

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DANIELE DA SILVA FÉBOLE

A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT
no SUS

Maringá
2017

DANIELE DA SILVA FÉBOLE

A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT
no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, para Exame de Defesa como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientador: Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta

Maringá
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

F289p Fébole, Daniele da Silva
A produção de violências na relação de cuidado em
saúde da população LGBT no SUS / Daniele da Silva
Fébole. -- Maringá, 2017.
231 f.

Orientador: Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes,
Departamento Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Psicologia, 2017.

1. Sexualidade. 2. LGBT. 3. Saúde pública. 4.
Visibilidade - Sexualidade 5. Invisibilidade -
Sexualidade. 6. Violência. I. Moscheta, Murilo dos
Santos, orient. II. Universidade Estadual de
Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.
Departamento Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed.305.906

ECSL

DANIELE DA SILVA FÉBOLE

*A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT
no SUS*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, para Exame de Defesa como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA



Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Profa. Dra. Carolina Laurenti
DPI/Universidade Estadual de Maringá



Profa. Dra. Flávia do Bonsucesso Teixeira
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Aprovado em: 07 de abril de 2017.

Local da defesa: Bloco 118 – Sala de vídeo, Campus da UEM.

DEDICATÓRIA

**À toda população LGBT e sua luta
constante por um mundo mais justo.**

Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara.

José Saramago

(Ensaio Sobre a Cegueira: São Paulo: Cia. das Letras, 2004)

AGRADECIMENTOS

Serei sempre grata à minha mãe Helena e meu pai José por todo carinho e cuidado. Por permanecerem ao meu lado em todos os momentos, desde as conquistas até as dificuldades. Por me ensinarem, gentilmente, a amar e ser amada. Por me amarem mesmo quando diziam que eu era um erro. Por, mesmo não entendendo muito bem o que eu faço, serem meus maiores fãs e motivadores e acima de tudo acreditarem em mim tão fielmente de um jeito que eu mesma não consigo. Eu amo vocês e esse trabalho carrega um pedaço do que vocês me ensinaram a ser.

Ao meu irmão Wesley por aguentar o ‘tranco’ enquanto estou longe. O orgulho e a admiração que eu tenho por você me fizeram chegar até aqui. Desde pequena sigo seus passos, mesmo que em diferentes lugares. Eu te amo.

Ao meu orientador, Murilo Moscheta, pelo carinho e paciência nessa empreitada. Seu cuidado na construção deste trabalho e sua confiança em mim foram fundamentais para que eu conseguisse concluí-lo. Obrigada pelos ensinamentos, pelo exemplo de pessoa que você é e, sobretudo, por tornar esse percurso de mestrado mais leve e prazeroso.

À professora Flávia Teixeira pela leitura atenciosa e cuidadosa do trabalho para qualificação. Seus apontamentos expandiram horizontes em nosso trabalho e possibilitaram afinamentos teóricos e metodológicos fundamentais.

À professora Carolina Laurenti por ter aceito me acompanhar mais um pouco nessa jornada que é a formação em Psicologia. A tenho como exemplo de professora, de profissional e de pesquisadora. Fico muito feliz em poder compartilhar esse momento com você e contar com suas contribuições no trabalho. Suas perguntas continuam me tirando o sono, ainda hoje em dia!

Ao pessoal dos grupos “Dignidade” “Transgrupo Marcela Prado” e do CPATT (Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais) de Curitiba-PR e “Somos”, “Igualdade” e a “Liga Brasileira de Lésbicas” (LBL) pelo auxílio no recrutamento de participantes para as oficinas.

À CAPES pelo auxílio financeiro.

À equipe que compôs a estação Sul da pesquisa nacional: Eloísa, Murilo, Cristiano, Amanda, Luiza, Franciele, Sueli, Renan. Formamos uma ótima equipe.

Um agradecimento especial ao Rodrigo Ramires, que também integra a equipe, por todas as conversas, as ajudas e companhias de café na cantina. Pelo apoio e por se fazer

presente sempre que precisei. Você é um grande amigo de viagem, e claro, de medo de avião. À Barbara, outra integrante da equipe, por caminhar comigo, passo a passo, desde a coleta de dados até o fim deste texto. Pela amizade que construímos nesses dois anos que se solidifica a cada dia. Por cada aprendizado que compartilhamos, pela parceria profissional e pela companhia de casa no dia-a-dia. Obrigada pelo incentivo, amo vocês.

Às amigas do grupo 4(ever) do quinto ano de graduação: Ana Cláudia, Catiéle, Fernanda e Naira. Vocês são as melhores amigas e o melhor grupo que alguém pode ter no final da graduação. Cresci muito com vocês, obrigada por tudo e tá acabando (de novo)!!

