X)* e Castilho EWV (0000-0001-7215-5755)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

- Almeida G, Amaral DM. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Rev. Sex., Salud Soc. (Rio J)*. 2013; (14):380-407.
- Amaral DM. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
- Arán M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora (Rio J)*. 2006; 9(1):49-63.
- Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(4):1141-1149.
- Bento B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
- Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Rev. Estud. Fem.* 2012; 20(2):559-568.
- Borba R. (Des)aprendendo a “ser”: trajetórias de socialização e performances narrativas no Processo Transexualizador. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.
- Lionço T. Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correccionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. *Rev. Série Anis*. 2008; (54):1-6.
- Murta D. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. [tese]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
- Prado M. *Ambulare*. Belo Horizonte: PPGCOM UFMG; 2018.
- Prado MAM, Tenório L. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. *Periódicus*. 2016; 1(5):41-55.
- Prado MAM, Tenório L. Patologização das identidades trans e a violência na atenção à saúde: das norma-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- tivas às práticas psicológicas. In: Uziel AP, Guilhon F, organizadores. *Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsito*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2015.
13. Lamounier G. *Gêneros encarcerados: uma análise transviada da política de Alas LGBT no Sistema Prisional de Minas Gerais*. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.
 14. Sander V, Cavalcanti C. *Contágios, fronteiras e encontros: articulando análises da cisgeneridade por entre tramas etnográficas em investigações sobre prisão*. *Cad. Pagu*. 2019; (55):e195507.
 15. Zamboni M. *Travestis e transexuais privadas de liberdade: a (des)construção de um sujeito de direitos*. *REA*. 2016; (2):15-23.
 16. Ferreira GG. *Travestis e Prisões: Experiência social e mecanismos particulares de encarceramento no Brasil*. Curitiba: Multideia; 2015.
 17. Ferreira GG. *Donas de rua, vidas lixadas: interseccionalidades e marcadores sociais nas experiências de travestis com o crime e o castigo*. [tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2018.
 18. Efrem Filho R. “Bala”: experiência, classe e criminalização. *Rev. Direito Praxis*. 2014; 5(2):501-537.
 19. Efrem Filho R. *Corpos brutalizados: conflitos e materializações nas mortes de LGBT*. *Cad. Pagu*. 2016; (46):311-340.
 20. Efrem Filho R. *Safira, violência, gênero e sexualidade*. In: Marro K, organizador. *Hasteemos a Bandeira colorida: diversidade sexual e de gênero no Brasil*. São Paulo: Expressão popular; 2018. p. 187-209.
 21. Barbosa MJL. *É babado, confusão e gritaria: as histórias de travestis recifenses sob um olhar da criminologia crítica*. [dissertação]. Paraíba: Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Paraíba; 2016.
 22. Klein CC. “A travesti chegou e te convida pra roubar”: representações sociais e sujeição criminal de travestis na mídia policial. [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2016, 139 f.
 23. Serra VS. “Pessoa afeita ao crime”: criminalização de travestis e o discurso judicial criminal paulista. [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2018.
 24. Carneiro J. *Normas de gênero e Sistema de Justiça: construção e regulação das identidades de gênero em processos penais*. [dissertação]. Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.
 25. Becker S, Lemes H. *Vidas vivas inviáveis: etnografia sobre os homicídios de travestis nos Tribunais de Justiça do Mato Grosso do Sul*. *Rev. Ártemis*. 2014; 18(1):184-198.
 26. Vidal JS. “Com sedas matei, com ferros morri”: sobre homicídios, inquéritos policiais e criminalização de travestis. Rio de Janeiro: Metanoia; 2019.
 27. Vidal JS. *Criminalização operativa: travestis e normas de gênero*. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2020. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/32831>.
 28. Green JN, Polito R. *Frescos trópicos: fontes sobre a homossexualidade masculina no Brasil (19870-1980)*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora; 2006.
 29. Becker H. *Los extraños: sociología de la desviación*. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporaneo; 1971.
 30. Schwarcz LM. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e a questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras; 1993.
 31. Schritzmeyer ALP. *O ensino da antropologia jurídica e a pesquisa em direitos humanos*. In: Nalini JR,

- Carlini AL, organizadores. Direitos Humanos e Formação Jurídica. Rio de Janeiro: Forense. 2010. p. 137-153.
32. Green JN. Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Editora UNESP; 2000.
33. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramalhe. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014.
34. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Edu. Real*. 1995; 20(2):71-99.
35. Beauvoir S. O Segundo Sexo, fatos e Mitos. 4. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro; 1970.
36. Anzaldúa GE. Borderlands, la frontera: the new mestiza. San Francisco: Spinters/Aunt Lute Books; 1987.
37. Lorde A. Sister outsider: essays and speeches. New York: The Crossing Press Feminist Series; 1984.
38. Crenshaw KW. Demarginalizing the intersection of race and sex; a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*. 1989; (1)139-167.
39. Rubin G. Pensando o Sexo: notas para uma teoria radical das políticas da sexualidade, 2012. In: Rubin G. Políticas do sexo. São Paulo: Ubu Editora; 2017. p. 63-128.
40. Corrêa S. A categoria mulher não serve mais para a luta feminista. *Sur*. 2016; 13(24): 215-224.
41. Butler J. *Deshacer el género*. Barcelona: Editora Paidós Ibérica; 2006.
42. Korpi P. The notion of gender as a norm in Judith Butler's thought. [dissertação]. Finlândia: Universidade de Tampere; 2009.
43. Butler J. Regulações de gênero. *Cad. Pagu*. 2014; (42):249-274.
44. Butler J. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
45. Kulick D. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
46. Froemming C, Bacci I. As princesas fora de lugar: notícias de violência contra travestis. In: Diniz D, Oliveira RM, organizadores. *Notícias de homofobia no Brasil*. Brasília, DF: Letras Livres; 2014.
47. Levozine. [bula]. São Paulo: Laboratório Althaia; 2022. [acesso em 2022 abr 29]. Disponível em: [https://consultaremedios.com.br/levozine/bula#:~:text=Levozine%C2%AE%20\(levomepromazina\)%20%C3%A9%20um,a%20dor%20em%20pacientes%20terminais](https://consultaremedios.com.br/levozine/bula#:~:text=Levozine%C2%AE%20(levomepromazina)%20%C3%A9%20um,a%20dor%20em%20pacientes%20terminais).
48. Prado MAM, Vidal JS, Mendes BG, et al. A construção institucional do gênero criminoso. *RBCCrim*. 2018; 26(146):515-537.

Recebido em 22/11/2023

Aprovado em 19/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Henrique Rabello de Carvalho

Pessoas trans, travestis e direitos transumanos: o caso da liberdade morfológica

Transgender people, transvestites, and transhuman rights: The case of morphological freedom

Murilo Vilaça¹, Maria Clara Dias², Fabio Alves Gomes de Oliveira³

DOI: 10.1590/2358-28982023E18153P

RESUMO Neste ensaio, aborda-se a interface entre gênero e direito por meio do recorte da inclusão social de pessoas trans e travestis e do caso da liberdade morfológica. Os objetivos são: i) apresentar um mapa conceitual e das lutas que configuram a questão trans no Brasil; ii) destacar a importância de propostas mais inclusivas de direitos, enfatizando a Perspectiva dos Funcionamentos (PdF); iii) inserir o debate em um campo de reflexão emergente, fomentando o interesse pelos estudos transumanistas, enfatizando a liberdade morfológica como um direito transumano. Após a apresentação de algumas das principais nuances da questão trans no Brasil, defende-se a necessidade de que o rol dos chamados concernidos morais seja ampliado, oferecendo uma perspectiva normativa a mais inclusiva possível. Com base na adoção da noção de sistemas funcionais, chama-se a atenção para o ganho de substituir a noção de direitos humanos pela de direitos básicos, apresentando a PdF. Finaliza-se apontando a concepção de direitos transumanos, que pode indicar uma ampliação tanto dos concernidos quanto das liberdades garantidas, destacando a liberdade morfológica, que parece fundamental para o exercício de uma incontornável dimensão da existência das pessoas trans e travestis.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas transgênero. Inclusão social. Liberdade.

ABSTRACT *In this essay, we address the interface between gender and law through the social inclusion of transgender and transvestite people and the case of morphological freedom. Our objectives are: i) to present a conceptual map and the struggles that configure the trans issue in the Functionings Approach (PdF); iii) to include the debate in an emerging field of reflection, fostering interest in transhumanist studies, emphasizing morphological freedom as a transhuman right. After presenting some of the main nuances of the trans issue in Brazil, we advocate expanding the list of the so-called moral concernants, offering a more inclusive normative perspective as possible. Based on the adoption of functional systems, we draw attention to the gain of replacing the notion of human rights with that of fundamental rights, presenting the PdF. We conclude by presenting the concept of transhuman rights, which may indicate an expansion of those concerned and the freedoms guaranteed, highlighting morphological freedom, which seems fundamental to us for the exercise of an unavoidable dimension of the existence of transgender and transvestite people.*

KEYWORDS *Transgender persons. Social inclusion. Freedom.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
murilo.vilaca@fiocruz.br

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal Fluminense (UFF) - Santo Antônio de Pádua (RJ), Brasil.



Introdução

As lutas sociopolíticas das pessoas trans e travestis revelam que direitos, liberdades e reconhecimento ainda não são desfrutados igualmente por todas as pessoas humanas, bem como que há necessidades específicas que demandam certos direitos e liberdades para grupos historicamente vitimados e perseguidos. Embora a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) seja um importante manifesto contra discriminações e a favor da igualdade de direitos e liberdades, ela é parcialmente inclusiva, pois, além de não questionar o aspecto ontológico da própria definição de humanidade, não confronta a discriminação de gênero entre humanos e se restringe ao binômio homem-mulher ao se referir à discriminação de sexo. No preâmbulo da DUDH, lê-se, por exemplo, que a dignidade é reconhecida como inerente ‘aos membros da família humana’ e que ‘homens e mulheres’ são iguais em direitos¹. Nota-se, portanto, o binarismo como um pressuposto inquestionável.

Inobstante a importância da DUDH, neste ensaio, partimos do postulado de que o campo das normas deve estar em constante aperfeiçoamento e defendemos a hipótese de que isso é possível tanto pela ampliação dos direitos e liberdades quanto pela ampliação dos concernidos morais. Isto é, pela sua transformação dos direitos humanos em direitos básicos ou em direitos transumanos.

No que diz respeito às pessoas trans e travestis, destacamos a necessidade de ampliar o escopo dos direitos e liberdades para além do sistema sexo-gênero, bem como do binarismo homem-mulher. Ou seja, apontando os impedimentos normativos e os constrangimentos sociais que dificultam e/ou negam o reconhecimento das pessoas trans e travestis como sujeitos de direitos, indicamos algumas alternativas.

Ao pressupor que a identidade trans e travesti revela a fluidez e a pluralidade que fazem parte da condição humana, postulamos que características dessa diversidade demandam

direitos e liberdades imprevistos na DUDH, que seriam contemplados se fundamentados em outros paradigmas, como a Perspectiva dos Funcionamentos (PdF) – e a noção de direitos transumanos. Aqui, focalizaremos a liberdade morfológica, típico direito transumanista que atenderia às necessidades de algumas pessoas trans e travestis de realizar, quando desejável, alterações significativas da sua morfologia, adequando-a ao modo como pretendem expressar socialmente sua identidade de gênero.

Na primeira seção, abordaremos o problema conceitual em torno do tema e destacamos aspectos históricos da consolidação do movimento de pessoas trans e travestis relativos, sobretudo, ao contexto nacional. Na segunda, destacaremos as características de uma perspectiva teórica mais inclusiva (PdF), bem como seus ganhos no plano normativo (moral e político). Na terceira, apresentaremos as características prototípicas do transumanismo. Na última seção, abordaremos a noção de direitos transumanos, enfatizando o art. X da Declaração Transumanista de Direitos (DTD), que versa sobre a liberdade morfológica.

A questão trans no Brasil: conceitos básicos e movimentos sociais

Segundo Jesus², o termo ‘cis’ é um prefixo utilizado para conceituar aquele ou aquela que se identifica com o gênero de nascimento, fazendo oposição ao prefixo ‘trans’. Quando nos referimos às pessoas cis-heterodiscordantes, destacamos a existência de pessoas cuja identidade é permeada pela não identificação ao gênero atribuído no nascimento, bem como ao destino e às expectativas sociais associadas a ele. O processo de não identificação (inconformidade) com o gênero ocorre de diferentes formas, mas há um ponto de convergência: o questionamento do corpo como resultado imediato de um eficiente investimento das tecnologias de gênero cis-heteronormativas.

Nas palavras de Preciado³⁽²⁶²⁾, o binarismo que configura homens e mulheres seriam “eficientes ficções performativas e somáticas convencidas de sua realidade natural”.

A não identificação com o gênero se estende ao âmbito político das normativas binárias hegemônicas que partem da cisgenderidade heteronormativa como organização dos corpos em sociedade. A exemplo disso, temos a dicotomia de pares opacionais e supostamente complementares. Nesse caso, de acordo com o sistema cis-heteronormativo, homens e mulheres seriam definições biologicamente determinadas e excludentes entre si, em que um homem seria uma pessoa não mulher, e a mulher, um sujeito não homem. Consequentemente, os desejos atribuídos a esses ‘dois grupos’ seriam necessária e essencialmente heteronormativos. Ou seja, homens orientam seus desejos para mulheres, que, por sua vez, manifestam desejos por homens.

Para Jagose⁴, isso ocorre em razão de a heterossexualidade não se localizar como parte de um conjunto de expressões da sexualidade, mas como “um estado natural, puro e não problemático”⁴⁽¹⁷⁾. Consequentemente, a cis-heteronormatividade funda uma noção de normalidade biopolítica relativa a uma suposta condição e natureza humanas. Tais imbricamentos têm resultado em vários desafios para a comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, Intersexos e outras dissidências sexuais e de gênero (LGBTI+). A título de esclarecimento, optamos pela utilização da sigla LGBTI+, entendendo que a inclusão da letra Q (Queer) tem sido tópico de alguns debates profundos e inconclusivos, tanto pela presença ou ausência de tradução ao referido termo quanto pela discussão teórica que posiciona o queer como uma não identidade. Nesse sentido, ao assumirmos os possíveis limites de nossa escolha pela sigla LGBTI+, deixamos aberta a discussão sem que ela, de modo algum, comprometa as ideias que desenvolvemos neste artigo.

A seguir, destacamos a composição de uma historiografia LGBTI+ enquanto um

movimento social, especialmente das pessoas trans e travestis.

Segundo Green e colegas⁵, na apresentação da obra ‘História do movimento LGBT no Brasil’, o ano de 1978 representa um marco na história do movimento social LGBTI+. De acordo com os autores

É evidente e já bem documentado que houve, no Brasil, diversas outras iniciativas anteriores de associativismo, de meios de comunicação e de ação política de pessoas LGBT (antes mesmo da sigla existir). Aliás, pode-se afirmar, sem sombras de dúvidas, que a mera existência pública de corpos e de desejos contrários às normas-padrão de gênero e de sexualidade sempre foi um ato político de maior grandeza. Neste sentido, seria injusto politicamente e equivocado, do ponto de vista histórico, desconsiderar as diversas iniciativas pregressas de lutas e de resistência da comunidade LGBT. No entanto, nem toda forma de ação política coletiva é um movimento social em um sentido técnico. Tomando como referência o vasto campo da sociologia política, pode-se afirmar que movimento social consiste em um tipo específico de ação política coletiva, datada historicamente e com características próprias de repertório, mobilização de recursos e estrutura de oportunidades, variando os contornos mais precisos do conceito a depender das teorias e perspectivas adotadas pela análise⁵⁽¹¹⁾.

Foi em 1978 que nasceu o Movimento Homossexual Brasileiro (MHB), por meio tanto da organização do jornal mensal ‘Lampião da Esquina’ como pela formalização do ‘Somos: Grupo de Afirmação Homossexual’ em São Paulo. O nascimento, considerado tardio, desses movimentos no Brasil é explicado pelos autores como uma entre tantas decorrências da repressão da ditadura militar, que, por sua vez, teria retardado a inspiração de 1968, que fez eclodir o espírito da contracultura em diferentes países da América Latina⁵. Isso não quer dizer, entretanto, que não houvesse focos de enfrentamento LGBTI+ por parte de pessoas

cis-heterodiscordantes no Brasil antes desse período; tampouco pretendemos defender uma espécie de genealogia do movimento LGBTI+ no Brasil. Afinal, como bem sinalizado por Colling⁶, o movimento de transexuais e travestis, antes mesmo de os estudos queer aterrasssem no Brasil, já desenvolvia acertadas críticas à heteronormatividade e à cisgeneridade, evidenciando, portanto, momentos de embates e conciliações entre o movimento homossexual e o movimento de pessoas trans e travestis no País.

Na década de 1960, por exemplo, com bem apontam Carvalho e Carrara⁷, as terminologias utilizadas para se referir à comunidade LGBTI+ ainda se baseavam nas normas heterossexuais e binárias, em que a feminilidade estava associada à inferioridade: ‘terceiro sexo’, ‘bicha’, ‘bofe’, ‘pintosa’, ‘entendido’, bem como o uso do termo ‘travesti’ antecipado pelo pronome masculino⁷. A hierarquização entre o sistema sexo-gênero, que já atribuía ao feminino um lugar de inferioridade, fez com que alguns homens homossexuais acabassem por buscar uma dissociação do que socialmente se estabelecia como feminino. O resultado desse esforço em determinar a separação entre homossexualidade e feminilidade e, mais especificamente, o distanciamento entre homossexualidade e transexualidade se consolidaram, segundo Carvalho e Carrara⁶, na luta e na escolha do termo ‘orientação sexual’ na Constituição de 1988. Assim, como afirmam os autores,

[...] ao pleitear a inclusão do termo ‘orientação sexual’ como direito e garantia individual relacionados à identidade homossexual, busca-se formalizar que a ‘diferença’ na experiência homossexual está unicamente relacionada a se desejar uma pessoa do ‘mesmo sexo’ e não a desejar ‘ser do sexo oposto’⁷⁽³²³⁾.

Eis, aqui, um marco não somente para a separação entre o desejo direcionado a outro corpo e o desejo de ser quem se é, mas, principalmente, entre o homossexual e a travesti⁷.

Os autores destacam que tal separação não visava única e exclusivamente à tentativa de compreender as dinâmicas e as especificidades de cada grupo e identidades, mas, sobretudo, à aspiração de homens gays em se distanciar da reputação social associada à travesti. É dessa forma que Carvalho e Carrara⁷ compreendem que a categoria identitária e política da travesti é mais moderna que a de homossexual e que o debate sobre a diferenciação entre ela e a transexual data de registros ainda mais recentes, do fim dos anos 1990 e início dos anos 2000.

Esse mapeamento inicial permite identificar algumas bases comuns da agenda de luta da população LGBTI+, as raízes sexistas da violência transfóbica⁸, as formas e os tipos de violências contra as pessoas que não se conformam às normas de gênero cisnormativas, contra a população trans e travesti, em especial⁸⁻¹¹.

No que tange à organização social das pessoas trans e travestis no Brasil, Carvalho e Carrara⁷ apontam para dois modelos: o primeiro, das ações vinculadas ao movimento homossexual; o segundo, associado à auto-organização diante da violência policial. O primeiro estaria historicamente associado à luta contra a aids (conjuntamente com homens gays), e o segundo, ao enfrentamento da violência contra as trabalhadoras do sexo em locais e pontos de prostituição.

Hoje, conforme Carvalho e Carrara⁷, embora as bandeiras erguidas e as reivindicações do movimento trans e travestis tenham se expandido, a questão da violência continua sendo um ponto crucial para essa população. Afinal, as violências verbal, social e letal ainda são uma realidade na vida dessas pessoas.

Segundo a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), a expectativa de vida de uma travesti e/ou pessoa trans no Brasil é de 35 anos enquanto a média da população brasileira é de 76 anos¹². De acordo com o mais recente dossiê de assassinatos e violências contra pessoas trans, publicado em 29 de janeiro de 2022¹², a média de assassinatos de pessoas trans e travestis no Brasil é de 123,8 ao ano,

sendo São Paulo, Bahia e Rio de Janeiro os três estados que maior incidência de casos em 2021. O dossiê produzido pela Antra também revela o perfil etário das pessoas trans e travestis vitimadas nos últimos anos: 5% das vítimas tinham entre 13 e 17 anos; 53%, entre 18 e 29 anos; 28%, entre 30 e 39 anos; 10%, entre 40 e 49 anos; 3%, entre 50 e 59 anos; e 1%, entre 60 e 69 anos¹². Esses dados resultam na informação de que a idade média das vítimas é de 29,3 anos¹².

Dentre os casos de violência mapeados pelo último dossiê produzido pela Antra¹², destacamos os episódios de negligência médica, que evidenciam a constante ameaça aos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas trans e travestis. Nesse dossiê, é mencionada a importância de pensar na construção de políticas públicas em saúde que considerem, por exemplo, que a pobreza menstrual afeta não somente mulheres cisgêneras, mas também homens trans, pessoas intersexo e não binárias com útero. O dossiê aponta para a necessidade de pensarmos em políticas de saúde e direitos que promovam a liberdade da população trans e travesti.

Consequentemente, torna-se premente estabelecer medidas que legitimem a reivindicação pelas transcorporalidades¹³ das pessoas que almejam o uso de hormônios e a realização de alterações e/ou modificações corporais cirúrgicas, minimizando os efeitos nocivos da cisnormatividade contra os corpos e as vidas trans. A título de observação, não estamos afirmando que toda e qualquer pessoa trans e travesti deseja realizar procedimentos como esses, mas apontando para a necessidade de uma plataforma que pense nas transcorporalidades como eixo de políticas públicas voltadas para as demandas do movimento social composto por pessoas trans e travestis.

Sobre esse aspecto, compensa destacar o protagonismo das travestis brasileiras na ‘cultura do corpo’, definida por Jesus¹⁴(390) como sendo “fundamentada na linguagem falada, constituindo-se como uma ‘oralitura’”. Para Jesus, são justamente os diferentes

modos de impedimento do acesso ao ensino formal que obrigam “a comunidade a se proteger e transmitir seus conhecimentos fora dos métodos disponíveis a grupos sociais mais privilegiados”¹³(390). A autora afirma que esses saberes têm sido tanto negligenciados quanto ‘assaltados’ por outros grupos, essencialmente motivados por dois fatores: transfobia e cissexismo. Dessa forma, torna-se premente tratar da questão sobre os direitos das pessoas trans e travestis, sem reproduzir os mesmos silenciamentos que fomentam toda sorte de exclusão desse grupo.

Diante desses breves registros, objetivamos evidenciar que as pautas trans e travestis fissuram, em um só instante, tanto as tecnologias de gênero que formam a regulação binária sexo-gênero, que visa estabelecer uma conexão imediata entre esses dois ‘pares’ a ponto de se tornar um ‘cistema’¹⁵, quanto colocam em xeque a crença na existência de uma natureza humana inata, capaz de inscrever em um corpo um destino essencialmente biológico.

Diante dos aspectos expostos até aqui, procuraremos recorrer a matrizes teóricas que oferecem caminhos disruptivos que nos permitem não somente dismantlar o sistema sexo-gênero e seus tentáculos cis-heteronormativos, mas também construir um terreno sólido para a reivindicação de direitos para pessoas trans e travestis.

Direitos básicos: ampliação dos concernidos morais a partir de uma perspectiva funcional

Um problema recorrente na filosofia tem sido a possibilidade de atribuir direitos a indivíduos que, por razões diversas, não comportam o perfil de potenciais integrantes de uma situação contratual ideal. Em outras palavras, costumamos atribuir direitos a indivíduos capazes de endossar um pacto social específico, garantidor do bom funcionamento da estrutura

básica da sociedade. Essa atitude, contudo, parece excluir grande parte dos indivíduos que julgamos pertencer à nossa comunidade moral e ante os quais reconhecemos o dever de garantir-lhes condições mínimas de satisfação de suas necessidades básicas e algum nível de realização.

Para respaldar nossa convicção moral de que tais indivíduos importam e, por conseguinte, justificar a atribuição de direitos básicos a eles, a PdF¹⁶⁻¹⁸ tem buscado fornecer uma nova matriz interpretativa do escopo da moralidade e, mais especificamente, dos chamados concernidos morais, ou seja, daqueles aos quais atribuímos direitos morais. Ao substituir o enfoque da compreensão de concernidos morais como agentes morais – indivíduos livres e racionais, capazes de deliberar moralmente – para uma compreensão ampliada de indivíduos como sistemas funcionais, a PdF passa a incluir no escopo da moralidade seres humanos, animais não humanos, o meio ambiente e muitos objetos inanimados, alguns deles caracterizados como sistemas acoplados.

Indivíduos entendidos como sistemas funcionais não podem ser identificados a partir de uma natureza física/biológica fixa. Um sistema funcional possui uma estrutura fluida, capaz de transformar sua própria base de constituição material, incluir ou excluir determinadas estruturas ao longo de sua existência, de forma a melhor promover os seus funcionamentos básicos. A pergunta acerca da identidade de cada indivíduo deverá ser agora respondida por referência a uma rede de processos que envolve a ‘performance’ de distintas funções, algumas das quais realizadas por artefatos ou outros sistemas funcionais localizados fora dos limites corporais biológico, do que convençionalmente compreendemos por um ser humano. O modo como nossas mais complexas atividades cognitivas se utilizam de artefatos como livros, cadernos de anotações, computadores, calculadoras etc. para alcançar de forma satisfatória seus objetivos ilustra como a própria cognição incorpora, às funções cerebrais, elementos externos ao cérebro, convicção que vem sendo

bastante explorada a partir do conceito de mente estendida.

Sob o ponto de vista da moralidade e do direito, a compreensão de indivíduo e concernido moral oferecida pela PdF possui o mérito de ampliar o escopo da moralidade e justificar a necessária atribuição de direitos básicos a indivíduos até então deixados à margem. Segundo Dias¹⁸, uma das principais vantagens dessa perspectiva é que ela retira o estigma que muitos indivíduos carregam de serem pessoas desviantes, disformes ou ‘pessoas com deficiência’, amplamente caracterizadas por necessitarem de um complemento dito artificial ou mecânico para realizar seus funcionamentos básicos e/ou por incorporarem à sua identidade pessoal elementos claramente desviantes dos padrões hegemônicos. O importante, aqui, é ressaltar que todos os seres humanos possuem sistemas acoplados. Pessoas trans, travestis, indivíduos com genitálias consideradas ambíguas, com padrões de conformação física ou comportamental vulgarmente interpretados como destoantes de sua conformação genética são apenas indivíduos singulares assim como todos os demais.

Enquanto teorias filosóficas – clássicas e/ou contemporâneas – dedicam-se a buscar por uma redefinição do sentido de liberdade para melhor aplicá-lo às condições materiais de existência de indivíduos oprimidos, a PdF renuncia ao conceito de liberdade e concentra sua abordagem moral nos próprios funcionamentos. Segundo Dias¹⁶⁽²¹⁾, abdicando do lugar especial dado à liberdade na tradição filosófica, permitimo-nos “identificar um atributo comum a todos os seres que fazem parte da nossa comunidade moral ideal”. Dessa forma, embora aqui resida o componente diferenciador da PdF, quando comparada a outras correntes teóricas, tais como o transumanismo, verificaremos os pontos de convergência que possibilitam desvendar o modo como as violências contra pessoas trans e travestis impedem que elas desenvolvam seus próprios funcionamentos e usufruam de

uma vida considerada digna e justa. Ou seja, trata-se de buscar elementos que permitam a defesa das condições de possibilidade para a autodeterminação morfológica.

A seguir, apresentaremos algumas características prototípicas do transumanismo, ressaltando os traços que revelam seu enfoque na ampliação dos direitos como base para o exercício da liberdade sobre o corpo, que é um dos nossos objetivos neste ensaio.

Transumanismo: uma breve apresentação

O chamado pensamento transumanista, embora, na sua versão moderna, seja quase multissecular, tem se desenvolvido, diversificado e espalhado pelo globo mais fortemente desde a década de 1990¹⁹. O que podemos denominar de transumanismo contemporâneo se beneficia dos estrondosos avanços científicos e tecnológicos, ampliando imensamente a margem para elucubrações e projeções (das minimamente realistas às absolutamente ficcionais) em torno das aplicações das novas tecnologias (ou tecnologias emergentes/convergentes) para além da fronteira da promoção da saúde. Despertando reações, por vezes, diametralmente opostas, o transumanismo é objeto de grande controvérsia e polêmica, mas também de significativa simplificação, uma vez que sua ‘face’ mais aparente ou midiaticamente revelada é, em regra, associada a bilionários futuristas, cujos objetivos mercantis e suas ‘profecias’ sistematicamente frustradas ‘acendem uma luz amarela’ em torno da expectativa de que a tecnociência pode melhorar a vida humana, promover a humanidade. Em outras palavras, tal como é, geralmente, apresentado, o transumanismo transita, por um lado, entre ser objeto de detrações bioconservadoras infundadas e, por outro, de adesões açodadas, inclusive no ambiente acadêmico.

Dados os limites do presente artigo, mas, sobretudo, seu enfoque, fugiria ao nosso escopo apresentar uma descrição detalhada ou uma análise crítica detida do transumanismo

contemporâneo, bem como do debate acadêmico em torno dele. Apesar disso, tais importantes tarefas já foram cuidadosa e ponderadamente realizadas, sem acusações im procedentes nem defesas apaixonadas, tanto por autores estrangeiros quanto brasileiros²⁰⁻²⁵. Tais confiáveis e acessíveis referências podem iluminar um debate, cujas longevidade e complexidade não poderiam ser devidamente contempladas neste artigo.

Dito isso, nossa abordagem sintética do transumanismo será baseada em Vilaça e Araujo²⁶. Nosso objetivo é destacar apenas os traços gerais do transumanismo, tomando por base um autor-referência do debate – Nick Bostrom – e um documento-consenso subscrito por alguns dos mais relevantes pensadores transumanistas, a saber, a Declaração Transumanista.

O transumanismo é uma

[...] forma de pensar sobre o futuro que se baseia na premissa de que a forma atual da espécie humana não representa o fim do nosso desenvolvimento, mas uma fase inicial²⁷⁽⁴⁾.

É um movimento intelectual e cultural que afirma ser possível e desejável melhorar a condição humana por meio de tecnologias amplamente disponíveis. Como um campo de estudos, caracteriza-se por uma abordagem interdisciplinar. Nele, as ramificações, as promessas e os perigos das tecnologias que, em tese, permitirão superar limitações humanas fundamentais são analisadas, abordagens que recobrem as questões éticas, sociais e estratégicas envolvidas, o que é feito de diversas perspectivas^{26,27}. Os transumanistas, prototipicamente, não adotam um otimismo tecnológico irrestrito, ingênuo ou acrítico. Em regra, eles reivindicam uma perspectiva crítica não conservadora sobre os potenciais tecnológicos, reconhecendo e se preocupando seriamente com os potenciais riscos que o desenvolvimento descontrolado e/ou desregulamentado geraria, sem descartar – muito pelo contrário, eles enfatizam – seus possíveis benefícios²⁸.

O transumanismo é tido como uma extensão do humanismo, mas, por outro lado, uma superação dele. Os transumanistas reconhecem o valor dos humanos, mas defendem que eles podem (ou mesmo devem) ser aprimorados em diversos aspectos ou dimensões, tanto individuais quanto coletivas²⁷. Ou seja, o horizonte humanista seria ampliado pela perspectiva transumanista, uma vez que a aplicação de meios racionais/tecnológicos sobre os humanos ultrapassaria limites até então estabelecidos (médico-terapêuticos por exemplo), alcançando o nível da alteração do organismo humano de formas profundas e extensas – quer por intervenções diretas nele, quer indiretas – para fins de transformação/melhoramento.

A seguir, destacaremos alguns tópicos da última versão da Declaração Transumanista, que nos parecem mais relevantes para nossos propósitos:

2. Acreditamos que o potencial da humanidade ainda não foi realizado. Existem cenários possíveis que levam a condições humanas melhoradas maravilhosas e extremamente valiosas.

6. A formulação de políticas deve ser orientada por uma visão moral responsável e inclusiva, levando a sério as oportunidades e os riscos, respeitando a autonomia e os direitos individuais, mostrando solidariedade e preocupação com os interesses e a dignidade de todas as pessoas ao redor do globo. Devemos também considerar nossas responsabilidades morais para com as gerações que existirão no futuro.

7. Defendemos o bem-estar de todas as senciências, incluindo humanos, animais não humanos e quaisquer intelectos artificiais futuros, formas de vida modificadas ou outras inteligências às quais o avanço tecnológico e científico possa dar origem.

8. Somos a favor de permitir aos indivíduos uma ampla escolha pessoal sobre como eles capacitam suas vidas. Isso inclui o uso de técnicas

que podem ser desenvolvidas para auxiliar a memória, a concentração e a energia mental; terapias de extensão de vida; tecnologias de escolha reprodutiva; procedimentos criogênicos; e muitas outras modificações humanas possíveis e tecnologias de melhoramento²⁹.

Destacamos, também, os valores que orientariam o transumanismo, selecionando igualmente os mais diretamente relacionados ao nosso enfoque:

- Valor central: ter a oportunidade de explorar os domínios transumano e pós-humano.

- Condições básicas: segurança global; progresso tecnológico; amplo acesso.

- Valores derivados: defesa da ideia de que a natureza humana pode ser modificada (rejeição da arrogância); garantia da escolha individual acerca do uso de tecnologias de melhoramento (liberdade morfológica); paz, cooperação internacional, antiproliferação de armas de destruição em massa; investimento no melhoramento da compreensão, incentivando o debate público, o pensamento crítico, a 'mente aberta', pesquisas científicas e a franca discussão sobre o futuro; ampliação da inteligência individual, coletiva e artificial; [...]; defesa da diversidade (espécies, raças, crenças religiosas, estilos de vida, etc.); cuidado do bem-estar de toda forma de vida senciente; compromisso de salvar e prologar vidas²⁷⁽¹³⁾.

Em síntese, o transumanismo é caracterizado – acusado e defendido – por apostar no potencial tecnológico para o melhoramento racional da vida humana, partindo de pressupostos evolucionários acerca da denominada natureza humana. Ou seja, contra uma noção tradicional, fixista e, por vezes, sagrada de natureza humana, os transumanistas compreendem que a artificialização da condição humana tem grande potencial benéfico, sem desconsiderar que este depende do controle do seu potencial maléfico, quer no plano empírico

(da segurança e eficácia das intervenções), quer no plano normativo (ético, social e político). Como é possível ver acima, ainda que, por óbvio, o transumanismo seja criticável, muitas das críticas direcionadas a ele são absolutamente infundadas caso se considere sua versão acadêmica mais relevante e proeminente²⁴. A título de ilustração, ao contrário do que alguns bioconservadores afirmam, os transumanistas não são ingênuos e acríticos tecnofílicos/tecnocratas, individualistas e mercantilistas empedernidos, alheios a preocupações de ordem social local e global. Talvez, como Vilaça²⁴ argumenta, um dos grandes desafios para o transumanismo é como viabilizar todos os benefícios razoavelmente projetados por meio do progresso tecnológico em sociedades que carecem claramente das condições básicas e dos valores derivados supracitados. Assim, a utopia transumanista pode ser mais plausivelmente criticada pela sua viabilidade prática (facticidade) do que pelos seus princípios, fundamentos e objetivos (validade).

Feita essa apresentação sintética, mas capaz de apresentar ao leitor alguns dos traços fundamentais do transumanismo, na seção a seguir, apresentaremos a noção de direitos transumanos, seu caráter amplificado e sua pertinência para uma demanda que caracteriza parte da população LGBTI+, a saber, a reivindicação de alteração significativa da sua morfologia, quando desejável, o que impõe intervenções sobre a própria integridade física, a fim de adequá-la ao modo como dada pessoa se autoidentifica em termos sexuais e/ou de gênero.

Direitos transumanos: enfatizando a liberdade morfológica

Nas seções anteriores, vimos que não ser contemplado por aparatos normativos pode expor grupos específicos a mais violências, as quais são reforçadas e/ou perpetuadas em razão do que podemos chamar de uma ‘cultura’ da

exclusão de certos seres/sistemas funcionais, o que licencia ou ameniza, no plano sociocultural, uma série de opressões. Também destacamos que, em parte, no caso específico dos seres humanos, uma concepção essencialista, fixa e/ou binária pode produzir significativos danos a uma população que não se enquadra naquilo que, supostamente, seria a natureza humana.

Embora tal crítica, por si só, possa não ser suficiente para interromper um ciclo histórico de exclusões, violências e opressões, parece-nos que, em sociedades modernas e liberais, esse seria um passo importante para que identidades de gênero consideradas inconformes pudessem reivindicar direitos. Dito de outro modo, ser incluído como detentor de direitos básicos e/ou como concernido moral, independentemente da presentificação de características físicas e/ou biológicas que supostamente predominam entre os seres ditos humanos, é um passo importante para promover sua proteção e tentar garantir o atendimento de suas necessidades básicas.

Nesse sentido, para reforçar e concluir nossa abordagem, chamamos a atenção para a noção de direitos transumanos e, mais especificamente, focalizamos uma liberdade transumanista fundamental: a ‘liberdade morfológica’.

De saída, enfatizamos uma diferença fundamental entre a DUDH e a DTD. Ao passo que a DUDH se restringe à proteção da dignidade e dos direitos de uma espécie (ou família) específica e a concebe como binária (homem e mulher), na DTD, os ‘sujeitos de direitos’ são as ‘entidades sencientes’³⁰. No art. I, lê-se que:

[...] Todas as entidades sencientes têm o direito de buscar todos e quaisquer direitos dentro deste documento na medida em que considerem desejável - incluindo nenhum. Todas as entidades sencientes têm direito, na medida de suas decisões individuais, a todos os direitos e liberdades estabelecidos nesta DECLARAÇÃO DE DIREITOS TRANSUMANISTA, sem distinção de qualquer espécie, como raça, cor,

sexo, gênero, idioma, religião, ou outra opinião, origem nacional, social ou planetária, propriedade, nascimento (incluindo forma de nascimento), origens biológicas ou não biológicas ou outro status³⁰.

Tendo destacado o teor mais inclusivo da DTD, focalizaremos a liberdade morfológica, que está disposta no seu art. X, em que se lê que

as entidades sencientes concordam em defender a liberdade morfológica – o direito de fazer com os atributos físicos ou a inteligência de alguém o que quiser, desde que não prejudique os outros³⁰.

Para Sandberg³¹⁽⁵⁾, a liberdade morfológica é “[...] uma extensão do direito de alguém ao seu corpo, não apenas à autopropriedade, mas também ao direito de se modificar conforme seus desejos”. Ou seja, não é apenas a integridade física que seria um direito, mas também a possibilidade de a alterar de acordo com certos desejos, necessidades ou propósitos.

Na perspectiva de Sandberg³¹, tal liberdade está incluída em um rol de outros direitos humanos tidos como fundamentais, tais como: à vida, à liberdade, à propriedade, ao uso do próprio corpo, de buscar a felicidade. Ao ressaltar que ela não é atômica, mas que se relaciona com vários outros direitos e deveres, bem como é dependente das interações humanas, de modo que não isentaria os humanos de suas obrigações mútuas, Sandberg³¹⁽⁵⁷⁾ afirma que, “como um direito negativo, a liberdade morfológica implica que ninguém pode nos forçar a mudar de uma forma que não desejamos ou impedir nossa mudança. Isso maximiza a autonomia pessoal”, protegendo-nos do que denomina de ‘biomedicina coercitiva’.

Ainda segundo Sandberg³²,

A liberdade morfológica como direito pode ser vista como uma consequência do direito ao corpo combinado com o direito à liberdade (onde o direito ao corpo decorre do direito à vida). Para florescermos como seres humanos,

precisamos que os outros respeitem os nossos corpos, mas também respeitem a nossa liberdade de ação. Algumas dessas ações, numa sociedade biotecnologicamente avançada, implicarão a modificação dos nossos corpos, e, portanto, os direitos mais fundamentais implicam a liberdade morfológica.

A liberdade morfológica também é considerada como algo que está intrinsecamente ligado à personalidade, afirma o autor. Ou seja, “não pode ser retirada de uma pessoa sem que se remova um aspecto importante do que significa ser uma pessoa”³². Indo ao encontro do nosso objetivo neste artigo, Sandberg defende que, como seres biológicos, somos alterados por nossas ações pessoais deliberadas. Muitas dessas ações, afirma ele, têm vínculos profundos com nossa identidade e autodefinição. Entre os exemplos citados por ele, está justamente o que o autor chama de ‘mudança da aparência e redesignação de gênero’. Então, como um direito de liberdade e um direito de reivindicação, a liberdade morfológica, isto é, a liberdade que uma pessoa tem de fazer certas coisas com seu corpo e a garantia de que outros não interfiram nisso é, a nosso juízo, um tipo de liberdade sem o qual pessoas não poderiam florescer em aspectos absolutamente fundamentais, incontornáveis da sua identidade e personalidade.

A título de ressalva, reforçando algo que já destacamos acima – a saber, que toda liberdade tem limites, deve ser limitada, inclusive em face de outras liberdades, e não é exercida em abstrato, num vazio social e cultural –, Sandberg³² indica seis limites da liberdade morfológica: segurança; limites tecnológicos e biológicos; nossa própria vontade de mudar a identidade; maus usos (produção de danos); ética da autoexperimentação; direitos das pessoas com deficiência.

Em complemento à ressalva, embora a liberdade morfológica ocorra, de fato, há muito tempo, em vários domínios, por variadas razões e em nome de múltiplos propósitos, e esteja sendo radicalmente ampliada com novas

tecnologias e suas utilizações, destacamos que, em conformidade com Vilaça e Dias³³, nem toda biotransformação é (ou será) um melhoramento, contribuirá para o florescimento da pessoa modificada, em uma relação mais ou menos tensa com o contexto vivido. Dito de outra forma, para ser um melhoramento, uma mudança tem que implementar um valor ou um conjunto de valores endossado pelo indivíduo alterado, o que envolve preferências, desejos e expectativas relativas à boa vida que podem variar imensamente de indivíduo para indivíduo, sobretudo em sociedades em que vigora o chamado pluralismo ético. Segundo os autores,

[...] conquanto mudanças possam ser associadas a melhorias, e vice-versa, a *direção de ajuste*, no nosso entendimento, sempre será '*mudanças* → *valores*'. Escolhemos as mudanças que se ajustam aos nossos valores. Ou seja, a partir de uma 'lista' prévia de valores, os sujeitos 'partem para o mundo', selecionando que mudanças podem promovê-los. Biotransformações seriam formas que os humanos poderiam utilizar para se ajustar a uma concepção de bem viver, promovendo, assim, um biomelhoramento.

Considerando a biotransformação como uma tomada de decisão complexa baseada em juízos de valor, cabe-nos [...] destacar que, na prática, os indivíduos podem variar tanto em relação ao que valorizam quanto ao que podem decidir fazer³³⁽⁷⁷⁾.

Como o indivíduo modificado é parte de um contexto e, em parte, é constituído por ele, tais mudanças, ainda que atendam plenamente às suas demandas, podem gerar mais ou menos resistências da parte de outros indivíduos, efeito relativamente imprevisível e mutável com o qual terá de lidar de alguma forma. As resistências às mudanças podem se agravar, diminuir ou, até mesmo, desaparecer com o passar do tempo devido a variadas mudanças, mas, mais propriamente, em razão das mudanças axiológicas. Assim, o progresso tecnológico

pode ampliar liberdades, que podem viabilizar mudanças afeitas a um indivíduo, que podem, no limite, gerar mudanças sociais amplas. É, portanto, na interseção entre tecnologias, demandas individuais e condições contextuais que se pode falar sobre o tema de modo mais realista.

Enfim, sem desconsiderar os limites da liberdade morfológica, para efeito do cumprimento do nosso objetivo neste artigo, pensamos que resta clara a sua importância em um conjunto mais amplo de liberdades. A liberdade morfológica, cuja legitimidade não dependeria da autorização médico-terapêutica (portanto, não seria necessário identificar uma anormalidade/patologia para que se permitisse uma intervenção), operaria, ao mesmo tempo, contra formas de coerção e dominação que poderiam decorrer da implementação autoritária das tecnologias de melhoramento humano e garantiria a todos o direito de, se quiserem, alterar parcial/pontual ou amplamente seu corpo, dando a ele a forma adequada ou necessária para que alguém seja ou se torne quem quer ser, e, com isso, realize um plano de boa vida compatível com outros planos de boa vida ('desde que não prejudique os outros' como afirmado acima).

Considerações finais

Nos limites deste texto, e caminhando para sua conclusão, em síntese, reafirmamos a necessidade moral de que as normas que regulam as sociedades e a existência dos seres que a compõem devem ser alvo de constante aperfeiçoamento, o que, em regra, inclui a ampliação de direitos. Tal necessidade não deve ocorrer sem uma frequente e necessária escuta dos grupos sociais e suas histórias, destacando que os registros de suas travessias, conforme Jesus¹⁴, nem sempre passam pela escrita. Dessa forma, torna-se premente que o entendimento acerca da liberdade morfológica passe, também, pela oralitura dos corpos trans e travestis em movimento.

A inclusão do direito à modificação do corpo, que é fundamental para algumas pessoas trans e travestis, não implica qualquer prejuízo ao direito de preservar a integridade física, conforme o oralitura das transcorporalidades nos informam. Quer dizer, a liberdade morfológica exprimiria uma ampliação do rol de direitos, não acarretaria conflito de normas e, portanto, serviria para incluir funcionamentos específicos que demandam reconhecimento legal. A DTD, que merece mais atenção analítica do que pudemos dedicar aqui, parece, no que se refere à autodeterminação corporal, ser mais adequada do que a DUDH, pois reconhece,

protege e repara um grupo antes negligenciado, postulando o direito à identidade de gênero, o que passa, em alguns casos, pela alteração morfológica, a fim de viabilizar sua autoidentificação e autorrealização.

Colaboradores

Vilça M (0000-0001-9720-5552)*, Dias MC (0000-0002-4689-9256)* e Oliveira FAG (0000-0002-0275-6595)* colaboraram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Brasília, DF: Unesco; 1998. [acesso em 2022 nov 18]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423>.
2. Jesus JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Goiânia: Sert-Tão/UFRG; 2012.
3. Preciado PB. Testo junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N-1 Edições; 2008.
4. Jagose A. Queer theory: An introduction. New York: New York University Press; 1996.
5. Green JN, Caetano M, Fernandes M, et al. 40 anos de movimento LGBT brasileiro. In: Green JN, Caetano, Fernandes M, et al., organizadores. História do Movimento LGBT no Brasil. São Paulo: Editora Alameda; 2018. p. 9-13.
6. Colling L. Impactos e/ou sintonias dos estudos queer no movimento LGBT do Brasil. In: Green JN, Caetano, Fernandes M, et al., organizadores. História do Movimento LGBT no Brasil. São Paulo: Editora Alameda; 2018. p. 515-531.
7. Carvalho M, Carrara S. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. Sex., Salud Soc. 2013; 14(2):319-351.
8. Jesus JG, Oliveira FAG. As faces da opressão: sobre a natureza da violência transfóbica. In: Dias MC, Soares S, organizadoras. Mulheres: violências vividas. Rio de Janeiro: Editora Ape'Ku; 2019. p. 121-143.
9. Oliveira FAG, Rodrigues L. Por uma educação TRANSgressora e TRANSfeminista: possíveis enfrentamentos à produção das ausências através da disciplina- rização e subjetivação. Aprender. 2018; 20:83-102.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Oliveira FAG, Rodrigues L, Insfran FFN, et al. Grupos em Risco: a transfobia e a patologização das identidades trans como categorias de análise político-pedagógica. *Inclu.* 2021; 8(3):87-208.
11. Oliveira FAG, Amantino RP. O discurso de ódio no Brasil do agora: analisando os ecos do negacionismo científico e a LGBTIfobia como política de Estado. *Rev. Divers. Educ.* 2022; 9(2):345-373.
12. Benevides B. Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília, DF: Distrito Drag, Antra; 2022. [acesso em 2022 nov 18]. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2022/01/dossieantra2022-web.pdf>.
13. Rego JX. Transcorporalidade: silicone industrial e processo transexualizador. [dissertação]. Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná; 2018.
14. Jesus JG. Travessia: caminhos das pessoas trans na história. In: Green JN, Quinalha R, Caetano M, et al., organizadores. *História do Movimento LGBT no Brasil*. São Paulo, Editora Alameda; 2018. p. 379-392.
15. Vergueiro VS. Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.
16. Dias MC. A perspectiva dos funcionamentos: em defesa de uma abordagem moral mais inclusiva. Rio de Janeiro: Editora Pirilampo; 2015.
17. Dias MC. Sobre nós: expandindo as fronteiras da moralidade. Rio de Janeiro: Editora Pirilampo; 2016.
18. Dias MC. Pessoas com deficiência: desconstruindo paradigmas. In: Barbosa-Fohrmann AP, organizadora. *Autonomia, reconhecimento e dignidade*. Rio de Janeiro: Gramma; 2017. p. 171-194.
19. Bostrom N. A History of Transhumanist Thought. *J. Evol. Technol.* 2005; 14(1):1-25.
20. Hughes J. The Politics of Transhumanism. Version 2.0 (March 2002). Connecticut: Trinity College Hartford; 2001.
21. Hughes J. *Democratic Transhumanism 2.0*. Hartford: Public Policy Studies; 2002.
22. Hughes J. Contradictions from the Enlightenment Roots of Transhumanism. *J. Med. Philos.* 2010; 35(6):622-640.
23. Vilaça MM, Dias MCM. Transumanismo e o futuro (pós-)humano. *Physis.* 2014; 24(2):341-362.
24. Vilaça MM. Levando o transumanismo a sérios – isso não é uma apologia! In: Oliveira J, Lopes WES, organizadores. *Transumanismo: o que é, quem vamos ser*. Caxias do Sul: Educus; 2020. p. 135-160.
25. Antonio KF. Transhumanismo e suas oscilações prometeico-fáusticas: tecnoapoteose na era da tecnociência demiúrgica. Joinville: Clube de Autores; 2019.
26. Vilaça MM, Araujo LBL. Transumanismo como religião? Uma abordagem crítica. *Philosophos.* 2021; 26(1):275-325.
27. Bostrom N. The Transhumanist FAQ. – A general introduction. Version 2.1. Oxford: Oxford University; 2003. [acesso em 2022 nov 18]. Disponível em: <https://www.nickbostrom.com/views/transhumanist.pdf>.
28. Bostrom N. Transhumanist Values. *J. Philos. Res.* 2005 [acesso em 2022 nov 18]; 30(supl):3-14. Disponível em: <https://www.nickbostrom.com/ethics/values.pdf>.
29. Baily D, Sandberg A, Alves G, et al. The Transhumanist Declaration. [local desconhecido]: Humanity+; 2009. [acesso em 2022 nov 18]. Disponível em: <https://www.humanityplus.org/the-transhumanist-declaration>.
30. Transhumanist Party. Transhumanist Bill of Rights – version 3.0. [local desconhecido]: Transhumanist Party; 2018. [acesso em 2022 nov 18]. Disponível em: <https://transhumanist-party.org/tbr-3/>.
31. Sandberg A. Morphological freedom – Why we not just want it, but need it. In: More M, Vita-More N,

editors. *The Transhumanist Reader*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2013. p. 56-64.

32. Sandberg A. Morphological Freedom: what are the limits to transforming the body. In: Lindenmeyer C, editor. *L'humain et ses prothèses: Savoirs et pratiques du corps transformé*. Paris: NRS Éditions; 2015. [acesso em 2023 maio 4]. Disponível em: <http://www.aleph.se/papers/MF2.pdf>.

33. Vilaça MM, Dias MC. Biotransformação ou bio-melhoramento: entre fatos e valores. *Hybris*. 2021; 12(1):61-82.

Recebido em 25/11/2022

Aprovado em 22/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Vilaça conta com financiamentos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj - JCNE: E-26/201.377/2021) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): APQ/PRÓ-HUMANIDADES (421523/2022-0); Bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ2; 315804/2023-8); Chamada Universal (421419/2023-7).

Dias é Cientista do Nosso Estado (Faperj - CNE) e Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq (PQ-SR)

Editora responsável: Maria Helena Barros

Saúde coletiva, gênero e sexualidade: práxis para uma justiça reprodutiva, erótica e de gênero

Collective health, gender and sexuality: praxis for reproductive, erotic and gender justice

Claudia Bonan¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E18683P

RESUMO Nesse trabalho de cunho ensaístico, revisitaram-se aspectos do processo histórico de coconstituição do campo da saúde coletiva e do campo de estudos de gênero e sexualidade no Brasil. Discutiu-se como a imagem-objetivo dos direitos humanos, da equidade, da valorização da diversidade e da justiça social é seminal a eles. Refletiu-se sobre como a produção de saberes, a ação política e o desenvolvimento de novas práticas no campo teórico-político do gênero e da sexualidade – em destaque, com a expansão de perspectivas interseccionais e decoloniais – contribuem para o devir da saúde coletiva como campo de práxis emancipadora. Nesse campo, experimentam-se novas possibilidades de tornar-se sujeito, de tecer coletividades e de viver em comum; nele, aventura-se na produção de fundamentos e de experimentações que contribuam para o horizonte utópico de uma justiça pós-liberal e decolonial, que abarque o corpo, a reprodução, a saúde e os prazeres.

PALAVRAS-CHAVE Saúde coletiva. Estudos de gênero. Direitos sexuais e reprodutivos. Justiça social.

ABSTRACT *This essay revisits aspects of the historical process of co-constitution in the field of collective health and gender and sexuality studies in Brazil. It discusses how the image objective of human rights, equity, valuing diversity, and social justice are seminal to them. It reflects on how the production of knowledge, political action, and the development of new practices in the theoretical-political field of gender and sexuality – particularly with the expansion of intersectional and decolonial perspectives – contribute to developing collective health as a field of emancipatory practice. In this field, new possibilities of becoming a subject, weaving collectivities, and living in common are experimented with; it also ventures into the production of foundations and experiments that contribute to the utopian horizon of a post-liberal and decolonial justice that encompasses the body, reproduction, health, and pleasures.*

KEYWORDS *Collective health. Gender studies. Sexual and reproductive rights. Social justice.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
bonanclaudia@gmail.com



Introdução

A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo⁽⁹³⁾.

Na obra do filósofo e pedagogo Paulo Freire¹, a ideia de práxis remete a ações e reflexões dos sujeitos, buscando transformar o mundo e produzir a história. A chave conceitual da práxis é valiosa para uma reflexão sobre as trajetórias e os entrelaçamentos de dois campos de produção de saber, de ação política e prática social transformadora: a saúde coletiva e os estudos de gênero e sexualidade. Obviamente, eles não se subsomem um ao outro, contudo, nos meandros de suas trajetórias, esses campos se imbricaram, mantiveram uma relação sinérgica e se potencializaram entre si, compartilhando métodos e pautas, incursionando em aventuras interdisciplinares, discutindo projetos emancipatórios e, mais recentemente, abrindo-se aos debates interseccionais e decoloniais. Colocaram-se como práticas que são, ao mesmo tempo, teóricas e políticas, engajadas na luta por direitos, equidade e justiça social.

Podemos compreender esses campos como subjetividades coletivas, que se constituem em processos de interação entre indivíduos, coletividades e instituições, em que são mobilizados, atualizados, recriados e compartilhados elementos da memória social, que

inclui reminiscências, atitudes e sentimentos, regras sociais e normas, padrões cognitivos, o conhecimento científico e tecnológico, e assume formas ideais e materiais que se encontram concretamente imbricadas e só podem ser separadas analiticamente²⁽³⁷⁾.

Subjetividades coletivas têm a propriedade de causalidade coletiva, são capazes de

impactar, influenciar, produzir e transformar a vida social. Nesse sentido é que se fala de subjetividades coletivas e de práxis social: coletividades que mobilizam e recriam a memória social, produzem conhecimento e história.

Neste trabalho de cunho ensaístico, revisitamos aspectos do processo histórico de coconstituição desses campos de práxis, discutimos como a imagem-objeto dos direitos humanos, da equidade, da valorização da diversidade e da justiça social é seminal a eles. Refletimos sobre como a produção de saberes, a ação política e o desenvolvimento de novas práticas no campo teórico-político do gênero e da sexualidade – em destaque, a ascensão de perspectivas interseccionais e decoloniais – contribuem para o devir da saúde coletiva como práxis emancipadora. Nesse campo, experimentam-se novas possibilidades de tornar-se sujeito, tecer coletividades e viver em comum; aventura-se na produção de fundamentos e de experimentações que contribuam para o horizonte utópico de uma justiça pós-liberal e decolonial, que abarque o corpo, a reprodução, a saúde e os prazeres.

Saúde coletiva: conhecimento, política e prática

No Brasil, a saúde coletiva, em seu quase meio século de existência, conformou-se como um campo que reúne e imbrica produção de conhecimentos, ação política e produção de práticas em saúde críticas e transformadoras, segundo seus analistas e testemunhos históricos³. Para puxar um dos fios da meada dessa história, precisamos remontar pelo menos ao movimento de reforma sanitária brasileiro, que começava a se organizar nos anos de 1970, momento em que o País ainda vivia sob um regime civil-militar autoritário.

Desde seus momentos precursores até 1986, com a realização da emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde, o movimento

sanitário arregimentou um enorme e diverso leque de participantes, cujo processo de associações e enredamentos foi tecido pelas bandeiras de luta pela redemocratização do País, por ampliação dos direitos sociais e por políticas que enfrentassem as profundas desigualdades que estruturam a sociedade brasileira⁴. Nesse campo político emergente, afluíram uma multiplicidade de atores: profissionais, estudantes e pesquisadores de várias carreiras de saúde, muitos ligados às universidades e aos centros de pesquisa que acompanhavam os debates críticos travados na América Latina, nos Estados Unidos da América e na Europa sobre as práticas reducionistas e fragmentadoras da biomedicina, com intensa especialização, tecnificação e mercantilização⁵.

Tratava-se de movimentos sociais diversos que, nas décadas de 1970 e 1980, articulavam pontos de suas pautas específicas a uma agenda mais geral das liberdades democráticas e dos direitos sociais – particularmente, do direito à saúde –, como movimentos populares urbanos por moradia e contra a carestia, movimentos de trabalhadores do campo, setores do movimento que se chamou ‘o novo sindicalismo brasileiro’, feministas, negros, ambientalistas, gays e lésbicas, entre outros; ativistas de grupos e partidos de esquerda que também encontraram no movimento sanitário uma frente importante de resistência à ditadura e de luta por democracia e direitos; e ainda, juntaram-se à reforma sanitária pesquisadores e estudantes das ciências sociais, do direito, da economia e de outras áreas das humanidades.

Esse foi o caldo de cultura propício para o desenvolvimento histórico da saúde coletiva com sua multiplicidade de dimensões: lugar de produção de conhecimentos, de ação política e de práticas de saúde e tecnologias de cuidados inovadores. O intenso trânsito de sujeitos, conhecimentos, saberes e experiências situadas foi também força propulsora das aventuras interdisciplinares experimentadas no campo^{6,7}. Dessa forma, é nesse enquadramento histórico que podemos compreender também como, no Brasil, a saúde coletiva se

tornou um dos campos mais férteis para o florescimento dos estudos de gênero e de sexualidade, de perspectivas críticas interseccionais e de uma práxis de luta por direitos e justiça no âmbito das identidades, das corporalidades e das sexualidades.

Gênero, sexualidade e práxis: produção de conhecimentos, de sujeitos políticos e da história

É possível identificar vários elementos que, em um determinado contexto, contribuíram para a gênese dos debates teóricos e políticos sobre gênero e sexualidade no Brasil. Ainda que o termo ‘gênero’ não fosse ainda utilizado, já no início dos anos de 1970, entre mulheres de camadas médias urbanas, surgiam grupos de reflexão feminista nos quais os temas do corpo, da saúde, da sexualidade, da família, da maternidade, entre outros, já eram objeto de análise crítica⁸.

A partir do final daquela década, com a anistia política, o retorno de mulheres e homens que haviam vivido no exílio durante os anos de chumbo contribuiu para incrementar a difusão dos debates norte-americanos e europeus sobre essas temáticas⁹. Em meados da década de 1970, o interesse de organismos e agências internacionais nos assuntos da igualdade entre mulheres e homens se reverteu em apoio institucional e financeiro ao desenvolvimento e à legitimação de uma área de estudos sobre essas temáticas¹⁰. No mesmo período, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou o ano de 1975 como Ano Internacional da Mulher, o que também favoreceu o estabelecimento de linhas de pesquisas sobre as desigualdades entre homens e mulheres no Brasil e, em meio a uma conjuntura repressiva, criou uma janela de oportunidades para manifestações políticas e organização de eventos para debater e denunciar a subordinação das mulheres na sociedade¹⁰.

No entanto, foi nos movimentos sociais que aceleradamente se organizavam nas décadas de transição democrática – feministas, mulheres negras, lésbicas, gays, entre outros – e na emergência de um debate feminista crítico no seio de uma academia ainda ortodoxa que encontramos as forças que moveram e sustentaram a práxis do gênero e da sexualidade no Brasil. Citeli¹⁰, analisando a produção de estudos sobre a ‘questão da mulher’, no final da década de 1970, conclui que

[...] consistindo sobretudo de ensaios, resultados de pesquisas e relatos de experiências de intervenção, sugere a ação conjunta e imbricada entre produção de conhecimento e militância nos movimentos feminista, gay e outros movimentos sociais¹⁰⁽¹⁹⁾.

Deve ser destacada a potente contribuição do feminismo negro brasileiro aos debates sobre gênero e sexualidade. Desde a década de 1970, Lélia Gonzalez já teorizava essas questões interrogando-se sobre a produção das opressões nas intersecções entre gênero, raça e classe.

Ser negra e mulher no Brasil repetimos, é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no mais baixo nível de opressão. Enquanto ser homem é objeto da perseguição, repressão e violência policiais (para o cidadão negro brasileiro, desemprego é sinônimo de vadiagem; é assim que pensa e age a polícia brasileira), ela se volta para a prestação de serviços domésticos junto às famílias das classes média e alta da formação social brasileira¹²⁽⁴⁴⁾.

O pioneirismo dessa intelectual e ativista negra brasileira consistiu em levantar o debate sobre como as formas históricas de dominação de gênero, classe e raça na história do Brasil – e isso pode ser estendido à América Latina – moldam-se em interação, a partir de uma matriz colonial, antecipando questões que

hoje são tratadas sob as perspectivas teóricas da interseccionalidade e da decolonialidade.

Na alvoreçada conjuntura política dos anos de 1980, década da transição democrática, grupos feministas, mulheres negras, trabalhadoras domésticas e rurais, pesquisadoras da saúde coletiva, ativistas da reforma sanitária e movimentos da diversidade sexual e de gênero tiveram significativo protagonismo no que diz respeito à produção de análises, difusão de informações e sustentação de debates políticos sobre igualdade/desigualdades de gênero, sexualidade e reprodução e suas intersecções de classe e étnico-raciais. Em alguma medida, esses sujeitos políticos lograram incidir na conjuntura daqueles anos, sistematizaram reivindicações e propostas que chegaram até ao processo constituinte e influenciaram capítulos da nova Constituição Federal de 1988¹³.

Nas décadas seguintes, essas forças políticas prosseguiram incidindo na construção do quadro jurídico-normativo, das políticas públicas da Nova República e das agendas nacional, regional e internacional dos direitos sexuais e reprodutivos¹⁴. Vejamos um pouco mais detidamente, ainda que de modo breve, esse percurso.

Sexualidade, reprodução e saúde na era dos direitos: quando saúde coletiva, lutas feministas e antirracistas se encontram

Nas décadas de 1970 e 1980, foram marcantes as lutas de mulheres organizadas, em várias frentes, contra as tentativas de implantação de projetos de controle populacional no Brasil. Programas de ‘planejamento familiar’ financiados por fundações internacionais começaram a chegar ao Brasil no início dos anos de 1960. Com visões neomalthusianas que associavam fecundidade, pobreza e subdesenvolvimento, esses programas eram orientados, sobretudo, para o controle do crescimento populacional

– e não para a promoção da saúde reprodutiva ou dos direitos reprodutivos. Eles foram implementados por entidades privadas de planejamento familiar, formadas por médicos e outros profissionais de saúde brasileiros, muitos dos quais ligados ao meio universitário, que atuavam praticamente sem nenhuma regulamentação da autoridade sanitária¹⁴.

Esses programas foram objeto de muitas controvérsias, durante as décadas de 1960, 1970 e 1980, e geraram oposição de um amplo espectro de setores, que recobria desde grupos conservadores nacionalistas e autoridades católicas até setores de esquerda e movimentos sociais variados. Feministas, movimentos negros, sanitaristas e outros setores progressistas apontaram os vieses racistas, sexistas e classistas dessa política de planejamento familiar/controlar demográfico e denunciaram violações dos direitos humanos de mulheres pobres, negras, indígenas e periféricas por meio de práticas como esterilização cirúrgicas induzidas ou não consentidas e de pesquisas de métodos de contracepção sem protocolos éticos adequados¹⁵. Foi nesse processo de lutas contra a violação dos direitos humanos das mulheres – de sua integridade corporal, autonomia decisória, acesso à saúde integral e dignidade – que se levantou a bandeira dos direitos e prerrogativas das pessoas no âmbito da reprodução e da sexualidade^{14,16}.

A conquista do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), criado em 1984, foi um fato emblemático na trajetória de lutas pelos direitos sexuais e reprodutivos. A criação dessa política inovadora expressou a potência política das alianças entre o jovem campo da saúde coletiva e o campo teórico e político que se constituía em torno das lutas por justiça de gênero e no âmbito da sexualidade^{16,17}. Outro evento com grande significado político e simbólico foi a suspensão de pesquisa com um contraceptivo hormonal subdérmico, o Norplant®, em 1986, após pressões e denúncias das inadequações em seu protocolo ético por parte dos movimentos de mulheres. Esse acontecimento e outras controvérsias dos

anos de 1980 em torno de pesquisas clínicas contribuíram para o debate sobre ética em pesquisa com seres humanos e o lançamento da primeira regulamentação nacional sobre o assunto, em 1988, as Normas de Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde¹⁵.

No processo constituinte (1986-1988), houve uma intensa mobilização do ‘lobby do batom’, articulação estratégica de ativistas e grupos de mulheres que fez fortes pressões sobre os deputados constituintes para inscrever na nova carta constitucional o princípio da igualdade entre homens e mulheres e influenciar os capítulos que tratavam de temas como saúde, educação, família, trabalho, participação política, entre outros, no sentido da justiça de gênero. Em 1988, a nova Constituição Federal estabeleceu a saúde como direito universal e dever do Estado e traçou um novo enquadramento jurídico para o tema do planejamento familiar, fundado nos princípios da dignidade humana e dos direitos.

A década de 1990 começou com uma intensa mobilização das mulheres, principalmente ativistas negras, em torno da CPI da Esterilização, que investigou abusos e violações dos direitos reprodutivos das mulheres pobres e periféricas por parte das entidades privadas de planejamento familiar que atuavam no Brasil. Essa década também foi marcada pelas Conferências do Ciclo Social da ONU, que contou com forte participação de mulheres brasileiras, especialmente as Conferências de Cairo (1994) e de Beijing (1995). Nessas conferências, a reprodução e a sexualidade foram reconhecidas como esferas nas quais também devem ser aplicados os princípios dos direitos humanos. No plano interno, os anos de 1990 colocaram para os movimentos sociais e para o campo da saúde coletiva a tarefa de construir a institucionalidade dos ditames da Constituição de 1988 – leis, políticas públicas, programas e outras –, de forma a dar consequência efetiva a seus princípios e aos direitos que ali foram estabelecidos.

Enfim, foram cerca de três décadas de mobilizações políticas desde grupos e redes de

ativismos na sociedade para que a saúde, o corpo, a reprodução e a sexualidade comesçassem a despontar no imaginário institucional dos direitos humanos e da justiça social. Universidades e instituições de pesquisa também foram convocadas; e, especialmente a partir dos anos de 1990, floresceram inúmeros núcleos e centros de pesquisa, laboratórios, programas de pós-graduação e disciplinas dedicados aos temas do gênero e da sexualidade, nas várias áreas de conhecimento – destacadamente, nas áreas da ciências sociais e da saúde coletiva.

Até aqui, vimos que o trânsito de sujeitos, pautas e práticas entre a saúde coletiva, os movimentos sociais e as instituições acadêmicas foi intenso, desde o período da transição democrática. Com a redemocratização e o desafio de dar concretude ao novo marco constitucional, os circuitos por pelos quais transitam sujeitos, pautas e práticas produzidos passam a envolver também instâncias e atores do Estado.

Nos anos de 1990 e 2000, foram abundantes a construção e a experimentação daquilo que Virginia Guzmán chamou de ‘mecanismos de gênero’ – instâncias de participação, incidência e controle social, criadas em ou vinculadas a estruturas do Estado que têm como missão desenvolver e impulsionar políticas, programas ou ações para a promoção da equidade de gênero¹⁸. Nas várias esferas da administração pública, criaram-se comissões, comitês, secretarias, superintendências, conselhos, núcleos, representações e outros novos mecanismos institucionais que foram espaços pelos quais também fluíram muitas das pautas da sociedade organizada que emergia das lutas contra o regime ditatorial.

É nesta práxis, que conecta uma multiplicidade de espaços e comporta uma pluralidade de experiências, que se entrecruzam as/os sujeitas/os da equidade de gênero, dos direitos humanos, da saúde e da justiça reprodutiva e sexual. Elas/es produzem a si mesmas/os enquanto produzem vida social, conhecimento e história.

Corpo, sexualidade e reprodução: da era dos direitos à utopia da justiça

O adentramento do corpo, da sexualidade e da reprodução no campo dos direitos humanos obviamente não representou uma evolução natural e necessária de um percurso de extensão dos princípios da Declaração de 1948 para outros âmbitos da vida. Ao contrário, foi (e tem sido) um processo que expôs novos conflitos e trouxe à baila contradições incrustadas na própria matriz original dos direitos humanos. Uma dessas contradições é a ideia de um sujeito universal como titular dos direitos, que oculta a filogenética desse sujeito, espectralizada no homem europeu, branco, cisgênero, cristão, adulto e proprietário. Ora, os sujeitos dos direitos e da justiça reprodutiva e sexual reivindicam justamente reconhecimento e valorização positiva da diversidade, refutando a ideia de um sujeito universal.

A outra contradição é uma ideia individualizante dos direitos, em que o direito é projetado e distribuído como uma prerrogativa ou um apanágio de um indivíduo (que o ‘merece’ ou que o ‘conquistou’). Essa concepção liberal dos direitos humanos colide com a perspectiva de uma justiça ampla, que abarque o corpo, a sexualidade e a reprodução. O universalismo, o individualismo e a meritocracia fundantes das formações sociais da era liberal ocultam as estruturas de poder que obstaculizam o gozo dos direitos por parte daqueles que estão em posições desprivilegiadas em suas hierarquias.

Em artigo publicado no Brasil, em 1996, ao discutirem o conceito de direitos sexuais e reprodutivos, Sonia Corrêa e Rosalind Petchesky¹⁹ elencaram um conjunto de críticas a uma linguagem dos direitos humanos inspirada no modelo liberal clássico, apontando sua indeterminação (os sujeitos não têm sexo, gênero, raça/cor, território de pertencimento), sua visão individualizante, seu universalismo abstrato e a invisibilização das diferenças. As autoras teorizam e propugnam a remodelação

da matriz ético-política dos direitos humanos de modo a enfatizar a sua natureza social, o seu exercício em contextos comunitários e relacionais, a sua dupla definição como poder e recursos, a importância do reconhecimento da multiplicidade dos sujeitos titulares dos direitos e das suas necessidades.

Uma justiça pós-liberal, que abarque corpo, sexualidade e reprodução e enfrente as estruturas desiguais de gênero, raça, classe e outras, deve estar fundamentada nos princípios do reconhecimento da diversidade, da redistribuição equitativa e solidária dos bens sociais materiais e simbólicos e da participação social e política da multiplicidade de sujeitos²⁰.

Por motivos históricos e teóricos, essa justiça só poderá se calcar em construções coletivas, inter-relacionais e dinâmicas, que tenham o potencial de romper com o que Maria Lugones²¹ chamou de 'sistema de gênero colonial/moderno'. As sociedades coloniais/modernas foram fundadas por meio de uma operação de poder – a colonialidade do poder – que instaurou uma distinção básica entre humanos e não humanos, instituiu o imaginário das 'raças', o binarismo sexual e a heteronormatividade, e deu ensejo a um arcabouço de hierarquias e privilégios; tem no topo o homem branco ocidental, cristão, proprietário e heterossexual. Negros e indígenas – especialmente, mulheres – ocuparam o lugar do não humano, do não ser, do não saber, sem falas próprias, objetos de subordinação, dominação e exploração violentas e estruturais das sociedades coloniais/modernas. Por isso, conforme Lugones²¹, a complexidade do sistema colonial/moderno de gênero só pode ser compreendida quando o enfoque analítico recai na interseção entre gênero, raça, classe e sexualidade.

Na atualidade, os conflitos abertos por uma miríade de sujeitos que trazem o corpo, o gênero e a sexualidade para o campo das disputas políticas pressionam por uma inflexão no campo dos direitos humanos ao colocar no centro do debate a questão da colonialidade do poder: sem o enfrentamento das hierarquias de gênero, raça, sexualidade e classe, sem o

reconhecimento moral e político e sem a garantia da participação social plena dos sujeitos subordinados pelo empreendimento colonial/moderno, é impossível imaginar a redistribuição equitativa de bens sociais, simbólicos e materiais, as necessidades satisfeitas e os direitos desfrutados. A perspectiva decolonial abre um horizonte potente para o trânsito do marco liberal (colonial/moderno) dos direitos para um outro, pós-liberal, profundamente comprometido com a justiça social.

Mulheres negras ativistas e intelectuais da América Latina e da América do Norte têm proposto a noção de justiça reprodutiva²²⁻²⁵, para enfatizar a impossibilidade de gozo dos direitos reprodutivos, da autonomia reprodutiva, da dignidade reprodutiva e da saúde reprodutiva quando desigualdades estruturais expõem os sujeitos a injustiças econômicas e sociais, exclusões, discriminações e violências. Nesse sentido, também, discute-se a justiça erótica, que implica desmonte de dispositivos da violência colonial/moderna (a cultura do estupro, o transfeminicídio, entre outros), reconhecimento e acolhimento das diversas formas de existência e experiência dos corpos, promoção das condições políticas e materiais de vivência dos desejos e prazeres sem danos, interdependência diante da precariedade da vida^{26,27}. Como diz Canseco²⁶, promover a justiça erótica também é uma tarefa da descolonização.

À guisa de conclusão

Em sua história brasileira, a saúde coletiva nasceu de lutas políticas de uma diversidade de coletividades que articularam reivindicações de democracia, direitos e justiça, conforme vimos. O campo de práxis dos estudos de gênero e sexualidade, desde a primeira hora, transbordou os espaços da academia e se alimentou de mobilizações e pautas dos sujeitos dos direitos humanos.

Atualmente, fruto das lutas de homens e mulheres negros(as), indígenas e periféricos(as), as políticas dos governos progressistas da

primeira década do século XX propiciaram a expansão da presença de novas subjetividades coletivas, que falam do corpo, da raça, do gênero e da sexualidade, desde outros lugares. Hoje, outros corpos compõem o cenário da saúde coletiva. São corpos negros, corpos indígenas, corpos LGBTQIA+, corpos com deficiência e outros. Eles desvelam novos conflitos, evidenciam as marcas de privilégio e forçam as fronteiras do próprio campo, desafiando e levando mais além o seu projeto de simetria e solidariedade. Como lembram Gonçalves et al.²⁸⁽¹⁶¹⁾,

Não se apagam as marcas de privilégio e de opressão pela mera disposição solidária, pois requer que estas sejam evidenciadas; com isso, nós também nos revelamos em nossas formas de estar no mundo e na maneira como o traduzimos. Se tais marcas estiverem em evidência, o caminhar para a solidariedade e a não subalternização será conflituoso. Qualquer projeto ou agenda que mire relações entre humanos mais simétricas e solidárias, e destes com o mundo, terá o conflito como prática e ética.

Inflexões políticas e epistemológicas levadas a cabo com a mudança do perfil dos estudantes nas universidades brasileiras²⁹ e com o crescimento exponencial da presença política e acadêmica de sujeitos historicamente subalternizados, em especial, das mulheres negras e de ativistas LGBTQIA+, impulsionam a práxis da justiça reprodutiva, erótica e de gênero.

Enfim, entre idas e vindas das dobras da história – ainda mais vívidas e dolorosas em nossa história política recente –, podemos esperar em um horizonte utópico de uma justiça pós-liberal e decolonial. Afinal, a liberdade, os direitos e a justiça são uma luta constante, como já nos ensinou Angela Davis³⁰.

Colaboradora

Bonan C (0000-0001-8695-6828)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 54. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz & Terra; 2013.
2. Domingues JM. *Criatividade social, subjetividade coletiva e a modernidade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa; 1999.
3. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde Soc*. 1994 [acesso em 2023 fev 1]; 3(2):5-21. Disponível em: <https://doi/10.1590/S0104-12901994000200002>.
4. Conselho Nacional de Saúde. *8a Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma*. Brasília, DF: CNS; 2019. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>.
5. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO; 2009. p. 43-68.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Luz MT. Complexidade do campo da saúde coletiva: multiplicidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc.* 2009 [acesso em 2023 fev 1]; 18(2):304-311. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>.
7. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde Soc.* 2005 [acesso em 2023 fev 1]; 14(3):30-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000300004>.
8. Pitanguy J, Diniz E. Leila Diniz e a antecipação de temas feministas. *Rev. Estud. Fem.* 1994 [acesso em 2023 fev 1]; 2(2):474-494. Disponível em: http://educ.fcce.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X1994000100015&lng=pt&nrm=iso.
9. Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revistando uma trajetória. *Rev. Estud. Fem.* 2004 [acesso em 2023 fev 1]; 12(2):35-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2004000200003>.
10. Citeli MT. A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002): revisão crítica. Rio de Janeiro: CEPESC; 2005.
11. Heilborn ML, Sorj B. Estudos de gênero no Brasil. In: Miceli S, organizadores. *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: ANPOCS/CAPES; 1999. p. 183-221.
12. Gonzalez L. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. Rios F, Lima M, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Zahar; 2020.
13. Carrara S, Vianna A. Os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil a partir da “Constituição cidadã”. In: Oliven R, Ridentin M, Brandão GM, organizadores. *A constituição de 1988 na vida brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p. 334-359.
14. Bonan C. *Reflexividade, sexualidade e reprodução. Processos políticos no Brasil e no Chile*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
15. Pimentel A, Bonan C, Gaudenzi P, et al. A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reações entre ciência, sociedade e Estado. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2023 fev 1]; 22(1):43-52. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-breve-vida-do-norplant-no-brasil-controversias-e-reagregacoes-entre-ciencia-sociedade-e-estado/15647?id=15647>.
16. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009 [acesso em 2023 fev 1]; 14(4):1073-1083. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>.
17. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1998 [acesso em 2023 fev 1]; 14:S25-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>.
18. Guzmán V. *La institucionalidad de género en el estado: nuevas perspectivas de análisis*. Santiago do Chile: Naciones Unidas; 2001 [acesso em 2023 fev 1]. 38 p. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5878-la-institucionalidad-genero-estado-nuevas-perspectivas-analisis>.
19. Corrêa S, Petchesky R. *Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista*. Physis. 1996 [acesso em 2023 fev 1]; 6(1-2):147-177. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>.
20. Fraser N. *Scales of Justice: Reimagining Political Space in a Globalizing World*. New York: Columbia University Press; 2009.
21. Lugones M. *Colonialidade e gênero*. In: Hollanda HB, organizador. *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro. Editora Bazar do Tempo; 2020. p. 51-82.
22. Oliveira RN. *Justiça reprodutiva como dimensão da práxis negra feminista: contribuição crítica ao debate entre feminismos e marxismo*. *Germinal*. 2022 [acesso em 2023 fev 1]; 14(2):245-266. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/49559>.

23. Lopes F. Justiça reprodutiva: um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero. *Organicom*. 2022 [acesso em 2023 fev 1]; 19(40):216-227. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/issue/view/12779/2534>.
24. Roberts D. Reproductive Justice, Not Just Rights. *Dissent Magazine*. 2015. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: <https://www.dissentmagazine.org/article/reproductive-justice-not-just-rights>.
25. Ross LJ. Reproductive justice as interseccional feminist activism. *Souls*. 2017 [acesso em 2023 fev 1]; 19(3):286-314. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10999949.2017.1389634>.
26. Canseco B. Prazeres (des)coloniais. Traduzindo o feminismo pró-sexo. Rio de Janeiro: Ape'Ku Editora; 2021.
27. Bonavitta P. Sexualidades, cuerpos, territorios: una mirada desde el feminismo latino-americano. *Sul-Sul*. 2020 [acesso em 2023 fev 1]; 1(1):166-185. Disponível em <https://revistas.ufob.edu.br/index.php/revistasul-sul/article/view/647>.
28. Gonçalves LAP, Oliveira RG, Gadelha AG, et al. Saúde Coletiva, Colonialidade e Subalternidades – uma (não) agenda? *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2023 fev 1]; 143(esp8):160-174. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2801>.
29. Ristoff D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. *Avaliação (Campinas)*. 2014 [acesso em 2023 fev 1]; 19(3):723-747. Disponível em: http://educ.fcce.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772014000300010&lng=pt&nrm=iso.
30. Davis A. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Editora Boitempo; 2016.

Recebido em 12/06/2023

Aprovado em 12/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Éliada Azevedo Hennington

Trabalho sexual no Brasil: uma abordagem do protagonismo das prostitutas na luta pelo reconhecimento do direito ao exercício da profissão

Sexual work in Brazil: An approach to the protagonism of prostitutes in their struggle for recognition of the right to exercise the profession

Jane Felipe Beltrão¹, Andrea Ferreira Bispo²

DOI: 10.1590/2358-28982023E18507P

RESUMO O presente ensaio teve como objeto de estudo a luta das prostitutas brasileiras pelo reconhecimento do trabalho sexual como profissão. Utilizando revisão bibliográfica, apresenta a formação do Movimento das Prostitutas no Brasil e suas reivindicações, busca definir o que é trabalho sexual e, ao final, discorre sobre o percurso dessas reivindicações no Poder Legislativo. Conclui-se que os entraves ao reconhecimento da profissão pelo Estado brasileiro estão relacionados com o estigma que marca as trabalhadoras do sexo.

PALAVRAS-CHAVE Trabalho sexual. Direito ao trabalho. Respeito.

ABSTRACT *This essay aimed to study the struggle of Brazilian prostitutes for the recognition of sexual work as a profession. Through a bibliographic review, it presents the establishment of the Brazilian Prostitutes Movement and its claims, seeks to define sex work, and, finally, shows the trajectory of their claims in the Legislative Branch. It concluded that the obstacles to the recognition of the profession by the Brazilian State are related to the stigma that marks sex workers.*

KEYWORDS *Sex work. Right to work. Respect.*

¹Universidade Federal do Pará (UFPA) - Belém (PA), Brasil.
janebeltrao@gmail.com

²Universidade Federal do Pará (UFPA), Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD) - Belém (PA), Brasil.



Introdução

O objetivo deste ensaio é apresentar o protagonismo das prostitutas brasileiras na luta pelo reconhecimento do trabalho sexual como profissão.

Ao consultarmos o passado, verificamos que a marginalização das trabalhadoras sexuais não é um capítulo à parte na forja social que instituiu as concepções de gênero e relegou às mulheres um lugar subalterno em sua estrutura jurídica-política-institucional.

Friedrich Engels¹ explica que quando a propriedade privada se resumia aos bens pessoais, a tradição jurídica do Ocidente era que, no caso da morte do pai, os bens dele passassem para as/os irmã/os, sobrinhas/os ou primas/os maternas/os, porque as filhas e os filhos de um homem não pertenciam ao gene dele, mas ao da mãe.

Quando foi possível acumular riquezas, a transmissão do espólio adquiriu um novo sentido, pois agora se tratava de um homem privar os seus descendentes de bens valiosos e entregá-los a outro gene.

Para solucionar isso, os homens alteraram, em proveito de seus filhos, a ordem da herança estabelecida. Para tanto,

Bastou decidir simplesmente que, de futuro, os descendentes de um membro masculino permaneceriam na gens, mas os descendentes de um membro feminino saíam dela, passando à gens de seu pai. Assim, foram abolidos a filiação feminina e o direito hereditário materno, sendo substituídos pela filiação masculina e o direito hereditário paterno¹⁽⁶⁸⁾.

O costume de dar às filhas o nome da família paterna seria, para Engels¹, outra forma de romper a tradição sem sair dela, disso resultando uma profunda mudança na economia e na cultura.

As regras sobre a transmissão da herança, porém, não tiveram implicações meramente econômicas. Simone de Beauvoir² propõe que o sentido ontológico da propriedade é que o

sujeito integra os bens à sua identidade, tornando-a um valor que subsiste para além da morte.

Assim, se é necessário que esse bem continue nas mãos de indivíduos em quem esse sujeito se reconheça, se é desse modo que ele se perpetua e condiciona sua existência para além da materialidade do mundo, a substituição da filiação uterina pela agnação criou, em favor dos homens, uma forma de controlar a procriação: as mulheres engravidavam, mas dependia dos homens reconhecer a filiação e transferir a herança.

A transmissão da herança como etapa da procriação reduziu as mulheres à condição de objeto:

Pelo casamento, a mulher não é mais emprestada por um clã a outro; ela é radicalmente tirada do grupo em que nasceu e anexada ao do esposo; ele compra-a como compra uma res ou um escravo e impõe-lhe as divindades domésticas; e os filhos que ela engendra pertencem à família do esposo. Se ela fosse herdeira, transmitiria as riquezas da família paterna à do marido: excluem-na cuidadosamente da sucessão. Mas, inversamente, pelo fato de nada possuir, a mulher não é elevada à dignidade de pessoa; ela própria faz parte do patrimônio do homem, primeiramente do pai e em seguida do marido²⁽¹²³⁾.

Desse objeto adquirido por meio do casamento, era exigida, sobretudo, a castidade, pois as relações sexuais extraconjugais colocavam em risco a transmissão da herança. Daí o imperativo de controlar a sexualidade feminina e o que Elizabeth Badinter³⁽¹²⁷⁾ define como uma obsessão do adultério que “torna a esposa suspeita: uma adversária” que levava os homens a viverem o estado conjugal como “um combate que requeria uma vigilância absoluta”. O marido temia não conseguir, sozinho, apagar os ardores da esposa e “tinha medo dos golpes baixos, da traição”.

Não é por outra razão que o sistema de normas, regras, leis e valores sobre permissões e proibições de práticas sexuais foi definido explicitamente pela moral masculina e que

o modelo ideal de mulher aliava um corpo que suportasse o ato sexual com a passividade dos objetos a um espírito cordato e abnegado, abjurador da carne e do prazer.

Não é preciso dizer que as trabalhadoras do sexo compreenderam que, “entre as que se vendem pela prostituição e as que se vendem pelo casamento, a única diferença consiste no preço e na duração do contrato”²⁽⁷³⁷⁾ e que seu traço distintivo fundamental é que tomavam decisões sobre o próprio corpo e sexualidade sem a tutela masculina.

Incapaz de subjugar-las e descartá-las, restou empreender uma propaganda sórdida contra as trabalhadoras do sexo, campanha essa, para Rachel Soihet⁴, dividida entre os que as considerava como escória disseminadora de doenças e os que viam alguma relevância na profissão, afinal, todo serviço voltado a satisfazer um homem tem sua importância.

É emergente, portanto, a necessidade de que o debate seja colocado em seus devidos termos. O reconhecimento e a regulamentação da prostituição devem ter como enfoque as trabalhadoras do sexo, seus direitos trabalhistas, previdenciários, “além de outros que visem à melhoria de sua condição social”⁵⁽¹³⁷⁾.

O presente ensaio utiliza a revisão bibliográfica para tratar dessa questão e está estruturado em três partes. Na primeira, apresenta-se a formação do Movimento das Prostitutas no Brasil e suas reivindicações. Na segunda, busca-se definir o que é trabalho sexual. Na terceira, discutem-se os atuais debates sobre o reconhecimento do trabalho sexual como profissão.

Movimento das prostitutas

Gabriela Leite⁶ conta que, em 1984, vivia e trabalhava na Vila Mimosa, no Rio de Janeiro, e foi convidada para participar de um encontro da Pastoral da Mulher Marginalizada em Salvador, ‘um eufemismo para prostituta’, já que a pastoral defendia “o fim da prostituição e acreditava que a prostituta é uma vítima da sociedade machista”⁶⁽¹⁴¹⁾.

Leite⁶ fala que foi muito maltratada no encontro, pois não assumia o discurso de vitimização das prostitutas conforme desejado pela pastoral. Assim, ela e Maria de Lourdes Araújo Barreto, trabalhadora do sexo no estado do Pará, começaram a pensar em um movimento autônomo de prostitutas, sem a guarda da Igreja.

Foi a partir dessa ideia que ambas realizaram o Primeiro Encontro Nacional de Prostitutas, em julho de 1987, no Rio de Janeiro, coordenado por Gabriela Leite, com o objetivo principal de construir uma rede de contatos e intercâmbios entre as prostitutas que permitisse a elas proporem ações conjuntas e reivindicações dos direitos civis⁷.

Leite narra que o evento contou com a presença da imprensa nacional e internacional e com a participação de mais de duas mil pessoas, entre elas, Rose Marie Muraro, Lúcia Arruda, Lucélia Santos, Elza Soares e Martinho da Villa. Segundo ela

A sociedade nos viu organizadas em nome da nossa profissão. Nós nos vimos assim pela primeira vez [...] Foi um evento maduro e bem feito. Eu acho que aquele era o momento certo. Estava no inconsciente coletivo, a sociedade precisava dar um grande passo em relação à puta. Nós fomos abrindo caminho, saímos do escuro para praticamente um estrelato⁶⁽¹⁴⁹⁾.

Aparecida Fonseca Moraes⁷ também se refere ao evento como uma oportunidade para que as mulheres se afirmassem como trabalhadoras que exerciam uma profissão legítima, possibilitando que se formasse um consenso sobre a necessidade de lutarem pelo reconhecimento da profissão.

Durante o encontro, foi criada a Rede Brasileira de Prostitutas (RBP), com o objetivo de auxiliar na organização de associações locais, promover e apoiar eventos e encontros da categoria e formular políticas públicas em parceria com órgãos governamentais, além de lutar pelo reconhecimento legal da profissão⁷.

Em sua carta de princípios, a Rede afirmou

que o trabalho sexual se insere no campo dos direitos sexuais e defendeu a regulamentação do trabalho da prostituta, além de repudiar a discriminação, o preconceito e o estigma dirigidos a elas⁸.

Por isso, condenou a vitimização das prostitutas, o controle sanitário, a criação e a existência de zonas delimitadas e confinadas, a criminalização dos clientes, a associação da prostituição à criminalidade, o tráfico de seres humanos e o abolicionismo⁸.

A partir do Primeiro Encontro, foram fundadas associações em vários estados do Brasil, com destaque para o Grupo de Mulheres Prostitutas do Estado do Pará (Gempac), sob a coordenação de Lourdes Barreto.

A atuação coordenada das prostitutas possibilitou que, em 22 de outubro de 2002, o trabalho sexual fosse incluído na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego, na categoria profissionais do sexo (Código 5198). Na lista de participantes da descrição da ocupação, constam os nomes de Gabriela Leite e Lourdes Barreto, como especialistas, e de associações de prostitutas da Bahia, do Rio de Janeiro, do Pará e do Rio Grande do Sul. Sobre a profissão, o CBO diz o seguinte

Descrição sumária

Buscam programas sexuais; atendem e acompanham clientes; participam em ações educativas no campo da sexualidade. As atividades são exercidas seguindo normas e procedimentos que minimizam a vulnerabilidades da profissão.

Formação e experiência

Para o exercício profissional requer-se que os trabalhadores participem de oficinas sobre sexo seguro, o acesso à profissão é restrito aos maiores de dezoito anos; a escolaridade média está na faixa de quarta a sétima séries do ensino fundamental.

Condições gerais de exercício

Trabalham por conta própria, em locais diversos e horários irregulares. No exercício de algumas

das atividades podem estar expostos à intempéries e a discriminação social. Há ainda riscos de contágios de dst, e maus-tratos, violência de rua e morte⁹.

Embora a inclusão dos profissionais do sexo na CBO seja uma vitória, o trabalho sexual não foi regulamentado e, portanto, não assegura nenhum direito trabalhista, previdenciário e outros que visem à melhoria da condição social das trabalhadoras do sexo.

O que é trabalho sexual

O importante não é como a sociedade concebe a prostituição, mas como as prostitutas, no pleno gozo de sua autonomia individual, entendem-se e afirmam-se como sujeitos históricos.

Para as profissionais do sexo, a prostituição não é a venda do corpo, ou aluguel, se assim se preferir, mas uma prestação de um serviço que “envolve práticas, relações, desejos e valores constitutivos de um amplo universo marcado por trocas econômico-sexuais”⁸ que são constituídos em processos em que há

[...] uma série de engajamentos entre diferentes atores, em situações e contextos sociais, culturais e econômicos diversos, e não a partir de critérios escamoteadores de fundamentações morais que, por princípio, excluem desse campo o que nele pode haver de positivo, de escolha, de afeto, de lúdico, de político⁸.

Não por acaso, um dos pontos centrais da carta de princípios da RBP é a afirmação de que a prostituta presta serviços sexuais e que a profissão somente pode ser exercida por pessoas com mais de 18 anos e civilmente capazes, pois não existe ‘prostituição infantil’, e sim exploração sexual comercial de crianças e adolescentes.

Essa compreensão, aliás, está presente na fala de Lourdes Barreto à Comissão Parlamentar de Inquérito do Tráfico de

Pessoas no Brasil ocorrida em 2013 na Câmara dos Deputados

Eu sou uma mulher que, nos meus 71 anos, tenho uma disposição imensa de dizer para a sociedade que esse projeto é justo, é real. Com esse projeto, você vai ter como combater a exploração sexual de crianças e adolescentes. Você não vai poder ter uma criança em situação de exploração, porque criança não é prostituta, está numa situação de exploração¹⁰.

A compreensão de que a prostituição é uma profissão, assim, é uma prestimosa contribuição para a compreensão não apenas dos direitos sexuais, da autonomia e cidadania das mulheres, mas para a preservação do melhor interesse da criança e do adolescente e para o respeito à condição de personalidade em formação que goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata o Estatuto da Criança e do Adolescente¹¹, inclusive oportunidades e facilidades para que possam ter um desenvolvimento (físico, mental, moral, espiritual e social), em condições de liberdade e de dignidade.

Além disso, ao expressar a contradição do termo ‘prostituição infantil’, evidencia não apenas a condição da criança ou adolescente como sujeitos de direitos, mas também que, para além da vulnerabilidade decorrente da situação socioeconômica, a exploração sexual criminosa se sustenta pela naturalização do machismo, da violência e da discriminação a que todas as mulheres estão submetidas.

Atuais debates sobre a regulamentação do trabalho sexual no Poder Legislativo brasileiro

De modo geral, há três possibilidades de tratamento político do trabalho sexual: o proibicionismo, o abolicionismo e o regulamentarismo.

O proibicionismo considera a prostituição uma atividade criminosa e pune todos os envolvidos, inclusive as trabalhadoras sexuais.

O proibicionismo trata a prostituição como uma chaga social ao tentar reprimir todas as pessoas ligadas ao meretrício, não diferenciando as que apenas exercem daqueles que a exploram. Sendo assim, para esse sistema, até os clientes e as prostitutas devem ser punidos. Felizmente, essa é uma corrente minoritária, até pelo seu grau de abstração, dada a dificuldade de se determinar quem seriam as profissionais do sexo^{12 (252)}.

A Tailândia e o Irã são países proibicionistas, o primeiro prevê a aplicação de multa às trabalhadoras sexuais e aos clientes. O Irã presume a aplicação de pena de 75 chicotadas aos clientes, além da expulsão de suas comunidades por três meses. Às mulheres, além da mesma quantidade de chicotadas, é também aplicada a pena de prisão¹³.

O abolicionismo, ao contrário, considera a prostituta como vítima, por isso criminaliza apenas as pessoas que contribuem de alguma forma para o exercício da profissão. Esse é o caso do Brasil, que não criminaliza o trabalho sexual ou o/a cliente, mas aqueles e aquelas que colaboram de alguma forma para a atividade¹⁴.

A opção pelo abolicionismo foi alvo de intensos debates, em que, de um lado, os proibicionistas – influenciados por obras como ‘A mulher delinquente: a prostituta e a mulher normal’, de Cesare Lombroso¹⁵ – situavam a prostituição no campo da sexualidade pervertida e da criminalidade e reclamavam punições tanto para a prostituta quanto para aqueles que, de algum modo, colaboravam para a atividade e, de outro, os abolicionistas, que consideravam, com Tomás de Aquino¹⁶, que a prostituição é um mal necessário e que as prostitutas eram vítimas.

Sobre esse último ponto, Soraya Simões¹⁷⁽⁴³⁾ defende que a ideia da prostituta como vítima se baseava nas teses do médico francês

positivista Parent-Duchâtelet, segundo o qual, a “mulher se deixa levar mais facilmente pelas paixões e tem como principal característica a passividade, tornando-se presa fácil nas mãos daqueles que queiram explorá-la”.

Os abolicionistas descreviam as relações sexuais que ocorriam nos cabarés como práticas sórdidas e abomináveis e explicavam que isso se dava por imposição, e para o lucro de cafetinas e rufiões.

Na disputa entre proibicionistas e abolicionistas, no campo do Direito Penal brasileiro, venceram os segundos, primeiro com a aprovação da Lei Mello Franco¹⁸, que incluiu no Código Penal da República¹⁹ o crime de manter ou explorar casas de tolerância ou destinadas a encontros clandestinos para fins sexuais, e, na sequência, com a inclusão, no Código Penal subsequente, dos crimes de mediação para servir a lascívia de outrem, favorecimento à prostituição, casa de prostituição e rufianismo.

Entretanto, a concepção proibicionista não foi varrida do mundo jurídico, pois, no campo do direito administrativo, reverteu-se em uma série de regulamentações associadas à política higienista da época.

Na perspectiva higienista, a prostituta era considerada uma ameaça à construção da família higienizada. Ela era vista como responsável pela degradação física e moral dos homens e, por extensão, pela destruição das crianças e da família. Além disso, pervertiam, com o exemplo desregado de suas vidas, a moral da mulher-mãe com os homens, o advento das doenças venéreas (no caso, a sífilis, para a qual não havia medicação curativa considerada eficaz) trouxe a necessidade de implementação de uma intervenção preventiva em relação à prostituição. Esse fato fomentou a discussão entre neo-regulamentaristas e abolicionistas que norteou a política sanitária de combate à prostituição implementada na época no Brasil. Uma das consequências dessa política foi a regulamentação confinatória ou isolacionista, que tolerava o meretrício apenas no âmbito fechado do bordel, aliada à repressão à prostituição de

rua. Embora se soubesse da existência de outras modalidades de prostituição, principalmente as mais refinadas, considerava-se que essas envolviam um número pequeno de mulheres e, portanto, não necessitavam de intervenção¹²⁽²⁵¹⁾.

Segundo Margareth Rago²⁰, essas medidas sanitárias redundaram na obrigatoriedade de que as casas de ‘tolerância’ e os bordéis fossem registrados na polícia, vigiados pela administração e pelas autoridades sanitárias, tornando-se o mais próximo possível de um ambiente doméstico burguês. Além disso, os regulamentos sanitários não incidiam sobre as mulheres que exerciam a prostituição em ambientes refinados, criando, assim, prostitutas de primeira, segunda e terceira ordens, ratificando as teses positivistas sobre a mulher normal e a prostituta.

Atualmente, pode-se dizer que os movimentos de prostitutas brasileiras – a RBP, a Central Única de Trabalhadoras e Trabalhadores Sexuais (Cuts) e a Articulação Nacional de Profissionais do Sexo (Anps) – defendem um regulamentarismo que reconheça os seus direitos humanos. Assim, defendem a descriminalização das atividades relacionadas com a prostituição e a subsequente regulamentação, a fim de que as trabalhadoras e os trabalhadores do sexo possam gozar dos direitos conferidos a todas(os), trabalhadoras e trabalhadores, como a segurança no trabalho e na previdência social.

Até o momento, foram apresentados dois projetos de lei com o objetivo de atender essa pauta. Em 19 de fevereiro de 2003, o então deputado federal Fernando Gabeira apresentou o Projeto de Lei (PL) nº 98/2003²¹, que dispunha sobre a exigibilidade do pagamento pela prestação de serviços de natureza sexual por quem efetivamente os tivesse prestado ou que tivesse permanecido disponível para os prestar e revogava os arts. 228, 229 e 231 do Código Penal. A reação contrária ao projeto veio na forma do PL nº 2.169/2003²², de autoria

do deputado Elimar Máximo Damasceno, propondo a criminalização do/a cliente e de quem prestar serviço de natureza sexual remunerado. Ambos os projetos foram arquivados ao fim da legislatura, pois não haviam sido submetidos à deliberação da Câmara e não continham parecer favorável de todas as Comissões.

Em 12 de julho 2012, o deputado federal Jean Wyllys apresentou o PL nº 4.211²³, batizado como PL Gabriela Leite, em homenagem à prostituta e ativista falecida em 2013. O projeto Gabriela Leite define que profissional do sexo é toda pessoa maior de 18 anos de idade e absolutamente capaz que voluntariamente presta serviços sexuais mediante remuneração. Além disso, torna juridicamente exigível o pagamento pela prestação desses serviços e veda a prática de exploração sexual, que define como apropriação total ou maior que 50% do rendimento de prestação de serviço sexual por terceiro, o não pagamento pelo serviço sexual contratado e forçar alguém a praticar prostituição mediante grave ameaça ou violência.

Quanto à modalidade do trabalho, o PL prevê que a/o profissional do sexo pode prestar serviços autônoma ou coletivamente, em cooperativas. Também permite a casa de prostituição, desde que nela não se exerça qualquer tipo de exploração sexual.

Quanto aos dispositivos criminalizadores, o PL altera os arts. 228, 229, 230 e 231 do Código Penal em vigor, para criminalizar a exploração sexual, além de criar o art. 231-A com o mesmo objetivo. Além disso, prevê que a aposentadoria dos/as trabalhadores sexuais se dará aos 25 anos de trabalhos prestados.

Em 13 de junho de 2013, foi apresentado parecer do relator da Comissão de Direitos Humanos e Minorias, deputado Pastor Eurico (PSB-PE), pela rejeição, do projeto. Entretanto, o arquivamento ocorreu ao fim da legislatura, em 31 de janeiro 2019, sem que tenham sido realizadas outras análises.

Atualmente, não há PL dispondo sobre a regulamentação da profissão em trâmite no Senado ou na Câmara dos Deputados.

Conclusões

A inexistência de regulamentação da prostituição está relacionada com o estigma que marca as trabalhadoras do sexo. Essa estigmatização, longe de ser arbitraria, escora-se em valores que interditam determinadas práticas sociais, econômicas e afetivas para impor um modelo social em que as mulheres são subalternizadas e hierarquizadas.

Esse propósito é percebido tanto na crença de que as trabalhadoras do sexo não têm plena capacidade para decidir sobre o exercício da profissão quanto nos discursos que reclamam uma mudança individual de paradigmas e planos de vida, desconsiderando a subjetividade das envolvidas.

Por fim, a recusa em descriminalizar as atividades-meio relacionadas com a prostituição para conferir um mínimo de proteção jurídica à profissão é uma forma de impedir que uma pessoa disponha do próprio corpo como bem entender.

As referências individuais sobre o que é dignidade, portanto, são as únicas que podem operar como critério de valoração de uma atividade que diz respeito unicamente aos envolvidos. Nesse ponto de vista, pessoas adultas não devem ser punidas, por meios legais ou morais, diretos ou indiretos, por adotarem comportamentos que somente interessam a elas próprias.

Colaboradoras

Beltrão JF (0000-0003-2113-043X)* e Bispo AF (0009-0006-4832-7266)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Trad. Leandro Konder. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1984.
- Beauvoir S. O Segundo sexo. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2009.
- Badinter E. Um é o outro. Trad. Carlota Gomes. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. 127 p.
- Soihet R. Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana 1890-1920. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1989.
- Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- Leite G. Filha, mãe, avó e puta. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. E-book Kindle.
- Moraes AF. Mulheres da vila: prostituição, identidade social e movimento associativo. Petrópolis: Vozes; 1996.
- Observatório da Prostituição. O que é prostituição. Rio de Janeiro: LeMetro/IFCS-UFRJ; [data desconhecida]. [acesso em 2022 mar 6]. Disponível em: <https://observatoriodaprostituicao.wordpress.com/o-que-e-prostituicao-3/>.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília, DF; 2002. [acesso em 2022 mar 5]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>.
- Brasil. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Tráfico de Pessoas no Brasil. Audiência Pública realizada em 13 ago. 2013. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2013. [acesso em 2022 mar 5]. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/54a-legislatura/cpi-traffic-de-pessoas-no-brasil/documentos/notas-taquigraficas/nt130813-tpb>.
- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jul 1990. [acesso em 2022 mar 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
- Pinheiro MLP, Jucá RLC. A regulamentação da prostituição e a efetividade dos direitos fundamentais das profissionais do sexo. Rev. Opinião Jurídica. 2009 [acesso em 2022 mar 5]; 7(1):249-264. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/opiniaojuridica/article/view/1861>.
- Afonso MLA, Scopinho RA. Prostituição: uma história de invisibilidade, criminalização e exclusão. In: Anais do 10º Seminário Internacional Fazendo Gênero; 2013; Florianópolis. Florianópolis: Instituto de Estudos de Gênero; 2013. [acesso em 2022 mar 5]. Disponível em: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372969868_ARQUIVO_-versaofinalparafazendogenero.pdf.
- Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 31 Dez 1940. [acesso em 2022 mar 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm.
- Lombroso C. A Mulher delinquente: a prostituta e a mulher normal. Trad. Antonio Fontoura. New Jersey: Independently Published; 2019.
- Aquino T. Suma teológica II. Trad. Alexandre Correia. Campinas: Ecclesiae; 2016.
- Simões SS. Vila Mimosa: etnografia da cidade cenográfica da prostituição carioca. Niterói: EdUFF; 2010.
- Brasil. Lei nº 2.992, de 25 de setembro de 1915. Modifica os arts. 266, 277 e 278 do Código Penal. Diário Oficial da União. 28 Set 1915. [acesso em 2022 mar 5].

- Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1910-1919/lei-2992-25-setembro-1915-774536-publicacaooriginal-138024-pl.html>.
19. Brasil. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal. Diário Oficial da União. 11 Out 1890. [acesso em 2022 mar 5]. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=66049>.
 20. Rago M. Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil: 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.
 21. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 98, de 19 de fevereiro de 2003. Dispõe sobre a exigibilidade de pagamento por serviço de natureza sexual e suprime os arts. 228, 229 e 231 do Código Penal. Autor Fernando Gabeira (PT/RJ). Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2003. [acesso em 2022 mar 6]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=104691>.
 22. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2.169, de 2 de outubro de 2003. Acrescenta art. ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal - para dispor sobre o crime de contratação de serviços sexuais, e dá outras providências. Autor Elmar Máximo Damasceno (PRONA/SP). Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2003. [acesso em 2022 mar 6]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=136127>.
 23. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 4.211, de 12 de julho de 2012. Regulamenta a atividade dos profissionais do sexo. Autor Jean Wyllys (PSOL/RJ). Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2012. [acesso em 2022 mar 6]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=551899>.

Recebido em 08/05/2023

Aprovado em 29/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Diádiney Helena de Almeida

Por uma bioética queer: perspectivas a partir do Sul Global

For a queer bioethics: perspectives from the Global South

Henrique Rabello de Carvalho^{1,2}, Fabio Alves Gomes de Oliveira²

DOI: 10.1590/2358-28982023E19116P

RESUMO O objetivo deste artigo foi investigar as intersecções entre a agenda LGBTI+ e a bioética enquanto campo disciplinar. Esta pesquisa se baseou em análise qualitativa e revisão bibliográfica que englobam tópicos relacionados com bioética, estudos pós-coloniais, teoria queer, direitos humanos e relações internacionais. Por meio de reflexões sobre o contexto político e social que precedeu o surgimento da bioética, com enfoque na interpretação da sexualidade e na identidade de gênero durante os períodos coloniais e imperialistas, buscou-se compreender como as perspectivas históricas influenciaram a evolução da bioética. Além disso, pretendeu-se examinar a consolidação da bioética como um campo disciplinar e área de conhecimento científico, destacando a predominância do principlismo na segunda metade do século XX. Nesse sentido, analisou-se o potencial de uma abordagem feminista na bioética para enfrentar as desigualdades e opressões presentes em sua própria estrutura, com uma visão crítica e reflexiva. Por último, apresentou-se de que forma as contribuições epistemológicas da teoria queer podem subsidiar o desenvolvimento de uma bioética queer, a partir do Sul Global. Essas discussões visam ampliar a reflexão sobre as desigualdades e opressões enfrentadas pelas pessoas LGBTI+ enquanto grupo social no contexto da bioética.