À Fernanda, Luana e Dita, minhas amigas maravilhosas de Jales para o mundo. Já perdi a conta dos anos de amizade e cá estamos juntas ainda. A felicidade de compartilhar esse momento com vocês é indescritível e ver o quanto fomos longe me faz acreditar que estamos no caminho certo. Amo vocês demais suas lindas.

Ao Téó, por me mostrar novas possibilidades de viver a vida e, a partir de sua sensibilidade, acreditar em dias melhores. Você é um lindo e eu me orgulho muito de você! Te amo.

À Tia Terezinha e seus filhos Bruno e Eduardo. Meninos, precisamos reviver os tempos de futebol!

Às minhas amigas Aline Luz, Japa, e Danúbia. Não sei como vocês me aguentaram nesse final de escrita, mas obrigada por terem permanecido! Amo vocês.

Às pessoas incríveis que conheci em Maringá: Luana, Lorena, Ana Eliza, Carol Toffanelli, Eloísa, Mariana Lins, Paulo Vitor, Gabi Vieira, Patrícia Lyna, Karina Camargo, Fernando, Rodrigo PC, Yolanda, Léo Garcia, Henrique Bozzo, Melissa, Melline, Rita. Certamente meus dias foram e o mundo é um lugar melhor com a presença de vocês nele. Obrigada por não desistirem!

À Jéssica, por continuar acreditando mesmo quando o mundo se torna insuportável. Te admiro muito e permaneça. Sempre. Amo você.

À Larissa Sayuri (in memorian), por ter sido a melhor pessoa que eu conheci no mundo.

Ao Renato da Soma e Psiquê pela oportunidade e acolhida durante o último ano. Não tenho palavras para agradecer pela confiança depositada.

À coordenação do programa de pós-graduação em Psicologia da UEM, em especial à Wal, pela prontidão em sempre me ajudar, pelas conversas e pelo bom humor diário. Muito obrigada!

Às muitas vozes das oficinas presentes nesse texto. Obrigada por confiarem a nós seus relatos.

Por fim, à minha companheira Mariana por reunir em si tantas coisas e me surpreender a cada dia com o quanto ainda tenho por conhecer. Pelo carinho e cuidado. Por me ensinar sobre o amor e sobre respeito. Obrigada por ter paciência em me apontar todos os dias o que dê bonito você vê em mim. Por ser minha companheira de luta e permanecer, mesmo com as dificuldades. Esse é só o começo de uma linda história. Eu te amo.

A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar a produção de violências na relação de cuidado em saúde de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTs) em sua relação com os efeitos de visibilidade e invisibilidade dessa sexualidade no âmbito da saúde pública no Brasil. Consideramos, portanto, que a assistência à saúde dessa população é atravessada por efeitos de violência advindos de uma construção social do cuidado pautada em normatizações de gênero e sexualidade que, com isso, marginaliza outras formas de vivê-la. Como forma de organização do texto, na parte de construção do campo de inteligibilidade sobre a saúde da população LGBT, apresentamos a construção das identidades LGBTs no contexto da saúde e como essa relação se pautou em critérios de normalidade e como, sobretudo a partir da luta dos movimentos sociais, ocorreu o deslocamento das descrições das identidades sexuais LGBTs de patológicas para oprimidas, possibilitando a criação de políticas públicas de combate à discriminação. Delineamos também a mudança das práticas em saúde que, atualmente, formam um sistema de saúde preocupado em considerar os determinantes sociais da doença. Por fim, há uma tentativa de descrever as necessidades de saúde da população LGBT e de sua relação com os serviços de saúde por meio de um levantamento bibliográfico sucinto dessa temática e de como ela se insere nos contextos de formação de profissionais de saúde e de suas práticas. Na construção do *corpus* metodológico, apresentamos a pesquisa “Análise do Acesso e da Qualidade de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no SUS” e situamos nosso recorte de pesquisa para esse trabalho, que é analisar trechos das oficinas que foram realizadas nessa pesquisa com a população LGBT. A estação Sul, a qual fazemos parte, ficou encarregada de realizar oficinas em Maringá-PR, Curitiba-PR e Porto Alegre-RS. Foram realizadas 17 oficinas ao total, e nos utilizamos, nessa dissertação, de 8 para as análises. As oficinas foram gravadas, transcritas, e seu conteúdo foi organizado em dois eixos de análise: o primeiro traz narrativas que descrevem momentos de atendimento em saúde em que há a violação de direitos previstos em normativas e leis, portanto, são violências institucionalmente reconhecidas como violências; o segundo traz categorias de análise que descrevem formas de violência a partir da visibilidade ou invisibilidade de aspectos que se relacionam à sexualidade LGBT, os quais são: sobreposições, desfoco, deslegitimação, extrapolação, pressuposição, ocultamento e ajustamento. Essas não são previstas em normatizações técnicas de atuação de profissionais da saúde frente à sexualidade LGBT, mas

se relacionam a um posicionamento ético-político das políticas públicas e da formação de profissionais.