PALAVRAS-CHAVE Bioética. Teoria queer. Pessoas LGBT. Direitos humanos. Sul Global.

ABSTRACT *The aim of this article is to investigate the intersections between the LGBTI+ agenda and bioethics as a disciplinary field. This research is based on a qualitative analysis and bibliographic review that encompasses topics related to bioethics, post-colonial studies, queer theory, human rights, and international relations. Through reflections on the political and social context that preceded the emergence of bioethics, focusing on the interpretation of sexuality and gender identity during colonial and imperial periods, we seek to understand how historical perspectives influenced the evolution of bioethics. Additionally, we aim to examine the consolidation of bioethics as a disciplinary field and area of scientific knowledge, highlighting the predominance of principlism in the second half of the 20th century. In this sense, we will analyze the potential of a feminist approach in bioethics to address the inequalities and oppressions present within its own structure, with a critical and reflexive view. Finally, we intend to present how the epistemological contributions of queer theory can support the development of a queer bioethics, from the Global South. These discussions aim to broaden the reflection on the inequalities and oppressions faced by the LGBTI+ community as a social group within the context of bioethics.*

KEYWORDS *Bioethics. Queer theory. LGBT Person. Human rights. Global South.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. henriquerabello.dh@gmail.com

²Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.



Introdução

Este artigo tem por objetivo apresentar algumas reflexões a respeito das relações entre diversidade sexual e de gênero e bioética a partir da contextualização da bioética enquanto campo disciplinar. Dessa forma, o artigo está dividido em três seções que têm por base a revisão bibliográfica dos temas que se pretende relacionar. Na primeira parte, objetiva-se apresentar algumas reflexões acerca do contexto político e social que antecede o surgimento da bioética enquanto disciplina, dando destaque ao modo como orientação sexual e identidade de gênero foram interpretadas nos contextos coloniais, imperialistas e de surgimento do nazifascismo. Adiante, intenciona-se analisar o entrecruzamento entre bioética, direitos humanos e relações internacionais, de onde localizamos o surgimento das tensões e os redirecionamentos epistemológicos sugeridos na perspectiva dos estudos pós-coloniais.

Na segunda seção, propõe-se analisar o surgimento da bioética enquanto campo disciplinar, no qual se destaca a hegemonização do principalismo na segunda metade do século XX. Nesse cenário, pretendemos discutir – na perspectiva de uma bioética crítica – de que forma a bioética de inspiração feminista pode contribuir com aportes teóricos acerca da consideração das desigualdades e opressões para a própria fundamentação da bioética.

Na terceira e última seção, procura-se discutir, apresentar e defender de que forma as contribuições epistemológicas da teoria queer podem subsidiar, em uma perspectiva da bioética crítica, uma bioética queer em uma perspectiva de viés pós-colonial, como uma primeira possibilidade de ampliação das reflexões sobre as desigualdades e opressões relacionadas com a população sexo-gênero diversa no campo disciplinar da bioética.

A LGBTIfobia estrutural e seus desdobramentos bioéticos

Nesta primeira seção, pretende-se analisar como a LGBTIfobia se torna um problema (bio)ético e que esteve presente em momentos distintos, sugerindo aqui que precisam ser analisados como continuidades, como as formas de imperialismo europeu sobre o continente africano e o Holocausto no contexto da Segunda Guerra Mundial. Assim, a Conferência de Berlim, realizada entre 1884 e 1885, marcou um ponto histórico crucial em que a divisão artificial do continente africano entre as potências europeias deu início a um intenso período de colonização e dominação sobre povos e culturas considerados ‘incivilizados’. Esse enquadramento refletia uma falta de correspondência aos padrões ocidentais e europeus de inteligibilidade, reconhecendo apenas um modelo de civilização, língua e cultura. A conferência abordou principalmente questões econômicas, visto que as nações europeias industrializadas necessitavam das matérias-primas disponíveis na África, como ouro, diamantes, borracha, cacau, entre outras¹.

Esse período de dominação imperialista europeia na África, caracterizado por violência sistematizada, resultou na estimativa de pelo menos 10 milhões de mortes², genocídio que ainda é negligenciado na historiografia sobre a África, direitos humanos e relações internacionais. O colonialismo não apenas impôs práticas culturais e violência como processos ditos civilizacionais, mas também introduziu um regime jurídico completamente diferente das práticas e visões de mundo das diversas etnias e grupos sociais africanos. Isso incluiu a imposição de valores e definições de humanidade por meio de legislações civis e penais, como as leis antissodomia do período vitoriano no Reino Unido, na Alemanha e em outros países, que foram transplantadas para a África nos processos de dominação. Esse contexto

histórico-colonial e imperialista contribuiu para a LGBTIfobia estrutural ainda presente atualmente em alguns Estados africanos, refletida em legislações que criminalizam a existência de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Intersexo e outras (LGBTI+).

Pode-se afirmar que a homofobia se estruturou como parte dos projetos segregacionistas que têm sua origem na Europa Ocidental, permanecendo mesmo após o Holocausto, em que segmentos da população LGBTI+ foram submetidos a violências e experimentos clínicos com base na orientação sexual e/ou na identidade de gênero. Os valores e as percepções, incluindo a definição de humanidade, eram refletidos nos sistemas legais por meio da codificação de comportamentos e ações permitidos e proibidos, baseados em valores morais consolidados como lei. Entende-se que essa LGBTIfobia estrutural deve ser contextualizada nessa perspectiva histórico-colonial e imperialista de criminalização e reprodução de dispositivos legais jurídicos que buscavam a normalização a partir da heterossexualidade e da branquitude enquanto modelo único de existência e reconhecimento de direitos.

Essas formas de segregação da população sexo-gênero diversa foram amplificadas durante o Holocausto no contexto da Segunda Guerra Mundial, resultando na morte de, aproximadamente, 6 milhões de pessoas, em que se destaca uma política de Estado de segregação e eliminação de segmentos populacionais indesejados. No Holocausto, observa-se uma junção do racismo e da homofobia que potencializou e sofisticou essa máquina de guerra e extermínio organizada pelo Estado contra grupos que deveriam ser afastados daquela comunidade moral, política e social, uma vez que eram entendidos como indesejados, mas também como uma ameaça.

Ao lado de Lindqvist³, propomos que o processo de dominação e de extermínio iniciado no continente africano, a partir da Conferência de Berlim e do Holocausto no contexto da

Segunda Guerra Mundial, seja entendido como uma máquina de guerra imperialista que se organiza e se sofisticava ao longo das décadas. Sob a égide do racismo e da eleição-rejeição de corpos indesejados, e que tem na população sexo-gênero diversa um dos seus principais alvos, nossa hipótese é de que essa máquina ainda se mantém ativa.

Essa máquina de guerra organiza-se a partir de uma perspectiva majoritariamente racista, LGBTIfóbica e com nuances necropolíticas⁴; e está ativamente envolvida em uma série de práticas que merecem nossa análise crítica. Nesse contexto, é importante destacar que a patologização das pessoas LGBTI+ é uma manifestação preocupante dessa realidade. Um exemplo notório dessas práticas de patologização é a persistência de terapias denominadas de ‘conversão’^{5,6} que buscam a modificação da orientação sexual. Essas terapias são amplamente condenadas por organizações de saúde e direitos humanos, mas ainda são praticadas em muitos lugares, refletindo a persistência de preconceitos enraizados.

As práticas nazifascistas de extermínio de populações indesejadas e de aprisionamento dos inimigos – ou, de alguma forma, daquelas pessoas que ameaçassem um ideal de família e de moral que sustentava esses mesmos regimes de exceção – resultaram no aprisionamento e no extermínio em campos de concentração, majoritariamente de judeus, bem como de contingentes expressivos de dissidentes políticos, de ciganos, de pessoas com algum grau de deficiência física, assim como pessoas sexo-gênero diversas. De acordo com a ‘Law for the protection of hereditary health’ lei que instituiu a eugenia como prática na Alemanha nazista, pessoas esquizofrênicas, com surdez e com algum tipo e grau de deficiência deveriam ser esterilizadas⁷. Foi sob essa lei que o médico nazista Joseph Mengele realizou suas experimentações com seres humanos pertencentes a esses grupos populacionais⁸. Em particular, as pessoas homossexuais foram sujeitas inclusive a experimentos para ‘cura’

da homossexualidade e o desenvolvimento de imunização para febre tifoide no campo de concentração de Buchenwald⁹.

Frequentemente, observa-se o silenciamento sobre as violências cometidas contra a população LGBTI+ nesse período, bem como a ausência de reparação histórica em uma perspectiva da bioética e dos direitos humanos referentes a esse grupo social. É sobre essa última parcela da população indicada que este artigo pretende se debruçar. Nesse contexto, é necessária uma contextualização histórica para que possamos expor as práticas homofóbicas e de rejeição perpetradas historicamente e que, ainda hoje, resultam em criminalização e patologização que vêm perdurando durante todo o século XX, expandindo-se para o século XXI. Por essa razão, cabe destacar que, ao fim da Segunda Guerra Mundial, foi aprovado o Código de Nuremberg, como um reconhecimento de que a instrumentalização da medicina e das pesquisas clínicas poderia acontecer por meio da ação de organizações sociais, políticas e econômicas, tornando-se necessário o estabelecimento de diretrizes para evitar situações como aquelas ocorridas no contexto do Holocausto¹⁰. No entanto, o Código de Nuremberg não faz qualquer menção às pessoas homossexuais.

O aprisionamento de pessoas identificadas como pertencentes à população sexo-gênero diversa, majoritariamente homossexuais, estabelecia-se na Alemanha a partir da interpretação do § 175 do Código Penal da Alemanha Imperial de 1871, que criminalizava as relações consensuais entre pessoas do mesmo sexo. Não obstante a queda do Terceiro Reich (1933-1945), a perseguição aos homossexuais continuou. A homossexualidade enquanto conduta imoral foi confirmada pela Corte Constitucional alemã em 1957, que declarou que o § 175 não era apenas um legado do regime nazista na medida em que, conforme o entendimento da Corte Constitucional alemã, ela deveria ser considerada um comportamento imoral inclusive em tempos de democracia¹¹.

Assim, mesmo após o final da Segunda Guerra Mundial, com a fundação da Organização das Nações Unidas (ONU) e a proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a criminalização prevista no Código Penal da Alemanha Imperial de 1871 permaneceu vigente até 1994. Na Inglaterra e no País de Gales, a criminalização da homossexualidade somente foi revogada em 1967¹²; na Escócia, em 1980; e na Irlanda do Norte, em 1982. Entretanto, segue sendo válida em países das ex-colônias inglesas, como Jamaica e Uganda, bem como em outros países do continente africano que ainda criminalizam as relações consensuais entre pessoas do mesmo sexo, bem como a expressão pública da orientação sexual e da identidade de gênero, com penas que variam de prisão perpétua a pena de morte.

Um exemplo de como se operacionalizava a articulação entre criminalização e patologização das orientações sexuais e das identidades de gênero é o caso de Alan Turing, conhecido como fundador da ciência computacional e da inteligência artificial, e que foi fundamental durante a Segunda Guerra Mundial, contribuindo para a decodificação dos códigos e mensagens nazifascistas, além de seu impacto no desenvolvimento da rede mundial de computadores¹³. No entanto, em 1952, Turing foi preso por acusação de indecência devido à sua homossexualidade, sendo submetido à castração química em vez de prisão¹⁴, o que o levou ao suicídio.

O caso de Turing destaca ainda a necessidade de integrar a orientação sexual e a identidade de gênero no campo dos direitos humanos, mas, sobretudo, nas bases teóricas da bioética enquanto disciplina. Mesmo no contexto de existência da ONU e do Código de Nuremberg, Turing e outros foram submetidos a tratamentos experimentais para reversão de orientação sexual. É crucial questionar por que esses aspectos não foram considerados no código de Nuremberg e como foram tratados em nível doméstico e internacional. Tais

fatores evidenciam que a universalidade dos direitos humanos ainda não abrange completamente a orientação sexual e a identidade de gênero, mantendo-se criminalizadas e patologizadas em alguns estados, reflexo de lógicas coloniais e imperialistas persistentes.

Esse cenário expõe a constante necessidade de pensar nos direitos humanos não apenas como ponto de chegada, mas, particularmente, como ponto de partida¹⁵. Da mesma forma, pensar de que forma alguns localismos globalizados se universalizam e que, por isso, merecem reflexão para adequação histórica e contextualização geopolítica¹⁶. Aqui reivindicamos a necessidade de destacar como essa projeção incide em categorias como gênero, classe, sexualidade e raça, em uma perspectiva interseccional ao analisar os sistemas de subordinação e discriminação, bem como as políticas indutoras de opressão, que têm como consequência as situações de desvantagem e discriminação contra mulheres negras, por exemplo¹⁷. A interseccionalidade e a interdisciplinaridade tornam-se, por isso, fundamentais para a compreensão e a contextualização das categorias gênero e sexualidade como geopoliticamente localizadas^{18,19}, principalmente quando analisadas necessariamente em conjunto com outras categorias como raça e religião, entre outros marcadores que incidem sobre os corpos dos sujeitos ‘outros’; dos sujeitos ‘queer’.

A abordagem pós-colonial destaca a hegemonia da heteronormatividade, imposta pelo sistema colonial e imperialista, que influencia os padrões sociais e institucionais. Isso pode ser percebido, especialmente no continente africano, quando se analisa o papel dos atores coloniais europeus e a retórica moral para descrever atos homossexuais como não naturais ou pecaminosos no contexto dos códigos judaico-cristãos¹². No continente africano, as práticas homossexuais estavam presentes antes dos processos de colonização, o que não significa que eram plenamente aceitas, da forma como os processos de reconhecimento

de direitos sob a perspectiva liberal de direitos no ocidente se organizam. O que deve ser sublinhado é o impacto do colonialismo europeu sobre como as comunidades locais passaram a considerar a homossexualidade¹².

Sob essa perspectiva, observa-se como a heteronormatividade molda os padrões de aceitação, não apenas nos países imperialistas, mas especialmente nos países subjugados pelo imperialismo, mesmo após o reconhecimento da diversidade sexual e de gênero nos países dominadores. Isso levanta questões sobre como a bioética tende a refletir predominantemente perspectivas hegemônicas e a ignorar outras epistemologias subalternas. Portanto, torna-se relevante promover diálogos entre direitos humanos, bioética, gênero e sexualidade no contexto das relações internacionais, especialmente em sociedades marcadas por feridas coloniais.

O desenvolvimento da bioética no pós-Segunda Guerra Mundial: a invisibilidade da orientação sexual e da identidade de gênero

Ao partir dessas perspectivas e desse contexto, buscamos abordar gênero, sexualidade e bioética considerando as lacunas de contextualização histórica e (geo)política em muitos estudos bioéticos, que frequentemente negligenciam desigualdades de raça, gênero, classe e orientação sexual. A bioética surgiu como disciplina relativamente recente, em que se destaca a obra ‘Bioética: uma Ponte para o Futuro’, de Van Rensselaer Potter, publicada em 1971. Embora haja debate sobre seu surgimento em Madison ou Washington, nos Estados Unidos da América (EUA), é importante destacar sua origem ligada à pesquisa clínica e ao desenvolvimento científico, respondendo a dilemas morais da prática biomédica²⁰. Esse

período coincide com a intensa atividade de diversos movimentos sociais nos EUA, como os movimentos feminista, negro e pelos direitos das pessoas LGBTI+.

Apesar do Holocausto e das violações dos direitos humanos sob os regimes nazifascistas, com destaque para o genocídio de milhões de judeus, inclusive judeus LGBTI+, a realização de pesquisas com seres humanos de forma compulsória – e do posterior estabelecimento de um regime internacional de direitos humanos –, as desigualdades estruturais e as categorias como classe, raça, gênero e sexualidade ainda não foram plenamente consideradas na bioética como campo disciplinar. Nos EUA, após eventos de má prática na pesquisa com seres humanos, surgiu a necessidade de estabelecer princípios éticos para as pesquisas científicas²⁰.

O relatório Belmont, originado em 1978 por iniciativa do governo e congresso dos EUA, tem o propósito de universalizar princípios éticos para abordar dilemas morais na pesquisa científica, especialmente após irregularidades relacionadas com experimentações clínicas que ocorriam desde a Segunda Guerra Mundial. Os princípios de respeito pelo ser humano, beneficência e justiça são fundamentais, integrando tradições morais do Ocidente. A publicação desse relatório marcou a integração da bioética como campo disciplinar na esfera acadêmica²⁰.

A partir do relatório Belmont, Beauchamp e Childress propuseram que os conflitos morais poderiam ser analisados e resolvidos via princípios éticos. Nesse sentido, na obra ‘Princípios da ética biomédica’²¹, publicada em 1979, os autores defendem os princípios da autonomia, da beneficência, da justiça e da não maleficência para estruturarem sua teoria assentada nesses quatro vetores éticos. Essa teoria foi dominante no campo da bioética por quase duas décadas, ocasionando inclusive uma certa confusão com a própria disciplina. Ou seja, muitas vezes, dizer a bioética implicaria referenciar e defender o principialismo elaborado por Beauchamp e Childress²⁰.

Conforme mencionado, o papel da bioética principialista (ou principialismo) tornou-se uma vertente hegemônica da bioética, confundindo-se até mesmo com a própria disciplina²². De modo geral, o principialismo defendido por Beauchamp e Childress tem como escopo de análise principalmente a pesquisa clínica com seres humanos, bem como a própria atividade humana laborativa na prestação de serviços de saúde, o que envolve várias profissões ligadas à área de saúde. Inevitavelmente, como vem se construindo nos últimos anos, a bioética se apresenta como uma área de estudos interdisciplinar, em que se vinculam as perspectivas da ética aplicada, buscando reflexões sobre o comportamento humano em situações específicas, assim como a saúde coletiva – particularmente, para ponderar o impacto de determinadas decisões práticas e políticas no âmbito da sociedade.

Em linhas gerais, a perspectiva estadunidense sobre a bioética que se hegemonizou, em especial por meio da teoria principialista, não evidencia de forma significativa variáveis como a desigualdade social e econômica entre os grupos sociais, assim como os diversos níveis de percepção e de proteção dos direitos humanos e sua incidência nos processos decisórios. Dessa forma, torna-se evidente que a universalidade que não anuncia a sua origem e limites pode ocultar os chamados localismos globalizados¹⁶, entre os quais, categorias como gênero, classe, raça e orientação sexual que estão interconectadas de forma complexa.

Desse modo, a interdisciplinaridade como característica fundadora da bioética deve ser expandida e enriquecida a partir da adoção e da percepção de novas categorias e perspectivas subalternizadas em processos históricos, políticos e sociais, com base na análise das epistemologias hegemônicas em diálogo e/ou confronto com as epistemologias subalternas. É dessa forma que a localização geopolítica dos saberes e a perspectiva que parte de uma divisão inicial entre Norte Global e Sul Global

tornam-se relevantes para pensar em uma bioética mais democrática e que considere na sua fundamentação essa complexidade de elementos e categorias que, neste artigo, somam-se à bioética de inspiração feminista e aos estudos pós-coloniais.

Pretende-se, com isso, diferenciar esta abordagem daquela de inspiração estadunidense e que caracteriza a bioética principialista, qual seja: uma preocupação voltada ao modo de agir. Entendemos que a reflexão sobre a fundamentação é decisiva para que, de fato, a bioética considere outras variáveis sociopolíticas na sua definição, assim como outras categorias de análise importantes para a ampliação e a democratização dessa disciplina. O debate acerca da fundamentação do agir e do modo de agir certamente irá orientar as diferenciações entre múltiplas percepções da bioética, dentre as quais se destacam o principialismo fundamentado em uma perspectiva estadunidense e outras teorias que consideram as desigualdades como estruturantes da própria fundamentação.

Garrafa, Martorell e Nascimento²³ abordam críticas ao principialismo na bioética, com destaque para a confusão entre o principialismo com a própria bioética. Os autores destacam a supervalorização do princípio da autonomia, levando a um individualismo que desconsidera questões de coletividade e justiça social. Um exemplo ilustrativo é a indústria do termo de consentimento informado, em que a autonomia se torna mais uma formalidade do que um verdadeiro esclarecimento no processo decisório em pesquisas clínicas²³. Além disso, é discutido o ‘universalismo’ presente na bioética principialista, no qual se busca universalizar uma moralidade, ignorando particularidades culturais e diferenças entre grupos sociais. As críticas a partir do Sul buscam contextualizar a autonomia dentro de diferentes contextos culturais e enfatizam a necessidade de a bioética abordar não apenas conflitos biomédicos individuais, mas também questões globais e coletivas²³.

O debate sobre a fundamentação da bioética e a hegemonia da teoria principialista sobre a bioética passa a receber contribuições, em especial na América Latina, em que se busca considerar outras variáveis que incidem sobre a fundamentação da bioética, assim como os limites da bioética principialista. Destacam-se nesse cenário, dentre outras teorias, a bioética de proteção, a bioética de intervenção e a bioética de inspiração feminista que promovem um tensionamento epistemológico acerca de outras variáveis relevantes que devem ser consideradas pela bioética.

A bioética de inspiração feminista: aportes teóricos para uma bioética emancipatória

A partir dos anos 1990, a bioética de inspiração feminista, no contexto da terceira onda do feminismo, fincou as suas raízes nos debates bioéticos por meio de publicações que buscavam adicionar aos cânones da bioética outras categorias, como perspectivas de gênero e as desigualdades no âmbito social²⁴. Essas reflexões estavam ancoradas em trabalhos sobre ética feminina e feminista produzidas desde os anos 1960. É necessário destacar que, desde a sua origem, a bioética de inspiração feminista tinha por objetivo evidenciar as desigualdades sociais com destaque para as assimetrias de gênero e, conforme apontam as autoras, atuar como agente potencial de provocação dos pressupostos universalistas e abstratos da bioética principialista²⁴.

Salienta-se a importância de contextualizar a bioética considerando categorias como orientação sexual, gênero, identidade, raça e classe social, pois a falta de fundamentação a partir desses pressupostos amplia a invisibilidade e a vulnerabilidade de certos grupos, perpetuando desigualdades. As discriminações resultantes do cruzamento de opressões indicam que os

conflitos morais não podem ser resolvidos apenas com base em princípios como autonomia e liberdade. Portanto, é crucial situar esses princípios no contexto das desigualdades como variáveis estruturantes e indissociáveis dos indivíduos e seu poder de decisão.

A contextualização das características individuais revela motivos da desigualdade social e limitações para o exercício da autonomia e da liberdade, especialmente em sociedades latino-americanas com altos índices de desigualdade. Isso se reflete na disparidade de renda, acesso a saneamento básico, saúde, educação e alimentação de qualidade. A LGBTIfobia estrutural também contribui para o não reconhecimento das pessoas LGBTI+ como sujeitos de direitos, colocando-as em desvantagem social diante de uma perspectiva cis-heteronormativa de organização da sociedade e das suas instituições.

Reconhecemos, portanto, a necessidade do desenvolvimento de uma bioética crítica que incorpore na sua fundamentação a reflexão a respeito das desigualdades e das situações de opressão e de vulnerabilidade que incidem sobre os corpos sexo-gênero diversos, não hegemônicos e racializados, com o objetivo de verificar o grau de autonomia e liberdade nos processos decisórios, que entrecruzam não apenas o campo da bioética clínica, mas, sobretudo, da saúde coletiva e dos direitos humanos de forma geral. Essa incorporação é fundamental para tornar a bioética efetivamente emancipatória.

Destacamos que, na obra 'Feminism and bioethics: beyond reproduction', Susan Wolf²⁵ indica que a bioética feminista não se resume à discussão acerca da reprodução e procriação humana e seus efeitos na saúde da mulher em uma perspectiva da ética médica ou da bioética²⁵. Para além disso, a proposta de Wolf, além de outras autoras que compõem a obra em referência, busca enfatizar as relações entre o feminismo e a bioética a partir da preocupação a respeito da incorporação das perspectivas feministas em relação a diversas questões

estabelecidas no campo da bioética. Dessa forma, essas perspectivas problematizam as diversas abordagens bioéticas que têm por base o principialismo, bem como o utilitarismo ou as teorias de inspiração kantiana que não enfrentam, a partir de uma perspectiva política e social, o racismo, o machismo e as relações de classes que se apresentam como estruturais²⁵.

Esta abordagem torna-se de extrema relevância na medida em que as práticas médicas e bioéticas inserem-se também nesses contextos, afetando as vidas e o próprio exercício da autonomia das pessoas em situação de opressão e de vulnerabilidade. Na obra organizada por Wolf²⁵, fica evidente a intersecção das opressões quando se levam em consideração os impactos em mulheres negras de baixa renda a respeito do acesso ao sistema de saúde, dos processos decisórios e da autonomia sobre o corpo, especialmente em situações de gravidez e acesso a opções de aborto, assim como a prática de cesarianas em mulheres que desejam o parto natural²⁵.

A partir dessas proposições, é preciso refletir não apenas sobre a necessidade de incorporação, pela bioética, em sua fundamentação, de categorias como gênero, classe social e, especificamente, orientação sexual e identidade de gênero, mas, particularmente, problematizar quais princípios e valores informam a bioética. Ou seja, sobre qual fundamentação entende-se a bioética? Quem determina a bioética? Aqui destacamos uma vez mais como o contexto no qual se insere a definição de bioética pode ser não só importante, mas determinante para efetivamente enfrentar problemas relativos às desigualdades sociais que ainda se apresentam enquanto questões da agenda bioética contemporânea.

O contexto hegemônico, sobretudo em um cenário neoliberal cada vez mais excludente – no qual a saúde pública se organiza mundialmente sob a forma de grandes conglomerados e as pesquisas clínicas têm se pautado majoritariamente pelos processos decisórios que envolvem grupos empresariais e a *big pharma*

–, torna necessário pensar em uma bioética crítica e qual é sua orientação em relação à fundamentação escolhida.

Neste artigo, pretende-se refletir sobre as influências e o alcance da bioética de inspiração feminista, especialmente para pensar nas desigualdades em um viés da diversidade, que se vincula diretamente à identidade de gênero e à orientação sexual. As críticas endereçadas ao principalismo a partir de uma divisão Norte/Sul, e que leva em consideração a relação centro-periferia e os processos de colonialidade, confluem com as críticas e as constatações apresentadas pela bioética de inspiração feminista, evidenciando ainda um processo a ser construído para a pavimentação de novos rumos para a bioética. Nesse sentido, torna-se importante articular as contribuições da teoria queer acerca das críticas aos binarismos e da heteronormatividade como padrões de reconhecimento de direitos.

Confluências entre bioética e teoria queer: caminhos para a superação do binarismo

Os aportes teóricos oferecidos pela bioética de inspiração feminista contribuem para a discussão sobre a necessidade de desnaturalização do binarismo. A necessidade de entendimento de que o binarismo é uma construção cultural e histórica marcada pelas contribuições da civilização judaico-cristão ocidental torna-se relevante para a reflexão sobre os processos de colonização e de imperialismo que se expandem também para a colonização dos corpos e, como consequência, das orientações sexuais e das identidades de gênero, em especial na perspectiva do Estado e das instituições sociais.

Os anos 1990 representam um período de cruzamentos teórico-epistemológicos para diversas áreas do conhecimento. No movimento feminista, pode-se identificar, a partir

da obra de algumas autoras, a terceira onda; em contrapartida, começam a ser desenhadas algumas iniciativas antigênero a partir da atuação de membros do Vaticano e de teólogas/os²⁶; no campo da bioética, observa-se o desenvolvimento da bioética de inspiração feminista, em especial, a partir de contribuições da América Latina^{22,23}; e nos estudos queer, cabe destacar a conferência de Teresa de Lauretis na Universidade da Califórnia²⁷, que representa um marco ao discutir as sexualidades percebidas como patológicas em conjunto com outras categorias como gênero e raça, as quais, para esta pesquisa, adquirem fundamental importância.

A proposta de Lauretis pode ser resumida no papel que deveria ser desempenhado pela teoria queer, especificamente, de evidenciar discursos subalternizados nos debates e trabalhos sobre gênero e sexualidade²⁷. Ainda, a teoria queer teria como função dialogar com outras epistemologias e áreas do conhecimento ao mesmo tempo que desempenharia uma função política e de contestação da matriz teórica até então vigente e que organizava gênero e sexualidade enquanto categorias analíticas²⁷. Dessa forma, a teoria queer teria, desde a sua raiz, um caráter desestabilizador e contestador a respeito das vivências de gays e de lésbicas, bem como das perspectivas que se hegemonizaram e que ainda reproduziam e naturalizavam a branquitude e a heteronormatividade.

Paul Preciado provoca um diálogo e intersecções entre a teoria queer e a bioética a partir de um tensionamento das perspectivas que orientam estas teorias. Em ‘Testo Junkie’, publicado em 2008, Preciado autoetnografa suas experiências ao autoaplicar testosterona em forma de pomada em seu corpo pelo período de 236 dias, descrevendo os diversos sentimentos e experiências que são percebidos a partir dessa aplicação hormonal, além de contextualizá-las política e socialmente²⁸.

As contribuições de Preciado vão além de questionar o gênero e os processos de

subjetivação em contextos capitalistas/neoliberais. Preciado descreve o período pós-Segunda Guerra Mundial como ‘era farmacopornográfica’, marcado por mudanças na acumulação de riqueza e na sociedade pós-fordista²⁸. Destaca-se o avanço biotecnológico, incluindo o desenvolvimento de medicamentos pela indústria farmacêutica, como pílulas contraceptivas e tratamentos para disfunção erétil. O autor também analisa o uso estatal de hormônios femininos, como progesterona e estrogênio, como uma forma de normatização biopolítica, especialmente sobre corpos femininos²⁸.

Essas formas de governo e produção de corpos ocorrem sob o que Preciado denomina de biocapitalismo farmacopornográfico, contexto no qual se observa a construção das subjetividades por meio da ampliação biotecnológica, que se retroalimenta a partir das formas digitais de acesso à informação, estimulando o desejo relacionado com a modelação dos corpos por intermédio de cirurgias, do uso de hormônios, da aplicação de suplementos e próteses sintéticas, e da utilização de medicamentos e substâncias anestésicas e psicotrópicas. Esse contexto organiza não apenas a construção dos corpos, mas também os desejos e as formas de construção dos fetos²⁸. Tais perspectivas que entrelaçam os fundamentos da teoria queer, das teorias de gênero e da bioética propõem, sob outros paradigmas, a reflexão a respeito das essencializações e das biologizações que orientam os campos do conhecimento da tradição ocidental.

A partir das proposições de Preciado, podemos questionar as implicações bioéticas e, nesse sentido, o próprio papel da bioética na reiteração e na afirmação da cis-heteronormatividade ou, de outra forma, na construção de um potencial emancipatório dos corpos e identidades cis-heterodissidentes. Conforme se verifica historicamente, e nesse contexto de binariedade e de neoliberalismo, como governamentalidade e gestão dos corpos e desejos especialmente a partir das proposições

de Michel Foucault, algumas situações evidenciam os conflitos bioéticos no contexto da orientação sexual e da identidade de gênero.

Pensar em uma bioética queer, transviada, marica, bixa ou mesmo seu desdobramento de ‘queer’ em ‘cuir’ a partir de uma reestruturação terminológica desde o Sul/América Latina, em um contexto pós-colonial, implica contestar as formas de hegemonia, de universalização e de normalização, o que converge com as propostas de Vidarte²⁹. Suas proposições tornam-se fundamentais para pensar em uma (bio)ética queer e, com isso, ampliar não somente os espaços de aplicações do pensamento bioético, mas forjar uma fundamentação bioética que já possua, desde sua base, a consideração moral do corpo, sujeito e subjetividade queer, transviada, bixa, sexo-gênero diversa.

Nesse sentido, torna-se necessário pensar em uma (bio)ética localizada, na medida em que a ideia de universalismo inevitavelmente está relacionada com a LGBTIfobia e suas opressões estruturais. Uma (bio)ética bixa/queer deve ter na sua fundamentação a reflexão sobre as identidades e subjetividades da população LGBTI+ como estruturantes, de forma a opor-se à homofobia estrutural. É neste sentido que essa (bio)ética queer deve interseccionar-se em uma perspectiva antirracista, antifascista e anticapacitista em sua estrutura, de modo a evidenciar os privilégios que interseccionam diversas categorias, como raça, gênero e classe social. A (bio)ética queer deve ser antineoliberal por excelência²⁹.

A proposta de Vidarte²⁹ e sua crítica ao universalismo e ao sujeito abstrato exemplificam-se no que ele denomina de homofobia ideal e homofobia real. Nesse sentido, a homofobia ideal é aquela que atinge a pessoa LGBTI+ de forma abstrata. A homofobia real pode ser entendida como aquela localizada que deve ser contextualizada territorial, econômica e racialmente. Essa diferenciação entre homofobia ideal e homofobia real permite que se observem as formas de opressão que incidem sobre os sujeitos LGBTI+ e que não se limitam

apenas à questão da orientação sexual ou da identidade de gênero, mas se potencializam a partir do território, da classe social e da raça.

Nessa perspectiva, cumpre também destacar a crítica ao neoconservadorismo entre pessoas LGBTI+, em particular em um contexto de mercantilização à luz do neoliberalismo dessas orientações sexuais e identidades de gênero. A perspectiva liberal e econômica sobre a promoção dos direitos LGBTI+ sobrepõe inevitavelmente a ideia de indivíduo à ideia de coletividade. O rompimento das opressões²⁹ dirige-se de forma contrária, pois deve se estabelecer no reforço à ideia de coletividade como possibilidade para valorização do indivíduo.

Essa perspectiva ecoa as ideias de Jasbir Puar^{18,19}, especificamente, no contexto da incorporação das pessoas LGBTI+ pelo Estado-Nação e do neoliberalismo que influencia esses processos. O homonacionalismo determina quais corpos serão reconhecidos pelo Estado-Nação. Corpos queer não binários e não brancos frequentemente não se enquadram nesse reconhecimento devido a padrões de inteligibilidade e pertencimento. As interseções de gênero, raça e nacionalidade, nessa lógica, são cruciais para determinar quem será reconhecido como parte da comunidade LGBTI+.

Embora Puar se concentre na análise do homonacionalismo nos EUA^{18,19}, seus aportes são relevantes neste contexto, em que as perspectivas hegemônicas da bioética e dos debates sobre teoria queer são predominantemente influenciadas pelo Norte Global, especialmente pelos EUA. A influência cultural e econômica dos EUA também pode ser vista na disseminação de padrões de homonacionalismo para além de suas fronteiras, assumindo formas de neoimperialismo.

Considerações finais

No presente artigo, nossa proposta é contribuir para uma aproximação entre a bioética

e a teoria queer a partir de uma perspectiva pós-colonial. A laicidade enquanto princípio estruturante da bioética em contraposição a uma visão/compreensão religiosa da bioética implica algumas reflexões. Assim, cabe indagar: em que medida a bioética tradicional que se intitula laica consegue lidar com todos os elementos e categorias que conformam a proposta bioética? Nesse sentido, torna-se imperativo refletir sobre processos de reparação histórica em uma perspectiva bioética em que se identifique o binarismo como um ponto-chave a ser superado para que, efetivamente, construa-se uma bioética crítica que traga para sua fundamentação a diversidade sexual e de gênero.

A perseguição às pessoas LGBTI+ nos regimes nazifascistas exemplifica um macroprojeto eugenista que negava reconhecimento de direitos e proteção à vida a certos grupos. Na atualidade, a criminalização global de pessoas LGBTI+ ainda é comum, evidenciada por leis restritivas em vários países. Nos EUA, projetos de lei visam impedir avanços nos direitos das pessoas trans³⁰, refletindo hostilidade social e institucional. Em Uganda, legislação recente impõe penas de prisão, incluindo a pena de morte, para pessoas LGBTI+³¹, ilustrando a repressão estatal com base na orientação sexual e na identidade de gênero. A proibição das paradas do orgulho LGBTI+ na Rússia³² e a ameaça de prisão pela exibição da bandeira do arco-íris mostram como as liberdades individuais estão sob ataque globalmente. No Brasil, a recente discussão sobre a proibição do casamento entre pessoas do mesmo sexo³³ reflete opiniões conservadoras que negam direitos fundamentais com base na orientação sexual. Esses exemplos destacam a urgente necessidade de uma análise dessas questões a partir de uma perspectiva bioética, oferecendo uma estrutura ética para examinar políticas e práticas que afetam a vida e a dignidade das pessoas LGBTI+.

O surgimento da bioética feminista destaca lacunas nas abordagens bioéticas seculares,

que não lidam adequadamente com questões de desigualdade e opressão. A simples alegação de laicidade não é suficiente para incorporar essas complexidades. É fundamental que a bioética se declare também feminista, antirracista, antiLGBTIfóbica e antineoliberal para abordar eficazmente os desafios enfrentados por pessoas em situação de vulnerabilidade. A ausência de uma base bioética fundamentada em desigualdades e opressões pode perpetuar a exclusão e a vulnerabilidade social.

Fenômenos como a ascensão do nazismo, do fascismo e a dominação colonial na África ressaltam a importância de fortalecer as instituições democráticas e a participação de grupos historicamente excluídos. Caso contrário, esses grupos podem ser instrumentalizados e ter suas vidas menosprezadas mesmo em cenários democráticos. No contexto dos regimes democráticos e de fortalecimento dos direitos humanos, torna-se cada vez mais necessária a discussão da fundamentação desses direitos e da sua universalidade.

Mesmo após o surgimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o binômio patologização e criminalização ainda ameaça as orientações sexuais e as identidades de gênero não normativas, exigindo uma abordagem bioética comprometida com os direitos humanos e a democracia. A confluência desses múltiplos saberes aponta para a necessidade de desenvolvimento e fortalecimento da interdisciplinaridade e da interseccionalidade entre as ciências da saúde/biomédicas e as ciências sociais e humanas como um rico manancial de contribuições que podem constituir teoricamente um referencial de análise importante em uma perspectiva bioética, de forma a situar sujeitos, corpos e territórios, historicamente e socialmente, sem a setorialização ou o recorte que criam artificialidades que vão se naturalizando na pesquisa científica e que se perpetuam ao longo do tempo como verdade imutável. A identificação das desigualdades e das opressões é essencial para contextualizar a sociedade e os indivíduos, considerando suas complexidades e fatores históricos e sociais.

Uma bioética pós-colonial deve evidenciar as categorias historicamente subalternizadas, desafiando as perspectivas hegemônicas. Nesse sentido, os estudos queer contribuem para essas reflexões na medida em que questionam a binariedade cultural e historicamente construída.

Alguns exemplos incluem a necessidade de definir o gênero/sexo de bebês ao nascer, afetando os direitos de pessoas intersexo; a patologização de orientações e identidades heterodiscordantes; e a criminalização de médicos pela realização de cirurgias pioneiras de transgenitalização nos anos 1970, no Brasil, acusados de provocar mutilações devido à falta de reconhecimento dessas cirurgias na época. Como promover uma bioética emancipatória diante da heteronormatividade e do binarismo nas práticas médicas e no reconhecimento de direitos humanos? Observa-se ainda a criminalização das orientações sexuais e das identidades de gênero heterodiscordantes em muitos países, assim como a patologização das transgeneridades e a falta de reconhecimento dos direitos das famílias LGBTI+. Essas questões destacam a necessidade de políticas públicas específicas para proteger essa população, tanto em nível doméstico quanto internacional.

Um exemplo claro é a instrumentalização da agenda LGBTI+ para a criação de pânico moral, como as *fake news* veiculadas durante a campanha presidencial no Brasil em 2018, sobre ‘mameadeiras em formato de pênis’ supostamente distribuídas pelo Partido dos Trabalhadores. Da mesma forma, a criação da ‘ideologia de gênero’ que se opõe às teorias que questionam a naturalização do gênero. O recurso à ‘ideologia de gênero’, que pode ser entendido como um dispositivo discursivo de caráter (bio)político e bioético³⁴, tem influenciado debates sobre direitos sexuais e reprodutivos, educação sobre orientação sexual e identidade de gênero, e adoção por famílias LGBTI+. Tais questões inevitavelmente convocam a bioética enquanto campo disciplinar, pois incidem sobre o reconhecimento

de quais pessoas merecem proteção legal e, ao não possuírem esse reconhecimento jurídico, político e social, não conseguem exercer com autonomia e liberdade a gestão das suas próprias existências. Além disso, o impacto na saúde mental de crianças e adolescentes inclui o *bullying* LGBTIfóbico, o desrespeito ao nome social e a falta de discussão de gênero e sexualidade nas escolas. Assim, é fundamental capacitar não apenas profissionais da educação, mas também da área de saúde, integrando gênero e sexualidade à bioética e à saúde coletiva em vez de tratá-los como disciplinas isoladas.

Pensar em uma bioética queer implica deslocar os debates e fundamentos da bioética da esfera clínica-hospitalar-laboratorial e trazê-la ao nível da rua, dos conflitos, das disputas e das formas de segregação humana estruturadas socialmente em complexos processos histórico-políticos. A contextualização da bioética em uma perspectiva da democracia, dos direitos humanos e das relações internacionais em que se evidenciam as categorias da diversidade sexual e de gênero permite

desenhar os cenários que se conformam para a bioética enquanto disciplina, em contextos em que esses elementos estão presentes e, por outro lado, quando esses direitos/categorias sofrem restrições.

Estas reflexões buscam apontar a necessidade de articulação da bioética com categorias e instituições diversas e desnaturalizar a ideia de recorte epistemológico ou de distanciamento da bioética da sociedade. O isolamento dessa disciplina de outras categorias, portanto, conduz, ainda que de forma indireta, à reiteração das desigualdades sociais e das discriminações.

Colaboradores

Carvalho HR (0000-0001-6366-1971)* contribuiu para concepção, elaboração, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Oliveira FAG (0000-0002-0275-6595)* contribuiu para elaboração e revisões do manuscrito. ■

Referências

1. Coker A. Film as Historical Method in Black Studies: Documenting the African Experience. In: Kete MA, Karenga M. Handbook of Black Studies. California: SAGE Publications, Inc.; 2006 [acesso em 2023 nov 16]. p. 352-366. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4135/9781412982696.n25>.
2. Milani MC. Estado Livre do Congo: imperialismo, a roedura geopolítica (1885-1908). [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2011. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/d.8.2011.tde-26042013-095008>.
3. Lindqvist S. "Exterminate all the brutes": One man's odyssey into the heart of darkness and the origins of European genocide. New York: The New Press; 2021.
4. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: N-1 Edições; 2021.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Golightley S. 'I'm Gay! I'm Gay! I'm Gay! I'm a Homosexual!': overt and covert conversion therapy practices in therapeutic boarding schools. *Br. J. Soc. Work.* 2023; 53(3):1426-1244.
6. Tillewein H, Kruse-Diehr AJ. The impact of sexual orientation conversion therapies on transgender individuals. *Psychol. Sex.* 2023; 14(4):676-688.
7. Adelson BM. *The Lives of Dwarfs: Their Journey from Public Curiosity Toward Social Liberation.* New Jersey: Rutgers University Press; 2005.
8. Vansuch B. Mengele's ethics: an analytical approach to understanding Josef Mengele's motives. [tese]. Washington, DC: Georgetown University; 2011.
9. Röhl W. Homosexual inmates in the buchenwald concentration camp. *J. Homosex.* 1996; 31(4):1-28.
10. Annas G, Grodin M. The nuremberg code. In: Emanuel EJ, Grady CC, Crouch RA, et al., editores. *The Oxford textbook of clinical research ethics.* New York: Oxford University Press; 2008. p. 136-140
11. Euchner EM. *Morality politics in a secular age: strategic parties and divided governments in Europe.* New York: Springer; 2019.
12. Han E, O'Mahoney J. British colonialism and the criminalization of homosexuality. *Camb. Rev. Int. Aff.* 2014; 27(2):268-288.
13. Bowen JP. Alan Turing: Founder of Computer Science. In: Bowen J, Liu Z, Zhang Z, editores. *Engineering Trustworthy Software Systems.* Cham: Springer International Publishing; 2017 [acesso em 2023 nov 16]. p. 1-15. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-56841-6_1.
14. Doan L. Queer history queer memory: the case of Alan Turing. *GLQ.* 2017; 23(1):113-136.
15. Herrera Flores J. *A (re) invenção dos direitos humanos.* Florianópolis: Fundação Boiteux; 2009.
16. Santos BS. *A globalização e as ciências sociais.* São Paulo: Cortez; 2005.
17. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev. Estud. Fem.* 2002; 10(1):171-188.
18. Puar JK. *Terrorist assemblages: homonationalism in queer times.* London: Duke University Press; 2017.
19. Puar J. Rethinking Homonationalism. *Int. J. Middle East Stud.* 2013; 45(2):336-339.
20. Diniz D, Guilhem D. *O que é bioética.* São Paulo: Brasiliense; 2002.
21. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* New York: Oxford University Press; 2001.
22. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. *Bioética para profissionais da saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz; 2009.
23. Garrafa V, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao princípalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. *Saúde Soc.* 2016; 25(2):442-451.
24. Diniz D, Guilhem D. Feminismo, bioética e vulnerabilidade. *Est. Fem.* 2000; 8(1):237-244.
25. Wolf SM. *Feminism & bioethics: beyond reproduction.* New York: Oxford University Press; 1996.
26. Corrêa S. A "política do gênero": um comentário genealógico. *Cad. Pagu.* 2018; (53):e185301.
27. Lauretis, T. Queer theory: lesbian and gay sexualities an introduction. *Differences.* 1991 [acesso em 2023 nov 16]; 3(2):3-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1215/10407391-3-2-iii>.
28. Preciado P. *Testo junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica.* São Paulo: N-1 Edições; 2018.

29. Vidarte P. *Ética Bixa: Proclamações libertárias para uma militância LGBTQ*. São Paulo: N-1 Edições; 2020.
30. Paiva P. *População LGBTQIA+ Sob Ataque Nos Estados Unidos*. Híbrida. 2023. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em: <https://revistahibrida.com.br/mundo/eua-drag-queen-lei-anti-lgbtqia/>.
31. Reuters D. *Uganda promulga lei anti-LGBTQ que inclui pena de morte*. CNN Brasil. 2023 maio 29. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/uganda-promulga-lei-anti-lgbtq-que-inclui-pena-de-morte/>.
32. Thomas Kristen L. *We're Here, We're Queer, Get Used to It: Freedom of Assembly and Gay Pride in Alekseyev v. Russia*. *Or. Rev. Int. Law*. 2012; 14:473-508.
33. Buss G. *Comissão adia votação que pode proibir união civil homoafetiva* [Internet]. *Poder 360*. 2023 set 5. [acesso em 2023 nov 16]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/congresso/comissao-adia-votacao-que-pode-proibir-uniao-civil-homoafetiva>.
34. Carvalho HR, Oliveira FAG. *A ideologia de gênero como dispositivo bioético político: políticas antigênero no Brasil, o crescimento da extrema direita e o papel contramajoritário do Supremo Tribunal Federal*. *Rev. Bras. Estud. Homocult.* (no prelo) 2023.

Recebido em 21/11/2023

Aprovado em 20/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Girianelli

Vulnerabilidade programática sob a perspectiva de profissionais e pessoas idosas LGBTQIA+: uma revisão de escopo

Programmatic vulnerability from the perspective of LGBTQIA+ professionals and older people: a scoping review

Fabiana Maria Rodrigues Lopes Oliveira¹, Ana Márcia Nóbrega Dantas², Gabriela Lisieux Lima Gomes¹, Renata Clemente dos Santos-Rodrigues³, Fernanda Kelly Oliveira de Albuquerque¹, Keylla Talitha Fernandes Barbosa³

DOI: 10.1590/2358-28982023E19073P

RESUMO A vulnerabilidade programática diz respeito a acesso e utilização dos recursos de saúde, como programas direcionados a prevenção, assistência e reabilitação de saúde. Para a pessoa idosa LGBTQIA+, as questões de vulnerabilidade são ainda mais significativas, uma vez que o referido grupo enfrenta outras questões de cunho social que refletem no preparo dos profissionais ante o atendimento nos serviços de saúde. Objetivou-se mapear a ocorrência da vulnerabilidade programática de pessoas idosas LGBTQIA+. Trata-se de uma revisão de escopo, orientada pelas recomendações JBI mediante o mnemônico P (Idosos LGBTQIA+), C (vulnerabilidade) e C (programas de atenção à saúde). Os documentos foram analisados qualitativamente com suporte do software Interface de R, IRaMuTeQ. Foram identificadas duas categorias temáticas: A construção do cuidado integral: o papel das instituições de saúde e social no desenvolvimento de ações voltadas para as necessidades da pessoa idosa LGBTQIA+; Vulnerabilidade programática: lacunas no cuidado à pessoa idosa pertencente a minorias sexuais. O presente estudo permitiu identificar que as pessoas idosas LGBTQIA+ podem vivenciar situações de vulnerabilidade programática, sobretudo nos serviços de saúde, instituições de longa permanência e nos atendimentos ofertados pelos profissionais de saúde, sob a ótica do estigma e preconceito.

PALAVRAS-CHAVE Vulnerabilidade a desastres. Idoso. Minorias sexuais e de gênero.

ABSTRACT *Programmatic vulnerability concerns access to and use of health resources, such as programs aimed at health prevention, care, and rehabilitation. For LGBTQIA+ older people, vulnerability issues are even more significant, since that group faces other social issues that reflect on the preparation of professionals to provide care in health services. The aim was to map the occurrence of programmatic vulnerability among LGBTQIA+ older people. This is a scoping review, guided by the JBI recommendations using the mnemonic P (LGBTQIA+ older people), C (vulnerability), and C (healthcare programs). The documents were analyzed qualitatively using the R Interface software, IRaMuTeQ. Two thematic categories were identified: The construction of comprehensive care: the role of health and social institutions in developing actions aimed at the needs of LGBTQIA+ older people; Programmatic vulnerability: gaps in care for older people belonging to sexual minorities. This study identified that situations of vulnerability are more evident in health services, long-term care institutions, and in care provided by health professionals, suffering from stigma and prejudice.*

KEYWORDS *Disaster vulnerability. Aged. Sexual and gender minorities.*

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil. fabianarodriguesenf@yahoo.com.br

²Universidade de Pernambuco (UPE) - Ouricuri (PE), Brasil.

³Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campina Grande (PB), Brasil.



Introdução

O envelhecimento humano é um processo fisiológico que impõe alterações diversas, como danos moleculares, celulares e comportamentais que repercutem no contexto psicossocial e na qualidade de vida do indivíduo. No Brasil, o número de pessoas com 60 anos ou mais chegou a 15,6% da população no ano de 2022, com alta de 56% em relação ao ano de 2010, de modo que o Índice de envelhecimento chegou a 80 (com 80 pessoas idosas para cada 100 crianças de 0 a 14 anos)¹.

Ao considerar que o envelhecimento não é um processo homogêneo, uma vez que depende dos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais nos quais o indivíduo está inserido, é oportuno pontuar que há diferenças na forma de envelhecer. Nesse contexto, destaca-se a população idosa LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexual e identidades de gêneros e orientações sexuais que não se encaixam no padrão cis-heteronormativo, mas que não aparecem em destaque antes do símbolo), que vem representando um aumento quantitativo significativo diante da população idosa geral.

Estudos apontam que, até 2030, o número de idosos gays, lésbicas, bissexuais e transexuais nos Estados Unidos da América (EUA) duplicará. Estima-se que os adultos LGBTQIA+ representem cerca de 3% a 4% da população adulta geral nesse país, no entanto, o envelhecimento associado com o cenário histórico-cultural de marginalização e discriminação aumentam a vulnerabilidade quanto se trata dos idosos LGBTQIA+, tornando-os invisíveis no contexto da sociedade estaduniense².

Entre outros aspectos, o envelhecimento culmina com o aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa, que pode ser refletida pela ausência de condições para reagir a algum tipo de ameaça, perigo ou violência³. Trata-se do estado em que indivíduos ou grupos específicos têm a sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses, uma

vez que há déficits de poder, inteligência, educação, recursos, forças ou outros atributos⁴.

Na perspectiva de Ayres et al.⁵, a vulnerabilidade pode ser vista sob três categorias: individual, social e programática. Neste estudo, será enfatizada a vulnerabilidade programática que compreende os recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo em relação aos riscos de integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. Consiste no plano que busca fornecer subsídios para a concepção de estratégias que visem melhorar a assistência direcionada ao idoso, atendendo às diretrizes do Sistema Único de Saúde⁶.

Ao ter em conta esse contexto para a pessoa idosa LGBTQIA+, as questões de vulnerabilidade são ainda mais significativas, uma vez que, além do processo de envelhecimento, o referido grupo enfrenta outras questões de cunho social que refletem no preparo dos profissionais ante o atendimento nos serviços de saúde. A invisibilidade em relação à sexualidade da pessoa idosa, somada aos desafios únicos e específicos enfrentados pela população LGBTQIA+, suscita discussões sobre o impacto dos serviços de atenção à saúde na manutenção do envelhecimento ativo e saudável. É importante pontuar que, além do atendimento profissional, a vulnerabilidade programática diz respeito ao acesso e à utilização dos recursos de saúde, tais como programas direcionados à prevenção, à assistência e à reabilitação de saúde⁶.

Pesquisa que permitiu identificar estratégias para auxiliar o acesso e desenvolver uma prática culturalmente competente com idosos LGBTQIA+ ante os serviços de saúde pontuou: a necessidade de mudanças de atitudes pessoais e profissionais em relação à orientação sexual, à identidade de gênero e à idade dos usuários; a compreensão acerca do contexto social e cultural dos idosos LGBTQIA+; a distinção de semelhanças e diferenças dentro dos subgrupos; o uso de uma linguagem apropriada para trabalhar com o referido público; a compreensão sobre a marginalização dos idosos LGBTQIA+ nos programas e serviços de

saúde; e o entendimento sobre a necessidade de melhorar o acesso dos idosos LGBTQIA+ e das suas famílias aos serviços sociais, de envelhecimento e de saúde².

Nesse ínterim – e considerando que o processo de envelhecimento influencia, sobremaneira, a manutenção da saúde da pessoa idosa –, as questões relacionadas com a vulnerabilidade programática da pessoa idosa LGBTQIA+ merecem destaque diante dos programas de atenção à saúde, uma vez que a orientação sexual e a identidade de gênero são frequentemente negligenciadas na prestação de serviços ou nas etapas de formação dos profissionais que atuam com o referido público.

Diante do exposto, delimitou-se como objetivo do estudo: mapear a ocorrência da vulnerabilidade programática de pessoas idosas LGBTQIA+.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de revisão de escopo (*scoping review*), orientado, preestabelecido e estruturado pelas recomendações do Institute Reviewer's Manual (JBI)⁷ e pelo PRISMA-ScR para revisões⁸. Conforme recomendado pelo JBI, a referida revisão foi desenvolvida por meio de um protocolo registrado no Open Science Framework (<https://osf.io/e49m2>), identificação doi: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/E49M2>.

As questões norteadoras foram determinadas por meio da combinação mnemônica PCC, no qual o P (*population*) – idosos LGBTQIA+; C (*concept*) – vulnerabilidade; e C (*context*) – programas de atenção à saúde, gerando então as seguintes indagações: quais as vulnerabilidades relacionadas com os programas de atenção à saúde destinados a pessoas idosas LGBTQIA+? Qual é a percepção dos profissionais e das pessoas idosas LGBTQIA+ sobre os serviços de atenção à saúde?

Mediante a definição da combinação mnemônica do PCC e das questões norteadoras, foram determinados como critérios

de elegibilidade: artigos ou documentos que abordam a vulnerabilidade de pessoas idosas LGBTQIA+, disponíveis na íntegra. Não foi determinado recorte temporal ou idiomático, e foram excluídos aqueles que estavam duplicados em mais de uma base de dados.

O levantamento dos estudos na literatura foi realizado entre outubro e novembro de 2023, por dois pesquisadores, de forma independente. Conforme recomendação do JBI, foi elaborada inicialmente uma triagem em duas bases de dados, a PubMed e a Journals OVID Full Text, por meio das combinações: [(Idoso) AND (Minorias Sexuais e de Gênero) AND (Vulnerabilidade em saúde) AND (Serviços de Saúde)] e [(Aged) AND (*Sexual and Gender Minorities*) AND (*Health vulnerability*) AND (*Health Services*)]. Para tanto, foram analisados os descritores, os títulos, assim como os resumos dos artigos, a fim de elaborar as estratégias de busca.

Após a primeira busca nas bases de dados supracitadas, foi elaborada a estratégia de pesquisa com o objetivo de identificar a produção acadêmica disponível. Dessa forma, utilizaram-se as seguintes palavras-chave combinadas por operadores booleanos AND e OR: [(Envelhecimento) OR (Idoso) OR (Adultos mais velhos) AND ((Má resultado de saúde) (Abuso de álcool) OR (Uso de substâncias) OR (Covid-19) OR (Determinantes de saúde) OR (Estresse psicológico) OR (Promoção à saúde) OR (Vacinação) OR (Consciência de classe) OR (Cuidado à saúde mental) OR (Estigma estrutural) OR (Depressão) OR (Suicídio) OR (Solidão) OR (Necessidades de saúde) OR (Disparidades de saúde) OR (Competências do cuidado em saúde) OR (Saúde e bem-estar) OR (Competência cultural)) AND ((Discriminação) OR (Minoria sexual) OR (LGBT saúde) OR (Identidade de gênero) OR (Orientação sexual) OR (Transgênero) OR (Gênero diversificado) OR (Atividade sexual) OR (Bisexual) OR (Gay) OR (Homem que fazem sexo com outro homem) OR (Comportamento sexual))].

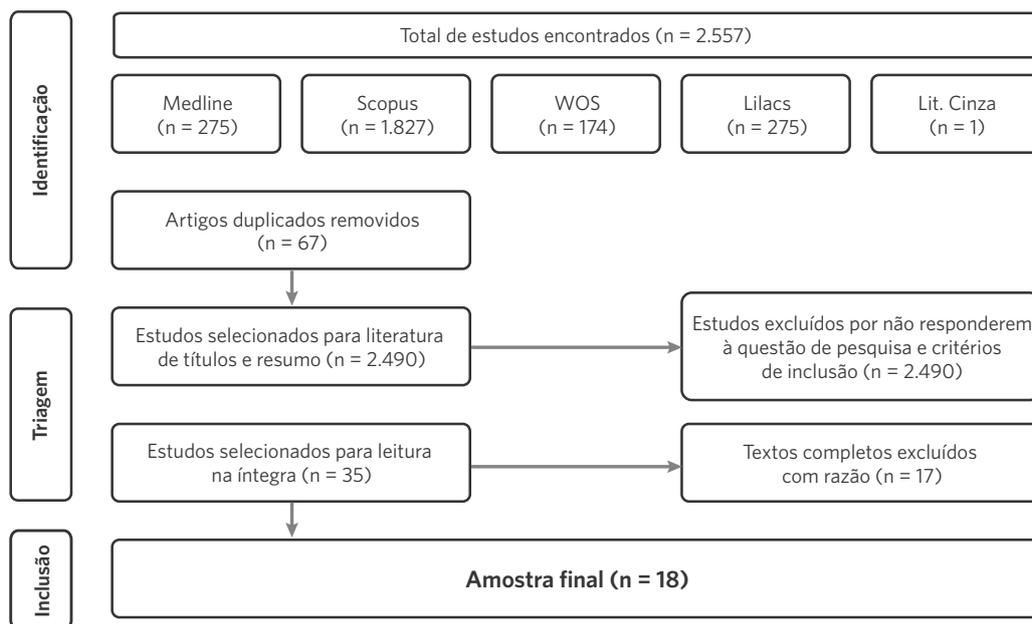
A segunda busca foi realizada nas bases de dados: Medline via PubMed, Scopus (Elsevier), Web of Science (WOS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). As evidências classificadas como literatura cinza foram investigadas no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Por fim, foi feita uma lista de referência dos documentos selecionados no intuito de identificar novos documentos.

Após a busca, os dados foram agrupados e exportados para o Rayyan, um aplicativo on-line desenvolvido pela Qatar Computing Research Institute, que permite organizar e selecionar os artigos. É oportuno ressaltar que estudos identificados em mais uma base de dados foram considerados apenas uma vez

conforme o ordenamento da análise. Já no caso dos artigos que receberam avaliações divergentes quanto à pertinência, um terceiro avaliador foi convidado para analisá-los e dirimir possíveis dúvidas.

Inicialmente, identificaram-se 2.557 estudos; após a leitura dos títulos, 125 foram selecionados por sugerir aproximação com a temática em estudo. Posteriormente, foi realizada avaliação exhaustiva dos resumos, o que resultou em 35 artigos que foram lidos na íntegra, sendo então selecionados 18 estudos que atendiam aos objetivos da revisão. Foram excluídos todos os estudos que não contemplassem o objetivo proposto, assim como aqueles indisponíveis na íntegra e duplicados em mais de uma base de dados conforme apresentado na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma adaptado do PRISMA para revisão de escopo, seleção do estudo, processo de inclusão e seleção dos resultados. Brasil, 2023



Fonte: adaptado de Tricco et al.⁸.

A extração dos dados se deu mediante um instrumento estruturado desenvolvido pelos revisores que incluiu informações sobre a publicação, tais como autores, título do artigo, ano de publicação, país em que foi desenvolvido, periódico e tipo de estudo. Ademais, foram agrupadas as evidências que sugerem vulnerabilidade programática e as implicações para a saúde da pessoa idosa. A vulnerabilidade em saúde é observada por diversas facetas, uma vez que é considerada um constructo multidimensional. Dessa forma, optou-se por utilizar como suporte teórico o estudo desenvolvido por Ayres et al.⁵, que busca compreender a vulnerabilidade como uma síntese das dimensões física, social e programática, considerados distintos, porém indissociáveis. As informações foram inseridas em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel®, subsidiando a síntese e a descrição dos resultados conforme o objetivo do presente estudo.

Os dados coletados referentes à vulnerabilidade programática identificados nos manuscritos selecionados na amostra foram compilados em formato de *corpus* textual e processado no IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0,7 alpha 2⁹, por meio da análise de similitude e a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

A CHD realiza ajuntamentos dentro do *corpus* textual e possibilita a formação de

classes de acordo com a associação das palavras; estas, por sua vez, são formadas por Segmentos de Textos (ST) conforme seu vocabulário, formação de matrizes cruzadas (X^2) e determinação das frequências em que se desdobram as ocorrências⁹. A associação da palavra com a classe foi determinada p-valor $< 0,05$ ou $x^2 < 3,80$.

As classes receberam análise crítica dos achados evidenciados seguindo a abordagem qualitativa, subsidiada pela análise categorial temática proposta por Bardin¹⁰, que consiste nas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento das evidências obtidas, interpretando-as. Ressalta-se que, conforme os preceitos da técnica, as categorias que emergiram seguem o princípio da exclusão mútua, exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência¹⁰.

Resultados

Compuseram a amostra: 18 artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade para atender às questões norteadoras. Destes, a maioria foi escrita no ano de 2014 (22,2%), desenvolvida nos EUA (50%) e com abordagem qualitativa (50%) conforme demonstrado no *quadro 1*¹¹⁻²⁷. É oportuno ressaltar que nenhum dos estudos levantados foi produzido no Brasil.

Quadro 1. Características dos artigos incluídos na revisão de escopo. Brasil, 2023

ID	Autor	Título (no idioma do artigo)	Ano	País	Tipo de estudo
A1	Lampe NM, Barbee H, Tran NM, et al. ¹¹	Health Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Older Adults: A Structural Competency Approach	2023	Estados Unidos	Revisão integrativa
A2	Roe L, Galvin M ¹²	Providing inclusive, person-centred care for LGBT+ older adults: A discussion on health and social care design and delivery	2021	Irlanda	Reflexão teórica
A3	Adan M, Scribani M, Tallman N, et al. ¹³	Worry and Wisdom: A Qualitative Study of Transgender Elders' Perspectives on Aging	2021	Estados Unidos	Descritivo qualitativo
A4	Knochel KA, Flunker D ¹⁴	Long-Term Care Expectations and Plans of Transgender and Nonbinary Older Adults	2021	Estados Unidos	Descritivo qualitativo

Quadro 1. Características dos artigos incluídos na revisão de escopo. Brasil, 2023

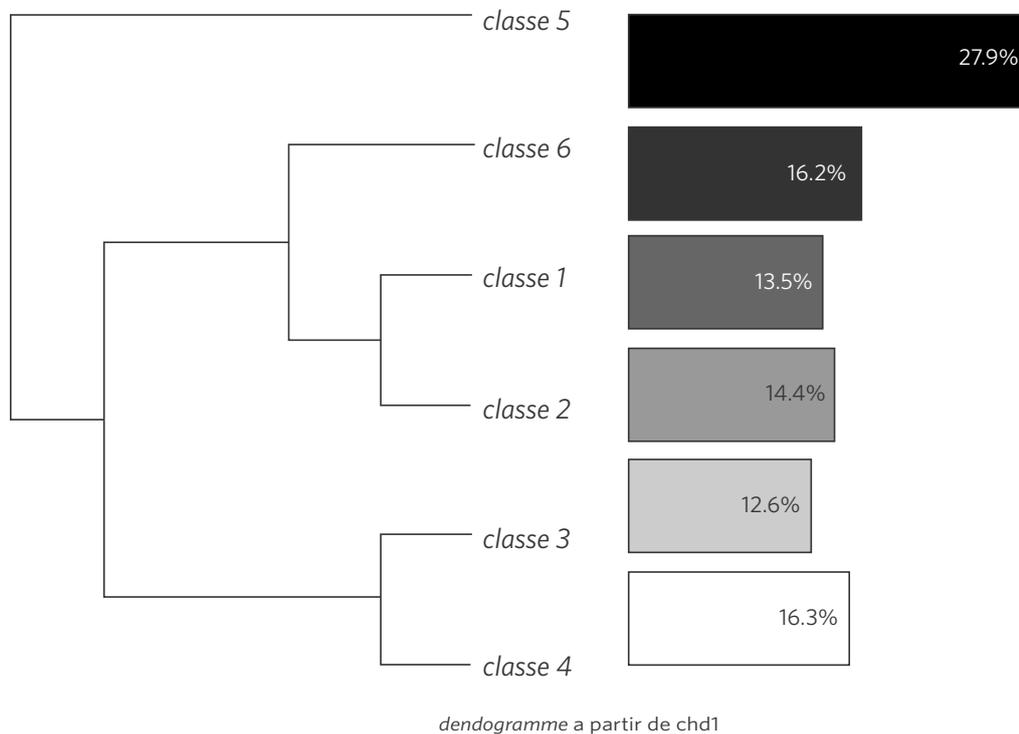
ID	Autor	Título (no idioma do artigo)	Ano	País	Tipo de estudo
A5	Wirth M ¹⁵	Demand for Space: Elderly Transgender and Gender Nonconforming People, Healthcare, and Theological Ethics.	2020	Suíça	Revisão integrativa
A6	Waling A, Lyons A, Alba B, et al. ¹⁶	Trans Women's Perceptions of Residential Aged Care in Australia	2020	Austrália	Descritivo qualitativo
A7	Westwood S, Willis P, Fish J, et al. ¹⁷	Older LGBT+ Health Inequalities in the United Kingdom: Setting a Research Agenda	2020	Reino Unido	Reflexão teórica
A8	Waling A, Lyons A, Alba B, et al. ¹⁸	Experiences and perceptions of residential and home care services among older lesbian women and gay men in Australia	2019	Austrália	Descritivo qualitativo
A9	Kortes-Miller K, Boulé J, Wilson K, et al. ¹⁹	Dying in Long-Term Care: Perspectives from Sexual and Gender Minority Older Adults about Their Fears and Hopes for End of Life	2018	Canadá	Descritivo qualitativo
A10	Smith RW, Altman JK, Meeks S, et al. ²⁰	Mental Health Care for LGBT Older Adults in Long-Term Care Settings: Competency, Training, and Barriers for Mental Health Providers	2018	Estados Unidos	Transversal quantitativo
A11	Sussman T, Brotman S, MacIntosh H, et al. ²¹	Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective	2018	Canadá	Descritivo qualitativo
A12	Stinchcombe A, Smallbone J, Wilson K, et al. ²²	Healthcare and End-of-Life Needs of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Older Adults: A Scoping Review	2017	Canadá	Revisão de escopo
A13	Fredriksen-Goldsen KI, Hoy-Ellis CP, Goldsen J, et al. ²	Creating a Vision for the Future: Key Competencies and Strategies for Culturally Competent Practice With Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Older Adults in the Health and Human Services	2014	Estados Unidos	Revisão integrativa
A14	Orel NA ²³	Investigating the Needs and Concerns of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults: The Use of Qualitative and Quantitative Methodology	2014	Estados Unidos	Transversal quantitativo
A15	Foglia MB, Fredriksen-Goldsen KI ²⁴	Health Disparities among LGBT Older Adults and the Role of Nonconscious Bias	2014	Estados Unidos	Reflexão teórica
A16	Sharek DB, McCann E, Sheerin F, et al. ²⁵	Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland	2014	Irlanda	Transversal Método misto
A17	Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE ²⁶	Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results From a Population-Based Study	2013	Estados Unidos	Transversal quantitativo
A18	American Geriatrics Society Ethics Committee ²⁷	American Geriatrics Society Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults Position Statement	2011	Estados Unidos	Transversal quantitativo

Fonte: elaboração própria.

Do *corpus* textual, emergiram 135 ST, sendo retidos 111 para CHD equivalente a 82,22% de retenção; além disso, foram geradas 4.958 ocorrências, destas, 839 formas ativas.

O conteúdo léxico organizou-se em seis classes conforme apresentado no dendograma adiante na *figura 2*.

Figura 2. Dendrograma do *corpus* textual referente à vulnerabilidade programática vivenciada por idosos LGBTQIA+. Brasil, 2023



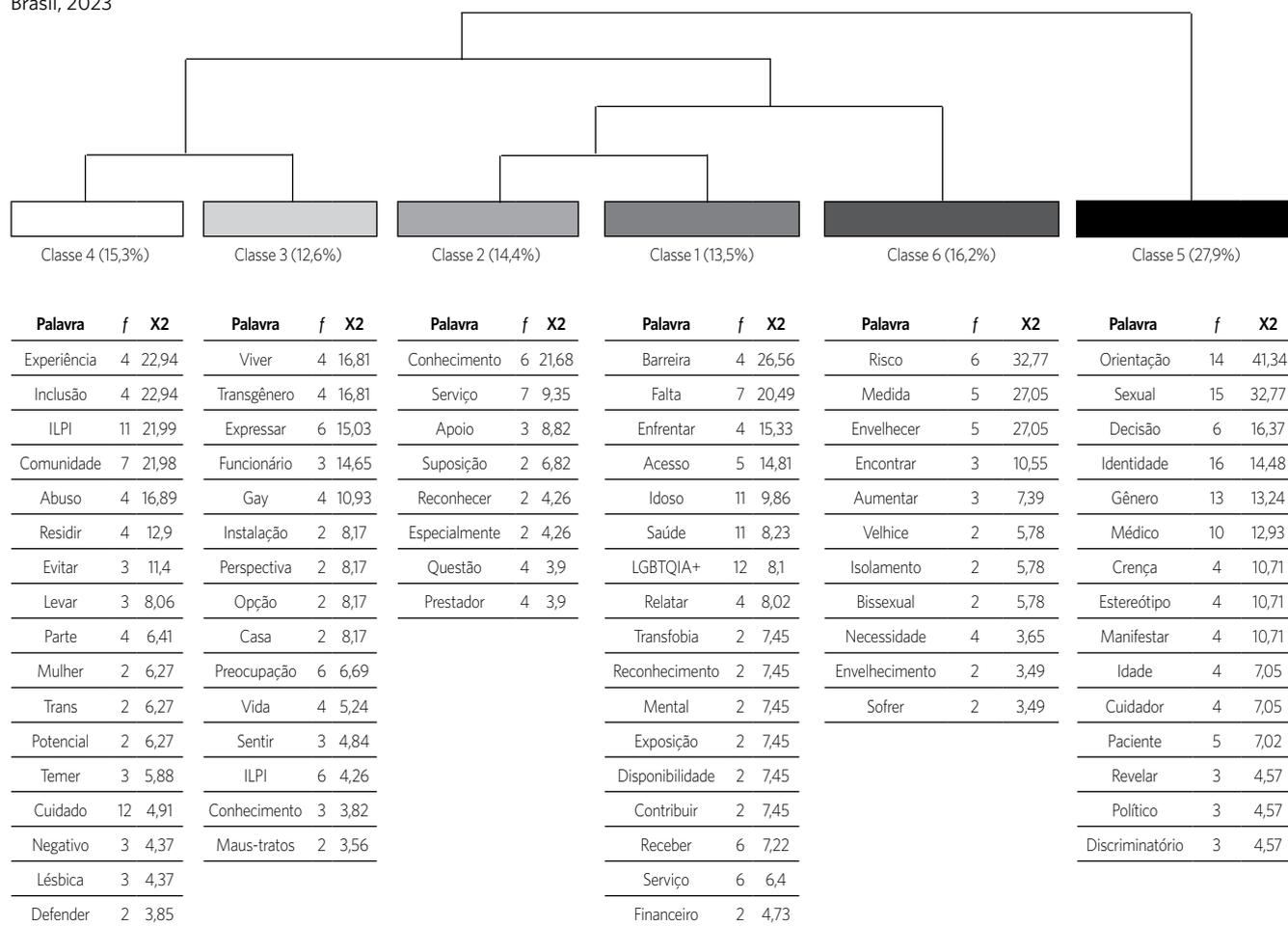
Fonte: elaboração própria.

Após análise dos trechos, foram definidas as seguintes classes: 1 - Acesso aos serviços de saúde; 2 - Estigmas e preconceitos dos profissionais de saúde; 3 - Papel das Instituições de Longa Permanência na assistência à pessoa idosa LGBTQIA+; 4 - Impacto da identidade de gênero e da orientação sexual nos cuidados prestados; 5 - Vulnerabilidade programática sob a ótica das pessoas idosas pertencentes

a minorias sexuais; e 6 - Necessidades de cuidados: especificidades das pessoas idosas LGBTQIA+.

Na *figura 3*, encontra-se o diagrama representativo das classes com suas respectivas palavras, frequência e o χ^2 , ou seja, a representação visual os termos indicam as semelhanças linguísticas existentes entre eles.

Figura 3. Diagrama das classes integrantes do dendrograma do corpus textual referente à vulnerabilidade programática vivenciada por idosos LGBTQIA+ Brasil, 2023



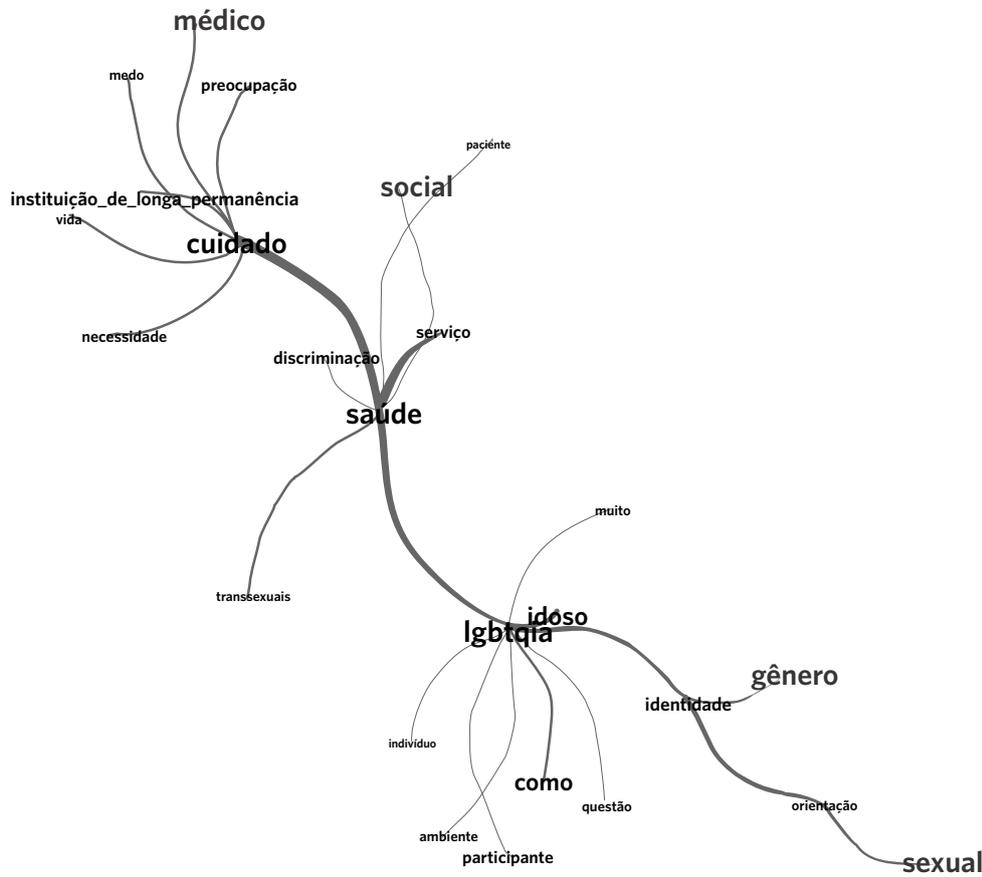
Fonte: elaboração própria.

Por meio da organização do dendrograma e da visualização do diagrama, é possível observar que todas as classes emergem a partir da classe 5, que está predominantemente relacionada com aspectos sociais enfrentados à orientação sexual. Dessa classe, emergem dois subcorpora: o subcorpus A, formado pelas classes 1, 2 e 6; e o subcorpus B, formado pelas classes 3 e 4.

Ao considerar o conteúdo temático dos dois respectivos subcorpora textuais, foi possível elencar duas categorias temáticas centrais, a

saber: Categoria I (subcorpus A) – A construção do cuidado integral: o papel das instituições de saúde e social no desenvolvimento de ações voltadas para as necessidades da pessoa idosa LGBTQIA+; Categoria II (subcorpus B) – Vulnerabilidade programática: lacunas no cuidado à pessoa idosa pertencente a minorias sexuais. A análise de similitude demonstrada adiante pela árvore máxima na *figura 4* corrobora a definição das categorias temáticas definidas pela CHD.

Figura 4. Árvore máxima do *corpus* textual referente à vulnerabilidade programática vivenciada por idosos LGBTQIA+. Brasil, 2023



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Categoria I (subcorpus A) – A construção do cuidado integral: o papel das instituições de saúde e social no desenvolvimento de ações voltadas para as necessidades da pessoa idosa LGBTQIA+

A Categoria I emergiu das classes 1 (acesso aos serviços de saúde), 2 (estigmas e preconceitos dos profissionais de saúde) e 6 (necessidades de cuidados: especificidades das pessoas idosas LGBTQIA+). Quando observadas do ponto de vista de conteúdo, elas se desdobram a discorrer sobre o cuidado que deve ser destinado

à pessoa idosa LGBTQIA+ e os respectivos papéis sociais em busca de atender às suas necessidades físicas, psicológicas e sociais.

Entre as lacunas de cuidados no tocante ao acesso aos serviços de saúde observado nos artigos que compuseram a amostra do estudo, a carência de serviços específicos para atender à comunidade idosa LGBTQIA+ foi bastante reforçada^{12,14,16,21,25}. Essa carência permeou entre temas relacionados com não aceitar a sua orientação sexual e sofrer algum tipo de discriminação²² ou transfobia por parte dos profissionais^{11,22,25}, assim como não receber os cuidados necessários quanto à terapia de reposição hormonal^{14,16}.

Os desafios enfrentados nos cuidados médicos gerais para pessoas transexuais

derivam de diversas barreiras, como o receio de discriminação, a escassez de especialistas, as preocupações financeiras, entre outros. A presença de transfobia nos serviços de saúde contribui para uma menor procura por exames de rotina e a recusa em determinados tratamentos. Exames de *check-up* revelam-se fundamentais para aqueles que recebem terapia hormonal, auxiliando na detecção precoce de câncer. No entanto, é notório o obstáculo em encontrar profissionais, como ginecologistas e psiquiatras, capazes de oferecer atenção adequada a essa população¹⁵.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ilpi) referem-se a entidades, sejam elas de natureza governamental ou não governamental, que têm um caráter residencial e que são projetadas para acolher coletivamente pessoas com 60 anos de idade ou mais. Tais instituições atendem a idosos, que possuam ou não suporte familiar, proporcionando condições que promovam liberdade, dignidade e cidadania²⁸.

A maior parte dos manuscritos da amostra não foi desenvolvida no Brasil, entretanto, a premissa de cuidados à pessoa idosa institucionalizada que surge nos artigos mantém a proposição de cuidados ao público idosos. No âmbito brasileiro, a Resolução nº 502, de 27 de maio de 2021, dispõe sobre o funcionamento de Ilpi, de caráter residencial, que deve atender a um grupo de premissas básicas, mas que merece destaque: a promoção de ambientação da pessoa idosa de forma acolhedora, o incentivo de atividades de estímulo à autonomia da pessoa idosa e a garantia da assistência livre de discriminação ou qualquer tipo de violência²⁹.

Os maus-tratos mencionados nos artigos da pesquisa incluíam ações de descredibilização do pronome adequado para sua escolha e situações de violência maiores¹³, como abuso físico, financeiro e sexual¹⁸. Alguns idosos participantes da pesquisa de Shrek et al.²⁵ relataram preferir ocultar sua orientação sexual por se sentirem presos em um mundo heterossexual no qual a sua sexualidade era por vezes desrespeitada.

A ausência de políticas públicas inclusivas para a comunidade LGBTQIA+ resulta em desafios significativos para muitos idosos transgêneros, que se deparam com obstáculos substanciais na preservação de sua saúde mental. Isso se deve às frequentes experiências de transfobia em ambientes públicos e à escassez de profissionais de saúde mental capacitados para atender às demandas específicas dessa comunidade. Os sistemas de saúde afirmam ser inclusivos para a comunidade LGBTQIA+, mas, muitas vezes, enfrentam lacunas na implementação efetiva desses compromissos¹¹.

As dificuldades apontadas no trabalho com idosos LGBTQIA+ em Ilpi incluem a ausência de capacitação em questões relacionadas com a diversidade sexual e de gênero, a falta de familiaridade ou de disponibilidade de tratamentos embasados em evidências, a hesitação dos residentes em se identificarem como LGBTQIA+ e a presença de estigma¹¹.

Ao longo da história, mulheres transsexuais tiveram que estabelecer espaços seguros por conta própria em razão de extrema violência, hostilidade e discriminação nos serviços de saúde. Destaca-se a urgente necessidade de espaços transinclusivos, que são definidos como serviços acolhedores para clientes transsexuais, criando ambientes hospitalares e seguros para interações com funcionários e outros residentes. Para oferecer tais serviços, os profissionais precisam receber treinamento abrangente e estar bem-informados sobre as necessidades específicas de saúde e cuidados da comunidade transsexual²⁵.

O treinamento dos profissionais é crucial, especialmente ao lidar com condições de saúde específicas, como câncer de próstata ou do colo do útero, que podem se tornar mais complexas em corpos transsexuais devido às associações frequentes com perspectivas cisgêneras de homens e mulheres. Além disso, é fundamental realizar rastreamentos de saúde sem perpetuar a transfobia. Os serviços não apenas precisam receber treinamento em transinclusividade, mas também devem promover ativamente

essa inclusividade para que os membros da comunidade estejam cientes dos serviços disponíveis²⁵.

Categoria II (subcorpus B) - Vulnerabilidade programática: lacunas no cuidado à pessoa idosa pertencente a minorias sexuais

A vulnerabilidade consiste em um constructo multidimensional em que condições comportamentais, socioculturais, econômicas e políticas interagem com os processos biológicos ao longo da vida³⁰. Dessa forma, destaca-se, nos artigos analisados, a vulnerabilidade programática, evidenciada por situações em que há uma carência no acesso aos serviços de saúde ou má qualidade na prestação dos serviços.

Estudos revelam que há serviços de saúde que se recusam a prestar o cuidado ou fornecem atenção inferior ao idoso devido à sua orientação sexual ou identidade de gênero. Parte da população idosa LGBTQIA+ se sente invisível, em que suas necessidades individuais não são contempladas, sendo essa situação considerada uma forma sutil de preconceito³¹. A discriminação enfrentada por esse grupo é, pelo menos, dupla, uma vez que são alvo de agressões incitadas pela homofobia e transfobia, assim como pelo idadismo.

Devido ao preconceito, alguns idosos preferem não revelar a sua orientação sexual ou identidade de gênero para a equipe médico-assistencial, sobretudo aqueles que possuem 80 anos ou mais. Ressalta-se que a não divulgação pode ter consequências adversas para a saúde dos idosos LGBTQIA+, tais como atraso no diagnóstico de doenças, dificuldade em acessar os cuidados em saúde necessários, além da recusa de revelar informações importantes para o manejo terapêutico, o que resulta em comprometimento da tomada de decisões clínicas³².

Se, por um lado, a não divulgação pode ter consequências severas para a saúde, por outro, autores explicam que, caso a orientação sexual ou a identidade de gênero sejam reveladas

aos profissionais, isso pode resultar em estereótipos inconscientes, que impactam negativamente nos cuidados prestados, fazendo com que o paciente se sinta desconfortável ou com medo. Comportamentos negativos como pedir para ser dispensado do cuidado de um idoso LGBTQIA+ devido a crenças pessoais, ignorar os familiares e amigos ou ainda realizar brincadeiras pejorativas com outros membros da equipe influenciam nas decisões futuras sobre a utilização dos serviços de saúde^{33,34}.

Com o processo de envelhecimento humano e a possibilidade do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, é indiscutível a necessidade de fomentar ações de prevenção e rastreamento de doenças, uma vez que a maioria das práticas de saúde ainda é pautada em intervenções curativistas, com pouca ênfase na prevenção e nas necessidades específicas da população idosa. A omissão do Estado em fornecer uma assistência equânime resulta em violação do direito à saúde, ainda mais perceptível na população idosa pertencente às minorias sexuais.

As lacunas na prestação de cuidado são ainda mais presentes em indivíduos transgêneros, definido como um estado “em que uma pessoa experimenta dissonância entre a sua identidade de gênero e o gênero que lhe foi atribuído ao nascer”¹¹. Evidências demonstram a exclusão institucional em setores médicos, em que o número reduzido de especialistas na área resulta em medo de discriminação e até recusa de tratamento médico devido a experiências regulares de transfobia. Destaca-se a importância de promover o acesso das pessoas idosas transgêneras nas atividades que visam à prevenção de doenças, visto que o acompanhamento da equipe de saúde é particularmente importante durante a hormonioterapia e para detecção precoce de câncer, por exemplo, na realização do rastreamento de câncer de próstata em mulheres trans^{35,36}.

Além dos serviços de saúde, os artigos demonstram deficiências nos serviços de apoio social, como em Ilpi. Idosos relatam episódios em que a assistência estaria repleta de

maus-tratos e de falta de afirmação da identidade de gênero, como ser abordado por pronomes errados, não poder se vestir conforme o seu desejo, até agressões graves, tais como atos de abuso físico, emocional e sexual. Políticas de educação continuada e permanente estão associadas a uma maior satisfação por parte dos pacientes, uma vez que há diminuição de preconceitos e estigmas^{11,13}.

Uma das estratégias para prover uma assistência acolhedora é modificar a forma como a saúde e o bem-estar são vistos, afastando-se de um modelo exclusivamente biomédico para o biopsicossocial, em que a saúde e o bem-estar são vistos de modo holístico conforme a experiência vivenciada por cada indivíduo. Medidas simples podem estimular as pessoas idosas LGBTQIA+ a buscarem mais os serviços de saúde, como criar espaços seguros e que aceitem as minorias sexuais, desenvolver materiais de apoio, como cartazes que os acolhem explicitamente, fornecer suporte ao cuidador e conectar os principais serviços de saúde às organizações de apoio LGBTQIA+^{13,22}. Criar espaços seguros e construir um vínculo com esses idosos pode ajudar a minimizar o medo da discriminação e aumentar a procura por serviços de saúde.

Apesar dos evidentes esforços para a manutenção dos direitos humanos, sobretudo no que tange à diversidade sexual e de gênero, ainda são perceptíveis situações de violência e preconceito com as pessoas que divergem do padrão cis, heterossexual e binário. Embora a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais apresente como um de seus objetivos específicos oferecer atenção e cuidado à saúde do idoso que faça parte da população LGBTQIA+, ainda há a necessidade de dispositivos legais que possam garantir um tratamento equânime a essa população, independentemente da orientação sexual ou da identidade de gênero. Logo, é indispensável uma organização política que permita a participação de representantes de grupos LGBTQIA+ na construção e na implementação de políticas públicas³⁷.

Considerações finais

O presente estudo permitiu identificar que, na perspectiva da pessoa idosa, as situações de vulnerabilidade são mais evidentes nos serviços de saúde, nas Ilpi e nos atendimentos pelos profissionais da saúde, sofrendo estigmas e preconceitos. Sob o aspecto dos profissionais, essa vulnerabilidade acarreta um cuidado diferenciado, com propostas de ações enfocadas na necessidade dessa população.

Ainda, por meio do auxílio da ferramenta IRaMuTeQ, foram geradas classes com termos com algum grau de relação com o fenômeno do estudo, destacando-se: barreira, falta, enfrentar, idoso, transfobia, suposição, conhecimento, reconhecimento, questão, preocupação, expressar, abuso, temer, cuidado, maus-tratos, exposição, isolamento, discriminatório, mental, identidade, serviço e risco. Esses termos formam um vocabulário lexical da vulnerabilidade programática de pessoas idosas LGBTQIA+.

Por fim, foi possível observar que as pessoas idosas LGBTQIA+ possuem um grau significativo de vulnerabilidade e que, apesar das implementações de políticas públicas nos três níveis de atenção à saúde, ainda existem lacunas consideráveis que afetam o envelhecer saudável desse grupo.

Colaboradoras

Oliveira FMRL (0000-0002-5966-232X)*, Dantas ANM (0000-0001-5729-8512)*, Gomes GLL (0000-0001-8811-4886)*, Santos-Rodrigues RC (0000-0003-2916-6832)* e Albuquerque FKO (0000-0003-2480-2473)* contribuíram para elaboração e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. Barbosa KTF (0000-0001-6399-002X)* contribuiu para a elaboração do manuscrito com concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Instituto brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo. Brasília: IBGE; 2022.
2. Fredriksen-Goldsen KI, Hoy-Ellis CP, Goldsen J, et al. Creating a vision for the future: key competencies and strategies for culturally competent practice with lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults in the health and human services. *J. Gerontol. Soc. Work.* 2014 [acesso em 2023 out 5]; 57(2-4):80-107. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01634372.2014.890690>.
3. Cipriani LM, Lopes BC, Acrani GO, et al. Social vulnerability of the older population using Primary Health Care in a municipality of Rio Grande do Sul. *Seminária Ciênc. Biol. Saúde.* 2023 [acesso em 2023 out 20]; 44(1):3-14. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/fr/biblio-1511614>.
4. Barbosa KTF, Fernandes MGM. Elderly vulnerability: concept development. *Rev. Bras. Enferm.* 2020 [acesso em 2023 out 25]; 73(supl3):e20190897. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0897>.
5. Ayres J, Calazans GJ, Saletti Filho HC, et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.
6. Bolina AF, Rodrigues RAP, Tavares DMS, et al. Indices of social and programmatic vulnerability for older adults living at home. *Enf. Global.* 2022 [acesso em 2023 out 25]; 21(1):140-178. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/477281>.
7. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, et al. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020.
8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018; 169(7):467-473.
9. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: a free software for analysis of textual data. *Temas Psicol.* 2013; 21(2):513-518.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edição 70; 2011.
11. Lampe NM, Barbee H, Tran NM, et al. Health disparities among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Older Adults: a structural competency approach. *Int. J. Aging. Hum. Dev.* 2023 [acesso em 2023 out 5]; 25:914150231171838. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00914150231171838>.
12. Roe L, Galvin M. Providing inclusive, person-centred care for LGBT+ older adults: A discussion on health and social care design and delivery. *J. Nurs. Manag.* 2021 [acesso em 2023 out 5]; 29(1):104-108. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13178>.
13. Adan M, Scribani M, Tallman N, et al. Worry and Wisdom: A qualitative study of transgender elders' perspectives on aging. *Transgend. Health.* 2021 [acesso em 2023 out 5]; 6(6):332-342. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0098>.
14. Knochel KA, Flunker D. Long-Term care expectations and plans of transgender and nonbinary older adults. *J. Appl. Gerontol.* 2021 [acesso em 2023 out 5]; 40(11):1542-1550. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0733464821992919>.
15. Wirth M. Demand for Space: elderly transgender and gender nonconforming people, healthcare, and theological ethics. *J. Relig. Health.* 2021 [acesso em 2023 out 5]; 60(3):1713-1728. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01101-9>.
16. Waling A, Lyons A, Alba B, et al. Trans women's perceptions of residential aged care in Australia. *Br. J. Soc. Work.* 2020 [acesso em 2023 out 5]; 50(5):1304-1323. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz122>.
17. Westwood S, Willis P, Fish J, et al. Older LGBT+ he-

- alth inequalities in the UK: setting a research agenda. *J. Epidemiol. Community Health*. 2020 [acesso em 2023 out 5]; 74(5):408-411. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213068>.
18. Waling A, Lyons A, Alba B, et al. Experiences and perceptions of residential and home care services among older lesbian women and gay men in Australia. *Health Soc. Care Community*. 2019 [acesso em 2023 out 5]; 27(5):1251-1259. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12760>.
 19. Kortess-Miller K, Boulé J, Wilson K, et al. Dying in Long-Term Care: Perspectives from Sexual and Gender Minority Older Adults about Their Fears and Hopes for End of Life. *J. Soc. Work End Life Palliat Care*. 2018 [acesso em 2023 out 5]; 14(2-3):209-224. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1487364>.
 20. Smith RW, Altman JK, Meeks S, et al. Mental Health Care for LGBT Older Adults in Long-Term Care Settings: Competency, Training, and Barriers for Mental Health Providers. *Clin. Gerontol*. 2019 [acesso em 2023 out 5]; 42(2):198-203. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1485197>.
 21. Sussman T, Brotman S, MacIntosh H, et al. Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective. *Can. J. Aging*. 2018 [acesso em 2023 out 5]; 37(2):121-132. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0714980818000077>.
 22. Stinchcombe A, Smallbone J, Wilson K, et al. Healthcare and end-of-life needs of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) older adults: a scoping review. *Geriatrics (Basel)*. 2017 [acesso em 2023 out 5]; 2(1):13. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/geriatrics2010013>.
 23. Orel NA. Investigating the needs and concerns of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults: the use of qualitative and quantitative methodology. *J. Homosex*. 2014 [acesso em 2023 out 5]; 61(1):53-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.835236>.
 24. Foglia MB, Fredriksen-Goldsen KI. Health Disparities among LGBT Older Adults and the Role of Non-conscious Bias. *Hastings Cent. Rep*. 2014 [acesso em 2023 out 5]; 44(supl4):S40-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hast.369>.
 25. Sharek DB, McCann E, Sheerin F, et al. Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *Int. J. Older People Nurs*. 2015 [acesso em 2023 out 5]; 10(3):230-240. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/opn.12078>.
 26. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE, et al. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. *Am. J. Public Health*. 2013 [acesso em 2023 out 5]; 103(10):1802-1809. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301110>.
 27. American Geriatrics Society Ethics Committee. American Geriatrics Society care of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults position statement: American Geriatrics Society Ethics Committee. *J. Am. Geriatr. Soc*. 2015 [acesso em 2023 out 5]; 63(3):423-426. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.13297>.
 28. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Gov.br. 2020 nov 19. [acesso em 2023 out 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/saloes-tatuagens-creches/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos#:~:text=As%20ILPis%20s%C3%A3o%20institui%C3%A7%C3%B5es%20governamentais,de%20liberdade%2C%20dignidade%20e%20cidadania>.
 29. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. *Diário Oficial da União*. 31 Maio 2021. [acesso em 2023 nov 10]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf.
 30. Barbosa KTF, Oliveira FMRL, Fernandes MDGM.

- Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. *Rev. Bras. Enferm.* 2019 [acesso em 2023 nov 10]; 72(supl2):337-344. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>.
31. Willis P, Raithby M, Maegusuku-Hewett T, Miles P. 'Everyday Advocates' for inclusive care? perspectives on enhancing the provision of long-term care services for older Lesbian, Gay and Bisexual adults in Wales. *Br. J. Soc. Work.* 2017 [acesso em 2023 nov 10]; 47:409-426. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv143>.
32. Portz JD, Retrum JH, Wright LA, et al. Assessing capacity for providing culturally competent services to LGBT older adults. *J. Gerontol. Soc. Work.* 2014 [acesso em 2023 nov 10]; 57(2-4):305-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.857378>.
33. Knochel KA, Quam JK, Croghan CF. Are old Lesbian and Gay people well served?: understanding the perceptions, preparation, and experiences of aging services providers. *J. Appl. Gerontol.* 2011 [acesso em 2023 nov 10]; 30(3):370-389. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0733464810369809>.
34. Buczak-Stec E, König HH, Hajek A. Planning to move into a nursing home in old age: does sexual orientation matter? *Age Ageing.* 2021 [acesso em 2023 nov 10]; 50(3):974-979. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa185>.
35. Yarbrough E. *Transgender Mental Health*. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2018.
36. Selles BRS, Almeida PF, Ahmad AF, et al. Redes sociais de apoio às pessoas trans: ampliando a produção de cuidado. *Saúde debate.* 2023 [acesso em 2023 nov 18]; 46(esp6):148-61. Disponível em: <https://www.saude-emdebate.org.br/sed/article/view/6910>.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Aprova a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Diário Oficial da União.* 2 Dez 2011. [acesso em 2023 mar 17]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html#:~:text=Institui%2C%20no%20C3%A2mbito%20do%20Sistema,Nacional%20de%20Sa%3BAde%20Integral%20LGBT\).&text=como%20sistema%20universal%2C%20integral%20e%20equitativo](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html#:~:text=Institui%2C%20no%20C3%A2mbito%20do%20Sistema,Nacional%20de%20Sa%3BAde%20Integral%20LGBT).&text=como%20sistema%20universal%2C%20integral%20e%20equitativo).

Recebido em 18/11/2023

Aprovado em 26/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Girianelli

Revisão integrativa: estudos sobre redução de danos voltada para população de mulheres trans e travestis

Integrative review: studies on harm reduction aimed at the population of trans women and transvestites

Sonia Maria Ribas¹, Angélica Baptista Silva¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E18976P

RESUMO Apresentam-se os achados da pesquisa da dissertação de mestrado com abordagem integrativa que objetivou revisitar as publicações com a temática LGBTQIA+ de periódicos científicos. Ao colocar, como enfoque, a estratégia de Redução de Danos (RD), a presente pesquisa objetivou identificar quais as práticas realizadas para a população trans e contextualizar como a RD pode contribuir para construção de vínculo no cuidado à saúde. Coletaram-se os dados nas bases Lilacs e SciELO. Recuperaram-se 110 artigos publicados, entre 2005 e 2020, em português. Seus resumos foram lidos na íntegra. Identificaram-se sete abordagens: RD como estratégia de políticas públicas; violências vivenciadas nas trajetórias de transição percorridas pelas travestis; atendimento à população LGBTQIA+; profissionais de saúde capazes de prestar um cuidado humanizado, verdadeiramente centrado na pessoa, com escuta ativa; o cuidado a saúde e hormonização como processo de construção feminina; movimentos sociais; educação e ações afirmativas para a continuidade do estudo e colocação profissional. Assim, a pesquisa contribui para ampliar o conhecimento e a compreensão sobre a temática LGBTQIA+. As demandas específicas de travestis e transexuais em sua busca por atendimento nos serviços de saúde são explicitadas de modo a compreender como a RD pode ser estratégia de cuidado à saúde da população trans.

PALAVRAS-CHAVE Redução do dano. Travestilidade. Pessoas transgênero. Direitos humanos.

ABSTRACT We present the research findings of the master's thesis with an integrative approach, which aimed to revisit publications with an LGBTQIA+ theme in scientific journals. By focusing on the Harm Reduction (HR) strategy, this research aimed to identify the practices conducted for the trans population and contextualize how HR can contribute to building bonds in healthcare. Data were collected in the LILACS and SciELO databases. We retrieved 110 articles published from 2005 to 2020 in Portuguese. Their summaries were read in full. Seven approaches were identified: HR as a public policy strategy; violence experienced in the transition trajectories followed by transvestites; assistance to the LGBTQIA+ population; health professionals can provide truly person-centered, humanized care, with active listening; healthcare and hormonization as a feminine construction process; social movements; education and affirmative actions for continued study and professional placement. Thus, the research contributes to expanding knowledge and understanding about LGBTQIA+ issues. The specific demands of transvestites and transsexuals in their search for care in health services are explained in order to understand how HR can be a health care strategy for the trans population.

KEYWORDS Harm reduction. Transvestism. Transgender persons. Human rights.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ribassoniama231@gmail.com



Introdução

Este artigo tem por objetivo apresentar o resultado da revisão bibliográfica sobre o atendimento a mulheres trans e travestis na saúde, no campo da Redução de Danos (RD), por meio da abordagem de pesquisa integrativa. Este estudo busca trazer também uma breve discussão sobre acesso, integralidade, equidade e aproximação dessa população aos serviços de saúde.

O interesse nesse tema tem relação com a atuação de uma das autoras deste artigo, no território da zona norte da cidade do Rio de Janeiro, como agente redutora de danos, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps-AD). A RD, como estratégia de cuidado à saúde, apresenta possibilidades para alcançar populações vulneráveis, ofertar acesso e contribuir para a aproximação e fortalecimento desses usuários de álcool e outras drogas aos seus direitos como cidadãos.

O conceito RD foi construído no decorrer do tempo pelas pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, inseridos no campo dos movimentos sociais, contra os estigmas, bem como no contexto da crescente mortalidade por aids devido à contaminação mediante o compartilhamento de seringas¹.

Entendemos que, além de entrega dos insumos comuns ao serviço (camisinha, lubrificante, máscara, sabão, álcool em gel), fazem-se necessárias a construção de vínculo, ao ouvir os usuários, e a elaboração de formas de acesso às travestis e às mulheres transexuais que estavam no território, contemplando a equidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A junção desses fatores são instrumentos que têm possibilitado a atuação nos territórios com formas de inclusão produtiva e uma atenuação das desigualdades sociais².

Consideramos também como a RD pode ser uma ferramenta de cuidado diante da dificuldade no atendimento dos usuários de drogas, travestis e mulheres trans, e dos

cuidados em saúde dirigidos a essa população, caracterizada com demandas muito particulares. A relevância desses estudos sobre RD voltada para a população de mulheres trans e travestis consiste em apresentar as ações territoriais e as abordagens, para esse público específico, bem como o acesso aos dispositivos de saúde pública e, portanto, a garantia de direitos a essa população³.

Redução de Danos, políticas e fundamentos

A ‘guerra às drogas’ advém de políticas públicas desestruturadas e com o viés da criminalização e repressão, abreviado ao âmbito da segurança e do judiciário, e não da saúde pública, finalizando por produzir o estigma, a marginalidade e a violência, em que se dá mais importância à criminalização do uso e menos à saúde e à qualidade de vida dos usuários⁴.

Em 2002, ao implantar as estratégias de RD, o Ministério da Saúde estabeleceu que os danos pertencem tanto ao campo social – como a marginalização, vulnerabilidade, desigualdade e exclusão social – quanto ao campo da saúde. No ano de 2005, a Portaria nº 1.028, de 1º de julho, considerou que cabe ao Ministério da Saúde ações que visem à RD sociais e à saúde, contribuindo para o resgate da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, potencializando os efeitos de promoção à saúde⁵.

Evidenciada como política, a ancoragem de RD determina um novo paradigma ético, clínico e para a política pública, que implica enfrentamento e embates contra as políticas antidrogas – estabelecidas no período em que o País passou pela sua última ditadura militar –, como controle social⁶.

Por meio desta revisão, entendemos que uma importante contribuição da RD seria precisamente o questionamento da relação de uso da droga ao usuário, cuidando do sofrimento já existente ou possivelmente

produzido pelo uso, sem necessariamente exigir abstinência, intervindo quando avaliado o risco à vida.

Faz-se necessário que o profissional reconheça a RD como estratégia de política pública e ferramenta de cuidado, entendendo que a RD não é contra a abstinência, mas que seja um caminho para essa escolha do sujeito, se assim desejar, e apresentá-la entre outras tantas possibilidades igualmente éticas, em que os sujeitos possam vislumbrar a vida com outros pontos de foco que não seja o uso.

Para tanto, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, confirma a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), buscando estratégias, em parceria na intersetorialidade dos serviços, de forma a integralizar o cuidado, assegurando o acesso aos usuários em toda a rede e possibilitando a prática de RD, principalmente nos Caps, consolidando, assim, a reforma psiquiátrica⁷.

Com a mudança de governo federal em 2019, foi promulgada a Lei nº 13.840, que adicionou e alterou os dispositivos à Lei nº 11.343/2006, retirando a RD da política nacional e, por conseguinte, ampliando investimentos em comunidades terapêuticas, em que estabeleceu a autorização da internação compulsória de pessoas decorrente do uso de álcool e outra droga, distanciando-os de seus familiares, o que aponta graves violações de direitos humanos nessas instituições⁸.

É importante problematizar os investimentos públicos, sem fiscalização, nessas entidades que são, em grande maioria, privadas e de cunho religioso, e que têm como base a exclusão e o higienismo social. Contrapondo-se a isso, a RD é uma prática construída por pessoas pertencentes à população em vulnerabilidade, que se fez ouvida em suas demandas, e por profissionais que a usam como estratégia na construção de vínculo, garantindo acesso ao cuidado e à saúde. Destaca-se, portanto, a importância, nos processos de estratégia de cuidado e de promoção de saúde, de haver pessoas da própria população atuando enquanto agentes de saúde⁹.

Metodologia

Ouvir “*Não somos cobaias para que nos pesquise e nos deixem*”, no início de minha atuação no trabalho de RD na ação noturna, marcou-me muito. Tempos depois, ao ingressar na academia, decidi, como mulher cisgênera, desenvolver a pesquisa de revisão integrativa para levantar, sistematizar e analisar dados que possam fundamentar novos estudos, bem como políticas públicas voltadas para população de mulheres trans e travestis no campo de RD.

Por meio de revisão integrativa¹⁰, foram acessados os principais trabalhos científicos já produzidos sobre o tema tanto em pesquisa de campo como nas experiências da RD voltadas para travestis e mulheres transexuais que têm sido desenvolvidas no Brasil – e de grande importância ao apresentarem dados atuais e relevantes entre os anos de 2005 e 2020.

A etapa de coleta de dados foi feita em bases de dados específicas, a partir de descritores, critérios de exclusão e inclusão de artigos para uma busca de publicações, realizada pela internet, e abrangeu: Literatura Latino-Americana de Saúde (Lilacs); Scientific Electronic Library Online (SciELO); e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine).

Durante esse processo, buscou-se compreender a RD como estratégia na construção de vínculo e cuidado à saúde, para as travestis e mulheres trans, a partir do mapeamento dos produtos científicos sobre as experiências de RD realizadas no Brasil e das experiências de RD contextualizadas pelo território onde ocorrem as ações.

Primeiro, foi realizada uma leitura cuidadosa dos trabalhos, visando obter uma compreensão completa dos conteúdos descritos e que apresentam informações para serem desenvolvidas neste trabalho integrativo sobre o tema.

A questão norteadora da revisão integrativa, importante para a coleta de dados desta pesquisa, teve início na busca acerca de quais as práticas em comum de RD que são ofertadas

para a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outras mais possibilidades de existências (LGBTQIA+), e mais especificamente para as travestis, mulheres trans, publicadas na literatura científica; recorte feito a partir de bases de dados específicas, utilizando descritores, critérios de inclusão e exclusão de artigos, mediante buscas na internet, em março de 2022.

Foram destacados, como critérios de inclusão: artigos on-line e gratuitos, publicados entre 2005 e 2020, que contemplassem a temática, tanto sob aspectos teóricos quanto políticos e/ou práticos. Para critérios de exclusão: artigos que não contemplassem a temática proposta ou que tivessem sido publicados fora do período indicado. A partir dessas demarcações metodológicas, deu-se início à pesquisa com a captura de dados nas bases mencionadas.

Resultados

Foram utilizadas pesquisas dentro da temática, considerando a sua importância e o

valor informativo do material. Pesquisas que tinham como os descritores apresentados aqui: Redução de danos; Travesti; Pessoas transgêneros e Direitos humanos, combinados entre si e que exibo no *quadro 1*. Chamo de abordagens para situar, a partir da leitura dos trabalhos, características que se apresentam nos artigos coletados¹¹.