Palavras-chave: Sexualidade. LGBT. Saúde Pública. Violência. Visibilidade. Invisibilidade.

The production of violence in the health care relationship of the LGBT population in the SUS

ABSTRACT

This work aims to investigate the production of violence in the health care relationship of lesbians, bisexuals, transvestites and transsexuals (LGBTs) in their relationship with the visibility and invisibility effects of this sexuality in the scope of public health in Brazil. We consider, therefore, that the health care of this population are crossed by the effects of violence arising from a social construction of care based on norms of gender and sexuality that marginalizes other forms of living it. As a form to organize the text, in the construction part of the field of intelligibility about health of the LGBT population, we present the construction of LGBT identities in the context of health and how this relation was based on criteria of normality and how, especially from the struggle of the social movements, the displacement of descriptions of LGBT sexual identities from pathological to oppressed occurred, making possible the creation of public policies to combat discrimination. We also outline the change in health practices that currently form a health system that is concerned with considering the social determinants of the disease. Finally, there is an attempt to describe the health needs of the LGBT population and its relationship with the health services through a succinct bibliographical survey of this theme and how it was inserted in the contexts of training of health professionals and their practices. In the construction of the methodological corpus, we present the research "Analysis of the Access and Quality of Integral Attention to the Health of the LGBT Population in the SUS" and we place our research cut for this work, that is to analyze excerpts from the workshops that were carried out in this research with the LGBT population. The south station, which we are part of, was in charge of holding workshops in Maringá-PR, Curitiba-PR and Porto Alegre-RS. We performed 17 workshops in total and we used 8 in this dissertation for the analyzes. The workshops were recorded, transcribed, and their content was organized in two axes of analysis: the first one contains narratives that describe moments of health care in which there is a violation of the rights provided for in regulations and laws, therefore, they are violence institutionally recognized as

violence; the second brings categories of analysis that describe forms of violence, from the visibility or invisibility of aspects that relate to LGBT sexuality, which are: overlaps, defocus, delegitimation, extrapolation, presupposition, concealment and adjustment. These are not foreseen in technical norms for the performance of health professionals regarding LGBT sexuality, but they are related to an ethical-political positioning of public policies and the training of professionals.

Keywords: Sexuality. LGBT. Public health. Violence. Visibility. Invisibility.

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	14
PARTE I: CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO DE INTELIGIBILIDADE SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT	18
1 A SEXUALIDADE CONSTRUÍDA NA SAÚDE: PERCURSOS, HISTÓRIAS E SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT.....	19
1.2 Sexualidades e a construção das fronteiras de normalidade	22
1.3 Movimentos sociais e mudança social: a luta nossa de cada dia	28
2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: NOVOS OLHARES PARA AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO LGBT	45
2.1 Necessidades em saúde e necessidades de formação em saúde: a população LGBT em foco	48
2.1.1 Mulheres, lésbicas e bissexuais e o cuidado em saúde	50
2.1.2 Saúde de homens gays.....	53
2.1.3 O universo Trans e travesti	55
2.1.4 A bissexualidade e sua invisibilidade.....	58
2.1.5 Profissionais de saúde, diversidade sexual e de gênero	59
PARTE II: CONSTRUÇÃO DO <i>CORPUS</i> DE INVESTIGAÇÃO	66
3 Objetivos.....	67
3.1 Geral:	67
3.2 Específicos:	67
4 Metodologia.....	67
4.1 A pesquisa Nacional	67
4.1.1 Participantes	68
4.1.2 Materiais e instrumentos	69
4.2 Procedimentos.....	71
4.2.1 A estação Sul em relação à pesquisa nacional	71
4.2.2 Nosso recorte de pesquisa.....	73
4.3 A análise do material	75
4.4 Cuidados Éticos	77
PARTE III: CONSTRUINDO CATEGORIAS DE VIOLÊNCIA NO CUIDADO EM SAÚDE	78
5 SOBRE AS VIOLÊNCIAS NOMEADAS COMO VIOLÊNCIA.....	79
6 SOBRE AS VIOLÊNCIAS QUE NOMEAMOS COMO VIOLÊNCIAS.....	87
6.1 Sobreposições	87