No total da seleção foram encontrados 118 artigos, utilizando de primeira e segunda leitura dos seus respectivos resumos, sendo oito artigos removidos da seleção por duplicidade nos bancos de dados, desses 58 foram encontrados nas bases SCIELO, 47 no LILACS, cinco na base MEDILINE, assim ao final, foram analisados 110 resumos que contemplavam as questões norteadoras e descritores¹¹⁽³⁹⁾.

O *quadro 1* que apresento a seguir, elaborado como resultado da minha dissertação de mestrado, exibe os conteúdos apresentados nos estudos de revisão integrativa. Na primeira coluna, situo as principais abordagem de buscas; na segunda, coloco um breve resumo do conteúdo das pesquisas; e na terceira, o número de artigos lidos.

Quadro 1. Síntese a partir da leitura dos resumos

Abordagem	Síntese	Nº de artigos
Movimentos sociais	Discussão para visibilidade da temática abordada, direito à saúde e ao acesso a ações e serviços de saúde.	8
Atendimento à população LGBTQIA+	Com enfoque apenas em diagnóstico ou tratamento físico, a diferenciação no tratamento e os múltiplos constrangimentos	20
Redução de danos como estratégia de políticas públicas	Apresentação da política pública como ferramenta de trabalho em saúde, que tem como proposta acesso à saúde para as pessoas	25
Educação e ações afirmativas para a continuidade do estudo e colocação profissional	Debates de gênero e sexualidade que têm como enfoque transexuais e travestis que podem ter dificuldade no acesso da educação básica à educação superior e trabalho	3
O cuidado à saúde e à hormonização como processo de construção feminina	Estudos que buscam compreender as demandas dessa população e o processo do uso de hormônios, e até mesmo a transsexualização	15

Quadro 1. Síntese a partir da leitura dos resumos

Abordagem	Síntese	Nº de artigos
Profissionais de saúde serem capazes de prestar um cuidado humanizado, verdadeiramente centrado na pessoa, com escuta ativa	Apresenta discussões em que se destaca a dificuldade ou inaptidão dos profissionais que desrespeitam, discriminam e produzem estigma	17
Violências vivenciadas nas trajetórias de transição percorridas pelas travestis	Publicações que colocam as experiências de violências e sofrimentos durante a transição	22

Fonte: elaboração própria com base em Ribas¹¹⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

O *quadro 1* acima evidencia que pode haver produção de barreiras ao acesso à saúde e direitos, bem como questões de violência, discriminações, estigmas; e demonstra que travestis e mulheres trans estão expostas a vulnerabilidades em saúde e imersas em obstáculos e desigualdades sociais. Coloco essas questões como provocação quanto às necessidades de: i) promover o acesso, aos cuidados de saúde, às populações vulnerabilizadas, em especial, mulheres trans e LGBTQIA+; ii) potencializar a qualidade da atenção prestada pelos profissionais de saúde; e iii) consolidar a concepção de que os serviços de saúde precisam se adaptar às necessidades da população LGBTQIA+.

Na base de dado Scielo foram encontrados 52,73% dos artigos; Lilacs 42,73% e Medline 4,55%, onde destes números para as abordagens se apresenta em: redução de danos como estratégia de políticas públicas 22,%; violências vivenciadas nas trajetórias de transição percorridas pelas travestis 20,00%; atendimento à população LGBT 18,18%; profissionais de saúde capazes de prestar um cuidado humanizado, verdadeiramente centrado na pessoa, com escuta ativa 15,45%; o cuidado a saúde e hormonização como processo de construção feminina 13,64%; movimentos sociais 7,27%; educação e ações afirmativas para a continuidade do estudo e colocação profissional 2,73%¹¹⁽⁴⁰⁾.

O uso do nome social, na forma escrita ou oral, quando não respeitado, como foi demonstrado nesta pesquisa, expõe as travestis e as transexuais a constrangimento, não

respeita seus direitos e causa grande impacto psicológico, como casos de depressões, entre outros agravamentos em saúde mental, com a possibilidade de produzir rompimento do mínimo de vínculo existente, além da consequentemente descontinuidade da procura de serviços de saúde¹².

Hormônios femininos, utilizados para obter o contorno feminino desejado pelas mulheres trans e travestis, proporciona forma de cuidado, apresentado como demanda no atendimento, necessitando de acompanhamento médico. Muitas não o fazem, pois desejam uma mudança rápida do corpo, já que a dosagem utilizada por elas é muito superior, para alcançar a aparência almejada, o que implica ainda mais atenção a essa população. Como estratégia de RD, faz-se necessária a oferta de um cuidado integral¹³.

A falta de acesso, na formação de alguns profissionais de saúde, à temática do cuidado à população LGBTQIA+ provavelmente corrobora a dificuldade do acolhimento e a falta de preparo no trabalho, concomitantemente à falta de políticas públicas adequadas, o que pode produzir um atendimento carregado de discriminação quando essa população busca as unidades de saúde; especialmente se considerarmos que, para as travestis e as mulheres trans, as demandas do atendimento extrapolam as questões de saúde biológicas, pois elas têm outras questões específicas e necessitam do olhar ampliado do profissional de saúde.

Pesquisas retratam trechos de entrevistas

que caracterizam sentimentos de sofrimento mental, como tristeza, angústia e discriminação vivenciadas nos serviços de saúde, derivando em abandono de tratamentos que foram iniciados. Ou seja, o lugar onde deveriam ser acolhidas se torna um espaço de relações discriminatórias, efetuando o distanciamento da população LGBTQIA+ dos ambientes de saúde pública, que, diante de tal conjuntura, tem refletida em si uma piora das suas condições de saúde¹⁴.

Entre a população LGBTQIA+, as pessoas trans são as que enfrentam maiores dificuldades na busca por serviços de saúde, tanto pelas demandas específicas quanto no acesso aos serviços transexualizadores. Episódios de trans/travestifobia presentes no cotidiano dos equipamentos de saúde levam a apontamentos para que haja redução nos processos discriminatórios perante essa população, bem como à compreensão da diversidade em relação à sexualidade, de modo que se busque o respeito à singularidade dos sujeitos¹⁰.

Ainda que o Ministério da Saúde tome iniciativas importantes, como publicar portarias e instituir serviços de saúde específicos a essa população, podemos entender que, mesmo assim, esse segmento é o que mais enfrenta dificuldades pertinentes ao acesso a serviços de saúde, da atenção básica à alta complexidade. Dessa forma, a escassez de recursos e a ausência de políticas e programas voltados ao combate à discriminação tendem a assumir o papel de protagonismo como barreira no acesso à saúde a travestis e a mulheres trans¹¹.

Nesta pesquisa integrativa foi encontrada na literatura menções sobre a publicação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT que advoga em favor do acesso à saúde sem a ocorrência de discriminação e com direito e respeito ao nome social [...] ⁸⁽⁴²⁾.

Os resultados desta pesquisa, portanto, corroboram as aferições de Querino et al.¹², que afirmam como a promoção de serviços, programas e ações em saúde para a população

LGBTQIA+ indica maior equidade, integralidade e universalidade proposta pela reforma sanitária brasileira.

Discussão

Nomeio de abordagens para colocar, a partir da leitura dos trabalhos, características que se apresentam nos artigos coletados e indicam, como resultado, que é de extrema importância construir e formar redes com outros setores, acompanhar a saúde mental no território e estabelecer ações específicas.

O cuidado está em constante produção, dentro de contextos e experiências que se apresentam na rotina. Interessante refletirmos que nos CAPS quem acolhe os sujeitos são os profissionais multidisciplinares e com formação ou especialização em saúde mental, com suporte da presença de um médico para definir e incluir o código internacional de doenças (CID) entendendo que o protagonismo e autonomia dos usuários podem caminhar na direção mais individual para a mais coletiva, onde o cuidado de si perpassa o cuidado do outro, entendendo que isso depende do serviço que os usuários passam a integrar¹¹⁽⁴²⁾.

É de suma importância salientar políticas afirmativas, considerando que o alto índice de evasão escolar, a baixa escolaridade e a falta de acesso à formação técnica e profissional, na vida das travestis e mulheres trans, podem levar à vulnerabilidade e à marginalização dessa população e dificultam ainda mais sua inserção no mercado de trabalho¹³.

Destacamos, aqui, a questão da busca pela feminilidade do corpo, necessidade que se sobrepõe ao medo diante do risco existente e que resulta na ausência de um sistema de saúde que ampare tais demandas, na administração de doses excessivas de hormônios, e até mesmo na aplicação de silicone industrial¹⁴.

Considerações finais: a importância de política públicas inclusivas para mulheres trans e travestis

Ainda pensando especificamente no caso de mulheres trans e travestis, a presente pesquisa de revisão integrativa permite elaborar, nos limites nos dados aqui descritos, que a discriminação e a estigmatização nos serviços e equipamentos de saúde – clara expressão de transfobia institucional –, por exemplo, desrespeito ao nome social, constituem evidência de barreira de acesso que culmina em sofrimento e adoecimento¹⁵. Defendemos, como propostas de melhoria do atendimento a essas pessoas e do seu acesso à saúde, a divulgação da legislação vigente de atenção à população LGBTQIA+. Além disso, é essencial a inclusão de conteúdos na formação do profissional de saúde que abordem o cuidado específico às mulheres trans e travestis nas disciplinas dos cursos de saúde¹⁶.

Considero de grande importância a educação permanente ou continuada voltada para os profissionais que estejam atuando, além de que a formação dos profissionais de saúde precisa estar articulada com as necessidades e as demandas da população-alvo. Para além de políticas de saúde, faz-se necessário produzir conhecimento científico para que novas ações auxiliem no enfrentamento dos desafios ainda existentes.

Ressalto aqui a consolidação do Caps como serviço substitutivo que tem sua origem na Reforma Psiquiátrica, movimento com sua complexidade distinta, pois sendo este uma

ampliação de processos que envolvem lutas sociais de cuidar do sujeito em sofrimento mental e que se configura como uma estratégia de produção de cuidados, como um arranjo institucional que se faz por meio de uma rede de ações realizadas para além dos muros do serviço¹¹⁽³⁰⁻³¹⁾.

Ao atuar no território, algumas mudanças de estratégias podem ocorrer devido à sua dinâmica. Com isso, ajustes e até mesmo alterações de estratégias podem ocorrer em face das respostas do território. Temos, assim, a saúde como produção social e modos de atuação no cotidiano desses serviços¹⁷.

Construídas com muita dinâmica, as práticas de RD buscam olhar não somente para a substância, mas também para o sujeito, de forma macro, para a sua relação com a droga e com o mundo; portanto, é preciso ampliar suas ações com vistas a outros objetivos, como os da garantia da cidadania e dos direitos humanos. Considerando o debate que este artigo propõe, uma conclusão se destaca: a necessidade de enfrentamento da transfobia no SUS permanece. Tal enfrentamento é fundamental e compreende a garantia de acesso aos serviços de saúde pública e a qualidade da atenção à população LGBTQIA+.

Colaboradoras

Ribas SM (0009-0004-9930-0405)* contribuiu para o levantamento de dados e escrita do artigo. Silva AB (0000-0003-0292-5106)* contribuiu para a orientação e revisão para o manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2013 [acesso em 2021 dez 19]; 33(3):580-595. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
4. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol. Soc.* 2011 [acesso em 2021 maio 17]; 23(1):154-162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. *Diário Oficial da União*. 14 Ago 2009.
6. Brasil. Gabinete de Segurança Institucional, Conselho Nacional Antidrogas. Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. *Diário Oficial da União*. 28 Out 2010. [acesso em 2022 set 16]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientação para elaboração de projetos de construção reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
8. Brasil. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. *Diário Oficial da União*. 6 Jun 2019. [acesso em 2021 nov. 7]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm.
9. Petuco DRS. *Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado*. In: Ramminger T, Silva M, organizadores. *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Bis*. 2014 [acesso em 2022 maio 17]; 21(2):94-103. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34622>.
10. Roos CM. *Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa*. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. [acesso em 2022 jun 18]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/31126>.
11. Ribas SM. *Redução de danos como estratégia de cuidado à saúde: um estudo sobre atendimento a mulheres transexuais e travestis*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
12. Souza MHT, Malvasi P, Signorelli MC, et al. *Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria*. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [acesso em 2022 mar 22]; 31(4):767-776. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00077514>.

13. Jesus JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Brasília, DF: EDA/FBN; 2012.
14. Carrara S, Hernandez JG, Uziel AP, et al. Body Construction and Health itineraries: a survey among travestis and trans people in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 jul. 27]; 35(4):e00110618. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110618>.
15. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB, et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab. Educ. Saúde*. 2020 [acesso em 2022 jun. 16]; 18(1):e0023469. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>.
16. Fernandes FMB, Moreira MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis*. 2013 [acesso em 2021 ago 22]; 23(2):511-529. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>.
17. Cezar MA, Melo W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. *Hist., Ciênc. Saúde-Manguinhos*. 2018 [acesso em 2022 ago 22]; 25(1):127-142. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100008>.

Recebido em 23/10/2023

Aprovado em 03/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Girianelli

Saúde de LGBTQIA+ na atenção básica de saúde: uma revisão de escopo

Healthcare for LGBTQIA+ population in Primary Health Care: a scoping review

Emília de Fátima Miterofe Gonçalves¹, Egléubia Andrade de Oliveira¹, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso¹, Leticia Tereza Barbosa da Silva¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E19111P

RESUMO A população LGBTQIA+ ainda enfrenta diversas dificuldades no acesso aos serviços de saúde e na obtenção efetiva de cuidado e assistência. Este artigo apresenta uma análise da produção bibliográfica acadêmica sobre o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Para isso, foi realizada uma revisão de escopo, que visa identificar estudos sobre temas em relação aos quais revisões de literatura ainda são escassas e na qual diferentes desenhos de estudo são possíveis. No que se refere aos resultados, observou-se uma produção científica ainda incipiente sobre o acesso da população LGBTQIA+ na APS. Identificou-se que, apesar das conquistas políticas, adquiridas por meio da luta dos movimentos sociais, o processo de saúde dessa população ainda é permeado por uma lógica heteronormativa que desconsidera as identidades e as orientações de gênero e, conseqüentemente, institui importantes barreiras de acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Minorias sexuais e de gênero. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde.

ABSTRACT *The LGBTQIA+ population still faces many difficulties in accessing health services and obtaining effective care and assistance. This article provides an analysis of the academic literature on the LGBTQIA+ population's access to Primary Health Care (PHC) services in Brazil. To this end, a scoping review was conducted in order to identify studies on subjects where literature reviews are still scarce and where different study designs may be possible. As for the results, it was observed that scientific production on access to PHC for the LGBTQIA+ population is still incipient. It emerged that, despite the political gains made through the struggle of social movements, the health process for this population is still permeated by a heteronormative logic that disregards identities and gender orientations and, consequently, imposes major barriers to accessing healthcare services.*

KEYWORDS *Sexual and gender minorities. Primary Health Care. Access to health services. Barriers to access to health care.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
emiterofe@gmail.com



Introdução

Este artigo se estrutura a partir da questão do acesso às políticas de saúde pela população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outras (LGBTQIA+), tendo em vista a condição histórica de invisibilidade desse grupo social, de negação de direitos em vários setores sociais, sobretudo na saúde.

O acesso da população LGBTQIA+ à rede atenção à saúde é influenciado por diferentes aspectos, incluindo os modos de atuação dos profissionais envolvidos no cuidado e as estratégias e ações de saúde específicas disponíveis. Os procedimentos adotados no acolhimento e na identificação das demandas e especificidades dessa população são aspectos-chave para o atendimento qualificado efetivo das necessidades dessa população. Dessa forma, é importante entender o acesso não apenas como a chegada da população aos serviços de saúde, mas também como a garantia efetiva de direitos, que se materializa pelo olhar atento, pela atuação acolhedora e pelos vínculos construídos, capazes de capturar intersubjetividades envolvidas entre os profissionais e usuários.

Indícios de preconceito relacionado com a orientação sexual e a identidade de gênero no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) justificam a condução de análises que problematizem a função estratégica desse nível de atenção, em termos do seu potencial para acolher e referenciar adequadamente as demandas e as expectativas desse público aos fluxos assistenciais. Entretanto, poucos são os estudos referentes à oferta de serviços de saúde para a população LGBTQIA+ na APS, principal porta de acesso às ações de prevenção e tratamento das necessidades dessa população no Brasil.

Ao considerar esse contexto, este artigo será conduzido na perspectiva de mapear a literatura referente ao tema e sintetizar as evidências produzidas, a fim de analisar o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de APS

no Brasil por meio de uma revisão de escopo. Será descrito como a produção bibliográfica aborda os facilitadores e as barreiras do acesso dessa população e a dimensão de capacitação profissional para o atendimento das especificidades de saúde da população LGBTQIA+.

Metodologia

O estudo realizou uma revisão de escopo sobre o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de APS. Esse tipo de revisão consiste em um método que visa examinar a extensão e a natureza das produções e os conceitos que fundamentam uma determinada área do conhecimento, apoiando a sistematização e a disseminação de achados que contribuam para as práticas e as políticas e para futuros estudos. Além disso, contribui ainda para a identificação de lacunas na literatura existente e para as abordagens e trajetórias metodológicas adotadas nas pesquisas em uma determinada área^{1,2}. Diante da diversidade de métodos empregados em revisões de literatura, optou-se pela realização de uma revisão de escopo por esta se mostrar adequada à identificação da produção sobre o tema, com enfoque nas barreiras e nos facilitadores da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde.

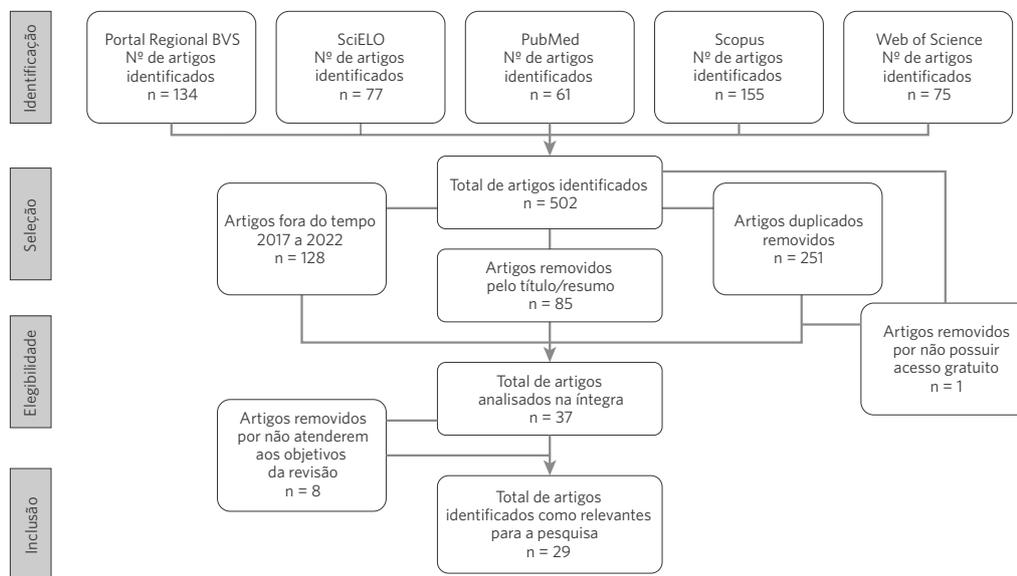
O levantamento bibliográfico foi realizado nas seguintes bases: Portal Regional BVS, SciELO, PubMed, Scopus e Web of Science, no período entre os anos de 2017 e 2022. Em todas, foram utilizadas na estratégia de busca palavras-chave em português e inglês, sobretudo nas bases internacionais PubMed, Scopus e Web of Science.

Foram identificados 502 artigos. Em seguida, os títulos foram organizados no programa de gerenciador de referências Mendeley, a fim de filtrar os resultados e descartar aqueles que estavam repetidos ou fora do escopo do estudo. Nessa primeira etapa, foram removidos 251 artigos duplicados; 128 artigos que não foram publicados no período entre os anos de 2017 e 2022; e 1 artigo que não apresentava acesso

gratuito ao texto completo. Após a leitura dos títulos e resumos, também foram eliminados da amostra os artigos que não abordavam a temática do acesso da população LGBTQIA+ na APS. A partir desses procedimentos, a amostra selecionada para leitura consistiu em

37 artigos. Tais textos foram lidos na íntegra, e, após esse processo, 8 foram excluídos por não atenderem ao objetivo da pesquisa. Assim, a amostra final do estudo foi composta por 29 artigos, identificados como relevantes para a análise, conforme demonstra a *figura 1*.

Figura 1. Diagrama de seleção de artigos



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Entende-se que as abordagens de quaisquer aspectos da população LGBTQIA+ não podem prescindir da introdução do conceito de gênero. A discussão alusiva a essa temática ainda é um tabu em diversos espaços na sociedade devido ao conservadorismo e à naturalização de uma sociedade pautada na orientação heterossexual e cisgênera. No cerne das teorias feministas, atualmente, o gênero é tido como uma categoria histórica, social e culturalmente construída, que é assumida individualmente por meio de papéis, gostos, costumes, comportamentos e representações³. Judith Butler⁴ ressalta que o gênero precisa ser assumido pela pessoa, mas isso não acontece em um processo de escolha,

e sim de construção e de disputas, porque, afinal, o sistema de gêneros é hierárquico e conta com relações de poder.

A luta política por direitos sociais voltados para a população LGBTQIA+ no Brasil remonta ao final dos anos 1970 – período em que diversos movimentos sociais se organizaram na luta pelo reestabelecimento da democracia no País, entre os quais, o movimento homossexual⁵. O debate e as inúmeras manifestações promovidas ao longo das décadas deram visibilidade política para os problemas tanto da vida privada como das relações sociais que envolvem as pessoas LGBTQIA+⁶.

No campo da saúde pública, os avanços em torno das demandas e necessidades de tal grupo social incluíram: a criação do programa

de controle do vírus da aids no Brasil e a instituição do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, na década de 1980, como resposta à epidemia de HIV/aids; a inclusão do tema dos direitos LGBT na 12^a Conferência Nacional de Saúde em 2003; o lançamento do Programa de Combate à Violência e à discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transexuais e Bissexuais) e de Promoção da cidadania de Homossexuais, ‘Brasil Sem Homofobia’; a instituição do comitê técnico de saúde da população LGBT pelo Ministério da Saúde⁷; o estabelecimento das Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2008; a garantia do uso do nome social aos usuários do SUS em 2009; a criação da PoLGBT em 2011, entre outras. É importante ressaltar que esses direitos que foram sendo conquistados pela população LGBTQIA+ não podem ser considerados como concessões ou privilégios a esse segmento da população, mas direitos adquiridos por meio da organização e da luta dos

movimentos sociais que incorporaram essas bandeiras. Cabe destacar que, mesmo diante de diversos ataques às políticas de saúde pública nos últimos anos, uma importante conquista foi alcançada pela população LGBTQIA+ no âmbito da saúde no ano de 2020. A partir de uma decisão histórica do Supremo Tribunal Federal, foi revogada, em 2022, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a restrição de doação de sangue por “indivíduos do sexo masculino que tiveram relações sexuais com outros indivíduos do mesmo sexo e/ou as parceiras sexuais destes”⁸.

Resultados

No *quadro 1*, são apresentados os artigos considerados elegíveis para a pesquisa com a indicação do código de identificação atribuído ao texto, além do título, autor(es), ano de publicação e periódico em que foi publicado. Posteriormente, será apresentada a análise.

Quadro 1. Amostra final dos artigos selecionados para análise

Código de Identificação	Título do artigo	Autor	Ano	Periódico
2018A	Access by lesbians, gays, bisexuals and transvestites/transsexuals to the Basic Family Health Units	Geane Silva Oliveira; Jordana de Almeida Nogueira; Gilka Paiva Oliveira Costa; Francisca Vilela da Silva; Sandra Aparecida de Almeida	2018	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
2019A	Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões.	Simone Monteiro; Mauro Brigeiro	2019	Cadernos de Saúde Pública
2019B	Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis	Noêmia Fernanda Santos Fernandes; José Ribas Galvão; Marluce Maria Araújo Assis; Patty Fidelis de Almeida; Adriano Maia dos Santos	2019	Cadernos de Saúde Pública
2019C	Discursos sobre a saúde de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) adotados por médicos que atuam na estratégia saúde da família do Brasil	Daniilo Borges Paulino; Emerson Fernando Raserá; Flávia do Bonsuceso Teixeira	2019	Interface: Comunicação, Saúde, Educação
2019D	Vive em espera? Itinerários no acesso de homens trans aos serviços de saúde no Brasil e na Argentina	Camilo Braz	2019	Cadernos de Saúde Pública

Quadro 1. Amostra final dos artigos selecionados para análise

Código de Identificação	Título do artigo	Autor	Ano	Periódico
2019E	Construção do corpo e itinerários de saúde: um levantamento entre travestis e trans no rio de janeiro, brasil	Sérgio Carrara; Jimena de Garay Hernandez; Anna Paula Uziel; Greice Maria Silva da Conceição; Henri Panjo; Ana Camila de Oliveira Baldanz; João Pedro Queiroz; Luisa Bertrami D'Angelo; Adriana maria Shad e Baltazar; Aureliano Lopes da Silva Junior; Alain Giami	2019	Cadernos de Saúde Pública
2019F	Otimizando a programação de HIV para mulheres transgênero no Brasil	Jae Sevelius; Laura Rebeca Murray; Nilo Martinez Fernandes; Maria Amélia Veras; Beatriz GrinsztejnSheri A. Lippman	2019	Cultura, Saúde e Sexualidade
2019G	Percepções do grupo LGBT sobre o câncer de próstata: uma revisão integrativa	Arlean Salvador da Silva; Felyckson Sostenes Carvalho de Oliveira; Alexandre Bezerra Silva	2019	Revista Ciência Plural
2020A	Análise das necessidades de ajuda de homens com HIV que fazem sexo com homens.	Farias Odaleia de Oliveira; Guedes Dayse da Silva; Priscila Carolinne Araújo de Freitas; Marli Teresinha Gimenez Galvão; Gilmara Holanda da Cunha; Ivana Cristina Vieira de Lima	2020	Revista da Escola de Enfermagem
2020B	O acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção de homossexuais masculinos	Luís Eduardo Soares dos Santos; Wemerson dos Santos Fontes; Ana Karla Sousa de Oliveira; Luísa Helena de Oliveira Lima; Ana Roberta Vilarrouca da Silva; Ana Larissa Gomes Machado	2020	Revista Brasileira de Enfermagem
2020C	(Re)escrevendo roteiros (in) visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde	Itaúna de Oliveira; Moisés Romanini	2020	Saúde e Sociedade
2020D	Acesso À Saúde Pela População Trans No Brasil: Nas Entrelinhas Da Revisão Integrativa	Pablo Cardozo Rocon; Kallen Detmann Wandekoken; Maria Isabel Barros de Barros; Marco José Oliveira Duarte; Francisco Sodré	2020	Trabalho, Educação e Saúde
2020E	Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre a saúde das populações LGBT	Breno de Oliveira Ferreira; Cláudia Bonan	2020	Ciência e Saúde Coletiva
2020F	Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil	Nilo Plantiko Guimarães; Rafaela Lirio Sotero; João Paulo Cola; Susana António; Heletícia Scabelo Galavote	2020	Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde
2021A	Atendimento vocal à pessoa trans: uma apresentação do Protocolo de Atendimento Vocal do Ambulatório Trans e do Programa de Redesignação Vocal Trans	Rodrigo Dornelas; Kelly da Silva; Ariane Damasceno Pelicani	2021	CODAS

Quadro 1. Amostra final dos artigos selecionados para análise

Código de Identificação	Título do artigo	Autor	Ano	Periódico
2021B	Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais	Breno de Oliveira Ferreira; Claudia Bonan	2021	Interface: Comunicação, Saúde, Educação
2021C	LGBTQIA+ health in light of principled bioethics	Jeanderson Soares Parente; Caik Ferreira Silva; Beatriz de Castro Magalhães; Mauro Mc Carthy de Oliveira Silva; Grayce Alencar Albuquerque		Revista Bioética
2021D	Compreensão hermenêutica sobre vulnerabilidades femininas pertencentes ao coletivo de lésbicas, bissexuais e transexuais	Myllena Ferreira Peixoto; Vander Monteiro da Conceição; Silvio Éder Dias da Silva; Manoel Antonio dos Santos; Lucila Castanheira Nascimento; Jeferson Santos Araújo	2021	Revista Gaúcha de Enfermagem
2021E	Debatendo masculinidades trans: uma revisão de literatura sobre masculinidades trans no Brasil.	Pamella Liz Nunes Pereira; Paula Gaudenzi; Claudia Bonan	2021	Saúde e Sociedade
2021F	Abordagem integral do teste de HIV/AIDS e vinculação ao tratamento entre homens que fazem sexo com homens em Curitiba, Brasil	Marly Marques da Cruz; Vanda Lúcia Cota; Nena Lentini; Trista Bingham; Gregory PaiSolange Kanso; Liza Regina Bueno Rosso; Bernardo Almeida; Raquel Maria Cardoso Torres; Cristiane Yumi Nakamura; Ana Carolina Faria e Silva Santelli	2021	PLoS One
2021G	O Inquérito Nacional de Saúde LGBT+: metodologia e resultados descritivos	Juliana Lustosa Torres; Gabriela Pérsio Gonçalves; Adriana de Araújo Pinho; Maria Helena do Nascimento Souza	2021	Cadernos de Saúde Pública
2021H	Acesso aos serviços de saúde para mulheres lésbicas: uma revisão de literatura	Adriana das Neves Silva; Romeu Gomes		Ciência e Saúde Coletiva
2021I	Cadê as populações LGTBTT na estratégia saúde da família? narrativas de profissionais de saúde em Teresina, Piauí, Brasil	Breno de Oliveira Ferreira; Claudia Bonan	2021	Ciência & Saúde Coletiva
2021J	Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos dos profissionais da atenção básica.	Rita de Cássia Passos Guimarães; Cláudio Fortes Garcia Lorenzo; Ana Valéria Machado Mendonça	2021	Physis
2021L	Associação entre discriminação de gênero e consultas médicas e teste de HIV em uma grande amostra de mulheres transgênero no nordeste do Brasil	Beo Oliveira Leite; Danielle Souto de Medeiros; Laio Magno; Francisco Inácio Bastos; Carolina Coutinho; Ana Maria de Brito; Maria Socorro Cavalcante; Inês Dourado	2021	International Journal for Equity in Health
2022A	“Clara, esta sou eu!” Nome, acesso à saúde e sofrimento social entre pessoas transgênero	Maylla Mota; Alef Diogo da Silva Santana; Luísa Rodrigues e Silva; Lucas Pereira de Melo	2022	Interface - Comunicação, Saúde, Educação
2022B	Restrição de políticas públicas de saúde: um desafio dos transexuais na atenção básica	Gomes, D.; Teixeira, E.; Sauthier. M.	2022	Escola Anna Nery

Quadro 1. Amostra final dos artigos selecionados para análise

Código de Identificação	Título do artigo	Autor	Ano	Periódico
2022C	Producción de Sentidos sobre Asistencia Transespecífica en Salud, Derechos y Ciudadanía Trans*	Cláudia Letícia Lazcano; Maria Juracy Filgueiras Toneli	2022	Psicología: Ciencia e Profissão
2022D	A formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde na construção de um acesso à saúde integral, equânime e universal à população trans	Rocon, P.; De Barros, M.; Rodrigues, A.	2022	Pro-Posições

Fonte: elaboração própria.

A partir da revisão de escopo, observou-se que os estudos tratavam da população de Lésbicas Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT) em geral ou a população trans em específico – cinco artigos tratam da população LGBTT e cinco artigos tratam de pessoas trans. Os demais grupos que compõem a sigla não foram objeto de análise. Especificamente, a população bissexual só é abordada em um dos artigos, com enfoque na mulher bissexual. Ou seja, os homens bissexuais não foram referidos em nenhum dos artigos analisados. O tema da bissexualidade parece suprimido nas publicações analisadas. Isso pode estar relacionado com o fato de

que a bissexualidade ocupa um lugar precário socialmente, politicamente e cientificamente, sendo ainda percebida como uma sexualidade ‘duvidosa’, o que dificulta a possibilidade de inclusão real desses sujeitos⁹⁽¹⁷⁷⁰⁾.

No que se refere ao tipo de pesquisa, a maior parte dos artigos é oriunda de pesquisa qualitativa. Somente quatro são de pesquisa quantitativa. Em relação ao desenho do estudo, identificaram-se 19 tipos diferentes. No entanto, encontrou-se o uso da análise de conteúdo em destaque presente em cinco artigos. Sobre as técnicas utilizadas para a coleta de dados dos estudos, foram identificadas 11 técnicas, com destaque para a realização de entrevistas presente em 16 artigos. Em relação ao nível de abrangência das pesquisas e seu local de realização, identificou-se que 2 artigos resultaram de pesquisas internacional/nacional e 4 artigos resultaram de pesquisa nacional. No entanto, a maioria dos estudos foi desenvolvida no nível local, em municípios do Brasil, conforme demonstra o *quadro 2*.

Quadro 2. Síntese dos estudos analisados

Artigo	Tipo de Pesquisa	Desenho do Estudo	Técnicas para Coleta de Dados	Abrangência do Estudo	Local do Estudo	Grupo Abordado	É caracterizado o acesso da População LGBTQIA+?	Aborda sobre barreiras de acesso?	Aborda sobre facilitadores de acesso?	Aborda capacitação profissional para atendimento da população LGBTQIA+?
2018A	Qualitativa	Análise de Conteúdo	Entrevista/ Teste de Associação de Palavras	Local	Cajazeiras/ PB	LGBTT	Sim	Sim	Não	Sim, brevemente
2019A	Qualitativa	Análise de Conteúdo	Entrevista/ Grupo Focal/ Observação	Regional	Baixada Fluminense/RJ	Mulheres trans/ travestis	Não	Sim	Sim	Sim, brevemente
2019B	Qualitativa	Estudo de Caso	Grupo focal	Regional	Vitória da Conquista/BA	Mulheres lésbicas	Sim	Sim	Sim	Sim
2019C	Qualitativa	Construcionismo Social	Entrevista	Regional	Uberlândia e Belo Horizonte/ MG	LGBT	Sim	Sim	Não	Sim, brevemente
2019D	Qualitativa	Pesquisa de campo	Entrevista	Local/Estrangeira	Goiânia; Buenos Aires	Homens Trans	Sim	Sim	Não	Não
2019E	Quantitativa	Survey	Questionário	Regional	Região Metropolitana do Rio de Janeiro	Travestis, pessoas trans e não binárias	Não	Sim	Não	Não
2019F	Qualitativa	Análise de Conteúdo	Grupo focal	Local	Rio de Janeiro/RJ	Mulheres trans	Sim	Sim	Sim	Não
2019G	Qualitativa	Revisão Integrativa	Levantamento bibliográfico	Nacional	Brasil	LGBT	Sim	Sim	Não	Sim, brevemente
2020A	Qualitativa	Teoria Prescritiva	Entrevista	Local	Capital do Nordeste do Brasil	Homens que fazem sexo com Homens	Sim	Sim	Sim	Aborda indiretamente
2020B	Qualitativa	Análise de Conteúdo	Grupo focal/ Questionário	Local	Picos/PI	Homens Homossexuais	Não	Sim	Não	Sim
2020C	Qualitativa	Psicologia social crítica/ Esquizaanálise	Entrevista	Local	Cidade do interior/RS	Mulheres trans	Sim	Sim	Sim	Aborda indiretamente
2020D	Qualitativa	Revisão Integrativa	Levantamento bibliográfico	Nacional	Brasil	Pessoas trans	Sim	Sim	Sim	Sim, brevemente
2020E	Qualitativa	Revisão Integrativa	Levantamento bibliográfico	Nacional	Brasil	LGBTT	Sim	Sim	Sim	Sim, brevemente
2020F	Qualitativa	Estudo descritivo-exploratório	Entrevista/ Observação	Local	Município Não Informado/ES	LGBT	Sim	Sim	Sim	Sim, brevemente
2021A	Qualitativa	Descritivo	Não se aplica	Local	Lagarto/SE	Pessoas trans	Sim	Sim	Não	Aborda indiretamente
2021B	Qualitativa	Estudo de relatos orais	Entrevista	Local	Teresina/PI	LGBTT	Sim	Sim	Não	Sim
2021C	Qualitativa	Estudo descritivo-exploratório	Grupo focal	Local	Iguatu/CE	LGBTQIA+	Sim	Sim	Sim	Sim, brevemente
2021D	Qualitativa	Análise hermenêutica indutiva	Entrevista	Local	Marabá/PA	Mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais	Sim	Sim	Não	Sim, brevemente

Quadro 2. Síntese dos estudos analisados

Artigo	Tipo de Pesquisa	Desenho do Estudo	Técnicas para Coleta de Dados	Abrangência do Estudo	Local do Estudo	Grupo Abordado	É caracterizado o acesso da População LGBTQIA+?	Aborda sobre barreiras de acesso?	Aborda sobre facilitadores de acesso?	Aborda capacitação profissional para atendimento da população LGBTQIA+?
2021E	Qualitativa	Revisão bibliográfica	Levantamento bibliográfico	Nacional	Brasil	Homens trans	Não	Sim	Sim	Não
2021F	Quantitativa	Análise corte transversal (Cross-sectional analysis)	Extração de dados de testes	Local	Curitiba/PR	Homens que fazem sexo com Homens	Não	Sim	Sim	Não
2021G	Quantitativa	Estudo corte transversal (Cross-sectional analysis)	Questionário	Nacional	Brasil	LGBT+	Sim	Sim	Sim	Sim, brevemente
2021H	Qualitativa	Análise de conteúdo	Pesquisa bibliográfica	Nacional/Internacional	Brasil/Outros países	Mulheres lésbicas	Sim	Sim	Sim	Sim, brevemente
2021I	Qualitativa	Estudo de narrativas	Entrevista	Local	Teresina/PI	LGBTT	Sim	Sim	Sim	Sim, brevemente
2021J	Qualitativa	Análise do Discurso	Entrevista	Regional	Goiânia/GO, Brasília e entorno/DF, Vitória da Conquista/BA; Salvador/BA	LGBTT	Sim	Sim	Sim	Sim, brevemente
2021L	Quantitativa	Estudo corte transversal (Cross-sectional analysis)	Questionário	Regional	Salvador/BA; Recife/PE; Fortaleza/CE	Mulheres, Travestis, Transexuais +	Sim	Sim	Sim	Não
2022A	Qualitativa	Análise temática (codificação temática)	Entrevista/Observação	Local	Ribeirão Preto/SP	Pessoas Trans	Sim	Sim	Sim	Sim, brevemente
2022B	Qualitativa	Estudo exploratório e descritivo/ Análise de conteúdo	Entrevista	Local	Rio de Janeiro/RJ	Transexuais	Sim	Sim	Não	Sim, brevemente
2022C	Qualitativa	Problematização recursiva (Problematización recursiva)	Entrevista	Local	Capital de estado não informado do Sul do Brasil	Pessoas trans	Sim	Sim	Sim	Sim, brevemente
2022D	Qualitativa	Pesquisa de campo	Entrevista	Local	Espírito Santo	Pessoas trans	Não	Sim	Sim	Sim

Fonte: elaboração própria.

Caracterização do acesso da população LGBTQIA+ na APS

Sobre a caracterização do acesso da população LGBTQIA+ na APS, uma das complexidades pode estar associada à diferença entre o acesso

e a acessibilidade. Starfield¹² discute o conceito de acesso, apontando a diferença entre acesso e acessibilidade. Para essa autora, o acesso deve ocorrer de forma oportuna e adequada para alcançar melhores resultados de saúde. Já a acessibilidade se refere aos fatores que

“possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços”¹⁰⁽²²⁵⁾. Ou seja, a acessibilidade é uma possibilidade de contato, efetivada pelo acesso aos serviços de saúde – e para a população LGBTQIA+, muitas vezes ela não se realiza por diversas barreiras institucionais¹⁰. Identificou-se que 23 dos 29 artigos analisados apresentam alguma qualificação ou características do ingresso da população nos serviços de saúde. A seguir, será apresentado como os estudos conduziram tal caracterização.

O conceito de acesso está pautado na capacidade de buscar e obter assistência à saúde. Em seu artigo, Ferreira e Bonan⁹ apontam que as condições de acessibilidade estão relacionadas com os determinantes políticos, técnicos, simbólicos e econômicos. Nesse sentido, desigualdades de acesso e fatores como a qualidade inadequada da assistência à saúde afetam especialmente minorias sociais, a exemplo da população LGBTQIA+. Esses autores destacam que a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PSNI-LGBT), lançada pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 11, é uma referência importante para as discussões sobre acesso e qualidade da assistência à saúde da população LGBTQIA+⁹. De acordo com Oliveira et al.¹¹, a PNSI-LGBT traz o compromisso de promover a inclusão e diminuir as desigualdades de acesso da população LGBTQIA+ à saúde, reforçando suas necessidades históricas.

Nos artigos analisados, também se identificou que uma parcela dos autores discute o processo de construção das políticas públicas a partir da noção de binaridade de gênero. Para Gomes, Teixeira e Sauthier¹²⁽²⁾, “os cadernos de saúde, utilizados pelos profissionais, direcionam um método de atendimento baseado em conceitos biológicos”. Assim, as necessidades dos indivíduos que extrapolam a binaridade entre gênero feminino e masculino acabam sendo negligenciadas, em última instância afetando negativamente o acesso e o uso do sistema de saúde.

Nesse sentido, Mota et al.¹³ debatem sobre a concepção patologizante que permeia o acesso

das pessoas trans aos serviços de saúde, já contestada pelos movimentos sociais e organizações nacionais e internacionais. Os autores sinalizam que a ‘despatologização’ vem sendo um dos eixos de reivindicação política do movimento social trans no sentido de discutir e resgatar a noção de existência como ‘corpos não doentes’. A concretização dessa reivindicação no Brasil depende, segundo os autores, da ampliação das políticas públicas de acesso ao processo transexualizador no SUS e, sobretudo, do reconhecimento massivo da cidadania trans. Nesse contexto, a despatologização tem sido um instrumento político importante na resistência e reivindicação de corpos trans em busca de uma assistência à saúde integral e acolhedora.

Dornelas et al.¹⁴ trazem a perspectiva da qualidade do acesso da população LGBTQIA+ diretamente articulada ao acolhimento. A implementação dessa diretriz requer o reconhecimento das necessidades de saúde do outro, por meio de

uma escuta qualificada que propicia adequar os atendimentos às reais necessidades da pessoa assistida. Só desta forma pode ocorrer a efetividade das práticas de saúde¹⁴⁽⁴⁻⁵⁾.

Barreiras e facilitadores de acesso à saúde da população LGBTQIA+ na APS

Todos os artigos analisados abordam, de diferentes formas, as barreiras enfrentadas pela população LGBTQIA+ no acesso à APS, tanto de ordem objetiva quanto de ordem subjetiva. Brigeiro e Monteiro¹⁵⁽⁴⁾ destacam que

há obstáculos de ordem subjetiva para acessar os serviços, decorrentes do estigma internalizado e da associação da infecção pelos HIV com suas condições de vida.

Outros textos também abordam a questão da estigmatização da população LGBTQIA+

com HIV. Em relação a esse aspecto, Sevelius et al.¹⁶ afirmam que os ambientes institucionais, devido à introjeção de categorias rígidas de gênero e sexualidade, vinculam e interligam o estigma e a discriminação relacionados com o HIV e pessoas trans:

[...] os provedores de serviços geralmente associavam a identidade transgênero ao HIV e que quaisquer problemas de saúde relatados por eles eram considerados relacionados ao HIV¹⁶⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾.

Dessa forma, é possível observar que o acesso à saúde da população LGBTQIA+ ainda está vinculado ao seu comportamento sexual, fazendo com que a primeira oferta de serviço esteja associada ao teste de HIV – precedendo a qualquer outra necessidade de saúde desses usuários. Isso pode ser relacionado com a representação do HIV, permeada por estigmas e por desinformação de diversos cenários epidemiológicos, sendo determinantes para a discriminação e contribuindo para perpetuar barreiras de acesso a essa população¹⁷. A culpabilização e a associação da população LGBTQIA+ como disseminadores de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por profissionais de saúde é caracterizada por Guimarães et al.¹⁸ como atos de violência e discriminação, que têm como resultado uma das principais barreiras encontradas para o acesso à saúde. Parente et al.¹⁹ também ressaltam a violência institucional como principal fator de barreira ao acesso aos serviços de saúde. Para os autores, essa violência é materializada por uma assistência inadequada, a não adoção do nome social, um direito legal, e por comentários desrespeitosos que provocam revolta e instabilidade emocional nos usuários

Apesar de normatizações que tratam de políticas para a efetivação do acesso à saúde na APS desses grupos sociais, Mota et al.¹³ afirmam não serem suficientes para a garantia da plena cidadania. Os autores trazem como exemplo o não cumprimento do Provimento nº 73, de 28 de junho de 2018, que trata da

retificação do nome de registro. Na rotina dos serviços, muitas vezes o nome retificado das pessoas trans e travestis não é formalizado no momento do atendimento. Há uma dupla negação: a da condição humana e da cidadania das pessoas trans. Rocon et al.²⁰ sinalizam as barreiras de acesso, apontando que há uma reação em cadeia na produção de sofrimento e adoecimento na população trans: a noção de ‘trans-travestifobia institucional’ como principal barreira de acesso levando à interrupção de tratamentos com consequências e sequelas à saúde dessa população que acessa os serviços, mas que têm dificuldade de permanecer.

Assim, é possível constatar na produção analisada que a existência de uma política nacional que preconiza o acesso da população trans aos serviços de saúde não é suficiente para que as estruturas dos serviços realizem o acolhimento e acompanhamento na APS conforme o estabelecido. A prática heteronormativa utilizada pelos profissionais de saúde nos atendimentos à população LGBTQIA+ foi sinalizada por Lazcano e Toneli²¹; os autores assinalam que, mesmo quando as normativas estabelecem uma linha de cuidado para travestis e transsexuais, como parte da saúde pública brasileira, esta é fortemente impactada pela heteronormatividade e pelo binarismo de gênero, que, somados à patologização das transexualidades, acabam por acentuar a precariedade das transexistências. Parente et al.¹⁹⁽⁶³⁶⁻⁶³⁷⁾ observam que

com exceção dos depoimentos vinculados ao princípio da beneficência, todos os participantes da pesquisa que conduziram relatam violações ao princípio da justiça, apontando atendimento desigual e negação de direitos.

Silva e Gomes²² analisam a questão dos valores pessoais dos profissionais de saúde que se imbricam no atendimento às mulheres lésbicas. Crenças religiosas de uma parcela dos profissionais que reafirmam a heterossexualidade como única conduta aceitável tornam-se presentes em sua prática, criando dificuldades

para essas mulheres acessarem os serviços de saúde, ou seja, a “heterossexualidade naturalizada se encontra – explícita ou implícita – na prática assistencial em geral e na atitude dos profissionais”²²⁽⁵³⁻⁵⁴⁾.

Ferreira e Bonan⁹ indicam ainda a existência de barreiras na gestão e na operacionalização da PNSI-LGBT, além de um frágil diálogo entre as gestões federal, estaduais e municipais, em que as pactuações de ordens normativas e jurídicas não são estabelecidas de forma concreta. Os autores indicam como barreira o conhecimento dos profissionais de saúde em relação à orientação sexual e/ou à identidade de gênero da população que acessa os serviços de saúde. Os profissionais, em sua maioria, relatam a adoção de uma postura única no atendimento da população geral. No entanto, optam por igualar os atendimentos sem considerar as expressões, os desejos e as necessidades de saúde dos usuários. A identificação da identidade de gênero e/ou a orientação sexual foi apontada na retórica das profissionais como algo pouco relevante para o atendimento em saúde²³.

Guimarães et al.¹⁸ corroboram essa perspectiva na pesquisa realizada com os profissionais de saúde. Abordagens sobre a orientação sexual e a identidade de gênero da população só ocorreram durante a formação acadêmica e, mesmo assim, vinculadas à temática de IST. Nessa mesma linha, Silva e Gomes²² apontam essa fragilidade na formação dos profissionais de saúde, que contribui para o desconforto e despreparo dos profissionais no momento do acolhimento de mulheres lésbicas, por exemplo, tornando invisíveis as demandas e as especificidades delas.

Gomes e Sauthier¹² sinalizam que, para além das restrições ao acesso aos serviços de saúde, existe uma questão fundamental que é a baixa resolutividade no atendimento específico da população trans. Segundo os autores, há uma insatisfação dessa população em relação à falta de serviços específicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), “caracterizando-se como uma restrição ao acesso pelo transexual às políticas

públicas de saúde que os atendam em suas demandas”¹²⁽³⁾, o que reforça as condições de vulnerabilidade dessa população aos serviços especializados que deveriam ser referenciados pelo nível básico de atenção.

Nesse ponto de vista, Leite et al.²⁴ sinalizam que, apesar de o Brasil possuir um sistema universal de saúde, ainda não existe uma estratégia efetiva para vincular essas pessoas ao sistema e perdem muitas barreiras de acesso baseadas na discriminação por parte de profissionais de saúde e usuários, desrespeito ao nome social e à identidade de gênero e ao não atendimento às demandas de saúde necessárias.

Paulino et al.²⁵ trazem, a partir da pesquisa realizada, a perspectiva do ‘discurso do não saber’ sobre as demandas da população LGBTQIA+, pelos profissionais de saúde. Ou seja, um não saber estruturado na culpabilização do sistema e justificado porque não houve ensino da temática durante a graduação ou porque a gestão municipal não ofereceu ação de educação permanente com esse tema. Os autores indicam esse processo como uma estratégia que também esconde a desresponsabilização, ou seja, “eu não sei e posso continuar não sabendo”²⁵⁽⁸⁾. Desse modo, é possível notar que o cuidado primário em saúde à população LGBTQIA+ é comprometido por deficiências em conhecimentos e habilidades específicas em relação a essa população entre profissionais de saúde. Entretanto, a desresponsabilização é uma estratégia amplamente disseminada, e outras questões também afastam a população LGBTQIA+ do cuidado em saúde, como: os ambientes inóspitos nos serviços de saúde que estigmatizam esses(as) pacientes e a falta de políticas e parâmetros para uma melhor prática.

No que se refere aos facilitadores de acesso da população LGBTQIA+ na APS, 19 dos 29 artigos analisados abordaram esse aspecto.

A maioria dos artigos que trata sobre facilitadores do acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde menciona a APS como um nível de atenção potente para sua ampliação.

Ferreira et al.⁹, Mota et al.¹³, Guimarães et al.¹⁸ e Parente et al.¹⁹ trazem os marcos legais como facilitadores de acesso, como a criação, em 2014, do Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, e a Portaria nº 2.836/2011, que instituiu a PSNI-LGBT. Essas normativas são destacadas como ferramentas que contribuem para o acesso à saúde de minorias sociais, como é o caso da população LGBTQIA+.

Ainda nessa perspectiva, Ferreira e Bonan⁹ sinalizam a retirada da homossexualidade como patologia, na 10ª Revisão da Lista de Classificação Internacional de doenças (CID-10), como fundamental para o enfrentamento de abusos, restrições e negações de direitos às populações LGBTT. No entanto, alguns autores também advertem que a existência de marcos legais, embora importantes, não são suficientes para garantir o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde na APS. Borba²⁶ cita a Portaria nº 1.707/2008, que institui o processo transexualizador e define como atendimento humanizado aquele que se faça livre de discriminação. O autor destaca que a humanização do atendimento, prevista nessa portaria, é pouca aprofundada, insere-se em reflexões e proposições mais amplas situadas no movimento HumanizaSUS, na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). Entretanto, tais discussões não são suficientes para assegurar o acolhimento de pessoas trans nos serviços de saúde, tal como corroborado por Ferreira e Bonan⁹, Mota et al.¹³ e Oliveira e Romani²⁷.

Trazer a humanização como diretriz ética e política é uma importante mudança para o acesso à saúde da população trans. No entanto, segundo Rocon et al.²⁸, mais estudos sobre saúde trans, ancorados nas proposições, contribuições e movimentos éticos e políticos da PNH, ainda se fazem necessários.

Rocon et al.²⁸ sinalizam que outro facilitador de acesso da população trans é a desvinculação da exigência de cirurgia para a realização judicial da troca de nomes nos documentos.

Em diálogo com essa análise, Guimarães et al.¹⁸ reforçam que a presença do campo destinado ao nome social nos documentos e prontuários da saúde expressa o respeito a ser observado pelos profissionais aos nomes definidos pelos usuários. A adoção do nome de escolha nos registros não só descaracteriza violações de direitos instituídos como aproxima a prática profissional dos princípios de universalidade e equidade do SUS¹⁸.

Ferreira e Bonan⁹ mencionam como facilitadores as ações educativas, tanto para os profissionais, gestores, administradores, quanto para a comunidade geral, com o intuito de problematizar conceitos e estigmas historicamente construídos, com efeitos positivos não só na dimensão relacional como também na organizacional. Essas recomendações, pautadas desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde, preveem desde a sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos da população LGBTQIA+, a inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS, até a ampliação de representações dessa população em esferas decisórias como os conselhos de saúde. O estabelecimento de protocolos específicos para o atendimento de lésbicas e travestis e o incentivo e o compartilhamento das inovações tecnológicas que ampliem a resolutividades das intervenções requisitadas e a garantia dos direitos sexuais reprodutivos são parte de recomendações já formuladas em documentos oficiais¹⁸.

Oliveira e Romanini²⁷ apontam a articulação dos serviços de saúde como um fator de ampliação do acesso. A atenção básica e os serviços especializados precisam convergir esforços para incrementar o atendimento da população LGBTQIA+. Consideram também a importância dos agentes comunitários de saúde enquanto profissionais situados nos territórios com maior proximidade com os usuários dos serviços. Nesse sentido, é fundamental que esses profissionais sejam bem orientados para acolher a população LGBTQIA+.

Silva e Gomes²² observam que a criação de um ambiente acolhedor, que favoreça a

construção de vínculos e uma relação profissional/usuário aberta, pode contribuir para a desconstrução de um espaço marcado por estigmas, discriminação e medos, além de concorrer para diminuir a violência institucionalizada. No caso das mulheres, os autores advogam que a manutenção de um ambiente que respeite a singularidade e desconstrua formas de violência contra as lésbicas que geram exclusão e discriminação constitui um cuidado inclusivo, integral e humanizado.

Outra iniciativa, relatada por Lazcano e Toneli²¹, foi um treinamento envolvendo transativistas e funcionárias da UBS. O projeto tinha como objetivo a recepção sensível dos usuários. Para os autores, a relação de comunicação entre os movimentos de defesas dos direitos humanos demonstrou potência no trabalho realizado em conjunto com a equipe médica que atendeu pessoas trans²³. Já em Guimarães, Lorenzo e Mendonça²⁹ o conhecimento dos profissionais de saúde sobre orientação sexual também está relacionado com uma melhor qualidade do serviço prestado e com a ampliação de ações de promoção e prevenção para a população LGBTQIA+.

Abordagem da capacitação profissional sobre o acesso à saúde da população LGBTQIA+ na APS

Em relação à capacitação profissional para o atendimento da população LGBTQIA+ na APS, identificou-se que a maioria dos artigos analisados abordou esse tema brevemente, não aprofundando essa questão. Somente quatro artigos abordam especificamente a capacitação profissional voltada para o atendimento da saúde da população LGBTQIA+^{20,23,30,31}, seja como uma barreira, seja como um facilitador do acesso à saúde para a população LGBTQIA+. Para Rocon et al.²⁰, as estratégias de formação profissional, pautadas em consciência política, informações técnicas e transmissão de representações da transexualidade, não têm sido suficientes para intervir de forma que garanta a qualidade do acesso e do acolhimento

da população transexual na APS. Os autores afirmam que a formação dos trabalhadores da saúde, seja técnica ou de conscientização política dos direitos da população trans, não é suficiente para a resolução dos problemas de acesso à saúde. A afirmação do tecnicismo, a transmissão e o acúmulo de informações não são suficientes para o enfrentamento das barreiras de acesso.

Outros artigos perpassam por esse aspecto brevemente^{9,12,13,18,19,21,25,32,33}. Para Silva e Gomes²², há uma fragilidade na formação dos profissionais de saúde, que os levam a um desconforto em lidar com as questões de orientação e diversidade sexual e com a população LGBTQIA+. Nesse sentido, aponta-se para a necessidade de avançar na formação e na capacitação profissional de profissionais de saúde, que sejam pautadas por meio da humanização e rompendo com a lógica heteronormativa e cisgênera. Certamente, essa perspectiva não sinaliza a capacitação profissional como a única solução para os entraves de acesso da população LGBTQIA+ na APS, mas promove a discussão e os espaços de reflexão e de desconstrução de princípios heteronormativos.

Considerações finais

Este artigo teve como objetivo realizar uma revisão de escopo referente ao acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de APS no Brasil. A revisão, que abrangeu cinco bases de dados com intervalo entre 2017 e 2022, localizou um número baixo de publicações sobre o tema, especificamente no que concerne ao acesso da população LGBTQIA+ nesse nível de atenção, expressando a não priorização dessa temática na agenda de pesquisa da produção científica brasileira.

Tendo em vista os objetivos da pesquisa, observou-se que o acesso à saúde da população LGBTQIA+ é caracterizado por desigualdades, permeado de estigmas e preconceito, em que o atendimento da população é pautado a partir da centralidade da heteronormatividade e

patologização de pessoas transexuais, desconsiderando demandas específicas dessa população.

Avanços no marco legal foram também destacados, considerando o seu impacto no atendimento à população LGBTQIA+, tal como a PNSI-LGBT com a garantia do nome social e o processo transexualizador. Esses avanços foram considerados estruturantes na consolidação do acesso dessa população à APS, pois promovem a inclusão e a visibilidade de pautas históricas dessa população no setor saúde. No entanto, apesar de conquistas dos movimentos LGBTQIA+ na pauta da saúde, pode-se perceber que ainda é um desafio a efetivação das políticas de promoção da diversidade sexual e de gêneros nos equipamentos de saúde pública.

Os resultados aqui apresentados corroboram o reconhecimento de que os equipamentos de saúde são organizados a partir da lógica heteronormativa, desconsiderando as identidades e as expressões de gênero. Nesse sentido, há uma frágil formação profissional no tocante à saúde da população LGBTQIA+ que perpassa a formação acadêmica e que se perpetua nas capacitações em serviço escassas

ou desconectadas das necessidades dos profissionais e do público-alvo.

Reafirma-se a importância dessa temática, bem como da condução de revisões e estudos mais aprofundados, capazes de identificar evidências mais robustas sobre os achados aqui delimitados. Em especial, a dimensão do acesso dessa população à principal porta de entrada do SUS requer, indubitavelmente, um olhar mais sistematizado e reflexões sobre uma nova sociabilidade em torno das questões de gênero e das sexualidades pelos planejadores e executores das políticas de saúde no SUS. Ao enfrentar essa pauta, ainda se conferirá maior visibilidade da população LGBTQIA+ no âmbito da saúde e se enfrentará uma lacuna histórica de direitos sociais suprimidos.

Colaboradoras

Gonçalves EFM (0000-0002-9065-8214)*, Oliveira EA (0000-0001-5877-9879)*, Cardoso GCP (0000-0002-4014-0951)* e Silva LTB (0000-0002-7341-260X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Cordeiro L, Soares CB. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *BIS, Bol. Inst. Saúde.* 2020; 20(2):37-43.
2. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, et al. Guidance for Conducting Systematic Scoping Reviews. *Int. J. Evid. Based Healthc.* 2015; 13(3):141-146.
3. Vieira TR, Paiva LAS. *Identidade sexual e transexualidade.* São Paulo: Roca; 2009.
4. Butler J. *Bodies that matter: on the discursive limits of "sex".* New York: Routledge; 1993.
5. Facchini R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o 'campo' e para a 'arena' do movimento LGBT brasileiro. *Bagoas.* 2009; 3(4):131-158.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.227, de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais – GLTB. Diário Oficial da União. 15 Out 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União. 16 Jun 2014. [acesso em 2022 nov 15]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>.
9. Ferreira BO, Bonan C. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(5):1765-1778.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
11. Oliveira G, Nogueira J, Costa G, et al. Acesso de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis/Transexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família. *Rev. Rene*. 2018; 19:e3295.
12. Gomes DF, Teixeira ER, Sauthier M, et al. Restrição de políticas públicas de saúde: um desafio dos transexuais na atenção básica. *Esc. Anna Nery*. 2022; 26:e20210425.
13. Mota M, Santana ADS, Silva LR, et al. “Clara, esta sou eu!” Nome, acesso à saúde e sofrimento social entre pessoas transgênero. *Interface (Botucatu)*. 2022; 26:e210017.
14. Dornelas R, Silva K, Pellicani AD. Atendimento vocal à pessoa trans: uma apresentação do Protocolo de Atendimento Vocal do Ambulatório Trans e do Programa de Redesignação Vocal Trans (PRV-Trans). *CoDAS*. 2021; 33(1):e20190188.
15. Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(4):e00111318.
16. Sevelius J, Murray LR, Martinez Fernandes N, et al. Optimising HIV programming for transgender women in Brazil. *Cult. Health Sex*. 2019; 21(5):543-558.
17. Farias OO, Guedes DS, Freitas PC, et al. Análise das necessidades de ajuda de homens com HIV que fazem sexo com homens. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2020; 54:e03650.
18. Guimarães NP, Sotero RL, Cola JP, et al. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *RECIIS*. 2020; 14(2):372-385.
19. Parente J, Silva C, Magalhães B, et al. LGBTQIA+ health in light of principlist bioethics. *Rev. Bioét.* 2021; 29(3):630-640.
20. Rocon PC, De Barros MEB, Rodrigues A. A formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde na construção de um acesso à saúde integral, equânime e universal à população trans. *Pro-Posições*. 2022; 33:e20190083.
21. Lazcano CL, Toneli MJF. Producción de sentidos sobre asistencia transespecifica en salud, derechos y ciudadanía trans*. *Psicol. Ciênc. Prof*. 2022; 42:1-12.
22. Silva AN, Gomes R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(supl3):5351-5360.
23. Ferreira B, Bonan C. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT). *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200327.
24. Leite BO, Medeiros DS, Laio M, et al. Association between gender-based discrimination and medical visits and HIV testing in a large sample of transgender women in northeast Brazil. *Int. J. Equity Health*. 2021; 20(199).
25. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexu-

- ais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180279.
26. Borba R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sex., Salud Soc. (Rio de Janeiro)*. 2014; (17):66-97.
27. Oliveira I, Romanini M. (Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. *Saúde Soc.* 2020; 29(1):e170961.
28. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB, et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab. Educ. Saúde*. 2020; 18(1):e0023469.
29. Guimarães RCP, Lorenzo CFG, Mendonça AVM. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. *Physis*. 2021; 31(1):e310128.
30. Fernandes NFS, Galvão JR, Assis MMA, et al. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(10):e00234618.
31. Santos L, Fontes W, Oliveira A, et al. O Acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção de homossexuais masculinos. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; 73(2):e20180688.
32. Peixoto MF, Conceição VM, Silva SED, et al. Compreensões hermenêuticas sobre as vulnerabilidades femininas pertencentes ao coletivo de lésbicas, bissexuais e transexuais. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2021; 42:e20200133.
33. Torres JL, Gonçalves GP, Pinho AA, et al. O Inquérito Nacional de Saúde LGBT+: metodologia e resultados descritivos. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(9):e00069521.

Recebido em 19/11/2023

Aprovado em 04/12/2023

Conflito de interesses: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Editor responsável: Henrique Rabello de Carvalho

A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a população LGBTI+: uma revisão integrativa

Primary Health Care in Brazil and the LGBTI+ population: An integrative review

Andréa Andrade Reis¹, Henrique Rabello de Carvalho^{2,3}

DOI: 10.1590/2358-28982023E19135P

RESUMO Este artigo tem como objeto principal a atenção à saúde oferecida à população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto brasileiro. Para isso, buscou-se analisar a literatura produzida sobre as experiências de atenção à população LGBTI+ na APS no Brasil mediante revisão integrativa da literatura e análise de conteúdo temática para identificar, analisar e relatar padrões dentro dos dados pesquisados. Os estudos foram classificados e ordenados de acordo com o ano de publicação, região do País, metodologia utilizada e status dos participantes. Embora o período pesquisado tenha se iniciado em 2012, apenas em 2015 foram registradas publicações. Entre os anos de 2016 e 2019, houve um aumento no número de estudos publicados relativos ao tema da pesquisa. A diminuição das publicações em 2020 pode estar relacionada com a redução de atividades em razão da pandemia de Covid-19. Conclui-se que fatores morais e religiosos têm forte impacto sobre o preconceito e a discriminação, e há relatos na literatura de profissionais de saúde que são ancorados em ensinamentos culturais, influência familiar e de grupos sociais que não aceitam a diversidade sexual e de gênero, o que contribui para o afastamento da população LGBTI+ dos serviços de saúde ofertados no SUS.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Minorias sexuais e de gênero.

ABSTRACT This article mainly focuses on the healthcare attention provided to the LGBTI+ population in Primary Healthcare within the Brazilian context. To achieve this, we sought to analyze the literature produced on the experiences of healthcare attention to the LGBTI+ population in Primary Healthcare in Brazil through an integrative literature review and thematic content analysis to identify, analyze, and report patterns within the researched data. The studies were classified and ordered according to the year of publication, region of the country, methodology used, and participant status. Although the researched period began in 2012, publications were only recorded in 2015. Between the years 2016 and 2019, there was an increase in the number of published studies related to the theme of this research. The decrease in publications in 2020 may be related to the reduction of activities due to the COVID-19 pandemic. It is also concluded that moral and religious factors have a strong impact on prejudice and discrimination, and there are reports in the literature of healthcare professionals being anchored in cultural teachings, family influence, and social groups that do not accept sexual and gender diversity, contributing to the distancing of the LGBTI+ population from the healthcare services offered by Unified Health System (SUS).

KEYWORDS Health services. Primary Health Care. Sexual and gender minorities.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
andreaalka2012@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.



Introdução

Este artigo tem como objetivo analisar as principais questões referentes à atenção à saúde oferecida à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Intersexo e outros (LGBTI+) na Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto brasileiro, especialmente a partir da implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011¹, como resultado do reconhecimento das políticas públicas em direitos humanos LGBTI+ na esfera institucional.

A APS é a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, por vezes, o primeiro contato da comunidade com o serviço de saúde, proporcionando a possibilidade de uma melhor atenção aos indivíduos, com enfoque em estratégias e tecnologias em saúde para atendimento do indivíduo e da comunidade. Entretanto, essa porta de entrada nem sempre é acolhedora, sendo possível identificar várias barreiras à disponibilização de serviços que, efetivamente, considerem as condições organizacionais, sociais, culturais e de comunicação com a equipe que favoreçam as pessoas LGBTI+. Dessa forma, deve-se questionar a qualidade do acesso, bem como a sua efetiva existência para as populações LGBTI+².

De modo a aprimorar os serviços de saúde na APS, foram instituídas políticas facilitadoras da universalização e do acesso, como a PNSI-LGBT². Apesar das dificuldades de acesso existentes, a APS tem potencial para melhorar o atendimento com empatia, acolhimento e criação de vínculos. Assim como em outros grupos sociais, a população LGBTI+ possui especificidades a serem entendidas e acolhidas no âmbito da atenção à saúde, por exemplo, a necessidade de um homem trans realizar o exame citopatológico como forma de prevenção do câncer de colo do útero. Isso evidencia a necessidade de incluir as categorias orientação sexual e identidade de gênero

como variáveis importantes na intersecção com o acesso à saúde.

Pode-se afirmar que a construção de políticas públicas para o cuidado da saúde das pessoas LGBTI+ de forma integral e continuada vem sendo conquistada por meio de muitas reivindicações e lutas por seus direitos. Historicamente, o movimento LGBTI+ no Brasil se organizou para combater as violências que foram cometidas contra essa parcela da população ao longo das décadas, assim como na busca por visibilidade à afirmação de direitos³⁻⁵. Apesar de diversas tentativas de reconhecimento de direitos pela via legislativa no período pós-redemocratização, não há na esfera do Poder Legislativo Federal lei reconhecendo direitos para as pessoas LGBTI+⁶, tarefa que tem sido encampada pelo Poder Judiciário, especialmente no contexto neoliberal e de surgimento da extrema-direita, o que teve como consequências diretas a moralização e o combate aos direitos LGBTI+ enquanto direitos humanos fundamentais⁷.

Desde o governo Fernando Henrique Cardoso até o governo Dilma Rousseff, várias políticas públicas para a população LGBTI+ surgiram de diálogos e pressões dos movimentos sociais no Brasil. Particularmente durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, foram desenvolvidas as principais políticas públicas para a população LGBTI+, com destaque para o programa Brasil sem Homofobia em 2004. Em 2008, cabe mencionar a realização da I Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT e a inclusão do processo transexualizador no SUS. Em 2009, foi elaborado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT; enquanto em 2011, ocorreram a criação do módulo LGBT no disque 100, a elaboração do primeiro relatório sobre violência homofóbica no Brasil, a publicação da PNSI-LGBT e a realização da II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT⁶.

A população LGBTI+ enfrenta contínuos desafios em relação aos seus direitos e garantias

fundamentais, expressos por diversas formas de preconceito e violência social. Infelizmente, essas manifestações muitas vezes culminam em crimes de ódio, resultando no próprio extermínio de pessoas⁸. Esses eventos ficam evidentes nos relatórios produzidos anualmente pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra)⁹, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública¹⁰, o Conselho Nacional de Justiça¹¹ e o Grupo Gay da Bahia (GGB)¹², os quais manifestam a premência e a permanência de construção de políticas públicas como políticas de estado para que a cidadania desse grupo social seja garantida.

O preconceito e a discriminação se estendem à atenção prestada nas unidades de saúde, onde ainda se identifica esse segmento como desviante do padrão heteronormativo¹³, o que potencializa ainda mais o olhar social estigmatizante e a necessidade de incluir ações de formação para as/os trabalhadoras/es da saúde a fim de divulgar a diversidade e as especificidades desse grupo¹⁴. A população LGBTI+, tratada de forma não equânime e por vezes segregada nesse contexto, enfrenta barreiras ao acesso aos serviços de saúde¹⁵, sendo exposta a julgamentos de profissionais desses serviços, fruto da LGBTIfobia estrutural, que reverberam negativamente na produção do cuidado¹⁶.

A APS emerge como uma área crucial na promoção da saúde para esse segmento populacional, o que demanda uma análise sob a ótica do direito fundamental ao acesso universal às intervenções e aos cuidados de saúde. É imperativo garantir aos indivíduos, nesse contexto, não apenas tratamento, mas também recursos para recuperação, reabilitação e, fundamentalmente, cura. Nesse contexto, a APS deve garantir direitos, como uso do nome social, uso do banheiro conforme a identidade de gênero e a oferta do processo transexualizador, além de contribuir para a divulgação desses direitos¹⁷. Considerando a experiência brasileira, a partir especialmente de como se organizou o SUS, a APS constitui-se como o elemento central do sistema de saúde universal¹⁸.

No contato com os usuários – no acolhimento, no atendimento clínico ou em qualquer outro tipo de ação em saúde –, pode-se contribuir para ampliar a equidade, fazendo com que o conhecimento sobre os direitos à saúde alcance o maior número de pessoas da população LGBTI+. Na medida em que a APS é uma das principais portas de entrada do SUS, é preciso fomentar práticas de atenção à saúde, bem como realizar cobranças aos gestores das secretarias de saúde municipais para organização de estratégias que promovam a atenção e o cuidado específico a esse público¹.

Material e métodos

Este artigo baseia-se em pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura, sobre as experiências de atenção à população LGBTI+ na APS no Brasil. É um estudo de natureza qualitativa – aquela capaz de oferecer a compreensão de fenômenos sociais complexos incapazes de serem elucidados com a pesquisa quantitativa. Seu uso se aplica à compreensão profunda de comportamentos, atitudes e motivações humanas e produz significados para o que as pessoas pensam e sentem¹⁹. Em alguns modelos de investigações científicas, é realizada uma consulta prévia à literatura, para compreender o panorama de produções acerca do tema e, posteriormente, até mesmo para verificar a viabilidade, o ineditismo e a originalidade do estudo. Contudo, em algumas pesquisas qualitativas, ela pode ser o próprio método investigativo, a partir da utilização de uma sequência de ações sistemáticas que sigam um rigor metodológico. Podem ser realizadas pesquisas exclusivamente com dados bibliográficos, e, assim, a revisão integrativa não caracteriza, necessariamente, uma estratégia norteadora da pesquisa, e sim uma forma plena de desenvolvimento da pesquisa como bibliográfica²⁰. O objetivo da revisão integrativa está correlacionado com o estado da arte, com a capacidade de identificação de tendências e lacunas da literatura²⁰.

A identificação da pergunta norteadora na fase inicial é de extrema importância para a revisão, pois fornece informações que determinam os estudos incluídos, as estratégias de identificação e as informações a serem investigadas²¹. Levando-se em consideração o atendimento do objetivo da pesquisa, determinou-se, na primeira etapa, a seguinte questão: a APS brasileira tem oferecido cuidado integral e com respeito aos direitos humanos à população LGBTI+?

Com base na questão norteadora, foi realizada a procura em bases de dados, segundo critérios de amostragem capazes de oferecer representatividade à amostra e insuspeição dos resultados²¹. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO) no período de 2012 a 2022. Essa escolha se deveu à instituição da PNSI-LGBT realizada em dezembro de 2011 e considerada um marco importante para a atenção à saúde das pessoas LGBTI+.

Na BVS, foram utilizados os seguintes descritores: Minorias Sexuais e de Gênero OR LGBT* AND Atenção Primária à Saúde AND Assistência Integral à Saúde OR prática integral de cuidados de saúde OR atenção à saúde OR acesso à saúde OR conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Na SciELO, foram utilizados: Minorias sexuais e de gênero OR LGBT* OR homossexualidade OR Transexualidade OR pessoas Transgênero AND Serviços de Saúde. Os operadores booleanos AND e OR foram utilizados para fazer a unificação dos descritores para a pesquisa no banco de dados. Tais operadores constituem um dos recursos utilizados em pesquisa avançada em bancos de dados e que ajudam a construir uma pesquisa eficaz. O operador AND rastreia artigos que incluem todos os descritores apresentados enquanto o operador OR amplia os resultados, sendo usado para combinar termos semelhantes, baseado na obra de Toronto e Remington²².

Na pesquisa de bases de dados, foi utilizado o vocabulário controlado, constituído por

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que consiste em um conjunto padronizado de termos usados por um banco de dados para atribuir determinado tipo de informação. O Medical Subject Headings (MeSH), é a versão em inglês do DeCS, desenvolvido pela National Library of Medicine e atribuído a artigos no Medline, PubMed, CINAHL, Cochrane e outras bases de dados²². É importante ressaltar que o DeCS foi construído em consonância com o MeSH de forma a adotar sincronismo com bases internacionais e oferecer método seguro de vocabulário controlado. Os estudos em bases de dados com vocabulário controlado possuem variações de resultados quando comparados com o uso da linguagem natural. Nesse sentido, geram menos produções, contudo, costumam apresentar resultados mais relevantes²².

Após a busca de dados, realizou-se a etapa fundamental de definição dos critérios de inclusão e exclusão²¹, capaz de delimitar os artigos finais da pesquisa dentro de todos os artigos encontrados. Neste estudo, os critérios de inclusão foram: periódicos em língua portuguesa publicados a partir de 2012, quando foi instituída a PNSI-LGBT; que abordassem práticas de cuidado da saúde na APS no atendimento à população LGBTI+. Os critérios de exclusão foram: artigos em inglês; acima de dez anos; literatura cinzenta; citação de parte de uma obra; carta ao editor; revisões de literatura; e os que não atenderam aos objetivos propostos no trabalho.

Por meio do título, na base BVS, foram selecionadas 144 publicações, e na SciELO, 55, totalizando 199 publicações. Em seguida, foram excluídas 20 publicações por estarem duplicadas, e 161 após refinamento pelos critérios de inclusão e exclusão. Restaram 18 publicações para análise e avaliação na íntegra, sendo 15 publicações e 1 tese de doutorado. Nessa etapa, 2 publicações foram excluídas após análise, pois atendíamos a critérios de inclusão e exclusão. Após criteriosa análise, restaram 16 publicações, que foram incluídas na revisão.

Resultados e discussão

Os estudos que constituem a base deste artigo foram classificados e ordenados de acordo com o ano de publicação, região do País, metodologia utilizada e *status* dos participantes. Para coleta, nos periódicos, das informações pertinentes ao estudo, é indispensável o uso de um instrumento previamente elaborado que possibilite a obtenção dos dados para o atendimento dos objetivos da pesquisa, além de assegurar a checagem homogênea das informações e seu registro²¹. Nesse sentido, para a compilação das produções científicas, foi

utilizada uma ficha de extração, contendo: 1) autor principal, ano; 2) título; 3) revista; 4) região do estudo, estado, cidade; 5) idioma; 6) objetivo; 7) metodologia; 7.1) natureza do estudo; 7.2) número de participantes; 7.3) localização na APS; 7.4) amostra; 7.5) técnicas de coleta; 7.6) técnicas de análise; 8) resultados; 9) recomendações; 10) limitações do autor; 11) observações/limitações dos revisores que foram observados na literatura de Souza, Silva e Carvalho²¹. Com base nas fichas foi criado um quadro com as principais informações sobre cada publicação (*quadro 1*).

Quadro 1. Visão geral das publicações

Nº	Autor	Ano	Título	Revista	Local estudo	Objetivos
1	Araujo LM, et al. ²³	2019	O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva	Rev enferm UERJ	Rio de Janeiro/RJ	Descrever e analisar o cuidado às lésbicas, por enfermeiras e médicos, no campo da saúde sexual e reprodutiva.
2	Araujo LM ²⁴	2015	Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro/RJ	Descrever o conteúdo das representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre mulheres lésbicas identificar as especificidades de saúde sexual e reprodutiva reconhecidas, pelos profissionais, entre as lésbicas; descrever dificuldades encontradas por enfermeiras e médicos no cotidiano das práticas de atenção sexual e reprodutiva das lésbicas.
3	Belém JM, et al. ²⁵	2018	Atenção à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais na Estratégia Saúde da Família	Revista Baiana de Enfermagem	Juazeiro do Norte/CE	Analisar a atenção à saúde prestada à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuaisna Estratégia Saúde da Família.
4	Cabral KTF, et al. ²⁶	2019	Assistência de Enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais	Revista de Enfermagem UPFE online	João Pessoa/PB	Analisar, sob a ótica de mulheres lésbicas e bissexuais, a assistência de Enfermagem em Unidades de saúde da família.
5	Ferreira BO, et al. ²⁷	2019	“Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde	Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde	Nordeste brasileiro	Apresentado foi analisar os sentidos atribuídos por agentes comunitários de saúde acerca do cuidado em saúde para as populações LGBT.
6	Guimarães NP, et al. ²⁸	2020	Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil	Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde	Espírito Santo/ES	Avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT (PNAIPLGBT) na atenção básica de saúde e compreender o conhecimento de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da diversidade sexual e da homofobia.
7	Guimarães RCP, et al. ²⁹	2017	Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os agentes comunitários de saúde?	Actas de Saúde Coletiva	Goiânia/GO	Investigar percepção do ACS em 5 UBS.

Quadro 1. Visão geral das publicações

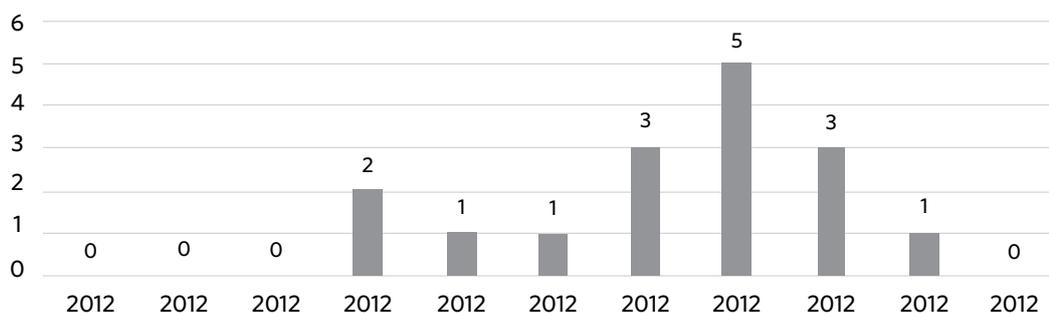
Nº	Autor	Ano	Título	Revista	Local estudo	Objetivos
8	Lima AM, et al. ³⁰	2019	Atributos da Atenção Primária a saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento as diversidades sexual e de gênero: relato de caso	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Rio de Janeiro/ RJ	Apresentar o médico de família e comunidade como um importante profissional na área da saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais
9	Monteiro S e Brigeiro M ³¹	2019	Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões	Cadernos de Saúde Pública	Baixada Fluminense /RJ	Analisar as experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde e discute a discriminação sexual/de gênero e as suas demandas aos serviços de transição de gênero e prevenção da aids.
10	Oliveira GS, et al. ¹⁷	2018	Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais travestis/transsexuais	Revista Enfermagem UERJ online	Cajazeiras/PB	Analisar sob a ótica de profissionais da Equipe Saúde da Família, a acesso de Lésbicas, Gays, Bissexuais, e Travestis/Transsexuais às Unidades básicas de Saúde da Família.
11	Padilha VB, et al. ³²	2020	O cuidado integral de pessoas LGBTQs na atenção primária à saúde a partir das percepções de psicólogas/os de um serviço de saúde comunitária de Porto Alegre/RS	GHC	Porto Alegre/RS	Identificar e mapear as linhas de cuidado existentes nas unidades de saúde de um serviço de saúde comunitária na cidade de Porto Alegre/RS.
12	Paulino DG, et al. ³³	2020	"Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans": performatividade trans, família e cuidado em saúde	Saúde & Sociedade	São Paulo/SP	Compreender como um contexto identitário trans mobiliza, na articulação com família e serviço de saúde, performances identitárias.
13	Rocon PC, et al. ³⁴	2016	Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde	Article in Ciencia & Saude Coletiva	Grande Vitória/ES	Discutir as dificuldades de pessoas trans moradoras da região metropolitana da Grande Vitória/ES em acessarem os serviços de saúde no SUS.
14	Silva AAC, et al. ³⁵	2021	Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária	REVISA	Bahia	Descrever a produção do cuidado em Enfermagem à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Pessoas Trans Queers Intersexos, Assexuais e outras identidades sexuais e de gênero, a partir das reflexões acerca do trabalho da enfermeira.
15	Silva ALR, et al. ³⁶	2019	Representações sociais de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre pessoas LGBT	Trabalho, Educação e Saúde	Florianópolis/SC	Compreender as representações sociais de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre essas pessoas, partindo-se da premissa que podem atuar como barreiras de acesso as ações e serviços.
16	Souza MHT, et al. ³⁷	2015	Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul	Texto & Contexto Enfermagem	Santa Maria /RS	Apresentar os cuidados com a saúde de travestis do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. A pesquisa de campo realizou-se no período de janeiro a novembro de 2012, com travestis de diversos municípios do Rio Grande do Sul, que residiam em Santa Maria durante a pesquisa.

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Embora o período pesquisado tenha se iniciado em 2012, apenas em 2015 foram registradas publicações. Entre os anos de 2016 e 2019, houve um aumento no número de estudos publicados relacionados com o tema desta pesquisa. A visibilidade da população LGBTI+ vem crescendo, e, com a veiculação de sua demanda por direitos, inclusive à saúde, é possível que o assunto venha conquistando

mais espaço nos estudos sobre a saúde. A diminuição das publicações em 2020 pode estar relacionada com a redução de atividades em razão da pandemia de Covid-19, mas também a uma reificação da moralidade e da religiosidade, que permeou o discurso governamental nos últimos anos. No entanto, o número de estudos é insuficiente para avançar na compreensão desse fenômeno (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Estudos por ano de publicação

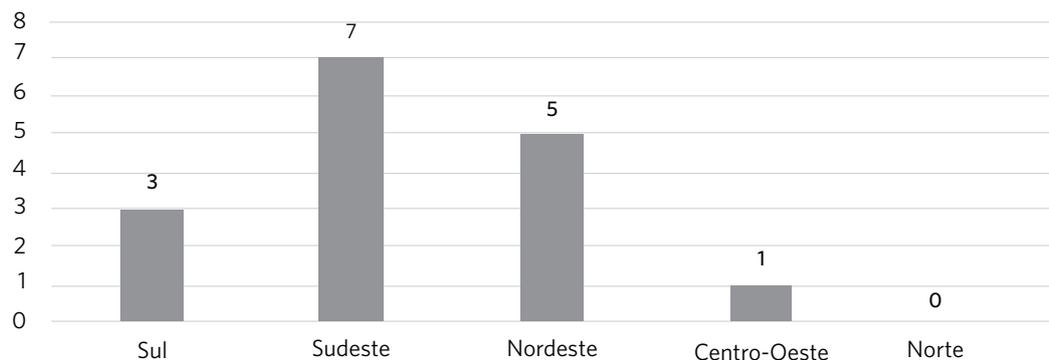


Fonte: elaboração própria.

A região Sudeste apresenta um maior número de artigos, resultado semelhante ao de outros estudos, que indicam uma concentração

de pesquisas sobre o tema nas grandes cidades do Brasil. Nenhum trabalho foi realizado na região Norte (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Estudos por região do Brasil

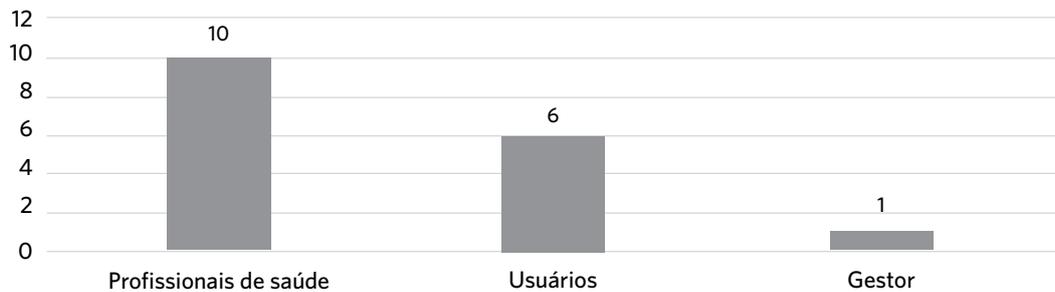


Fonte: elaboração própria.

Quanto à natureza metodológica dos estudos, foram encontrados 15 estudos qualitativos e somente 1 quantitativo. As pesquisas qualitativas empregaram técnicas de coleta de dados variadas, como entrevistas semiestruturadas, entrevista aberta, grupo focal, observação do participante, questionário e relato de caso. As abordagens de análise encontradas foram análise de conteúdo, hermenêutica dialética e análise do discurso.

Na quantificação dos estudos por categoria dos sujeitos pesquisados, um deles inclui tanto a presença de profissionais de saúde quanto a de gestor, por isso a soma das publicações é 17 (*gráfico 3*). Percebe-se que a maioria dos estudos é realizada com profissionais de saúde, devido à facilidade de acesso aos sujeitos de pesquisa, pois, em geral, esses estudos são feitos por profissionais de saúde, dentro de unidades de saúde.

Gráfico 3. Estudos por categoria dos sujeitos pesquisados



Fonte: elaboração própria.

Nesta pesquisa, foi utilizada a análise de conteúdo temática, técnica flexível e amplamente utilizada para identificar, analisar e relatar padrões dentro dos dados. O processo ocorreu em três fases: pré-análise dos dados, exploração do material e tratamento dos dados³⁸. Três categorias de análise emergiram do material analisado, que foram: a esfera

relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBTI+; a organização do serviço e a atenção à saúde LGBTI+; e, por fim, a garantia de direitos dos usuários. O *quadro 2* exhibe as categorias formuladas conforme o número de ordem definido no *quadro 1*.

Quadro 2. Processo de formulação e número de ordem das categorias

Categoria	Subcategoria	Unidades de significado	Nº de ordem das publicações (conforme <i>quadro 1</i>)
Esfera relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBTI+	Acolhimento e vínculo	Falta de acolhimento e desinteresse dos trabalhadores	4, 8, 11 e 16
		Lésbicas masculinas e bissexuais disseram não ser acolhidas e cuidadas	
		Médico de família e comunidade capaz de estabelecer vínculo e prestar cuidados	
		Travestis buscam cuidado em outros espaços fora da saúde onde experimentam acolhimento	
		Profissional LGBTI+ na equipe facilita o acolhimento	

Quadro 2. Processo de formulação e número de ordem das categorias

Categoria	Subcategoria	Unidades de significado	Nº de ordem das publicações (conforme quadro 1)
	Preconceito e discriminação	Minimização do problema, falta de respeito e preconceito como barreira Reconhecimento da existência de preconceito e discriminação como elementos que dificultam a interação Representações sociais dos trabalhadores ancoradas em preceitos morais e religiosos Percepção da sexualidade e da identidade de gênero como incorretas Usuários LGBTI+ não revelam orientação sexual e identidade de gênero por vergonha e medo da discriminação, principalmente as lésbicas	3, 4, 7, 10, 15 e 16
Organização do serviço e atenção à saúde LGBTI+	Formação dos trabalhadores da saúde	Falta de informação e preparo dos profissionais para o atendimento a especificidades e necessidades em saúde dos usuários LGBTI+ Falta de preparo ainda maior em lésbicas, bissexuais, trans e travestis Dificuldades de discriminação entre orientação sexual e identidade de gênero Inabilidade de comunicação (perguntas e afirmações inadequadas) Estereótipos das necessidades de saúde (centradas em IST) e permanência da concepção de promiscuidade e grupo de risco Falta de informação dos profissionais sobre as IST quando necessário e oportuno Médico de família e comunidade capaz de prestar cuidados adequados Capacitações como sendo ineficientes para mudar valores, atitudes e representações sociais Formação dos profissionais depende de iniciativa individual e não institucional Necessidade de mais investimento em pesquisas para fornecer subsídios para melhorar formação dos profissionais	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14 e 15
Organização do serviço e atenção à saúde LGBT	Acesso e qualidade da atenção	Barreiras de acesso, insatisfação, baixas assiduidades e adesão Travestis enfrentam barreiras ainda maiores e raramente buscam por serviços de saúde Baixa oferta de ações específicas para transição de gênero, IST/aids não são a principal razão de procura da população LGBTI+ Organização da rede de serviços de saúde	3, 5, 7, 9, 11, 13 e 16
Garantia de direitos dos usuários	Observância das políticas e normativas que garantem direitos	Incompreensão do sentido de equidade Desconhecimento da PNSI-LGBT e outras políticas na área da saúde Inobservância de normas legais garantidoras de direitos (por exemplo, nome social) Reconhecimento da expressão identitária Trans para estabelecimento de vínculo, acolhimento eficaz e cuidado integral Sofrimento psíquico causado pelas violações de direitos	2, 3, 6, 7, 9, 10, 12 e 13

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Em seguida, serão examinadas as três categorias analíticas formuladas, subdivididas em suas subcategorias.

Na análise das categorias, destacamos a categoria ‘esfera relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBTI+’, especialmente a

subcategoria ‘acolhimento e vínculo’. Durante o acolhimento, estabelece-se um vínculo baseado na confiança e na responsabilidade da equipe de saúde no cuidado e na promoção da saúde dos usuários³⁹. Acolher envolve ouvir, validar necessidades e estar disponível

para atender. É uma ação de aproximação e inclusão, alinhada com a Política Nacional de Humanização do SUS⁴⁰.

O acesso e o acolhimento caminham juntos, em um mesmo sentido e com objetivos muitas vezes similares, que são as buscas aos serviços de saúde, e estão relacionados com a capacidade de um grupo para buscar e obter assistência à saúde e com as condições de acessibilidade para comportarem dimensões econômicas, técnicas e simbólicas³⁹. O acesso e o acolhimento permeiam a qualidade dos serviços de saúde, que costumam ser avaliados, tomando como marco teórico sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Contudo, a ideia de qualidade também está relacionada com a própria subjetividade dos processos de saúde⁴¹.

Nesse sentido, as desigualdades de acesso e acolhimento e a baixa qualidade da assistência à saúde são problemas interligados, que afetam especialmente grupos minoritários, como as populações LGBTI+, e interferem na inserção desses indivíduos no sistema de saúde⁴². Vale registrar que ainda se verifica, no cotidiano do cuidado, a persistência da patologização das identidades sexuais e expressões de gênero fora da cis-heteronormatividade – apesar de o Conselho Federal de Medicina no Brasil ter retirado a homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID-9, código 302.0) em 1985 e de a Organização Mundial da Saúde ter excluído as identidades trans da CID em 1994. Essa questão permeia todo o campo da saúde, e não apenas a APS.

Pessoas LGBTI+ podem não se encaixar em padrões binários, o que torna desafiador adaptar políticas de saúde como as de atenção à saúde do homem ou da mulher. A inclusão de identidades plurais e corpos diversos na saúde requer preparo dos profissionais. Isso diferencia indivíduos dentro do grupo populacional LGBTI+⁴³. Quando os serviços de saúde não estão preparados para atender essas necessidades, ocorre um acesso deficitário na APS. Os que não se enquadram no binarismo sexual enfrentam vulnerabilidades em várias

áreas, incluindo saúde, emprego, renda, cultura e segurança pública, dentre outras⁴⁴. Nesse contexto, o acesso à saúde varia mesmo dentro da população LGBTI+.

O acolhimento promove um fenômeno chamado vínculo, uma conexão entre pessoas com interesse ou sentimento em comum²⁶. Esse vínculo entre usuário e equipe de saúde se desenvolve ao longo do tempo, baseado na confiança e na responsabilidade da equipe no cuidado e na promoção da saúde³⁹. O cuidado integral estabelece vínculos entre o público LGBTI+ e os profissionais de saúde³⁰. Um dos estudos³⁸ relata que as travestis, por não encontrarem acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), buscam cuidados em outros espaços fora da saúde, como pontos de prostituição, boates gays, delegacias de polícia, residência de familiares, paradas e excursões LGBTI+.

O desinteresse dos profissionais de saúde é uma das principais lacunas a serem preenchidas em relação à chegada da população LGBTI+ aos serviços de APS. É frequente o relato, por parte desses usuários, da dificuldade de comunicação em função da sua orientação sexual. A ineficiência dos profissionais de saúde para a criação de laços que facilitem o acesso aos serviços ofertados, a incapacidade de acolher, escutar e, sobretudo, resolver problemas ligados às especificidades desse público afastam essa população dos serviços ofertados pela APS³².

Os artigos revisados para a elaboração desta pesquisa evidenciaram que lésbicas de aparência masculina e mulheres bissexuais informaram não ser acolhidas, cuidadas e assistidas em suas especificidades, prejudicando a acessibilidade aos serviços de saúde oferecidos²⁶. Há uma reclamação por parte desse público no tocante à falta de acolhimento e o despreparo das equipes durante o atendimento. Mulheres lésbicas e bissexuais relataram que os profissionais do atendimento, apesar de capacitados e de possuírem a técnica para o exercício da profissão, não tinham a empatia necessária para a construção do vínculo entre

usuário, profissional e, conseqüentemente, com a unidade de saúde²⁶.

Existem ainda relatos de mulheres lésbicas que enfrentaram desconforto ao realizar o exame citopatológico com um espécúlo de tamanho inadequado, pois sentem incômodo com a penetração. Como consequência, saíram da consulta insatisfeitas por não terem sido atendidas em suas especificidades. Destaca-se ainda que mulheres lésbicas também deixam de procurar as unidades de saúde para obter informações e atendimento para sua saúde, como é no caso da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). As lésbicas acreditavam ser imunes às IST, pois só se relacionavam sexualmente com mulheres, contudo, sem proteção adequada durante as relações sexuais. Essas situações poderiam ter sido minimizadas pela existência de vínculo entre profissionais e usuárias, o que propiciaria uma atitude mais sensível por parte dos profissionais e possibilitaria maior troca de conhecimento para redução do risco à saúde. Essa falta de consonância ocorre quando os profissionais de saúde não possuem a qualificação, o preparo e o interesse para o atendimento e o acolhimento dessa população²⁶. Um dos estudos apontou que a produção de vínculos entre usuários e unidade de saúde aumenta quando um dos membros da equipe faz parte abertamente da população LGBTI+, o que facilita o acolhimento, a compreensão e o atendimento a demandas específicas dessa população³².

No que diz respeito a ‘preconceito e a discriminação’ como subcategorias, cabe destacar que, na análise dos artigos, foram encontrados muitos depoimentos sobre atos de preconceito sofridos por pessoas do público LGBTI+. Raras são as exceções, excluindo alguns profissionais que fazem parte dessa população e de poucos profissionais sensibilizados que se interessam em prestar atendimento digno a qualquer cidadão que procure atendimento nas unidades de saúde^{25,29}.

A partir de 2019, a LGBTIfobia foi reconhecida como crime a partir de decisão do

Supremo Tribunal Federal⁴⁵. O preconceito e a discriminação por parte de profissionais de saúde não são reconhecidos, são negados. A falta de reconhecimento dificulta a modificação das condutas e rotinas, o que mantém as barreiras de acesso e dificulta a interação do usuário com os serviços ofertados^{25,28}.

Fatores morais e religiosos alimentam o preconceito e a discriminação. Os profissionais de saúde muitas vezes internalizam representações sociais influenciadas por ensinamentos culturais e pressões de grupos que rejeitam a diversidade sexual. Para essas pessoas, aqueles que não seguem a cis-heteronormatividade são vistos como incorretos e inaceitáveis a partir de valores morais e religiosos, o que afasta os usuários dos serviços de saúde³⁵. Esse preconceito também leva os membros da comunidade LGBTI+ a esconderem sua orientação sexual e identidade de gênero por receio de discriminação¹⁷.

Ademais, falta de compreensão em relação a comportamentos não normativos aumenta a vulnerabilidade dessa população, causando sofrimento físico, psicológico e social³². Além disso, a sensação de exclusão dos espaços de saúde afasta ainda mais essa comunidade dos serviços disponíveis, privando-a também de interações sociais²⁵. Nesse cenário, o pleno acesso aos serviços de saúde é fundamental para a utilização desses serviços, bem como é resultado dos fatores individuais e relacionados com a qualidade do atendimento⁴⁶. Assim, práticas discriminatórias baseadas na orientação sexual e na identidade de gênero são um dos principais entraves para a efetivação do direito à saúde das pessoas LGBTI+.

Na análise das categorias, também cabe destacar a categoria ‘organização do serviço e atenção à saúde LGBTI+’, com enfoque na subcategoria ‘formação dos trabalhadores da saúde’. Na graduação dos profissionais de nível superior, temas como identidade de gênero e orientação sexual ficam limitados à abordagem sobre assuntos relacionados com infecções sexualmente transmissíveis, não havendo uma maior preocupação com as demandas e as

especificidades da população LGBTI+²⁸. Tais cursos pouco contemplam questões ligadas a gênero e sexualidade e questões de saúde entre pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais, tampouco é dada ênfase aos assuntos relacionados com discriminações, iniquidades e violência desse público, o que poderia contribuir para uma postura mais humanizada, ética e respeitosa por parte dos profissionais²³. Um ponto a destacar é que um dos estudos revela que as capacitações ofertadas às trabalhadoras e aos trabalhadores se mostraram ineficientes para mudar valores, atitudes e representações sociais; também, que os vários tipos de formação deveriam também abordar crenças e valores morais.

Em relação à formação profissional, existe um silêncio sobre questões de saúde relacionadas com as lésbicas, principalmente nos materiais de apoio voltados para os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços, como em: materiais de divulgação das campanhas de saúde; materiais educativos; pesquisas de campo relacionadas com a saúde da mulher; e nos investimentos para o desenvolvimento de recursos tecnológicos, que, de alguma forma, possa contribuir para a qualidade do cuidado da saúde das lésbicas²⁴. Os estudos também evidenciaram que a formação dos profissionais de saúde depende da iniciativa individual, ao passo que o desejável seria a capacitação por iniciativa institucional³².

Os profissionais de saúde destacaram inúmeras lacunas, como defasagem de conhecimento, inabilidade de comunicação e omissão em relação às demandas relacionadas com a saúde das mulheres lésbicas. Salienta-se a inabilidade com relação às competências necessárias na comunicação que é tão importante na realização na abordagem de temas como práticas sexuais e sexualidades²³. Em decorrência do déficit na formação do profissional de saúde, há relatos de dificuldades em relação à abordagem de aspectos relativos à saúde da população LGBTI+, sendo apontadas as capacitações como fator primordial para a melhoria no atendimento desse público²⁵.

Existe a necessidade de colocar em pauta, nas instituições de formação dos profissionais de saúde, as questões ligadas ao público LGBTI+, para um melhor encadeamento entre os profissionais de saúde com a diversidade sexual, pois, ao longo da formação, não há um preparo para a discussão dos temas ligados à sexualidade de forma aberta e sem preconceito²⁸. O despreparo dos profissionais em relação ao atendimento dessa população também é percebido na persistência do estereótipo dos 'grupos de risco', que relaciona as pessoas LGBTI+ às IST, e na concepção de promiscuidade sexual, mostrando a permanência de visões preconceituosas e inadequadas³⁶.

A formação adequada do profissional de saúde é peça fundamental para a captação do público LGBTI+ para realizar exames de prevenção, necessários para a detecção precoce de doenças nas unidades da APS, como é o caso do exame preventivo de câncer de colo de útero (exame citopatológico). A comunicação ainda limitada entre esse público e o profissional de saúde, que não aborda adequadamente a orientação sexual das mulheres durante as consultas de enfermagem, leva a uma relutância dos pacientes em revelar sua orientação devido à falta de conforto e à ausência de vínculos estabelecidos²⁶.

As dificuldades identificadas nas propostas governamentais relacionadas com o público LGBTI+ decorrem da escassez de investimentos na formação profissional dos trabalhadores da saúde. Essa formação deve ser centrada na competência e no desenvolvimento das habilidades de comunicação, capacitando os profissionais de saúde a utilizarem uma linguagem não discriminatória para garantir um atendimento mais eficaz e inclusivo para a população LGBTI+³⁵.

Outra subcategoria que emergiu na pesquisa foi 'acesso e qualidade da atenção'. O acesso pode ser definido como a capacidade e a liberdade para obter algo ou fazer uso de alguma coisa. Na saúde, ele é definido como o conjunto de naturezas e circunstâncias que facilitam a entrada de usuários na rede pública de saúde

e aos diferentes serviços ofertados. O acesso é um conceito determinante para compreender as disparidades na oferta de serviços de saúde à população, apresentando dimensões que influenciam a equidade no acesso a esses serviços. Além disso, ele é compreendido como a percepção das pessoas sobre a acessibilidade, enquanto esta última diz respeito à forma pela qual se alcança os serviços de saúde².

Na perspectiva da população LGBTI+, a rede de serviços de saúde não satisfaz suas necessidades de forma adequada. Barreiras simbólicas ao acesso, resultantes da intolerância aos comportamentos sexuais que se desviam do padrão heteronormativo, desencadeiam processos de sofrimento, insatisfação, falta de regularidade nas consultas, baixa adesão ao tratamento, adoecimento e mortalidade precoce dentro desse grupo. Consequentemente, a qualidade da atenção à saúde oferecida à comunidade LGBTI+ é insuficiente²⁸. Por fim, dois estudos sugerem que as barreiras de acesso não são reconhecidas por parte dos profissionais, o que dificulta ainda mais a atuação sobre estas^{25,28}.

As dificuldades frequentes no acesso acabam por desencorajar a busca pelos serviços de saúde, muitas vezes percebidos antecipadamente como inacessíveis e ineficazes para satisfazer as demandas e as expectativas dos usuários, incluindo consultas e exames. Um dos estudos aponta que uma parcela dessa população busca utilizar a rede privada para solucionar as queixas não atendidas na rede pública. O acolhimento do serviço de saúde e a construção de vínculos, citados no tópico anterior, são determinantes para melhoria do acesso e adesão ao cuidado de saúde por parte do público LGBTI+²⁵.

As travestis enfrentam obstáculos ainda mais significativos devido às modificações corporais que frequentemente são mal compreendidas pelos profissionais de saúde, o que as desencoraja a buscar serviços públicos de saúde. Além disso, relatam sentir-se desprovidas de aceitação, respeito e valorização, pois são constantemente questionadas sobre seus estilos de vida. Essa dificuldade faz com que

muitas travestis busquem por outras formas de cuidado para atender às suas necessidades de saúde, como as casas de religião de matriz africana por exemplo³⁸.

Alguns profissionais de saúde acreditam que a população trans sequer deveria ser atendida na APS, mas apenas na atenção especializada, mesmo que suas queixas se refiram a questões de saúde pertinentes à APS³². A autora destaca, além da necessidade de qualificação dos trabalhadores, o estabelecimento de linhas de cuidado pensadas para essa população.

Se, por um lado, existe a percepção de que as pessoas trans não devem ser atendidas na APS, por outro, persistem lacunas no atendimento especializado. Pessoas trans buscam por serviços especializados em processo transexualizador na rede pública de saúde, porém, os estudos mostram baixa oferta de ações específicas para transição de gênero, visto que esses serviços ainda não são fornecidos por todos os estados brasileiros, apesar de o Ministério da Saúde, em 2008, ter lançado o processo transexualizador no SUS³⁴.

Embora muitos profissionais acreditem que a principal razão pela qual a população LGBTI+ procura atendimento esteja relacionada com as IST, esse grupo busca iniciativas interdisciplinares de educação permanente sobre direitos humanos dentro do SUS. Isso inclui questões relacionadas com identidade de gênero e orientação sexual, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da participação nos conselhos de saúde e direito ao uso do nome social nos prontuários do sistema, conforme será discutido no próximo tópico²⁷.

No contexto da pesquisa, examinamos a categoria referente à 'garantia de direitos dos usuários', com especial atenção à subcategoria que aborda a 'observância das políticas e normativas destinadas a assegurar esses direitos'. A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, garante a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Lei Orgânica nº 8.080/1990 estabelece os princípios orientadores do SUS, incluindo a universalidade, que assegura o acesso universal aos serviços de saúde sem restrições, e a

integralidade, que abrange uma atenção à saúde completa, desde a prevenção até os cuidados de maior complexidade, considerando aspectos biológicos, psicossociais e culturais²⁹.

Não há dúvida de que a saúde é um direito fundamental do ser humano. Portanto, é crucial reconhecer que a vida depende de um acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde, por meio de um sistema público que atenda de maneira adequada às diversas necessidades humanas, sem discriminação, e fundamentado no direito inalienável de cada pessoa. Sendo assim, a saúde se torna um direito fundamental para que os demais direitos possam também existir⁴⁷. Essa percepção se alinha com uma perspectiva crítica dos direitos humanos, tendo em conta que estes devem ser considerados como ponto de partida⁴⁸, e não como simples ponto de chegada. Particularmente, deve-se ponderar a importância de refletir sobre a democracia, considerando a exclusão e a desigualdade por meio de formas de emancipação social⁴⁹ que impactam diretamente na efetivação dos direitos humanos.

Na Constituição Federal, a igualdade de direitos está vinculada à equidade, especialmente em questões de direitos sociais. Equidade pode ser entendida de duas formas: primeiro, como um princípio de justiça que estabelece regras justas para a convivência social, frequentemente associado ao princípio de igualdade; segundo, como a adaptação da norma geral a situações específicas para evitar injustiças, levando em consideração as particularidades de cada grupo⁵⁰.

Uma visão recorrente entre os profissionais de saúde é a ideia de igualdade no cuidado às pessoas LGBTI+, sem levar em consideração o princípio da equidade devido às demandas específicas de cada indivíduo dessa população. Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde do sexo feminino, constatou-se um desconhecimento das necessidades e especificidades desse público em relação à saúde, existindo uma ideia de generalização, ou seja, de que todos devem receber o mesmo

acolhimento e tratamento, o que contribui para a vulnerabilidade e exclusão¹⁷.

Para que haja maior equidade relacionada com os direitos dos usuários, é necessário que os profissionais da área de saúde melhorem o conhecimento relativo às políticas públicas e as especificidades referentes às pessoas LGBTI+, promovendo uma maior qualificação dos serviços prestados, contribuindo para os princípios de universalidade, integralidade e equidade, colaborando para o enfrentamento das consequências excludentes da cis-heteronormatividade e da LGBTIfobia¹⁷.

No que tange às garantias de direitos humanos, um dos artigos examinados ressaltou a inexistência e a insuficiência de diretrizes e políticas institucionalizadas de cuidado para a população LGBTI+. Os participantes da pesquisa, ao serem questionados sobre os cuidados de saúde direcionados a esse grupo, revelaram constrangimento e incertezas em relação ao tema³².