6.1.1 A homossexualidade e as DSTs	88
6.1.2 Homens gays e bissexuais e a doação de sangue.....	93
6.1.3 Transexuais, travestis e a inteligibilidade enviesada.....	95
6.2 Desfoco	99
6.2.1 Lésbicas e os exames que machucam.....	99
6.2.2 Mulheres bissexuais e a monossexualidade imposta	102
6.3 Deslegitimação.....	104
6.3.1 Manual da “verdadeira transexualidade”	104
6.4 Extrapolação	111
6.4.1 A homofobia vestida de ‘boas intenções’	111
6.5 Pressuposição.....	115
6.5.1 Heterossexualidade compulsória e os atendimentos em saúde de mulheres	115
6.6 Ocultamento.....	118
6.6.1 Heteronormatividade enquadrando relações	118
6.7 Ajustamento	121
6.7.1 O processo de se adequar as normas	121
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICES	139
A- oficina com mulheres lésbicas e bissexuais.....	140
B – oficina com mulheres lésbicas e bissexuais	146
C – oficina com mulheres lésbicas e bissexuais	153
D - oficina com homens gays e bissexuais	156
E – oficina com homens gays e bissexuais	168
F – oficina com homens gays e bissexuais	185
G – oficina com transexuais e travestis	200
H – oficina com transexuais e travestis	209
ANEXOS	221
A - Carta do CONASEMS de aceite ao projeto.....	222
B – oficina: Acesso e qualidade da atenção à população LGBT	225
C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	232

APRESENTAÇÃO

Como se produz uma lésbica no serviço de saúde?

Tenho 25 anos, sou lésbica e nunca fiz um exame Papanicolau, apesar de já ter tentado fazê-lo. Há um tempo atrás, fui à unidade básica de saúde de meu bairro realizar o exame e, quando questionada se já havia tido relações sexuais, eu disse: “sim, porém não sei dizer se meu hímen foi rompido, pois não mantenho relações sexuais com homens”. A enfermeira me olhou confusa e prontamente se negou a realizar o exame. Em suas palavras, eu precisaria passar por uma avaliação com o ginecologista, que diria se meu hímen foi ou não rompido e, só então, eu poderia fazer a coleta. Ela disse, ainda, que caso ela tentasse fazer a coleta e rompesse meu hímen, eu poderia processá-la. Eu ri e disse a ela que não havia esse perigo, pois eu não tinha esse apego todo ao meu hímen, porém ela continuou se recusando e disse que, como eu “não mantinha relações sexuais”, provavelmente não teria nada. Há um material específico para coleta em “mulheres virgens”, disse a enfermeira. Porém, eu teria de me deslocar para outra cidade a cerca de 120km de onde eu morava, já que, na cidade, em nenhuma unidade, havia esse material disponível.

Saí do atendimento com alguns questionamentos e incômodos. Perguntei-me se mulheres que ainda tem o hímen nunca fazem esse tipo de exame, ao menos nessa cidade. Onde estão as lésbicas que não mantêm relações com penetração? Vida sexual ativa só é ativa se tiver o rompimento do hímen? Será que mulheres lésbicas não tem câncer no colo do útero? E aqueles homens transexuais que também não tem práticas de penetração? Fiquei incomodada com a sensação de que minha vida afetiva e minha prática sexual não importa para o serviço de saúde. Afinal, meu hímen foi bem mais importante.

Em outra ocasião, fui ao ginecologista em função de atrasos na minha menstruação. Estava há 3 meses atrasada, o que me causava preocupações. Disse ao médico sobre meu problema e, de imediato, ele solicitou um exame de gravidez. Eu respondi, rindo, que não estava grávida. Ele me olhou sério e questionou: “como você tem tanta certeza?”. Eu respondi: “eu sei que não estou grávida, não é esse o problema”. Ainda sério, ele pergunta novamente: “mas como você tem certeza disso?”. Parei com o sorriso nessa hora e respondi: “porque eu sou lésbica”. Novamente, essa situação de desconforto gerada na relação. Ele abaixou a cabeça e começou a dizer como, na relação entre duas mulheres, também é possível que se contraia doenças e infecções. Continuei em silêncio, e ele me solicitou um ultrassom para diagnóstico de ovário policístico. Fiz o ultrassom em um laboratório privado e a médica,

enquanto olhava na tela e dizia que estava tudo bem, questionou o porquê do exame. Expliquei sobre o atraso na menstruação, e ela disse: “mas você claramente tem uma desregulação hormonal - apontando para a quantidade de pelos que eu tinha na barriga -, não foi pedido exame hormonal?”. Saí de lá com a sensação, novamente, de descaso. O médico poderia ter olhado para mim durante a consulta, teria sido um caminho mais fácil.