Nesse contexto, a violação dos direitos da população LGBTI+ se explica pela inabilidade dos profissionais dos serviços de saúde de promover acesso, acolher e construir vínculos com esse público, adotando uma postura excludente em função da orientação sexual, colaborando para o distanciamento dessa população dos serviços de saúde. Esses fatores associados à vulnerabilidade colaboram para o aumento do sofrimento psíquico desse grupo²⁵.

No campo das normativas que visam à saúde integral, a PNSI-LGBT foi instituída em dezembro de 2011, no entanto, os estudos mostram que essa política permanece pouco conhecida entre os trabalhadores da saúde. Uma pesquisa de avaliação da implementação da PNSI-LGBT indicou que 70% dos profissionais, ao serem indagados sobre conhecimentos referentes à política, relataram não ter nenhum conhecimento sobre o assunto²⁸.

Há uma preocupação em demonstrar uma boa relação entre o profissional de saúde e a população LGBTI+, indicando que existem cobranças e censuras impostas no seu local de trabalho, onde subjetivamente as políticas

públicas deveriam ser respeitadas, assim como a PNSI-LGBT, que exerce pressão para o posicionamento dos profissionais de saúde²⁴. Embora essa política seja ainda insuficientemente conhecida e adotada, as normativas são necessárias como condição para garantia dos direitos e servem para orientar as ações e inibir comportamentos abusivos ou ilegais. Contudo, um dos estudos salienta que elas não são suficientes para mudar as representações sociais e os valores morais que estão relacionados com essa população¹⁷.

Um dos direitos mais importantes para o público LGBTI+, garantido pela Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde, é a observância do uso do nome social nas unidades públicas de saúde. O uso do nome social colabora para o princípio da equidade do SUS e estimula o respeito à diversidade, porém, o cumprimento de sua utilização ainda depende da aceitação por parte dos profissionais da saúde em abandonar preconceitos e dogmas²⁸. A inobservância em seu uso dificulta a permanência de pessoas trans e travestis nos serviços ofertados pelo SUS e aumenta o abandono nos tratamentos de saúde. Ademais, o desrespeito ao nome social por parte dos profissionais de saúde tem sido indicado como uma das principais barreiras de acesso enfrentadas por esse público³⁴.

Monteiro e Brigeiro³¹ observaram que a não utilização do nome social nas consultas, por parte dos profissionais de saúde, acarretam um sentimento de constrangimento nas usuárias trans. A maioria das entrevistadas em sua pesquisa conhecia o direito ao uso do nome social e à expressão de sua identidade de gênero. A não utilização do nome social nos serviços de saúde foi reconhecida como ato discriminatório contra as mulheres trans/travestis. Oliveira et al.¹⁷ destacam também a importância de acesso ao banheiro feminino pelas travestis e transexuais, mas reconhecem que há muito em que se avançar em matéria de equidade. Outras ações, especialmente no fortalecimento da confiança, são necessárias para a captação de informações de saúde, bem como o uso da simpatia e da

cordialidade que facilitam o estreitamento de vínculos e laços tão importantes para a saúde mental dessa população¹⁷.

É fundamental ampliar o conhecimento das políticas públicas para a saúde da população LGBTI+ e reduzir a lacuna causada pela cis-heteronormatividade. Além dos direitos constitucionais à saúde, documentos como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS contribuem para garantir esses direitos. A última revisão da PNAB proíbe qualquer exclusão com base em idade, gênero, raça, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual ou identidade de gênero⁵¹. Da mesma forma, a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS estabelece o direito de acesso a serviços de saúde para promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde⁵². Portanto, é fundamental que os serviços de saúde e os profissionais reconheçam a importância da expressão identitária dos usuários e sua relação com os laços familiares, garantindo um acolhimento que considere a integralidade dos sujeitos³³.

Considerações finais

Os objetivos deste estudo consistiram em analisar a literatura sobre as experiências de atenção à população LGBTI+ na APS no Brasil. Buscamos compreender como tais experiências se desenrolam no cotidiano das UBS, identificando os aspectos que dificultam ou facilitam o acesso aos cuidados de saúde dessa população. Além disso, procuramos averiguar se as práticas existentes estão alinhadas com os direitos humanos direcionados a esse grupo.

A literatura examinada neste estudo indica que as ações voltadas para a população LGBTI+ ainda são incipientes, fragmentadas e pouco eficazes em lidar com as necessidades desse grupo. Esse problema é exacerbado pelo fato de que a APS serve como uma das principais portas de entrada para o SUS, sendo o primeiro ponto de contato da comunidade com os serviços de saúde, apesar de haver normativas

formais estabelecidas. Como mencionado anteriormente, existem políticas públicas destinadas a promover a equidade de gênero e garantir uma atenção integral à saúde, bem como normas que visam proteger os direitos da população LGBTI+.

A análise dos artigos revisados indica que essa população enfrenta dificuldades significativas de acolhimento, o que compromete o acesso aos serviços de saúde disponíveis. Grande parte da literatura examinada destaca a falta de preparo das equipes de saúde para lidar com esse público e a ausência de acolhimento necessário para estabelecer um vínculo efetivo entre usuário e profissional de saúde, resultando em uma menor frequência nas visitas às unidades de saúde. As barreiras pessoais, influenciadas por crenças e valores morais, não devem prevalecer sobre o compromisso do profissional com os direitos dos usuários. Além disso, a população LGBTI+ continua a ser pouco visível em suas particularidades, inclusive no que diz respeito aos problemas de saúde mais comuns que deveriam ser abordados pela APS.

Conclui-se que fatores morais e religiosos têm forte impacto sobre o preconceito e a discriminação e, muitas vezes, predominam sobre as políticas de equidade e inclusão. Nas literaturas analisadas, não foram encontrados outros marcadores sociais da diferença, como idade, cor, ocupação ou classe social, os quais poderiam explicar algumas atitudes excludentes, além da orientação sexual e da identidade de gênero. Há relatos na literatura de profissionais de saúde que ancoram suas ações em saúde em representações sociais que não aceitam a diversidade sexual, e que acreditam que pessoas fora da cis-heteronormatividade são consideradas como incorretas e até mesmo inaceitáveis, contribuindo para o afastamento dessa população dos serviços de saúde ofertados no SUS.

A análise dos estudos também assinala que, apesar da existência de temas como identidade de gênero e orientação sexual na graduação dos profissionais de saúde de nível superior,

esses temas ficam limitados a abordagens sobre assuntos relacionados com IST, não havendo uma preocupação maior com outras demandas e especificidades inerentes a cada segmento dessa população.

Em relação à formação e à capacitação dos trabalhadores da saúde, independentemente de seu nível de escolaridade, um ponto a destacar é que poucas ações aprofundam temas ligados a gênero e sexualidade e questões de saúde entre pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais; tampouco é dada ênfase aos assuntos relacionados com discriminações, iniquidades e violência dirigidas a esse público, o que poderia contribuir para uma postura mais humanizada, ética e respeitosa por parte dos profissionais.

Ressaltamos que a APS deve garantir direitos sociais, como o uso do nome social, uso do banheiro nas dependências das unidades de saúde, conforme sua orientação sexual e identidade de gênero, oferta do processo transexualizador, além da contribuição para a divulgação desses direitos. Destacamos, com base na análise dos textos que serviram para a elaboração deste trabalho, que a APS pode contribuir para a melhoria da saúde desse grupo populacional em defesa do direito ao acesso universal a ações e serviços de saúde, para que sejam assegurados aos usuários o tratamento, a recuperação, a reabilitação e a cura.

Existem numerosos recursos disponíveis gratuitamente para a formação de trabalhadores da saúde, como cursos, publicações, *sites* especializados, *folders* explicativos e outras literaturas diversas que poderiam auxiliar na oferta de uma boa atenção à saúde para essa população. A APS tem capacidade para estimular seus profissionais de saúde, capacitando-os por meio de cursos, mentorias, ciclos de debate, treinamentos, desenvolvimento, matriciamento e *soft skills*, entre outras formas de desenvolvimento técnico do potencial humano, criando as condições necessárias para a geração de equidade, minimizando a vulnerabilidade e contribuindo para que haja uma sociedade mais justa.

Colaboradores

Reis AA (0000-0002-1141-0473)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, elaboração, normatização, todos os processos para entrega e publicação do manuscrito. Carvalho

HR (0000-0001-6366-1971)* contribuiu para complementação da pesquisa bibliográfica, revisão crítica, normatização e normas técnicas do arquivo e edição da versão final do manuscrito para publicação. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
2. Figueira MC, Silva WP, Silva EM. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71:1178-1188.
3. Trevisan JS. *Devassos no Paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. 4. ed. São Paulo: Objetiva; 2018.
4. Green JN. *Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX*. São Paulo: Unesp; 1999.
5. Facchini R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. *Cad Ael.* 2003; 10(18/19).
6. Carvalho HR. Políticas Públicas em Direitos Humanos LGBTI+: subrepresentatividade e judicialização no Brasil pós-redemocratização. In: Maio ER, Villela HPG, Netto JVG, et al. editores. *Diversidade sexual e identidade de gênero: direitos e disputas*. Curitiba: Editora CRV; 2022. p. 73-90.
7. Carvalho HR, Oliveira FAG. A ideologia de gênero como dispositivo bioético político: políticas antigênero no Brasil, o crescimento da extrema direita e o papel contramajoritário do Supremo Tribunal Federal. *Rev. Bras. Estud. Homocult.* (no prelo) 2023.
8. Carvalho JRA, Tavares FC. Criminalização da LGB-TFOBIA como forma de proteção à dignidade humana. *Legis Augustus.* 2018; 11(2):70-95.
9. Benevides BG, organizadora. *Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021*. Brasília, DF: Antra; 2022. [acesso em 2023 abr 10]. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2022/01/dossieantra2022-web.pdf>.
10. Cerqueira D. *Atlas da Violência 2021*. São Paulo: FBSP; 2021. [acesso em 2023 abr 10]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>.
11. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. *Discriminação e violência contra a população LGBTQIA+: relatório da pesquisa*. Brasília, DF: CNJ; 2022. [acesso em 2023 maio 16]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/08/relatorio-pesquisa-discriminacao-e-violencia-contralgbtqia.pdf>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Oliveira JMD, Mott L. Grupo Gay da Bahia. Mortes Violentas de LGBT+ No Brasil 2019. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia; 2020.
13. Lima CV. Sentidos de profissionais da psicologia sobre o acesso da população LGBT na atenção básica em saúde de Maringá – PR: quatro mitos perniciosos. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2017. [acesso em 2023 maio 16]. Disponível em: http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/5687/1/Cristiano%20Viana%20de%20Lima_2017.pdf.
14. Pinto DR, Murillo RSG, Oliveira JM. Revendo a questão da saúde LGBT no âmbito da atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Estud. Homocult.* 2021; 4(13):306-326.
15. Pereira EO, Ferreira BO, Amaral GS, et al. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? *Tempus (Brasília)*. 2017; 11(1):51-67.
16. Santos JS, Silva RN, Ferreira MA. Saúde da população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde e a inserção da Enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 2019; 23:e20190162.
17. Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO, et al. Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais. *Rev. Enferm. UFPE*. 2018; 12(10):2598-2609.
18. Fundação Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):434-451.
19. Ahmad S, Wasim S, Irfan S, et al. Qualitative v/s. quantitative research-a summarized review. *Population*. 2019; 1(2):2828-2832.
20. Batista LS, Kumada KMO. Análise metodológica sobre as diferentes configurações da pesquisa bibliográfica. *Rev. Bras. Inic. Cient.* 2021; 8:e021029.
21. Souza MT, Silva MD, Carvalho RD. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*. 2010; 8:102-106.
22. Toronto CE, Remington R, editores. *A step-by-step guide to conducting an integrative review*. Cham (CH): Springer; 2020.
23. Araujo LM, Penna LHG, Carinhonha JI, et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Rev. Enferm. UERJ*. 2019; 27:e34262.
24. Araujo LM. Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
25. Belém JM, Alves MJH, Pereira EV, et al. Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais na estratégia saúde da família. *Rev. Baiana Enferm.* 2018; 32:e26475.
26. Cabral KTF, Pereira IL, Almeida LR, et al. Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Rev. Enferm. UFPE On Line*. 2019; 13(1):79-85.
27. Ferreira BO, Pereira EO, Rocha MB, et al. “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. *Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde*. 2019 [acesso em 2023 maio 16]; 13(3):496-508. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1733>.
28. Guimarães NP, Sotero RL, Cola JP, et al. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde*. 2020 [acesso em 2023 maio 16]; 14(2):372-385. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41953/10.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
29. Guimarães RCP, Cavadinha ET, Mendonça AVM, et al. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus (Brasília)*. 2017; 11(1):121-139.
30. Lima AM, Nascimento RT, Cazelli CM, et al. Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades se-

- xual e de gênero: relato de caso. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2019; 14(41):1785.
31. Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(4):e00111318.
32. Padilha VB. O cuidado integral de pessoas LGBTs na atenção primária à saúde a partir das percepções de psicólogas/os de um serviço de saúde comunitária de Porto Alegre/RS [monografia]. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2020.
33. Paulino DB, Machin R, Pastor-Valero M. “Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans”: performatividade trans, família e cuidado em saúde. *Saúde Soc*. 2020; 29(4):e190732.
34. Rocon PC, Rodrigues A, Zambon J, et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(8):2517-2526.
35. Silva AAC, Silva Filho EB, Lobo TB, et al. Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. *REVISA (Online)*. 2021; 10(2):291-303.
36. Silva ALR, Finkle M, Moretti-Pires RO. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. *Trab. Educ. Saúde*. 2019; 17(2):e0019730.
37. Souza MHT, Pereira PPG. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Texto Contexto – Enferm*. 2015; 24(1):146-153.
38. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17:621-626.
39. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35:e00012219.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
41. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(6):1561-1569.
42. Facchini R, França IL. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. *Sex., Salud Soc. (Rio J)*. 2009; 3:54-81.
43. Pereira LBC, Chazan ACS. O Acesso das Pessoas Transsexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2019; 14(41):1795.
44. Albuquerque GA, Garcia CL, Quirino GS, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int. Health Hum Rights*. 2016; 16:1-10.
45. Bomfim R, Bahia AGMM. A inconstitucionalidade por omissão: o dever de criminalizar a LGBTIfobia no Brasil. *Rev. Dir. Facul. Guanambi*. 2019; 6(1):e249.
46. Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(3):541-544.
47. Oliveira MHB, Teles N, Casara RRR. Direitos Humanos e Saúde: Reflexões e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
48. Flores JH. A reinvenção dos direitos humanos. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2009.
49. Santos BS. Demodiversidade: imaginar novas possibilidades democráticas. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.
50. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc*. 2016; 25(1):9-18.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

52. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 675, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do

exercício da cidadania na saúde em todo o País. Diário Oficial da União. 31 Mar 2006.

Recebido em 24/11/2023

Aprovado em 23/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Éliada Azevedo Hennington

Apontamentos sobre Saúde do Trabalhador, gênero e raça em disciplina de pós-graduação: relato de experiência

Notes on Occupational Health, gender, and race in a postgraduate course: experience report

Élida Azevedo Hennington¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E19198P

RESUMO A categoria raça não faz parte da tradição de produção científica em Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil. Em geral, pesquisas enfocando relações étnico-raciais e trabalho referem-se às barreiras de acesso ao mercado de trabalho/emprego e de ascensão na carreira, e a ações discriminatórias e preconceituosas nos ambientes de trabalho, a maioria oriunda do campo das ciências sociais. O fato de que os sistemas de informação em saúde só mais recentemente têm tido a preocupação de coletar e qualificar o dado racial contribui para esse cenário. Do mesmo modo, a raça ainda permanece invisibilizada na formação em ST e nos cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Este relato de experiência visa apresentar reflexão sobre a inclusão recente de disciplina sobre marcadores sociais e trabalho em programa de saúde pública, analisando aspectos significativos da prática docente e os desafios da incorporação da raça e outros eixos de poder e opressão no debate da área de ST. Diante das desigualdades sociais e injustiças em uma sociedade estruturalmente racista como a brasileira, não há como a ST desconsiderar o racismo na produção de conhecimento sobre o trabalho e sua incorporação no debate, visando à superação do capitalismo que explora, adoce e mata trabalhadoras(es) negras(os).

PALAVRAS-CHAVE Grupos raciais. Trabalho. Enquadramento interseccional. Educação de pós-graduação. Saúde ocupacional.

ABSTRACT *The race category is not part of the tradition of scientific production in Occupational Health (OH) in Brazil. In general, studies of ethnic-racial relations and work refer to barriers to accessing the labor/employment market and career advancement, and discriminatory and prejudiced relationships and actions in work environments, most of which come from the field of social sciences. Contributing to this scenario is the fact that health information systems have only recently been concerned with collecting and qualifying racial data. Likewise, race still remains invisible in OH training and stricto sensu postgraduate courses. This experience report aims to present a reflection on the recent inclusion of a class on social markers and work in a public health postgraduate program, analyzing significant aspects of teaching practice and the challenges of incorporating race and other axes of power and oppression into the debate in the field of OH. Faced with social inequalities and injustices in a structurally racist society like Brazil, there is no way for OH to disregard racism in the production of knowledge about work and its incorporation in the debate aimed at overcoming capitalism that exploits, sickens, and kills black workers.*

KEYWORDS Racial groups. Work. Intersectional framework. Education, graduate. Occupational health.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
elidahennington@gmail.com



Introdução

Raça é categoria que expressa historicamente desigualdades no Brasil, refletindo a perpetuação de injustiças em uma sociedade estruturalmente racista¹. Segundo Quijano², a noção de raça tem sua origem na constituição da América e na consolidação do capitalismo moderno eurocentrado como um novo padrão de poder mundial, sendo a raça uma maneira de conferir legitimidade às relações coloniais de dominação. Sob o capitalismo, as novas identidades históricas produzidas com base na ideia de raça foram associadas à natureza dos papéis e dos lugares na nova estrutura de controle global do trabalho. Assim, tanto ‘raça’ como ‘divisão do trabalho’, embora não necessariamente dependentes, permaneceram estruturalmente associadas e reforçando-se mutuamente.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua)³ demonstrou que, quando pessoas negras conseguem ocupação, as condições de inserção no mercado de trabalho brasileiro são geralmente precárias, sendo que quase metade (46%) dos negros ocupa trabalhos desprotegidos. Entre os não negros, essa proporção era de 34%. Mantendo a tendência ao longo do tempo, observa-se também que os negros têm maiores dificuldades de ascensão profissional: as pessoas negras ocupavam 34% dos cargos de direção e gerência embora representem mais de 50% da população brasileira em idade de trabalhar. Os negros ganhavam 39% a menos do que os não negros; em média e em todas as posições na ocupação, o rendimento médio dos negros é menor do que a média da população. Entre os desocupados, 65% eram negros, e a taxa de desocupação das mulheres negras era de 12% enquanto a taxa de desocupação dos não negros girou em torno de 6%. Uma em cada seis mulheres negras ocupadas trabalhava como empregada doméstica³.

Em que pese às pessoas negras representarem atualmente 55% da população brasileira, as questões raciais não têm sido centrais

da produção de conhecimento científico na área de Saúde do Trabalhador (ST), tradicionalmente caracterizado pelos estudos com recorte de ocupação, classe social e gênero. Observa-se até hoje que pesquisas na área não costumam priorizar a análise de dados étnico-raciais. Contribui para esse cenário o fato de os sistemas de informação em saúde só mais recentemente terem tido a preocupação de coletar e qualificar o dado racial^{4,5}.

No Brasil, a coleta de dados sobre raça/cor tornou-se obrigatória para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) a partir dos anos 1990. Em 2005, houve a inserção da variável raça/cor nos sistemas de informação do Programa Nacional de DST/Aids⁶. A Portaria nº 344/2017 do Ministério da Saúde (MS)⁷ tornou obrigatório aos profissionais atuantes nos serviços de saúde o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário. Contudo, apesar de o quesito ser obrigatório nos formulários de saúde desde 2017, durante a pandemia de Covid-19, somente a partir abril de 2020, e graças à atuação dos movimentos negros, as notificações passaram a informar sobre essa variável no sistema de vigilância do MS, dois meses depois do primeiro caso registrado no País^{8,9}.

De acordo com levantamento de artigos em inglês, português, francês e espanhol realizado no Google Acadêmico, no período de 2018 a 2023, utilizando a estratégia de busca “(raça) AND (trabalho)” e “(raça) AND (trabalho) AND (saúde ocupacional)”, observou-se uma produção científica brasileira direcionada principalmente às barreiras de acesso dos trabalhadores negros ao mercado de trabalho/emprego e relações e ações discriminatórias e preconceituosas nos ambientes de trabalho, sendo a maioria oriunda das áreas de ciências sociais e humanas. A mesma busca realizada nas bases Lilacs e SciELO Saúde Pública não identificou nenhuma publicação, denotando que a raça não tem sido enfocada dos estudos

brasileiros em ST. A falta de registro dessa variável nos sistemas públicos de informação em saúde é um dos aspectos que têm dificultado a produção de dados com ênfase nas relações étnico-raciais. Entretanto, também não se resume a isso. As discussões em torno da raça e da interseccionalidade na área de ST ainda são incipientes.

Este artigo apresenta relato de experiência sobre a oferta de disciplina em programa de pós-graduação *stricto sensu* em saúde pública que aborda a temática saúde, trabalho e marcadores sociais da diferença na perspectiva interseccional e discute a importância de incluir a raça no debate e na produção científica e formação em ST.

Contextualização e antecedentes da experiência acadêmica

A área de ST tem suas origens na medicina social latino-americana e no Movimento Operário Italiano, e é fruto do patrimônio de diversos movimentos no interior da saúde coletiva. Sua história é marcada especialmente pela Reforma Sanitária e pela realização de eventos como a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no ano de 1986 e, posteriormente, pela promulgação da Constituição Cidadã de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A ST estuda as relações entre saúde e doença tendo como referência o processo de trabalho, conceito marxista recuperado nos anos 1970, em contraponto a concepções ainda hegemônicas de uni ou multicausalidade da medicina do trabalho e da saúde ocupacional que desconsideram as dimensões histórica e social do trabalho no processo saúde-doença¹⁰⁻¹².

A saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares – técnicos, sociais, políticos, humanos –, multiprofissionais e

interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância¹²⁽¹⁹⁶⁴⁾.

Em termos de produção científica em ST, estudo de Bezerra e Neves¹³ constatou a concentração na região Sudeste e que os objetos de estudo mais frequentes foram discussões conceituais das relações saúde-ambiente-trabalho, saúde mental e lesões musculoesqueléticas. O método mais utilizado foi o quantitativo, e a população mais estudada foi a dos profissionais da área de saúde, reproduzindo a mesma tendência observada anos antes por Santana¹⁴ em estudo sobre pesquisas na pós-graduação. Estudo mais recente sobre ST em teses e dissertações de enfermagem apontou como os temas mais frequentes os acidentes de trabalho com material biológico, a resistência e o uso inadequado de equipamentos de proteção individual e a sobrecarga de trabalho¹⁵. Não foram identificados estudos de revisão recentes sobre produção científica no campo da ST.

Hoje, a plataformização, a intensificação e a precarização do trabalho caracterizadas por longas jornadas, baixos salários, insegurança laboral e perda de direitos trabalhistas conformam um novo perfil de morbimortalidade de trabalhadores e trabalhadoras e novos desafios para o campo. De acordo com relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁶ sobre análise de 19 fatores de risco ocupacional, 81% dos óbitos deveram-se à doença pulmonar obstrutiva crônica, ao acidente vascular cerebral e à cardiopatia isquêmica. A OMS¹⁶ considerou relevante a exposição a longas jornadas de trabalho, à poluição do ar, a substâncias cancerígenas, a riscos ergonômicos e ao ruído. As longas jornadas de trabalho, principal risco, estavam associadas a cerca de 750 mil mortes; a exposição no local de trabalho à poluição do ar (partículas, gases e fumos) causou 450 mil; e os acidentes de trabalho, 360 mil (19% dos óbitos). O relatório destacou que a carga total de doenças relacionadas com o trabalho

provavelmente será muito maior futuramente, já que as perdas de saúde causadas por vários outros fatores de risco ocupacionais terão que ser quantificadas, além da mensuração dos efeitos da pandemia da Covid-19.

Em tempos recentes, enfrentamos uma crise sanitária global que, no caso do Brasil, no curso de uma crise ética e política, resultou em mais de 700 mil brasileiros mortos de acordo com estatísticas oficiais¹⁷. Dois fatos marcaram as primeiras impressões a respeito da pandemia no País: o primeiro caso confirmado em fevereiro de 2020 foi o de um homem de 61 anos, da cidade de São Paulo, que havia chegado da Itália e foi atendido no hospital privado que notificou o caso suspeito. O paciente apresentou sintomas leves, foi atendido, acompanhado e monitorado em casa, sem necessidade de hospitalização¹⁸. Outro fato marcante foi o primeiro óbito ocorrido no estado do Rio de Janeiro em março de 2020: uma empregada doméstica de 63 anos que teve contato com a empregadora que havia estado na Itália e contraiu a doença¹⁹.

Segundo informações de familiares, a trabalhadora costumava pegar três conduções para ir e voltar do trabalho, dois ônibus e um trem, e por isso passava a semana na casa da empregadora, saindo de casa no domingo e voltando na quinta-feira. Mais velha de nove irmãos, trabalhava como doméstica desde jovem para ajudar a sustentar a família. Mesmo sendo uma mulher idosa com obesidade, diabetes e hipertensão arterial, não estava aposentada porque não tinha tempo de contribuição. Percorria semanalmente 120 km de sua casa simples na cidade de Miguel Pereira, no sul do estado, até o apartamento onde trabalhava havia mais de 10 anos no bairro do Leblon, na zona sul do Rio, o metro quadrado mais valorizado do País¹⁹.

Os primeiros casos de Covid-19 identificados afetando pessoas de alto poder aquisitivo que tiveram a infecção após viagens ao exterior e que sobreviveram à pandemia contrastavam com a exposição de trabalhadores que não puderam cumprir isolamento,

como a empregada que não foi dispensada pela 'patroa' de ir até a sua casa e adquiriu a infecção que resultou em óbito. No noticiário, não havia menção à raça, mas sabe-se que 67% das trabalhadoras domésticas brasileiras são negras²⁰ e que fatores de risco como hipertensão arterial e obesidade atingem mais a população negra, especialmente as mulheres²¹⁻²⁴. Os fatos desenhavam na prática os condicionantes das relações entre saúde, doença e trabalho e expressavam de forma inequívoca a determinação social do processo saúde-doença em que raça, gênero e classe social se interseccionam, determinando o desfecho.

Ao partir desse incômodo que delineou com clareza as relações entre trabalho, determinação social da saúde e desigualdades sociais, surgiu a ideia de uma disciplina que colocasse na roda minhas próprias inquietações. Deve-se destacar que houve necessidade de um período de revisão de literatura sobre a temática e de intensiva preparação prévia com a leitura de obras básicas, principalmente de intelectuais antirracistas e contra-hegemônicos, do Sul Global, do feminismo negro e interseccional. Esse processo de busca e seleção de textos e de pensadoras/es foi fundamental para conhecer pressupostos teóricos, conceituais e metodológicos, bem como novas perspectivas de investigação que hoje têm orientado minhas escolhas na abordagem de objetos de pesquisa e na orientação discente.

Assim, pode-se dizer que a disciplina foi criada a partir de uma inquietação pessoal a respeito da falta de inclusão da raça e da perspectiva interseccional nas discussões da ST. Além disso, também foi possível observar lacunas na minha própria formação acadêmica totalmente centrada nas produções científicas da Europa e dos Estados Unidos da América, em grande maioria produzidas por homens brancos, e nas produções brasileiras também masculinas, colonizadas e embranquecidas^{25,26}. Enfim, a colonialidade, o cis-heteropatriarcado e o racismo atravessaram e atravessam a carreira acadêmica e a minha própria existência²⁷⁻²⁹. Sem desconsiderar a

importância, as contribuições e a história dos autores que forjaram a minha formação em ST/saúde coletiva, dei-me conta da minha própria ignorância e de como o epistemicídio também operava em mim³⁰.

A disciplina Leituras em Saúde, Trabalho e Marcadores Sociais

Em plena crise gerada pelo advento da pandemia nas estratégias educativas e de formação, professores pesquisadores foram desafiados a criar e a manter a oferta de disciplinas nos cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Após um período de intensa busca e estudo de bibliografia pertinente ao tema, a disciplina foi oferecida de maneira remota por meio de plataforma digital para alunos de mestrado e doutorado de programa de pós-graduação em saúde pública no ano de 2021. Seu objetivo era promover a reflexão crítica e o debate sobre elementos teóricos necessários à compreensão das relações entre saúde, trabalho e marcadores sociais de desigualdades numa perspectiva interseccional.

Ao considerar a categoria trabalho central na sociabilidade humana e na busca de emancipação, a disciplina objetivou discutir as relações entre saúde, trabalho e marcadores sociais no contexto dos modos de vida e trabalho, incluindo relações sociais de produção/reprodução/consumo no capitalismo. Os marcadores sociais são um campo de estudo nas ciências sociais que tenta explicar como são constituídas socialmente as desigualdades e as hierarquias entre pessoas e grupos, formando grandes eixos da diferenciação e poder³¹⁻³³. As expressões da exploração/dominação/opressão sobre grupos sociais a partir da raça/etnia, gênero, classe social, sexualidade, capacidade, geração, territorialização e outros eixos de opressão são construídas pela sociedade, porém, tidas como se fossem ‘naturais’.

Com ênfase em raça, gênero e classe social, na perspectiva da interseccionalidade,

pretendeu-se ir além do simples reconhecimento dos diversos sistemas de subordinação que reforçam o preconceito e a discriminação de certos grupos sociais, postulando-se a interação desses marcadores sociais na produção e na reprodução das desigualdades que resultam em injustiças sociais^{34,35}. A interseccionalidade como quadro teórico pode ser usada para entender como a desigualdade social estrutural e sistêmica ocorre em uma base complexa e multidimensional e de relações de poder. É preciso não só refletir sobre como essas diferenças são construídas e perpetuadas ao longo do tempo, suas determinações sócio-históricas, mas também como elas se interconectam, se entrelaçam, interagindo em níveis múltiplos e muitas vezes simultâneos, gerando injustiças^{36,37}.

A disciplina enfocou três principais eixos: raça, gênero e classe social. Pretendeu, por meio de leituras dirigidas, promover a reflexão e colocar em debate questões como saúde e precarização do trabalho, racismo estrutural e relações de gênero, divisão racial e sexual do trabalho, raça, gênero e mercado de trabalho, entre outras. Importava refletir e analisar criticamente como as relações interseccionais de poder no capitalismo influenciam tanto as relações sociais marcadas pela diversidade como as experiências cotidianas da classe-que-vive-do-trabalho³⁸ e suas repercussões na saúde. A bibliografia indicada foi quase totalmente oriunda das ciências sociais, o que, por si só, já é significativo. Nos dois primeiros anos, as aulas foram remotas, e no terceiro, a disciplina voltou a ser presencial.

Na primeira edição da disciplina, as referências bibliográficas foram centradas no resgate histórico do conceito de interseccionalidade e de autoras do feminismo negro norte-americano e brasileiro, como bell hooks, Audre Lorde e Lélia Gonzalez, nos reflexos da pandemia de Covid-19 na força de trabalho e em temas como capitalismo e racismo. Houve também a exibição de vídeos e debates a partir de ‘performances’ da autora portuguesa Grada Kilomba. Artigos de Hirata como uma das precursoras

no Brasil da reflexão sobre relações de gênero e divisão sexual do trabalho também foram incluídos. A partir da experiência anterior, alguns textos foram mantidos, mas parte da bibliografia foi atualizada com a inclusão de autoras como Sueli Carneiro, Silvia Federici e Oyèrónké Oyewúmi, além da inserção de temas como trabalho doméstico e perspectiva queer no mundo do trabalho. No terceiro ano de oferta da disciplina, parte das referências foram novamente atualizadas, e percebeu-se a necessidade de introdução de textos sobre as diferentes ondas do feminismo, democracia racial, e de autoras como Bhattacharya para discussão da teoria de reprodução social.

A disciplina de 36 horas foi organizada em torno da leitura prévia de textos disponíveis na internet e de artigos de acesso aberto. Excetuando-se uma aula expositiva sobre marcadores sociais, as demais foram realizadas a partir das leituras e da apresentação de seminários por parte dos discentes que funcionaram como dispositivos de reflexão e debate, visando a uma abordagem amorosa, dialógica, problematizadora e libertadora³⁹⁻⁴². Em todos os anos, ao final de cada oferta, foi realizada avaliação da disciplina, das estratégias de ensino-aprendizagem, da atuação docente e da participação discente. Os estudantes elogiaram principalmente a bibliografia, que a maioria desconhecia, e a dinâmica de apresentação e de discussão dos textos e vídeos. Dentre as críticas, destacou-se o pouco tempo disponível para leitura antecipada de todos os textos indicados.

O que aprendemos e o que precisamos aprender sobre as discussões de saúde, trabalho, gênero e raça

O presente relato procurou descrever a experiência de oferta de disciplina em nível de pós-graduação *stricto sensu* tendo como norte a reflexão crítica a respeito dos marcadores

sociais da diferença, em uma perspectiva interseccional, partindo do pressuposto de que, ao contrário de outros eixos como classe social e gênero, a raça ainda é tangencialmente abordada na área de ST.

Dada a relevância do tema da racialidade e da colonialidade em uma sociedade de histórico escravagista, em que pessoas africanas escravizadas e seus descendentes contribuíram decisivamente para a expansão do processo de acumulação primitiva e da economia-mundo europeia, e a passagem da economia mercantil para o capitalismo, precisamos criar também no campo da produção de conhecimento em saúde espaços de reflexão e estratégias de superação de uma lógica de pensamento que invisibiliza saberes e que não problematiza a exploração e a opressão da força de trabalho negra. Embora a produção e a reprodução social capitalista sejam sustentadas pelo trabalho de mulheres e de homens negros, essa desumanização foi naturalizada e se perpetua ao longo de séculos.

Algumas experiências envolvendo estratégias pedagógicas têm sido relatadas, especialmente na graduação da saúde, para propiciar o debate sobre temas relativos à diversidade, à interseccionalidade e às relações de poder, em diálogo com o racismo, o machismo, o capacitismo e suas influências na prática profissional^{43,44}. Essas questões, muitas vezes invisíveis na formação e na educação permanente, continuam presentes nas práticas de saúde na qual ainda prevalecem discursos que frequentemente legitimam e naturalizam desigualdades, demonstrando a importância dessa discussão na formação dos profissionais.

As políticas de ações afirmativas e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) apontam que a formação dos profissionais de saúde é um campo estratégico de intervenção para a transformação desse quadro⁴⁵. Segundo os autores, além de investigar características gerais e singulares relacionadas com a

implementação da PNSIPN, por exemplo, deve-se igualmente aplicar suas diretrizes no cotidiano acadêmico, contemplando aspectos inerentes à formação e ao desenvolvimento de práticas educativas antirracistas, o que implica a mudança de nossos próprios referenciais teóricos e o estudo e a inclusão de novos autores e de novas perspectivas teórico-conceituais e aplicadas.

A abordagem interseccional na ST não deve descartar uma crítica contundente ao capitalismo. A sociedade capitalista opera sistemas discriminatórios dinâmicos que geram desigualdades e injustiças como mortes, acidentes, adoecimentos, violências e destruição ambiental. O racismo e o patriarcado se estruturam como sistemas de subordinação que oprimem pessoas e grupos em uma sociedade capitalista que expropria a natureza, explora, adoce e mata trabalhadoras e trabalhadores. Como afirma Vergès⁴⁶, os processos de racialização, o controle do corpo das mulheres e a hiperexploração capitalista desafiam a imagem civilizatória, republicana e universalista do feminismo ocidental.

Na formação e nas práticas educativas, a colonialidade e o racismo operam deixando marcas e decretando o apagamento de histórias, pensamentos selvagens e o epistemicídio de saberes não hegemônicos. Sabemos que a ferida colonial continua aberta⁴⁷, como nos diz Kilomba, e não há mais como desprezar o “trauma ligado ao racismo e à história colonial”⁴⁷ como centrais no cotidiano da classe-que-vive-do-trabalho. Essa ferida persiste sangrando. Por isso, projetos pedagógicos de pós-graduação, como na graduação, não devem demorar a incorporar nos seus programas as

dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de classe, gênero, orientação sexual, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social⁴⁸.

Torna-se indispensável construir ou repensar propostas de ensino-aprendizagem que busquem contemplar as relações raciais e contribuir para transformação social, fugindo do academicismo abstrato, não intervencionista, superando esse lugar em que certas narrativas são desprezadas pela modernidade com a exclusão ou a invisibilização das lutas de reexistência dos corpos políticos negros. Tal qual afirma Santana⁴⁹⁽²²⁷⁾, partimos da premissa de “que o conhecimento está ligado ao poder, além de asseverar que a raça é um princípio estruturante para se problematizar o sistema-mundo moderno/colonial”. Quando a colonialidade do poder assume novas facetas, é preciso lutar para descolonizar corpos, mentes e espaços, contribuindo para a ruptura epistemológica rumo a um novo pacto civilizatório, incluindo o espaço da ciência.

As quase-brancas universidades brasileiras após as políticas de ações afirmativas tornam-se coloridas e, a partir disso, impactam diretamente em pesquisas direcionadas a produção de conhecimento oriundo de experiências e vivências pessoais – em que as distintas formas de vida e organização político-social causam tensões no polo hegemônico da sociedade brasileira e no campo do saber⁴⁹⁽²²⁸⁾.

Essa tensão se coloca em sala de aula na medida em que novos atores políticos tomam assento nos bancos da academia. Retomando o tema do gênero, da racialidade e da ST, alguns aprendizados e novas incertezas e desafios se fazem presentes na reflexão sobre a experiência de oferta de disciplinas na perspectiva da formação e do pensamento crítico em saúde. A ST, como área de conhecimento estratégica na saúde coletiva e como campo de luta política de trabalhadoras e trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho, não pode se manter à parte desse debate, tanto no ativismo como na formação e na produção de conhecimento. A sociedade mudou, nossos estudantes mudaram, e não há como se manter indiferente a isso.

Considerações finais

Sem pretensão de esgotar a reflexão ou de encerrar o debate, algumas constatações importantes puderam ser feitas a partir dessa experiência. A primeira é que a ST precisa atualizar e incorporar novos temas na sua agenda e incrementar a produção científica sobre as relações interseccionais de raça, gênero e classe, bem como outros eixos de opressão, tais como orientação sexual e identidade de gênero, idade, capacidade e deslocamentos/territorialidade, somente para citar alguns.

Décadas atrás, Souza-Lobo⁵⁰ afirmou que a classe operária tinha dois sexos, chamando atenção para a divisão sexual do trabalho e as relações desiguais de gênero, contribuindo para a quebra de paradigmas. Hoje, devemos dizer que a classe trabalhadora ou aquela que vive-do-trabalho é formada por homens e mulheres na sua diversidade. Creio que, em boa hora, deve-se problematizar a imagem do ‘trabalhador homem branco universal’ e fortalecer o olhar para a diversidade e as relações de poder no capitalismo. Assim como a ST deslocou o olhar, nos anos 1990, para fora da fábrica diante de um novo mundo do trabalho com a ampliação do setor de serviços, da cibernética e dos processos informatizados, devemos hoje recuperar a história desde a diáspora africana e a força de trabalho escravizada que

originou as bases da acumulação capitalista e a construção da sociedade brasileira racista e desigual, assim como considerar que a injustiça e o epistemicídio também atravessaram essa área de intervenção e conhecimento.

As pessoas negras são as que mais desempenham atividades insalubres e perigosas e as que mais adoecem e morrem em decorrência do trabalho no Brasil. Sabe-se também que cerca de 60% da força de trabalho na informalidade é constituída por negros e que, em sua maioria, são negros as crianças e os adolescentes obrigados a entrar precocemente no mercado de trabalho. As pessoas negras enfrentam os maiores obstáculos para conseguirem emprego; e, quando conseguem, recebem cerca de 30% a menos do que as brancas. São as pessoas negras que mais sofrem violências no ambiente de trabalho e as mais expostas à violência urbana e aos acidentes. Está claro, então, que, para transformar essa realidade, é preciso colocar luz sobre esses temas e reforçar o quanto as trabalhadoras e os trabalhadores brasileiros, além de gênero, têm raça.

Colaboradora

Hennington EA (0000-0001-5280-8827)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Almeida SL. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro/Pólen; 2019.
2. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: Lander E, compilador. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: Clacso; 2005. p. 122-151.
3. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. As dificuldades da população negra no mercado de trabalho. www.dieese.org.br. São Paulo: Dieese; 2023. [acesso em 2023 dez 3]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2023/conscienciaNegra2023.html>.
4. Silva Júnior H, Bento MAS, Silva MR. Políticas públicas de promoção da igualdade racial. São Paulo: CEEERT; 2010. [acesso em 2023 dez 3]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/11465/628/1/1682.pdf>.
5. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília, DF: Funasa; 2005.
6. Braz RM, Oliveira PTR, Reis AT, et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2013; 37(99):554-562.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário Oficial da União. 2 Fev 2017.
8. Milanezi J. “Eu não vou parar por causa de uma raça”: a coleta da raça/cor no SUS. Blog Dados. 2020 jun 4. [acesso em 2023 dez 3]. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/coleta-da-raca-cor-no-sus/>.
9. Pinheiro ML. Pandemia, saúde e informações étnico-raciais no Brasil. Plural Antropologías desde América Latina y el Caribe. 2022; 5(10):139-166.
10. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(4):757-766.
11. Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
12. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(6):1963-1970.
13. Bezerra MLS, Neves EB. Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. Saúde e Soc. 2010; 19(2):384-394.
14. Santana VS. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(esp):101-111.
15. Gurgel SDS, Matias ÉO, Bezerra MIC, et al. Produção científica brasileira acerca da saúde do trabalhador nas teses e dissertações de enfermagem. Rev. Enferm. Atenção Saúde. 2017; 6(1):130-139.
16. World Health Organization, International Labor Office. WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury, 2000–2016. Geneva: WHO, ILO; 2021. [acesso em 2023 jan 6]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034945>.
17. Oliveira J. Brasil chega à marca de 700 mil mortes por Covid-19. Gov.br. 2023 mar 28. [acesso em 2023 nov 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/brasil-chega-a-marca-de-700-mil-mortes-por-covid-19>.
18. Organização Pan-americana da Saúde. Brasil confir-

- ma primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus. Opas. 2020 fev 26. [acesso em 2023 dez 3]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/69303>.
19. Melo ML. Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon. UOL Notícias. 2020 mar 19. [acesso em 2023 dez 3]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>.
 20. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. O trabalho doméstico 10 anos após a PEC das Domésticas. São Paulo: Dieese; 2023. [acesso em 2023 dez 3]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/estudosepesquisas/2023/estPesq106trab-Domestico.pdf>.
 21. Abebe F, Schneider M, Asrat B, et al. Multimorbidity of chronic non-communicable diseases in low- and middle-income countries: A scoping review. *J. Comorb.* 2020; 10:2235042X2096191.
 22. Oliveira FEG, Griep RH, Chor D, et al. Racial inequalities in multimorbidity: baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Public Health.* 2022; 22(1):1319.
 23. Oraka CS, Faustino DM, Oliveira E, et al. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. *Saúde Soc.* 2020; 29(3):e191003.
 24. Machado AV, Camelo LV, Menezes ST, et al. Racial discrimination predicts the increase in body weight and BMI in Black individuals from ELSA-Brasil cohort. *Ciênc. saúde coletiva.* 2023; 28(6):1655-1662.
 25. Mendoza B, Silva LP, Silva Filho SO. A colonialidade do gênero e poder: da pós-colonialidade à decolonialidade. *Revista X.* 2021; 16(1):290-318.
 26. Miñoso YE, Correal DMG, Muñoz KO. Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala. Popayán: Editorial Universidad del Cauca; 2014.
 27. Bernardino-Costa J, Maldonado-Torres N, Grosfoguel R. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.
 28. Kilomba G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó; 2020.
 29. Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA; 2019.
 30. Carneiro S. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar; 2023.
 31. Nascimento B, Gonzalez L, Carneiro S. Interseccionalidades: pioneiras do feminismo negro brasileiro. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2020.
 32. Hirano LFK, Acuña M, Machado BF. Marcadores sociais das diferenças: fluxos, trânsitos e interseções. Goiânia: Imprensa Universitária; 2019.
 33. Oliveira DR, Breder D, Filpo KL. Relações étnico-raciais e outros marcadores sociais da diferença: diálogos interdisciplinares. Paraná: Appris; 2020.
 34. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stan. L. Rev.* 1991; 43(6):1241-1299.
 35. Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo Editorial; 2021.
 36. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics [1989]. In: Bartlett KT, Kennedy R, editors. *Feminist Legal Theory: readings in law and gender.* New York, London: Routledge; 2018 [acesso em 2023 dez 3]. p. 57-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4324/9780429500480-5>.
 37. Biroli F, Miguel LF. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações – Rev. Ciên. Soc.* 2015; 20(2):27-55.

38. Antunes R. Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial; 2015.
39. hooks b. Ensinando a transgredir: A educação como prática da liberdade. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2017.
40. hooks b. Tudo sobre o amor: novas perspectivas. São Paulo: Elefante; 2021.
41. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.
42. Freire P. Pedagogia da libertação em Paulo Freire. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.
43. Almeida AMB, França LC, Melo AKS. Diversidade humana e interseccionalidade: problematização na formação de profissionais da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200697.
44. Santos TQ, Santana RCS, Barbosa RSS, et al. Discussões de gênero na formação de pesquisadores em saúde: um relato de experiência. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200529.
45. Monteiro RB, Santos MPA, Araujo EM. Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200697.
46. Vergès F. Um feminismo decolonial. São Paulo: Ubu Editora; 2020.
47. Bento H. “O colonialismo é uma ferida que nunca foi tratada. Dói sempre, por vezes infeta, e outras vezes sangra”. Entrevista com Grada Kilomba. Geledés Instituto da Mulher Negra. 2019 maio 30. [acesso em 2023 dez 3]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/o-colonialismo-e-uma-ferida-que-nunca-foi-tratada-doi-sempre-por-vezes-infeta-e-outras-vezes-sangra/>.
48. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Jun 2014. [acesso em 2023 abr 13]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view.
49. Santana TO. Lutas políticas de reexistência dos corpos políticos negros. *FRCH – ANPUHSC*. 2019; (34):227-232.
50. Souza-Lobo E. A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2011.

Recebido em 23/12/2023

Aprovado em 30/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Vania Reis Grianelli

Desafios para a saúde de adolescentes: reflexões sobre diversidade, dignidade e direitos humanos

Challenges for adolescents' health: reflections on diversity, dignity, and human rights

Doralice Sisnande dos Santos¹, Marcos Besserman Vianna²

DOI: 10.1590/2358-28982023E18287P

RESUMO O estudo analisa o sistema socioeducativo como um meio de enfrentar violências, refletindo sobre seus desafios e destacando a importância de políticas públicas que promovam a diversidade e respeitem a dignidade dos adolescentes. Adiciona-se e reavalia-se o direito à expressão da sexualidade desses sujeitos. Para coletar dados, utilizaram-se técnicas de relato de experiência, observação participante e diálogos informais. Os resultados revelam tratamentos preconceituosos, negação e negligência de direitos, além da manutenção de um sistema com ações ultrapassadas que se perpetuam. Essas descobertas ressaltam a celeridade em superar as barreiras de acesso por meio do fortalecimento da educação, de investimentos em recursos humanos, parcerias governamentais e interinstitucionais. O estudo identifica lacunas no conhecimento sobre o sistema socioeducativo e propõe abordagens mais humanizadas e inclusivas para lidar com as adversidades dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Além disso, sugerem-se recomendações concretas visando a uma consciência social com valores éticos, políticos, sociais e de cidadania, melhorando assim a qualidade do cuidado e promovendo os direitos humanos desses jovens.

PALAVRAS-CHAVE Adolescentes. Socioeducação. Medida socioeducativa. Saúde reprodutiva. Políticas públicas.

ABSTRACT *The study examines the socio-educational system as a means of addressing violence, reflecting on its challenges, and highlighting the importance of public policies that promote diversity and respect the dignity of adolescents. The right to express their sexuality was also added and re-evaluated. The data was collected using experience reports, participant observation and informal dialogues. What emerged were prejudiced treatments, denial, and neglect of rights as well as the maintenance of a system with outdated actions that perpetuate themselves. These findings highlight the need to overcome access barriers quickly by strengthening education, investing in human resources, government and inter-institutional partnerships. The study identifies gaps in the knowledge about the socio-educational system and proposes more humanized and inclusive approaches to dealing with the difficulties faced by adolescents undergoing socio-educational measures. It also suggests concrete recommendations for raising social awareness with ethical, political, social and citizenship values, thus improving the quality of care and protecting the human rights of these young people.*

KEYWORDS *Adolescents. Socio-education. Socio-educational measure. Reproductive health. Public policies.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
dorasnisnande@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A atenção integral, fundamentada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)¹, tem como premissa o cuidado ampliado. Ou seja, o cuidado em saúde, definido como acolher, dar atenção, tratar, respeitar o ser humano, permeando valores éticos, políticos, sociais e de cidadania². Ayres³ enuncia sobre o cuidado em saúde como estratégia engenhosa para enfrentar as crises e construir possibilidades para a condução das práticas de atenção à saúde: abordagens humanizadas, reflexão sobre a noção de cuidado, baseada em princípios teóricos; integralidade do cuidado potencialmente transformador com saberes compartilhados e práticos; reparação ética, política, e no cuidado em saúde, profissionais e usuários em elos como pontos-chave.

A cobertura e a prestação de serviços de saúde para adolescentes no Brasil representam impasses significativos tanto para gestores quanto para a sociedade civil, dadas as complexidades decorrentes da diversidade na estruturação dos estados brasileiros no que diz respeito à gestão da saúde. Garantir uma atenção integral à saúde dos adolescentes torna-se uma questão desafiadora, levando em consideração aspectos como a extensão da cobertura e o acesso efetivo aos serviços de saúde. Apesar das políticas públicas em vigor, essa população ainda enfrenta limites significativos. Embora tenham notáveis avanços, como a implementação de medidas para proteger os adolescentes contra a exploração e a promoção de programas nacionais de alimentação, saúde e vacinação, é evidente a urgência de propostas adicionais para atender à necessidade dessa população⁴.

No intuito de acomodar um País socialmente justo, livre de desigualdades e preconceitos, contamos com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, reconhecendo e protegendo a dignidade de todos os seres humanos, atentos à não submissão a tratamentos cruéis ou degradantes e à tortura de

crianças e adolescentes⁴. Da mesma forma, a Constituição Federal determina a responsabilidade social na garantia do direito à vida e à saúde, prevendo igualmente a proteção contra formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldades e opressão⁵.

Todo aparato legal inserido no Sistema de Garantia de Direitos está envolvido e implicado de igual forma no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), no Sistema Educacional, no Sistema Único de Assistência Social (Suas), no Sistema de Justiça e Segurança Pública, no Sistema Único de Saúde (SUS) com corresponsabilidade. Alcançando compensação, segundo Julião et al.⁶, estamos atualmente em um contexto em que a Constituição Federal garante a participação e o controle da sociedade em relação às políticas públicas. Esse marco histórico, legal e regulatório normatizou o entendimento quanto aos direitos garantidos e à proteção integral à criança e ao adolescente. Ademais, em se tratando de adolescentes em cumprimento de medida, torna-os, além de tudo, mais expostos a uma condição de grande vulnerabilidade⁷.

O fortalecimento do Sinase e a garantia da validação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) representam instrumentos essenciais para proteger esses adolescentes, assegurando o cumprimento de medidas em um sistema que garante seus direitos. Isso facilita a eficácia da socioeducação e a inclusão desses jovens na sociedade. Entretanto, ao longo dos anos, temos observado uma descontinuidade na garantia dos direitos legais desses indivíduos, desde sua atenção primária em saúde até questões relacionadas com o respeito à individualidade, à subjetividade e à sexualidade. Transpor essas barreiras é o maior desafio a ser enfrentado pelos entes da sociedade⁸.

Convém salientar que esses indivíduos estão inseridos no período da adolescência, uma fase de transição marcada por diversas mudanças e conflitos, durante a qual se esforçam para construir uma identidade adulta⁹. O significado da adolescência transcende a mera definição '*adolescere*', originada do verbo

latino que denota crescimento e amadurecimento. Essa etapa também é caracterizada por fenômenos de natureza biológica, como a puberdade, que são cruciais para a transição para a vida adulta desses jovens. Durante esse período, ocorre uma reorganização hormonal seguida por modificações anatômicas e fisiológicas que resultam em corpos masculinos e femininos plenamente funcionais e repletos de sensações¹⁰.

O pleno desenvolvimento desses corpos está diretamente ligado à cultura em que estão inseridos e à forma como experimentam as transformações que ocorrem em seus corpos. Tanto o reconhecimento desse novo corpo quanto a reorganização das identidades formadoras enquanto pessoa social terão impacto significativo não apenas no indivíduo, mas também na sociedade em que ele está inserido¹¹.

O desenvolvimento humano levanta pontos fundamentais sobre a adolescência, o que inclui uma reflexão sobre a sexualidade¹². Para Ribeiro¹³, a sexualidade é um conceito amplo que abrange o impulso sexual, o surgimento do desejo, a busca de propósitos sexuais, a manifestação do desejo, a elaboração mental para tornar realidade o desejo, tudo isso influenciado por aspectos culturais, sociais, familiares, morais, religiosos, bem como por processos de sublimação e repressão. Segundo ele, 'em sua essência, a sexualidade é biológica, tendo como objetivo primordial a perpetuação da espécie'¹³.