Recentemente minha companheira foi a uma consulta com o ginecologista por conta da menstruação desregulada e de algumas outras questões. Ele lhe perguntou se ela namorava, e ela disse que sim. Ele questionou se o “moço também apresentava sintomas”. Ela desfez a pressuposição do médico e disse que namorava com uma mulher. A próxima pergunta do médico foi se ela já havia transado com homens, e ela respondeu que sim. Então, foi pedido para que ela fosse, no banheiro, tirar a roupa pra fazer exames, e deu início ao transvaginal. Ao questionar o motivo do exame, o médico disse: “para descartar a possibilidade de gravidez”.

Eu poderia ilustrar diversos casos como esses. De descaso, de pressuposições, de invisibilizações da identidade lésbica e bissexual e da manutenção desse lugar que a mulher ocupa nos atendimentos em saúde e na sociedade em geral. Lugar esse que me parece ser negado a mim e às outras mulheres que não se encaixam nesse padrão. Usualmente, o que fazemos é esconder essa sexualidade, pois expô-la pressupõe quebrar essa expectativa de mulher e ser remetida a um lugar de não mulher.

Isso pode configurar o que chamamos de “saída do armário” (Sedgwick, 2007) e a difícil e constante relação com ele. Considerando o armário um lugar que esconde, que é “seguro”, e que a permanência dentro dele diz de um segredo, romper com esse modo de viver os afetos produz consequências que extrapolam o próprio sentir, pois incorporam o olhar do outro e seu julgamento sobre como vivo minha vida. Esse jogo de “entrar” e “sair” do armário é constante, pois ainda, em alguns espaços, é apenas dentro dele que se pode habitar.

Esses exemplos de atendimento em saúde meus e de minha companheira são significados por nós como violências e é assim que eu os relaciono com esse nosso trabalho: essas produções de violências nas relações de cuidado em saúde. Assim, podemos nos questionar: o que se produz de violência na relação de cuidado com a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis)?

Faço essa pergunta por considerar que a sexualidade influencia no atendimento em saúde. Entretanto, no processo de escrita da dissertação, Murilo questionou algo que, até então, havia sido negligenciado por mim: por que, quando vamos nos apresentar e nos situar

na pesquisa, falamos de nossa sexualidade? Ora, eu comecei essa apresentação dizendo de minhas experiências em saúde como uma mulher lésbica. Será que tudo que sou diz respeito à minha sexualidade, e não consigo falar de mim de outras formas aqui nessa apresentação? Pensei muito em outros modos de me apresentar, de contar a minha trajetória como pesquisadora sem mencionar minha sexualidade, mas preferi manter essa apresentação assim, marcada, por acreditar que meu lugar de fala é marcado, e que minha vida foi e é atravessada pela sexualidade.

Por ser uma pesquisa relacionada à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS), sua relação com a minha história de vida se dá tanto a nível de cuidado em saúde, pois sou usuária do SUS, quanto pelo meu desejo, meu sonho de que muitas Danieleles cresçam sem que suas vidas sejam atravessadas por violências de cunho homofóbico.

Portanto, sendo a sexualidade um regulador dos modos de existir contemporâneos, considero pertinente investigar sua marca nos contextos de atendimento em saúde e quais as suas consequências na relação de cuidado.

Assim, esse trabalho tem o intuito de investigar o que é produzido de violência na relação de cuidado em saúde à população LGBT. Para isso, consideramos que, na relação entre profissionais de saúde e a população LGBT, são elencados focos de atenção e cuidado por parte de profissionais, e isso gera o efeito de visibilizar algumas questões e invisibilizar outras. Ademais, a população LGBT, ao manejar o que se torna visível de sua sexualidade, conduz a relação com profissionais de modo a se proteger da violência homofóbica.

Como estrutura do trabalho, na primeira parte, “Construção do *corpus* teórico”, trilhamos um caminho pelo campo da saúde e como seus discursos se encontram com a sexualidade e a normatizam. Falamos ainda de como a luta dos movimentos sociais está implicada na produção de políticas públicas voltadas a equidade, e que o movimento LGBT, com suas especificidades, teve importante participação na formulação da política de atenção à saúde da população LGBT no SUS. Lutas que estão implicadas, ainda, na despatologização das identidades trans e contra a chamada “cura *gay*” na psicologia. Ademais, foram trabalhadas as necessidades de saúde dessa população e as negligências desses temas nos cursos de formação em saúde. Buscamos, com isso, localizar o (a) leitor (a) nesse movimento de contestação das normas sociais referentes a sexualidade que produzem violências e vulnerabilidades.

A segunda parte contempla a trajetória metodológica que construímos: desde a pesquisa nacional que fizemos parte, até o nosso recorte de análise para a dissertação.

Apresentamos as cidades participantes, a quantidade de oficinas e quais são utilizadas em nossa análise. É apresentado, ainda, o método de análise e as perguntas norteadoras.

Na terceira parte, apresentamos dois eixos de análise. O primeiro, “Violências que são chamadas de violência”, e o segundo, “Violências que nós chamamos de violências”. Dentro do segundo eixo, elencamos categorias de análise que são: sobreposições, desfoco, apagamento, pressuposição, extrapolação, ocultamento e ajustamento. Nesse eixo, buscamos traduzir o que foi dito pelas (os) usuárias (os), no que se refere ao atendimento em saúde, em violências, pois foi assim que compreendemos os efeitos dessas relações no processo de cuidado.

PARTE I: CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO DE
INTELIGIBILIDADE SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO
LGBT

1 A SEXUALIDADE CONSTRUÍDA NA SAÚDE: PERCURSOS, HISTÓRIAS E SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

Recontar a forma como a sexualidade¹ foi construída em sua intersecção com os discursos sobre a saúde é um modo de circunscrever o campo discursivo que produziu as fronteiras entre o normal e o patológico e como formas de viver a sexualidade de um modo não hegemônico foram lançadas às margens da sociedade. Buscaremos compreender, portanto, qual o lugar do corpo e do desejo dentro desse jogo de saber/poder/verdade que legitima e privilegia alguns modos de vida em detrimento de outros.

A sexualidade, como hoje a conhecemos, deriva de um processo histórico de negociações e disputas de poder sobre o corpo, o desejo, a escolha, o prazer... Mas, acima de tudo, sobre o prazer.

Foucault (1976/2015) afirma que a sexualidade é um dispositivo de controle social e político. Para ele, trata-se de um conjunto heterogêneo que engloba diferentes discursos, instituições, leis, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais. A rede que se estabelece entre esses elementos é aquilo que ele chama de dispositivo.

Antes da criação do dispositivo da sexualidade, o uso do corpo, o intercuro sexual, as práticas corporais ligadas à produção do prazer não compunham um modo de falar de si, portanto não compunham um lugar subjetivo sobre nós e sobre os outros. Ou seja, a sexualidade não constituía um marco identitário.

Ao considerar a sexualidade como um dispositivo, Foucault questiona a hipótese repressiva da sexualidade. Ele afirma que foram produzidos inúmeros discursos acerca dela. Ao invés de ser silenciada, a sexualidade era vigiada, instigada a ser revelada nos confessionários. “Dizer tudo, repetem os diretores espirituais: ‘não somente os atos consumados, como também os toques sensuais, todos os olhares impuros, todas as palavras obscenas..., todos os pensamentos consentidos’” (Foucault, 1976/2015, p. 23). Esse domínio sobre o sexo, tornando as quatro paredes do casal um panóptico onde olhos atentos acompanham a intimidade e prescrevem as práticas, não só controlam o prazer como também agem sobre ele o modificando.

¹ Estamos entendendo a sexualidade também como gênero por questões de economia linguística. Em momentos que julgamos necessária fazer essa distinção, a fizemos. Essa economia linguística não busca reduzir gênero a sexualidade, tampouco colocá-los como equivalentes, mas sim auxiliar para uma leitura mais fluída do texto.

Assim, na medida em que se instigava a confissão dos atos sexuais e era pedido para as pessoas encontrarem nelas mesmas uma verdade, um desejo, essas questões que, até então, pareciam não constituir suas narrativas de vida vão ganhando espaço e densidade nas suas existências. Isso foi colocando a sexualidade em destaque e no centro das nossas vidas, de modo a produzir discursos que a normatiza.

Essa normatização, por volta do século XVIII, está alinhada a uma incitação política, econômica e técnica a falar do sexo de modo racional, podendo assim geri-lo e inseri-lo em sistemas de utilidade, como, por exemplo, a demografia e a criação da ideia de população, sendo essa um problema político-econômico que necessitava de análise de taxas de crescimento visando controlar as necessidades de força de trabalho.

Foucault (1976/2015) distingue quatro grandes conjuntos estratégicos que desenvolvem dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo a partir do século XVIII, são eles: a histerização do corpo da mulher, a pedagogização do sexo da criança, a socialização das condutas de procriação e a psiquiatrização do prazer perverso. O primeiro diz do

Tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, por meio de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível dessa histerização (Foucault, 1976/2015, p. 113).

Ou seja, a mulher, fonte de emoções e desejos irracionais foi patologizada para que sua sexualidade fosse controlada e usada de formas mais recomendáveis, como a maternidade, o cuidado com a família e com as crianças - submissa dentro de casa e, conseqüentemente, omissa diante de si.

Quanto à pedagogização do sexo da criança, trata-se de “educar” as práticas sexuais infantis, tendo em vista que essas eram consideradas naturais e antinaturais, poderiam oferecer perigos físicos e morais, coletivos e individuais. Para Foucault (1976/2015), houve uma guerra sobretudo à masturbação infantil com o intuito de proteger as crianças.