No contexto da abordagem da sexualidade entre adolescentes privados de liberdade, a

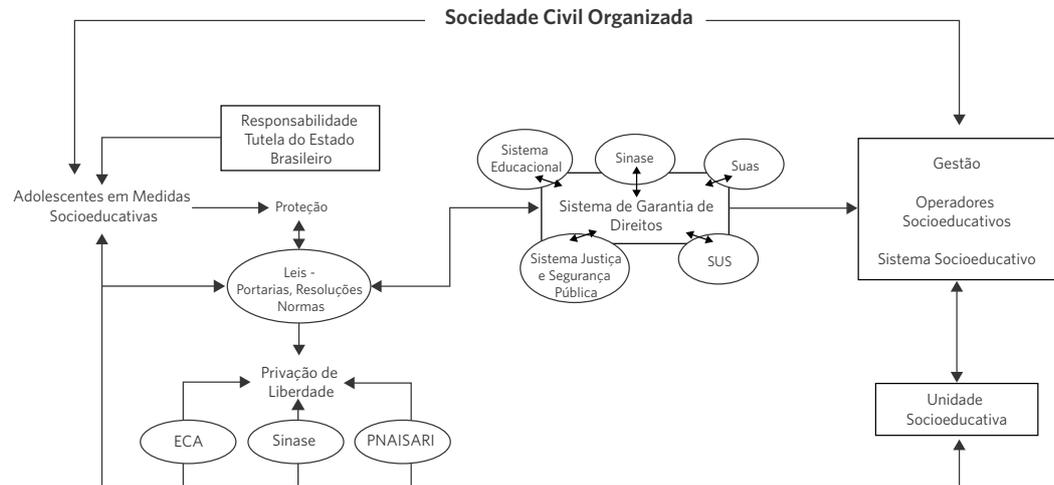
ênfase recai na promoção da saúde sexual e reprodutiva, uma vez que há uma urgência decorrente das questões de saúde relacionadas com as epidemias de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)¹¹. Essas circunstâncias evidenciam a escassez de cuidados de saúde durante as práticas sexuais entre os jovens, que muitas vezes ocorrem sem a devida orientação.

Este relato de experiência tem como objetivo compartilhar estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades encontradas diante de diversos posicionamentos conservadores em uma instituição voltada para o atendimento de adolescentes do sexo masculino submetidos a medidas socioeducativas de privação de liberdade. Além disso, visa enfatizar o direito à expressão da sexualidade e contribuir para o alinhamento legal dentro do verdadeiro propósito da socioeducação, que é efetivar a ressocialização dos jovens no socioeducativo, preparando-os para uma inclusão ou reinclusão efetiva na vida social após o cumprimento da medida socioeducativa.

É fundamental evidenciar que a sexualidade, como um direito humano fundamental, é garantida pela Constituição Federal e pelos direitos humanos. No âmbito da saúde, a perspectiva da sexualidade é entendida como um direito essencial, proporcionando aos indivíduos a possibilidade de adquirir autonomia, liberdade, prazer e exercer plenamente seus direitos e cidadania¹².

A *figura 1* ilustra a configuração expositiva do acompanhamento do adolescente no sistema socioeducativo brasileiro.

Figura 1. Desenho do acompanhamento ao adolescente autor de ato infracional no Brasil



Fonte: elaboração própria.

Nota: Esquema ilustrativo do atendimento socioeducativo com adolescentes sob a tutela do Estado, amparados pela legislação, dentro de um minucioso e organizado sistema de proteção e de garantia de direitos. Operadores do sistema socioeducativo unidos à sociedade civil como peças fundamentais para o sucesso desse processo socializador, de reinserção social e produção de cidadania.

Material e métodos

O método empregado para a coleta de dados deste estudo envolveu o uso de técnicas de relato de experiência, observação participante e diálogos informais. Essas técnicas foram utilizadas para compreender como os adolescentes em cumprimento de medida de privação de liberdade percebem suas relações sociais cotidianas, começando pelo contexto do aprisionamento. Por meio da observação contínua dos profissionais, buscamos compreender como esses jovens lidam com dilemas relacionados com a saúde, especialmente no que diz respeito ao exercício de sua sexualidade, muitas vezes obscurecido e controverso dentro de uma instituição permeada por dispositivos de controle, disciplina e poder.

Instrumentos de coleta e análise dos dados

Para a análise da atenção em saúde ao adolescente, foram utilizadas pesquisas anteriores que forneciam informações demográficas, como idade, gênero, raça/cor, fatores

socioeconômicos e escolaridade, publicadas entre 2015 e 2020. Além disso, ocorreram buscas documentais em socioeducação para compilar dados históricos entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020, utilizando acervos de publicações relevantes, incluindo as coleções 'Ações Socioeducativas: Formação e Saberes Profissionais' e 'Dicionário do Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro'¹⁴.

O trabalho de prevenção e promoção em saúde com os adolescentes está integrado ao Plano Individual de Atendimento (PIA), discutido e definido durante o acompanhamento do cumprimento da medida socioeducativa¹⁵. As intervenções em saúde são efetuadas por meio de encontros grupais e atendimentos individuais, abordando temas alinhados aos eixos de saúde da PNAISARI¹.

Para disseminar informações sobre saúde, optamos por sensibilização e compartilhamento entre os funcionários por meio de conversas informais, de até 15 minutos de duração, realizadas semanalmente para não impactar na rotina institucional. Registramos anotações para acompanhar o alcance e os conteúdos discutidos, bem como os desafios enfrentados, documentados em fichários. Este

estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), CAAE: 54769221.0.0000.5240. Parecer nº 5.765.910.

Relato de experiência

Rotina de trabalho

O dia inicia-se com a troca de turno, entorno das 6h30, quando o coordenador responsável passa o plantão para o próximo coordenador. Os profissionais agentes relatam as ocorrências em um livro, contando o número de adolescentes, algemas, rádios, *spray* de pimenta e verificando o livro de ocorrências. Além disso, o espaço físico é inspecionado para identificar possíveis danos. É importante salientar a existência de procedimentos padrão para situações de conflito, como tentativas de fuga, danos ao patrimônio ou qualquer outro evento relevante para a segurança geral. Nesses casos, os adolescentes são levados para a delegacia, e é gerado um registro de ocorrência. Os agentes ficam em postos específicos dentro da unidade, em turnos, revezando-se ao longo do dia.

A unidade é monitorada com vigilância por câmeras em tempo real, disponíveis na sala da direção, na mesa dos coordenadores de segurança e na guarita da portaria. Os protocolos institucionais são comunicados rotineiramente por rádio para os agentes nos postos. O monitoramento em tempo real é feito simultaneamente pelo centro de inteligência, localizado na Ilha do Governador. Em casos de emergência, esse centro solicita ajuda, ativando tanto os policiais quanto enviando uma equipe de apoio de segurança para a unidade.

Durante o dia, os agentes circulam pelos alojamentos para acompanhar os adolescentes em atividades como visitas familiares, atendimento técnico, escola, cursos, quadra esportiva, cultos, entre outros. À noite, realizam rondas de segurança em horários estabelecidos

conforme o plano de segurança. Por fim, até 2019, os profissionais de segurança socioeducativa eram denominados agentes socioeducativos. No entanto, a Lei nº 4.802/2017 foi alterada, entrando em vigor a nova nomenclatura, que passou então para Agentes de Segurança Socioeducativa, no estado do Rio de Janeiro¹⁶. Eles são distribuídos em escalas de plantão com um coordenador específico e sua equipe para os turnos A, B, C ou D, durante 24 horas.

Recepção do adolescente socioeducando

O adolescente é admitido por um profissional técnico, que preenche uma ficha de recepção com dados como nome completo, idade, motivo da internação, apelido/vulgo, registros anteriores no sistema socioeducativo, endereço, nome dos pais e/ou responsáveis e contato telefônico. É feita uma verificação de possíveis lesões corporais, presença de comorbidades, uso de prescrições controladas, histórico de consumo de álcool e outras drogas, nível de escolaridade, vínculo empregatício, entre outros aspectos. Durante essa avaliação inicial, são identificadas possíveis demandas em saúde, lesões físicas ou sequelas, bem como sinais de sofrimento psíquico, o que pode indicar a necessidade de acompanhamento em saúde mental. Também é avaliado se há riscos em permanecer no convívio com os demais adolescentes, o que pode requerer medidas de proteção para o recém-chegado, a fim de evitar negligências. As regras institucionais são apresentadas ao adolescente, assim como as sanções para casos de descumprimento.

Destaca-se que o adolescente será tratado apenas como tal, e não como infrator, e recebe um número de matrícula. Ele é orientado sobre a importância de convivência pacífica no ambiente institucional, suas obrigações escolares, participação em oficinas, cursos, atendimentos técnicos, acompanhamento em saúde, entre outros. São comunicados os horários e os locais para realização das refeições,

assim como os dias e os horários de visita, com inclusão automática de pais, irmãos e avós na lista de visitantes. Outras pessoas devem solicitar autorização judicial ou submeter o pedido à equipe técnica que acompanha o adolescente.

Especificamente, adolescentes que cometem atos infracionais semelhantes ao crime de estupro devem permanecer em um ‘alojamento seguro’. Esse ambiente é isolado do convívio social, com refeições separadas e atendimento individualizado. No entanto, devido à falta de estrutura arquitetônica para atender às necessidades individuais de cada adolescente, situações paradoxais podem surgir. Durante o período de 2015 a 2020, poucos adolescentes declaravam sua identidade de gênero e sexualidade divergentes do senso comum. Nesse período, a unidade recebeu adolescentes abertamente gays, e para protegê-los de possíveis violências por parte dos colegas, seguiram alocados no mesmo ‘alojamento seguro’ utilizado por adolescentes cujos atos infracionais não eram aceitos pelo grupo.

Acomodações e convivência

Ao chegar na instituição, é feito um levantamento sobre a região de origem/residência do adolescente, o tipo de ato infracional, e avaliada a possibilidade de convivência pacífica, antes de serem alocados em alojamentos. Os adolescentes são distribuídos em alojamentos de acordo com faixa etária, compleição física e identidade pessoal, e aqueles que apresentam comportamento discordante dos demais são alocados em ambientes que não afetem a convivência coletiva. Existem alojamentos com capacidade para dois a dez adolescentes, com camas de alvenaria e banheiro completo. Pertences de uso pessoal, como aparelhos de barbear, são comumente compartilhados.

Para além disso, é comum a prática de fazer tatuagens utilizando o alumínio das embalagens de refeições e o plástico dos aparelhos de barbear, o que aumenta o risco de IST.

Em certo período, as roupas e os objetos do alojamento eram lavados com água do vaso sanitário, resultando em infecções recorrentes de difícil erradicação. Em 2015, a equipe de segurança relatou à direção da unidade que, durante a noite, alguns adolescentes se envolviam em relações afetivas com troca de carícias, que progrediam para atos sexuais, e que isso, do mesmo modo, ocorria durante o dia. Essa situação foi associada ao aumento de relatos de violência por parte dos adolescentes, levando a uma aplicação mais frequente de medidas punitivas e sanções para aqueles encontrados em eventualidades não condizentes com as normas de gênero masculino.

Intervenção em saúde: aplicação do cuidado

A unidade possui normas de segurança que todos os trabalhadores devem seguir rigorosamente. A equipe técnica, em particular, recebe orientações específicas, como manter as portas das salas abertas durante o atendimento aos adolescentes e evitar ficar sozinho sem a presença de um agente de segurança. É vital destacar que, ao longo dos anos, os atendimentos técnicos em salas nunca ocorreram com as portas fechadas, e não houve nenhum incidente conflituoso até o momento. Esses momentos de atendimento técnico são considerados entre os mais empáticos e humanizados no processo de ressocialização, sendo reconhecidos e valorizados pelos adolescentes e familiares.

As questões em saúde são levantadas ainda na chegada desse adolescente à unidade. Da mesma forma que há um profissional da equipe técnica atende na recepção, há também um profissional em saúde. O adolescente é pesado, averiguados sinais vitais, histórico de saúde e doença, possíveis comorbidades, lesões físicas, distúrbios psíquicos, entre outros. Quando um adolescente apresenta uma queixa de saúde, há uma avaliação médica, existindo demanda de atendimento especializado, exames complementares ou outro tipo de assistência da rede de saúde.

Diante do desconforto expresso pelos agentes de segurança ao lidar com as maneiras de proceder, especialmente as sexuais, dentro dos alojamentos, houve uma mobilização significativa. A direção da unidade convocou a equipe técnica de medida e a equipe de saúde para colaborarem na proposição de intervenções e na formulação de estratégias para abordar e desencorajar as manifestações de afeto entre os adolescentes.

A direção da unidade optou por designar funcionários com um perfil mais alinhado aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes para atuarem como referência no manejo diário dessas matérias. Esses funcionários estariam mais envolvidos nas intervenções da equipe de saúde, recebendo informações para compartilhar com os demais colegas de cada turno e setor da unidade.

O conteúdo de trabalho da equipe de saúde foi compartilhado durante conversas informais no pátio, o local de maior concentração, para evitar interrupções no fluxo de comunicação, corrigir equívocos e evitar sabotagens nas estratégias de trabalho.

As incertezas individuais surgidas entre os agentes de segurança eram abordadas em conversas separadas do grupo, visando fornecer respostas e esclarecimentos. Em um segundo momento, realizavam-se encontros individualizados, e, se necessário, conversas mais intimistas, com o objetivo de desmistificar conceitos e explorar possibilidades para lidar diariamente com os adolescentes.

Inicialmente, o apelo apresentado pelos agentes de segurança à direção parecia sem solução, principalmente sob a perspectiva da segurança. Todavia, revelou-se que essas controvérsias envolviam problemas de saúde mais complexos do que se pensava. Diante disso, toda a unidade voltou-se para uma abordagem mais cuidadosa das demandas dos adolescentes.

Para isso, foi adotada uma presença técnica constante nos ambientes de convivência e na escola, além de ações conjuntas de promoção e prevenção em saúde em colaboração com a

rede de saúde do município e a escola. Essas ações abordavam tanto temas do currículo escolar quanto interrogações de saúde geral na instituição. O objetivo era contribuir para a vigilância epidemiológica e prevenir doenças evitáveis.

Os adolescentes que apresentavam queixas de saúde tinham a opção de receber atendimento com um profissional de saúde, incluindo aconselhamento e, se desejado, a realização de testes rápidos para detecção de IST, como HIV/aids, hepatite (B, C) e sífilis. Os resultados desses testes orientavam outras ações e intervenções em saúde, visando à melhoria dos indicadores de saúde e à prevenção de agravos.

Discussão

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, no art. 3º, enfatiza o direito à vida, e no art. 5º, proíbe tratamentos cruéis, degradantes e a tortura contra crianças e adolescentes¹⁷. Além disso, a carência de subsídios específicos no ECA que garantam o exercício da sexualidade desses adolescentes gera inúmeras discussões sobre o que realmente constitui direitos ou privilégios para esses indivíduos¹⁸.

As ações desenvolvidas na assistência ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade, previstas nas políticas, refletem importantes marcos legais na proteção integral, no ECA, no Sinase e na PNAISARI, dentro do Sistema de Garantia de Direitos. Para o acompanhamento em saúde, contamos com as Portarias GM nº 1.082 e nº 1.083 de 2014, que garantem e ampliam o acesso aos cuidados em saúde desses adolescentes, na perspectiva da Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória¹.

Seguindo o princípio da incompletude institucional, conforme diretrizes do art. 60 da lei¹⁹, garantimos a atenção à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, incluindo promoção,

prevenção, assistência e recuperação da saúde no SUS. Isso fortalece redes de apoio, com participação ativa das secretarias estaduais e municipais, subsidiando atendimento e manutenção dos serviços nas unidades socioeducativas. Salienta-se que o primeiro acolhimento é estratégico, tornando-se fundamental para preservar a convivência pacífica e a integridade física e mental dos adolescentes, evitando a geração de mais conflitos, especialmente considerando que muitos se identificam com grupos facciosos.

Goffman²⁰ define o conceito da instituição total, na qual tudo é resolvido internamente, referindo-se ao mundo do internamento como uma barreira social fechada, controlada para processos de mortificação e retirada do direito à expressão do sujeito. Foucault²¹ destaca a ênfase na produção do discurso do conhecimento, em vez da simples repressão, o que representa uma ruptura com as visões tradicionais sobre poder e instituições. Para Foucault²¹, o enfoque está na produção do discurso do conhecimento, mais do que na repressão, rompendo com visões tradicionais sobre poder e instituições. O autor analisa como os espaços de disciplina e disciplinamento têm evoluído ao longo da história do Ocidente, com especial destaque para a modernidade e suas transformações ao longo do tempo. Ele argumenta que, a partir de um imaginário que envolve a supressão de discussões sobre sexo e sexualidade, a proibição do discurso teria o efeito de repressão, influenciando e moldando as formas de demonstração da verdade e regulando o que pode ser dito²¹.

Independentemente da quebra do contrato social, nenhum ente da sociedade deve privar o ser humano de seus direitos. O manejo em saúde inclui visitas estratégicas aos alojamentos dos adolescentes para identificar a organização do espaço coletivo, verificar espaços insalubres e observar condutas e hábitos de higiene pessoal e coletiva.

Vale ressaltar que o direito à saúde sexual e reprodutiva está previsto, e a aplicação da lei deve ser adequada às exigências institucionais,

ao perfil da unidade e à capacidade de arranjo para isso²². Os adolescentes da unidade que se comportam de maneira diferente do padrão reconhecido pelo agente são sujeitos a tratamentos hostis e diferenciados para sua permanência na internação. Apesar dos esforços em capacitação e formação contínua, os entraves estruturais persistem e se transformam ao longo dos anos.

As diferenças de gênero são construídas social e culturalmente ao passar do tempo, e por estarem inseridas em um processo histórico, são consideradas essencialmente masculinas ou femininas²³. Normalmente, a abordagem da sexualidade dos adolescentes se limita a temas como gravidez e prevenção de IST/aids, embora esses assuntos sejam indiscutivelmente relevantes. A associação exclusiva da sexualidade à gravidez e à prevenção de IST/aids leva a uma restrição relativa das possibilidades de vivência das pluralidades existentes, reduzindo-as a um conhecimento científico específico²¹. A sexualidade apresenta suas diferenças nos contextos históricos e culturais, enfatizando os discursos dominantes²¹. Louro et al.²⁴ destacam o significado da sexualidade na cultura, com valorização do sexo na vida e nos relacionamentos, prazer, identidade, obrigações, responsabilidades e liberdade de escolha.

O relato de experiência, que descreve uma vivência em um campo de atuação profissional, pode contribuir significativamente, especialmente para o socioeducativo, ampliando as perspectivas de avaliação crítica e proporcionando conhecimento sobre as complexidades do assunto, além de propor possíveis mudanças de paradigmas no futuro. A dimensão da sexualidade surge como um tema polêmico e como grande dificuldade para progresso devido aos tabus e preconceitos que permeiam a discussão. O modo como as instituições e os procedimentos de saúde se organizam reproduz esse contexto, oferecendo uma atenção fragmentada e de baixa resolutividade²⁵. O exercício da sexualidade, entendido como parte do desenvolvimento humano, envolve

conceitos como afetividade, prazer, troca, autonomia de decisão e respeito, constituindo-se, assim, em um direito fundamental²⁶.

Essas incidências evidenciam a necessidade de cuidados de saúde durante os exercícios sexuais entre os jovens, que muitas vezes ocorrem sem a devida orientação. Especificamente em relação às atividades sexuais nos espaços socioeducativos, é preponderante destacar que não há correlação direta com a orientação sexual. Alguns equívocos por parte dos profissionais da socioeducação podem surgir devido à naturalização do instinto sexual, à carência dos adolescentes e ao ambiente de confinamento. No entanto, é crucial frisar que tais ações devem ser encaradas apenas como manifestações de prazer, sem que sejam tolerados cenários de violência¹¹.

Considerações finais

A proposta deste relato de experiência na atenção em saúde ao adolescente, sob a perspectiva da integralidade do cuidado, surge da análise do direito de acesso à saúde e, especialmente, do direito ao exercício da sexualidade, considerado fundamental para o ser humano.

Refletir sobre a socioeducação implica considerar os contratempos na construção e na efetivação das políticas públicas de assistência, com ênfase na diversidade e no respeito à dignidade dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Buscamos contribuir para a discussão sobre saúde e sexualidade do adolescente no sistema

socioeducativo como um direito, refletindo sobre os costumes dos operadores desse sistema, pautados nos princípios dos direitos humanos, do Sistema de Garantia de Direitos e das políticas públicas vigentes.

Ações coletivas promovem inovações, geram forças propulsoras, quebram paradigmas e facilitam a representação de grupos minoritários, contribuindo para pensar e alcançar soluções conjuntas. Uma sociedade engajada no bem comum é poderosa, capaz de transformar realidades de populações, colaborar para a construção de políticas públicas mais justas, avançar na diminuição das desigualdades e proporcionar crescimento, abrindo espaços de oportunidades.

É responsabilidade da sociedade envolver-se nas propostas das leis, nas fiscalizações e nas denúncias. Estar inseridos no processo assistencial, pedagógico e educacional é fundamental para que esses jovens possam ser reinseridos na sociedade, abandonando as práticas ilícitas e sendo orientados para a produção de cidadania, contribuindo para a construção de um projeto de futuro.

Colaboradores

Santos DS (0000-0003-2473-7130)* contribuiu para o aprimoramento do texto com base em sua experiência no campo profissional, também porque o texto é proveniente de sua dissertação de mestrado. Vianna MB (0000-0001-9411-2086)* contribuiu desempenhando um papel crucial como orientador e mentor durante todo o processo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Diário Oficial da União. 26 Maio 2014.
2. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2000. 199 p.
3. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc. 2004;13(3):16-29.
4. United Nations. The Millennium Development Goals Report. New York; 2009. [acesso em 2023 abr 8]. Disponível em: https://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf.
5. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
6. Zamora MH, Oliveira MC, organizadores. Perspectivas interdisciplinares sobre adolescência, socioeducação e direitos humanos. Curitiba: Appris; 2017. 219 p.
7. Mendes CLS, Julião EF, Abdalla JFS, organizadores. Diversidade, violência e direitos humanos. Rio de Janeiro: Degase; 2015. 272 p.
8. Tavares OVL, Ferreira AP. O Serviço Social no campo socioeducativo: a questão da visibilidade num espaço invisível. O Social em Questão. 2019 [acesso em 2023 abr 8]; 22(44)307-334. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_SL3%20\(2\).pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_SL3%20(2).pdf).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. 44 p.
10. Giuliani CD. A construção do conceito de adolescer e o problema relacionado à gravidez na adolescência. In: Anais do 27º Simpósio Nacional de História; 2013 jul 22-26; Natal. Natal: Anpnh; 2013. p. 1-17.
11. D'Angelo LB, Hernandez JG. Sexualidade, um direito (secundário)? Atravessamentos entre sexualidade, socioeducação e punição. Plural. 2017; 24(1):78-104.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, DF; 2013. 300 p.
13. Ribeiro PRM. A sexualidade também tem história: comportamentos e atitudes sexuais através dos tempos. In: Bortolozzi AC, Maia AF, organizadores. Sexualidade e infância. São Paulo: Cecemca, Unesp; 2005. p. 17-34.
14. Abdalla JFS, Silva SP, Veloso BR, organizadores. Ações Socioeducativas: formação e saberes profissionais. Rio de Janeiro: Novo Degase; 2015. 260 p.
15. Ramidoff ML. Sinase: sistema nacional de atendimento socioeducativo. 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação SA; 2016. 206 p.
16. Rio de Janeiro [Estado]. Lei nº 7.694, de 22 de setembro de 2017. Altera a denominação de cargo que trata a Lei nº 5.933, de 29 de março de 2011, que dispõe sobre a reestruturação do quadro de pessoal do departamento geral de ações sócio-educativas - Degase, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 22 Set 2017. [acesso em 2023 abr 8]. Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/503027717/lei-7694-17-rio-de-janeiro-rj#:text=ALTERA%20A%20DENOMINA%C3%87%C3%83O%20DE%20CARGO,DEGASE%2C%20E%20D%C3%81%20OUTRAS%20PROVID%C3%8ANCIAS>.

17. Brasil. Resolução nº 217, de 10 de dezembro de 1948. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 11 Dez 1948.
18. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jul 1990.
19. Brasil. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Diário Oficial da União. 19 Jan 2012. [acesso em 2023 abr 8]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm.
20. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1961 [acesso em 2022 jun 15]. 316 p. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf>.
21. Foucault M. História da sexualidade I: A vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988 [acesso em 2023 abr 8]. 149 p. Disponível em: <http://groups.google.com.br/group/digitalsource>.
22. Organização Mundial da Saúde. Saúde sexual, direitos humanos e a lei. Porto Alegre: UFRGS; 2020. 88 p.
23. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade. 1995 [acesso em 2022 jun 26]; 20(2):71-99. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1210/scott_gender2.pdf.
24. Louro GL, Weeks J, Britzman D, et al. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2000 [acesso em 2021 ago 18]. 176 p. Disponível em: <http://site.ebrary.com/id/10068112>.
25. Telo SV, Witt RR. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 23(11):3481-3490. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103481&lng=pt&tlng=pt.
26. Diniz D, Pereira LL. Educação sexual para adolescentes: um estudo sobre as moralidades dos aconselhadores. SER_Social. 2009 [acesso em 2023 mar 24]; (10):225-240. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12921.

Recebido em 16/10/2023

Aprovado em 03/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Vania Reis Girianelli

SAÚDE EM DEBATE

Diretrizes para autores

Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apótem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

A revista 'Saúde em Debate' conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é **Saúde debate**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do *periódico*, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0. Esta informação está disponível na *homepage* do site e na primeira página de todos os artigos.

DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os

autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (**atualizado em junho de 2023**) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista 'Saúde em Debate' oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0.

Todo o conteúdo da revista está disponível para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores. A reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

Preprint

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints*. Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

Compartilhamento de dados

A revista 'Saúde em Debate' incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (modelo anexo), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as ‘Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas’ recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html. A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsink, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

Política anti-plágio

A revista ‘Saúde em Debate’ adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. É possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’, contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail. As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item ‘Colaboradores’, localizado antes das referências.

Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista ‘Saúde em Debate’ atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de

publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A

integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista: texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados

etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada.

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o 'Manual de Normalização de Referências' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de

obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrecritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do *e-mail* da revista (revista@saudeemdebate.org.br). A revista segue os procedimentos indicados no 'Guia para registro e publicação de errata' do SciELO.

RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo *e-mail* revista@saudeemdebate.org.br. Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elaborará-se relatório e encaminha-se, por *e-mail*, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO

1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais

Todos os autores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta - SciELO

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo - Documento complementar'.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a 'Saúde em Debate' encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(HEALTH IN DEBATE)

Authors' Guidelines

Instructions for preparing and submitting articles

UPDATED MAY 2023

EDITORIAL POLICY

The 'Saúde em Debate' (Health in Debate) journal was created in 1976 and is a Brazilian Center for Health Studies (CEBES) publication. This Center aims to disseminate studies, research, and reflections that contribute to the debate in the field of collective health, especially those that address issues related to health policy, planning, management, work, and evaluation. We value studies based on different theoretical-methodological approaches and with contributions from different branches of science.

The journal is published quarterly, and, at the editors' discretion, special issues that follow the same submission and evaluation process as the regular issues are published. 'Saúde em Debate' accepts original and unpublished works that make relevant contributions to the scientific knowledge accumulated in the field.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted to the Journal and may not submit their papers simultaneously to another journal in whole or in part. 'Saúde em Debate' has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy, reviewed periodically. Its members are part of the Editorial Committee and the base of reviewers in their specific areas.

The abbreviated title of the Journal is **Saúde debate**, which should be used in bibliographies, footnotes, references, and bibliographic captions.

INTELLECTUAL PROPERTY POLICY

Except where noted, all the Journal's content is licensed under a Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. This information is available on the site's homepage and the first page of all articles.

COPYRIGHT

In case of approval and publication of the article in the Journal, its copyright will become the property of the Journal. Authors must, upon submission, complete and sign a Declaration of Liability and Cessation of Copyright according to the following model: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

FEES

A publication fee of BRL 600.00 (**updated in June 2023**) is charged for articles approved in any section of the Journal. We do not charge submission fees. After approval of the articles, the authors will receive an e-mail with instructions on the procedures for paying the publication fee.

The authors with an article approved for publishing in any modality are responsible for language revision (mandatory) and translation into English (optional) based on a list of reviewers and translators indicated by the Journal.

OPEN ACCESS POLICY

The 'Saúde em Debate' journal offers free access to its content, following the principle that making scientific knowledge freely available to the public provides greater democratization of this knowledge, adopting the Creative Commons License type BY attribution (CC-BY 4.0).

All of the Journal's content is available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse, and distribute, with proper citation of the source and authorship. In these cases, no permission is required from the authors or publishers. The Journal's editors must previously authorize the total or partial reproduction by any means of dissemination.

OPEN SCIENCE INCENTIVE POLICY

Preprint

'Saúde em Debate' accepts articles in preprints from academically recognized national and international databases such as SciELO preprints. Submitting the article in preprint is not mandatory, and this does not prevent the simultaneous submission to the 'Saúde em Debate' journal. In the case of submission in preprint, the author must inform the Journal of the assigned DOI number and the server's name where it was deposited.

Data sharing

The 'Saúde em Debate' journal encourages data sharing. To deposit Research Data, authors must choose the Open Access repository they consider most suitable for sharing their data and make the deposit. Information on data sharing in public repositories can be found at: <https://data.scielo.org>.

Based on Open Science criteria, authors are asked to complete the Open Science Compliance Form – SciELO (model enclosed), which must be attached to the Journal's system upon submitting the manuscript as 'Article components – Supplementary document'.

RESEARCH ETHICS AND INTEGRITY POLICY

The Journal adopts the 'Standards for the presentation of articles proposed for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing recommended by the Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org. These integrity and ethical standards recommendations in conducting and reporting research are available at http://www.icmje.org/urm_main.html. 'Saúde em Debate' follows SciELO 'Guidelines on Best Practices for Strengthening Ethics in Scientific Publication'. We recommend the authors to read them.

Human research ethics

The publication of articles with human research results is subject to compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, and 2008 by the World Medical Association. It also complies with the specific legislation of the country where the research was conducted, wherever applicable.

In the last paragraph, human research articles must make clear compliance with the ethical principles in the 'Material and methods' section, mention the Research Ethics Committee (CEP) approval number, and forward a copy of the approval opinion upon submission.

Anti-plagiarism policy

The 'Saúde em Debate' journal adopts the guidelines, instructions, and flows recommended by the Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Upon receipt, manuscripts are submitted to plagiarism detector software. The authors may be asked about information identified by the tool to ensure the originality of the manuscripts, referencing all the research sources used. Plagiarism is unacceptable editorial behavior. Thus, if any similarities with other published texts are proven, the manuscript will be excluded from the evaluation process.

Conflict of interests

When signing the Declaration of Liability and Cessation of Copyright, authors must report on relationships that may establish a financial or affiliation conflict of interest.

Authorship and contribution

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information on all authors must be included in the submission form at: 'Enter Metadata - List of Contributors - Add Contributor', containing full name, affiliation institutions with up to three hierarchies, Orcid code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail. Individuals designated as authors must have substantially participated

in the preparation of the manuscript and assume responsibility for its content.

Upon submission of the manuscript, all authors must complete and sign the Declaration of Liability and Cessation of Copyright - writing the full name and their detailed contribution as recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) in the work conception or design;
- b) in the data collection, analysis, and interpretation;
- c) in the article's drafting or its critical review;
- d) in the final approval of the version to be published.

Information about the participation of each author, with the respective Orcid, will appear in the article in the item 'Collaborators' before the 'References'.

Funding

In financed scientific works, the authors must send the information to the Journal about the funding source, with the process registration number. 'Saúde em Debate' complies with Ordinance N° 206 of 2018 of the Ministry of Education/Foundation Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel/Office on mandatory citation of CAPES for works produced or published in any medium, resulting from activities totally or partially financed by CAPES.

EVALUATION PROCESS

The evaluation process of scientific texts submitted to the 'Saúde em Debate' journal, in any of the modalities provided, is submitted to peer review, and academic merit is the criterion adopted in all evaluative stages. We seek to promote inclusion, diversity, and equity. No article will be outright rejected based on characteristics of the authors, such as race, religion, sexual orientation, political belief, or any other derogatory aspect.

Every manuscript the 'Saúde em Debate' journal receives is submitted to prior technical analysis to identify compliance with the Journal's rules. Works that do not comply with the Journal's publication standards are returned to the authors for adaptation and new submission.

Once the Journal's norms are fully complied with, the editor-in-chief and associate editors appreciate the originals, who assess the originality, scope, timeliness, and compliance with the Journal's editorial policy. Papers approved in this pre-assessment stage are forwarded to the associate editor, who will appoint two reviewers, considering the paper's topic and expertise, who may approve, reject, or make recommendations for changes to the authors. Any opinion

divergence will require the work to be forwarded to a third reviewer. Editors may, at their discretion, issue a third opinion. The referees will recommend accepting, refusing, or reformulating the works submitted. In the case of reformulation, the authors must return the revised work within the stipulated period, after which the work will be excluded from the system.

The Editorial Committee has full authority to decide on the final acceptance of the work and the changes made.

Additions or modifications will not be accepted after the final approval of the work. Eventual suggestions for changes in structure or content by the Journal's editors will be previously agreed upon with the authors through e-mail communication. The formatted version (press proof) will be sent by e-mail to the authors for final review, and authors must return it within the stipulated period.

The end of the article will include information about the date of receipt, approval, financial support, and conflict of interest.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF WORKS

Papers must be submitted through the website: www.saudeemdebate.org.br. After registration, the author responsible for the submission will create a login and password to monitor the procedure.

Types of texts accepted for publication

Original article: The result of empirical research that can be generalized or replicated. The text must contain a maximum of 6,000 words.

Essay: A critical analysis of a specific topic of relevance and interest in the context of Brazilian or international health policies. The text must contain a maximum of 7,000 words.

Systematic or integrative review: Critical reviews of the literature on current health issues. A systematic review rigorously synthesizes research related to an issue. The integrative provides broader information on the subject. The text must contain a maximum of 8,000 words.

Opinion article: Exclusively for authors invited by the Editorial Committee, with a maximum length of 7,000 words.

Case study: Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5,000 words that significantly contribute to the field.

Critical review: Reviews of books of interest to public health at the discretion of the Editorial Committee. The texts must present an overview of the work's content, its theoretical

assumptions, and the public to which it is addressed, with a length of up to 1,200 words. The high-resolution cover must be submitted through the Journal's system.

Interview: Text produced by at least two people in which the respondent is always the first author, with a maximum of 7,000 words.

Document and testimonial: Works referring to themes of historical or situational interest at the discretion of the Editorial Committee.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the article body and the references. It does not include title, abstract, keywords, tables, boxes, figures, and graphs.

Text preparation and submission

The text can be written in Portuguese, Spanish, or English. It must be typed in Microsoft® Word or compatible, saved in doc or docx format, to be attached to the submission form's corresponding field. It should not contain any information that identifies the authors or institutions to which they are affiliated.

Type on a standard A4 sheet (210X297mm), 2.5 cm margins on each of the four sides, Times New Roman font size 12, 1.5 line spacing.

The text should include

On the first page:

Title: that clearly and succinctly expresses the text content, containing a maximum of 15 words. The title must be in bold, with capital letters only for proper names. The text in Portuguese and Spanish must have a title in the original language and English. The text in English must have a title in English and Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, with a maximum of 200 words, in which the objectives, the method used, and the work's main conclusions are clear. Except for internationally recognized abbreviations, it must be unstructured, without using topics (introduction, methods, and results), citations, or acronyms.

Keywords: at the end of the abstract, include three to five keywords, separated by a period (only the first initial capitalized), using the terms listed in the structured vocabulary (DeCS), available at: www.decs.bvs.br.

Registration of clinical trials: 'Saúde em Debate' supports the policies for registering clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing their importance for registration and international dissemination of clinical trial information. In this

sense, clinical trials must contain the identification number in one of the registers of clinical trials validated by the WHO and ICMJE, available at: <http://www.icmje.org>. In these cases, the identification number must appear at the end of the abstract.

In the text body:

The style and creativity of the authors are respected for text composition of the text. However, the text must include conventional elements, such as:

Introduction: with a clear definition of the investigated problem, justification, and objectives.

Material and methods: described objectively and clearly, allowing research reproducibility. The number of the Research Ethics Committee (CEP) approval opinion must be registered if it involves human beings.

Results and discussion: can be presented together or in separate items.

Conclusions or final considerations: which depend on the research type.

References: should contain only authors cited in the text and follow ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals used to prepare references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend accessing the Reference Standardization Manual prepared by CEBES editors.

We recommend using articles published by the Journal to contribute to the Journal's qualification and dissemination.

OBSERVATIONS

The Journal does not use underlines and bold for emphasis. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages must be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for those absolutely necessary. Testimonials from subjects should be in italics and double quotation marks in the text body (if shorter than three lines). If they are longer than three lines, they must be written in italics, without quotation marks, highlighted from the text, with a 4 cm indent, single space, and 11 font.

Do not use footnotes in the text. Footnote markings, when absolutely essential, should be superscripted and sequential.

Avoid data or information repetition in the different parts of the text.

The maximum number of figures, graphs, boxes, or tables is five (with a maximum of two pages each). Figures, graphs, boxes, and tables must be in an open/editable format, not taken from other files. Figures such as photographs, drawings, and maps should be sent in high resolution (at least 300 DPIs), in black and white or grayscale. They must be submitted in separate files from the text, one by one, following their sequential order in the study (they must be numbered and contain title and source). Please identify the place where they should be inserted in the text.

In the case of photos, the subjects can only be identified if they so authorized in writing for scientific dissemination purposes.

ERRATA:

Any retraction, errata, or modifications after the article's publication must be informed by the author to the Journal by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. The Journal follows the procedures indicated in the SciELO 'Guide for registering and publishing errata'.

COMPLAINTS AND APPEALS:

Authors can ask for explanations if they identify misconduct in the Journal's publication ethics policies. Complaints must be made in writing, with a letter sent to the editor by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. Once the complaint is received, the investigation process begins by the Journal's Executive team under the guidance of the Editor-in-Chief. A report is prepared at the end of the investigation, and a response is sent by e-mail to the interested party with the decision taken.

Complaints improve the evaluation process, processing time, and publication of manuscripts submitted to the Journal.

DOCUMENTS LISTED BELOW MUST BE SCANNED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM UPON ARTICLE REGISTRATION

1. Declaration of Liability and Cessation of Copyright

All authors must complete and sign the declaration per the model available at: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

2. Research Ethics Committee (CEP) Approval Opinion

In the case of human research conducted in Brazil, attach the document of research approval by the Research Ethics Committee of the institution where the work was performed. If institutions do not have a CEP, the CEP document by which it was approved must be presented. Regarding research conducted in

other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and specific legislation.

3. Open Science Compliance Form – SciELO

Authors must complete the form: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Open-Science-Compliance-Form_en.docx, and attach it to the Journal system as 'Article components – Supplementary document'.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE FORWARDED AFTER ARTICLE APPROVAL

1. Spelling and Grammar Review Declaration

Approved articles must undergo a spelling and grammatical review by a qualified professional based on the Journal's accredited reviewers. The reviewer's declaration must accompany the revised article.

2. Translation Declaration

Approved articles may be translated into English at the discretion of the authors. In this case, the translation will be performed by a qualified professional based on a list of translators accredited by the Journal. The translator's declaration must accompany the translated article.

PRIVACY POLICY

The names and addresses informed in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication. They shall not be made available for other purposes or to third parties.

The journal employs the OJS (Open Journal Systems) software to evaluate its manuscripts. This system provides for the backup of all registered content. Furthermore, 'Saúde em Debate' has been available in the digital collections of the company Docpro since its first issue launched in 1976 (<http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>).

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(SALUD EN DEBATE)

Directrices para los autores

Instrucciones para preparar y enviar artículos

ACTUALIZADO EN MAYO 2023

POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes) que tiene como objetivo difundir estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan al debate en el campo de la salud colectiva, especialmente aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión, el trabajo y la evaluación en salud. Valoramos estudios basados en diferentes enfoques teórico-metodológicos y con aportes de diferentes ramas de la ciencia.

La periodicidad de la revista es trimestral y, a criterio de los editores, se publican números especiales que siguen el mismo proceso de envío y evaluación que los números regulares.

La 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que hagan aportes relevantes al conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de plena y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser enviados simultáneamente a otra revista, total o parcialmente.

La revista 'Saúde em Debate' cuenta con un Consejo Editorial que contribuye para la definición de su política editorial, revisada periódicamente. Sus miembros forman parte del Comité Editorial y del banco de revisores en sus áreas específicas.

El título abreviado de la revista es Saúde debate, que debe ser utilizado en bibliografías, notas a pie, referencias y leyendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Todo el contenido de la revista, excepto donde se indique, tiene una licencia de Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. Esta información está disponible en la homepage del sitio web y en la primera página de todos los artículos.

DERECHOS DE AUTOR

En caso de aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes al mismo se convertirán en propiedad

de la revista. Los autores deben, en el momento del envío, completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor según el modelo: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

COSTES

Se cobra una tasa de publicación de BRL 600,00 (**actualizada en junio de 2023**) para los artículos aprobados en cualquier sección de la revista. No cobramos tarifas de envío. Tras la aprobación de los artículos, los autores recibirán un correo electrónico instruyendo acerca de los procedimientos para el pago de la tasa de publicación.

Una vez aprobado para publicación, en cualquier modalidad, es de responsabilidad de los autores la revisión idiomática (obligatoria) y la traducción al inglés (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

La revista 'Saúde em Debate' ofrece acceso libre a su contenido, sin coste, siguiendo el principio de que poner el conocimiento científico a disposición del público de manera gratuita proporciona una mayor democratización de ese conocimiento, adoptando la Licencia Creative Commons tipo CC-BY4.0.

Todo el contenido de la revista está disponible para que cualquiera lo lea, descargue, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida mención de la fuente y la autoría. En estos casos, no se requiere ningún tipo de permiso de los autores o editores. La reproducción total o parcial en cualquier medio de difusión, debe contar con la autorización previa de los editores de la revista.

POLÍTICA DE INCENTIVOS A LA CIENCIA ABIERTA

Preimpresión

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en preprints de bases de datos nacionales e internacionales reconocidas académicamente como SciELO preprints. El envío del artículo en preprint no es obligatorio y esto no impide el envío simultáneo a la revista 'Saúde em Debate'. En el caso de envío en preprint, el autor deberá informar a la revista el número DOI asignado y el nombre del servidor donde fue depositado.

Intercambio de datos

La revista 'Saúde em Debate' fomenta el intercambio de datos. Para depositar Datos de Investigación, los autores deben elegir el repositorio de Acceso Abierto que consideren más adecuado para compartir sus datos y realizar el depósito. Se encuentra información acerca de cómo compartir datos en repositorios públicos en: <https://data.scielo.org/>.

Basado en los criterios de Ciencia Abierta, se solicita a los autores completar el Formulario sobre Conformidad con la Ciencia abierta – SciELO (modelo adjunto), que debe adjuntarse al sistema de la revista al momento de enviar el manuscrito como ‘Componentes del artículo – Documento adicional’.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La revista adopta los ‘Estándares para la presentación de artículos propuestos para publicación en revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Principios de Transparencia y Buenas Prácticas en Publicaciones Académicas’ recomendados por el Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Tales recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos en la realización y presentación de informes de investigación, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La ‘Saúde em Debate’ sigue la ‘Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica’ de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Buenas-Practicas-para-el-Fortalecimiento-de-la-Etica-en-la-Publicacion-Cientifica.pdf>. Lectura recomendada para los autores.

Ética en la investigación con seres humanos

La publicación de artículos con resultados de investigación que involucren a seres humanos está sujeta al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008, de la Asociación Médica Mundial; además de cumplir con la legislación específica del país en el que se realizó la investigación, si la hubiere.

Los artículos con investigaciones que involucren seres humanos deben aclarar, en el último párrafo, en la sección ‘Material y métodos’, el cumplimiento de los principios éticos, el número de aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEP) y enviar una copia del dictamen de aprobación en el envío.

Política antiplagio

La revista ‘Saúde em Debate’ adopta las directrices, orientaciones y flujos recomendados por el Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Una vez recibidos, los manuscritos pasan por un *software* detector de plagio. Es posible que se pregunte a los autores sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos, referenciando todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable, por lo tanto, si se comprueba la existencia de similitudes con otros textos ya publicados, el manuscrito será excluido del proceso de evaluación.

Conflicto de intereses

Los autores deben informar sobre las relaciones que puedan establecer un conflicto de interés económico y/o de afiliación al firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor.

Autoría y contribución

La revista acepta un máximo de siete autores por artículo. Las informaciones sobre todos los autores deben incluirse en el formulario de envío en: ‘Introducir los metadatos – Autoría y colaboradores/as – Añadir colaborador/a’, conteniendo: nombre completo, instituciones de afiliación con hasta tres jerarquías, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico. Las personas designadas como autores deben haber participado sustancialmente en la elaboración del manuscrito y asumir la responsabilidad por su contenido.

Al enviar el manuscrito, todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor, incluyendo el nombre completo y la contribución detallada como lo recomienda la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para la concepción o diseño del trabajo;
- b) para la recopilación, análisis e interpretación de datos;
- c) para la redacción del artículo o en su revisión crítica;
- d) para la aprobación final de la versión a publicar.

La información sobre la participación de cada autor, con el respectivo Orcid, aparecerá en el artículo, en el ítem ‘Colaboradores’, ubicado antes de las referencias.

Financiación

En trabajos científicos financiados, los autores deberán enviar a la revista la información sobre la fuente de financiamiento, con registro del número de proceso. La revista ‘Saúde em Debate’ cumple con la Ordenanza nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citación obligatoria de la Capes para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, resultantes de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación de textos científicos enviados a la revista ‘Saúde em Debate’, en cualquiera de las modalidades previstas, es sometido a la revisión por pares (peer review), siendo el mérito académico el criterio

utilizado en todas las etapas de la evaluación. Buscamos promover la inclusión, la diversidad y la equidad. Ningún artículo será rechazado en base a características de los autores tales como raza, religión, orientación sexual, ideología política o cualquier otro aspecto despectivo.

Todo manuscrito recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a análisis técnico previo para identificar el cumplimiento de los estándares de la revista. Los trabajos que no cumplan con las normas de publicación de la revista son devueltos a los autores para su adaptación y nuevo envío.

Una vez cumplidas las normas de la revista, los originales son apreciados por el editor jefe y los editores asociados, quienes evalúan la originalidad, alcance, actualidad y cumplimiento de la política editorial de la revista. Los trabajos aprobados en esta etapa de preevaluación son enviados al editor asociado quien designará dos revisores, teniendo en cuenta el tema del trabajo y su experiencia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o recomendar cambios a los autores. En caso de divergencia de opiniones, el trabajo será remitido a un tercer revisor. Asimismo, los editores podrán, a su discreción, emitir una tercera opinión. Corresponde a los revisores recomendar la aceptación, rechazo o reformulación de los trabajos. En caso de solicitud de reformulación, los autores deberán devolver el trabajo revisado dentro del plazo estipulado. Si no hay manifestación de los autores dentro del plazo definido, la obra será excluida del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir sobre la aceptación final del trabajo, así como sobre las modificaciones realizadas.

No se aceptarán adiciones o modificaciones después de la aprobación final del texto. Las eventuales sugerencias de cambios en la estructura o contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores a través de comunicación por correo electrónico.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por correo electrónico a los autores para su revisión final, quienes deberán devolverla en el plazo estipulado.

Al final del artículo estarán las informaciones sobre: fecha de recepción, fecha de aprobación, apoyo financiero y conflicto de intereses.

DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN Y SUMISIÓN DE OBRAS

Los trabajos deben ser enviados a través del sitio web: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable del envío creará su nombre de usuario y contraseña para monitorear el procedimiento.

Tipos de textos aceptados para publicación

Artículo original: resultado de investigación empírica que pueda generalizarse o replicarse. El texto debe contener un máximo de 6.000 palabras.

Ensayo: análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para el contexto de las políticas de salud brasileñas y/o internacionales. El texto debe contener un máximo de 7.000 palabras.

Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura sobre temas actuales de salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con un tema. La revisión integradora brinda informaciones más amplias sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con una extensión máxima de 7.000 palabras.

Informe de experiencia: descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión, con hasta 5.000 palabras que tengan aportes significativos al área.

Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar un panorama general del contenido de la obra, sus presupuestos teóricos y el público al que se dirige, con una extensión máxima de 1.200 palabras. La portada en alta resolución deberá ser enviada a través del sistema de la revista.

Entrevista: texto elaborado por al menos dos personas en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

Documento y testimonio: trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural, a criterio del Comité Editorial.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y envío de textos

El texto puede estar escrito en portugués, español o inglés. Debe estar mecanografiado en Microsoft® Word o compatible, guardado en formato doc o docx, para ser adjuntado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o instituciones a las que están vinculados.

Escribir en hoja A4 (210X297 mm), márgenes de 2,5cm en cada uno de los cuatro lados, fuente Times New Roman tamaño 12, interlineado de 1,5.

El texto debe contener

En la primera página:

Título: expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. El título debe escribirse en negrita, con mayúsculas sólo para los nombres propios. El texto en portugués y español debe tener un título en el idioma original y en inglés. El texto en inglés debe tener un título en inglés y portugués.

Resumen: en portugués e inglés o en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones del trabajo. Debe ser desestructurado, sin utilizar tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), mención o siglas, con excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras clave: al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave, separadas por un punto (solo la primera letra en mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponible en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la 'Saúde em Debate' apoya las políticas de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo así su importancia para el registro y difusión internacional de informaciones de ensayos clínicos. En este sentido, los ensayos clínicos deberán contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE, cuyas direcciones se encuentran disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de identificación deberá figurar al final del resumen.

En el cuerpo del texto:

Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, este debe incluir elementos convencionales, tales como:

Introducción: con definición clara del problema investigado, justificación y objetivos.

Material y métodos: descritos de manera objetiva y clara, permitiendo la reproducibilidad de la investigación. Si involucra a seres humanos, se debe registrar el número del dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP).

Resultados y discusión: pueden presentarse juntos o en ítems separados

Conclusiones o consideraciones finales: depende del tipo de investigación realizada.

Referencias: deben contener sólo autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocido como 'Estilo Vancouver'). Para mayor aclaración, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencia elaborado por los editores del Cebes.

Para contribuir a la calificación y difusión de la revista, se recomienda utilizar artículos publicados por la propia revista.

COMENTARIOS

La revista no utiliza subrayados ni negritas como marcaciones. Utilice comillas simples para llamar la atención acerca de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Las palabras en otros idiomas deben escribirse en letra bastardilla, con excepción de los nombres propios.

Evitar el uso de mayúsculas en el texto, a excepción de las estrictamente necesarias.

Los testimonios de los sujetos deben presentarse en letra bastardilla y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si tienen menos de tres líneas). Si tienen más de tres líneas, deben escribirse en letra bastardilla, sin comillas, resaltados del texto, con sangría de 4cm, espacio simple y fuente 11.

No usar notas a pie de página en el texto. Las notas al pie de página, cuando sean absolutamente esenciales, deben estar en superíndice y en secuencia.

Evitar la repetición de datos o información en las diferentes partes del texto.

El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser como máximo de cinco por texto (con un máximo de dos páginas cada uno). Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en un formato abierto/editable, no tomados de otros archivos. En el caso de figuras como fotografías, dibujos y mapas, enviar en alta resolución (al menos 300 DPIs), en blanco y negro o en escala de grises. Deben presentarse en archivos separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben estar numerados y contener título y fuente). En el texto, solo identificar el lugar donde deben insertarse.

En caso de utilizar fotografías, los sujetos no podrán ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, con fines de divulgación científica.

FE DE ERRATA:

Después de la publicación del artículo, si hay necesidad de retractaciones, erratas o modificaciones, el autor debe contactar a la revista por el correo electrónico (revista@saudeemdebate.org.br). La revista sigue los procedimientos indicados en la 'Guía para el registro y publicación de erratas' de SciELO.

QUEJAS Y RECURSOS:

Los autores tienen derecho a pedir explicaciones, si perciben una mala conducta en alguna política relacionada con la ética de publicación de la revista. Las denuncias deben hacerse por medio de una carta, enviada al editor por correo electrónico a revista@saudeemdebate.org.br. Una vez recibida, se inicia el proceso de investigación por parte del equipo ejecutivo de la revista, bajo la dirección del editor en jefe. Al final de la investigación, se elabora un informe y se envía una respuesta al interesado con la decisión tomada por correo electrónico.

Creemos que las quejas contribuyen a mejorar el proceso de evaluación, el tiempo de procesamiento y la publicación de los manuscritos enviados a la revista.

LOS DOCUMENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores deben completar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

2. Dictamen Aprobatorio del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones con seres humanos, realizadas en Brasil, adjuntar documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizó el trabajo. En el caso de instituciones que no cuenten con uno, se deberá presentar el documento mediante el cual fue aprobado. Encuestas realizadas en otros países, adjuntar declaración indicando el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación específica.

3. Formulario sobre Conformidad con la Ciencia Abierta – SciELO

Los autores deben completar el formulario: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta_es.docx, y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del artículo - Documento complementario'.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ENVIAR DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión de ortografía y gramática

Los artículos aprobados deben pasar por una revisión ortográfica y gramatical por un profesional calificado, según la lista de revisores designados por la revista. El artículo revisado debe ir acompañado de una declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados pueden ser traducidos al inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción será realizada por un profesional calificado, según la una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe ir acompañado de una declaración del traductor.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones informados en esta revista serán utilizados exclusivamente para los servicios ofrecidos por esta publicación, no estando disponibles para otros fines ni para terceros.

La revista utiliza el *software* OJS (Open Journal Systems) para evaluar sus manuscritos. Este sistema prevé la copia de seguridad de todo el contenido registrado. Además, 'Saúde em Debate' está disponible en las colecciones digitales de la empresa Docpro desde su primera edición, lanzada en 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Avenida Brasil, 4036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Diadorim

Directory of Open Access Journals (Doaj)

Capas Periódicos

Google Acadêmico

História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)

Miguelin - Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

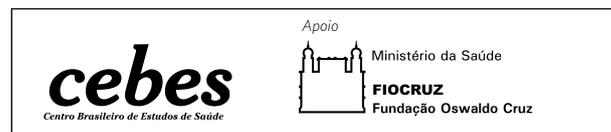
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

A revista Saúde em Debate é associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos



CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2023-2024)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2023-2024)

Presidente:	Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa
	Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello
	Jamilli Silva Santos
	Matheus Zuliane Falcão
	André Luiz da Silva Lima

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Claudia Maria de Rezende Travassos (Presidente)

Victória Souza Lima Araújo do Espírito Santo

Iris da Conceição

Suplentes | *Substitutes*

José Leonidio Madureira de Sousa Santos

Maura Vanessa Silva Sobreira

Maria Lúcia Freitas Santos

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Dimitri Taurino Guedes
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lizaldo Andrade Maia
Lucia Regina Florentino Souto
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Maria Eneida de Almeida
Ronaldo Teodoro dos Santos
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Matheus Zuliane Falcão
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Cel.: (21) 97198-8249

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2023.

v. 47. n. Especial 1; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br