O terceiro conjunto se refere às fiscalizações e cuidados quanto à fecundidade dos casais mediante a responsabilização deles no que se refere ao corpo social (limitar a

procriação ou reforçar). Essa socialização também foi médica ao patologizar ou não práticas de controle do nascimento.

Já a psiquatização do prazer perverso, o autor a define como o ato de isolar o instinto sexual como algo biológico e individual em termos psíquicos. Dessa forma, “fez-se a análise clínica de todas as formas de anomalia que podem afetá-lo; atribuiu-se-lhe um papel de normalização e patologização de toda a conduta; enfim, procurou-se uma tecnologia corretiva para tais anomalias.” (Foucault, 1976/2015, p. 114).

Para o autor, isso se trata não da repressão da sexualidade, mas, ao contrário, da sua produção. Isso que Foucault chamou de hipótese repressiva é acompanhada da ênfase na construção de um discurso destinado a dizer a verdade sobre o sexo, tendo a possibilidade de subverter a lei que o rege. No discurso da repressão, encontra-se também a libertação. Ou seja, as possibilidades de subverter as normas que regulam a sexualidade. Após esse dispositivo já estar amplamente difundido e com uma necessidade de distinção de classe, a burguesia produz um conjunto de normas que reprimia os atos sexuais para se distinguir do restante da população. Assim, sua sexualidade seria vivenciada de modo qualitativamente diferente da dos “pobres”, e ela teria acesso às técnicas de libertação da repressão, como a psicanálise, por exemplo.

Para legitimar quais modos de se vivenciar a sexualidade seriam adequados ou não, Russo (1998) apresenta a proliferação das “teorias da diferença” no século XIX, que são as teorias que buscam fundamentar as desigualdades que existiam - e ainda existem - considerando os ideais de liberdade e igualdade iluministas. Para ela,

Era necessário afirmar uma diferença diversa daquela que demarcava fronteiras no universo tradicional e que, ao mesmo tempo, não contradissesse a concepção jurídica e política do cidadão como ser autônomo, livre e igual, tão cara à visão de mundo ocidental. Cabia às “teorias da diferença” oitocentistas, portanto, dar conta de um mundo social profundamente injusto e desigual, que se baseava na concepção política e jurídica de igualdade, devendo *justificar a desigualdade* sem colocar frontalmente em xeque essa concepção (Russo, 1998, p. 87, **destaques da autora**).

Para tanto, foi necessário buscar a diferença em um local diferente do jurídico e político: na biologia e na natureza, estando este campo comprometido com o desvio, a falha e, diferentemente do contrato que rege o campo político-jurídico, está além das possibilidades de escolha individual. Assim, as leis que regem o natural/biológico determinariam os limites da igualdade e, ao alocar as diferenças na inferioridade biológica, constroem possibilidades de atuação sobre esses corpos.

No Brasil, essas “teorias da diferença” tiveram ressonância significativa nas questões raciais, por exemplo, no que diz respeito à mistura de raças consideradas inferiores ao modelo europeu, fornecendo explicações científicas para excluir da vida política e econômica do país grande parcela da população (Russo, 1998). Como alternativa à essa realidade brasileira, investiu-se em um processo civilizador para que o Brasil se equiparasse às grandes nações. De acordo com a autora, sobretudo durante a Primeira República, ganhou força a noção de que, somente por meio da educação, o país alcançaria esse processo civilizatório, e, aqui, a psicanálise se faz presente como um instrumento para essa revolução educacional.

A psicanálise brasileira teve um nascimento oficial quando aqui aportaram psicanalistas autorizados pela International Psychoanalytical Association (IPA) para treinar profissionais brasileiros que desejavam obter o título de psicanalista. Esses fundaram as primeiras sociedades “oficiais” de psicanálise: primeiro, em São Paulo, e, depois, no Rio de Janeiro, no início da década de 50. Apesar desse marco oficial, ela já estava presente, no país, em anos anteriores com a participação de alguns personagens importantes, como Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, e Franco da Rocha, em São Paulo, que participaram da fundação da primeira Sociedade de Psicanálise Brasileira, em 1927, tendo reconhecimento provisório pela IPA em 1929 (Russo & Carrara, 2002).

Ancorada também em pressupostos deterministas, inconscientes, a psicanálise “pressupunha uma recuperabilidade, ou seja, a possibilidade de educar aqueles que, de algum modo, se afastassem do processo civilizador” (Russo, 1998, p. 93). Ou seja, se para Freud temos instintos sexuais “criminosos” (Russo, 1998, p. 94) podemos recalá-los, se a sexualidade se desenvolve de modo “normal” e completo transformando-se, sublimada, em tendências sociais, morais, caso contrário se ‘anormal’ em tendências egoístas e antissociais.

Para Russo, nisso reside a inovação da psicanálise: não se tratava de negar a força do instinto, mas de domesticá-lo.

A construção da sexualidade foi uma construção de fronteiras entre o que é correto e o que não o é. A seguir, começamos a falar sobre sexualidade a partir de uma fronteira bem delimitada, que é a de saúde x doença, discurso onde bebe a psicanálise para construir suas concepções de normal x patológico.

1.2 Sexualidades e a construção das fronteiras de normalidade

Imaginem um jovem açougueiro com preferências a usar roupas femininas lá por volta dos anos de 1880. Esse rapaz gostava de usar as roupas de sua irmã, e isso se tornou alvo de

sua satisfação sexual. Havia ainda um médico de 30 anos que relatava suas anomalias sexuais referentes ao seu desejo por moços. O tratamento para isso: o combate enérgico contra os desejos homossexuais, o convívio com senhoras e o coito heterossexual. Claro, o matrimônio também, sempre que possível. Caso você fosse um/uma homossexual/transexual/travesti nessa época – e vivesse na Europa -, as chances de ser tratada (o) pelo médico que recomendou esse tratamento eram altas, uma vez que Krafft-Ebing era especialista em desvios sexuais da época.

Como anunciado no início deste capítulo, o dispositivo da sexualidade é múltiplo e construído a partir de discursos. Um deles é o saber médico, e esse teve fundamental importância para o caminho trilhado pelas diversidades sexuais dentro do campo da saúde.

Se for possível atrelar um nome ao estudo das sexualidades (ou de suas anormalidades) na área da saúde, esse seria o de Krafft-Ebing e de sua obra *Psychopathia Sexualis* (1886/2001). Nesse livro, são catalogados os comportamentos sexuais que se afastam da sexualidade dita normal, uma vez que o saber científico que se constituía entre o normal e o patológico necessitava da descrição e identificação das doenças para se legitimar (Pereira, 2009; Moscheta, 2011). Dentre as práticas marcadas como desviantes, encontram-se a masturbação, o masoquismo e as práticas sexuais não-heterossexuais (como exemplo, a homossexualidade). Os atravessamentos em relação ao discurso médico pode ser percebido, por exemplo, no que Krafft-Ebing (1886/2001) descreve em relação ao masoquismo, colocando-o como uma anormalidade na intensificação do caráter psicosssexual da mulher, uma vez que as mulheres seriam inclinadas à subordinação ao homem, sendo isso uma manifestação normal.

Assim como o conhecimento que o precedia, Krafft-Ebing classificou como perversa qualquer prática sexual que se distanciasse do objetivo de procriação. Para ele, a homossexualidade - assim como a travestilidade - é uma perversão e se trata de uma predisposição congênita. Perversa por se desviar de sua direção natural e congênita por ser algo natural do indivíduo.

Leite Jr. (2008) aponta como a vigilância para a concretização de um padrão de sexualidade era constante, uma vez que era necessário educar as pessoas para se manter os limites entre o que era ser homem e mulher, a partir da perspectiva de uma natureza humana.

Ainda segundo o autor, muitos estudos pioneiros da sexologia utilizaram-se dessa naturalização para justificar novas categorias conceituais e de tipos humanos (homossexuais, por exemplo). Esses comportamentos sexuais “anormais” eram explicados por variações

inatas e não mais malignas para o indivíduo ou sociedade, pois, por serem características intrínsecas, não se mostravam passíveis de cura.

Esses “desviantes sexuais” são, então, silenciosamente divididos pela psiquiatria em duas categorias: os “bons” e os “maus”. Entre os primeiros estão as pessoas respeitadas por seus bens, suas capacidades intelectuais e seu reconhecimento social. São, assim, objetos de compaixão e vistos como infelizes pelo destino que lhes acometeu, de origem biológica e congênita. Estes são os perversos.

Já os segundos, sem posses, considerados não inteligentes e que têm a imagem ligada à marginalidade, são encarados com desprezo. O saber científico os considerava mais próximos do vício do que da doença, e suas condutas eram consequência do acúmulo do desvio e de uma vida desregrada. Eles poderiam trazer, na carne, os estigmas da degeneração hereditária, fruto de pais também envolvidos em “excessos”. Para eles, os manicômios judiciários, as prisões e a psiquiatria forense. Esses são os pervertidos. Assim, a “perversão” é vista como uma doença e a “perversidade” como um vício (Leite Jr., 2008).

Neste período, não se considerava, ainda, as implicações culturais na construção do gênero. Ele era visto como a continuação do sexo. Além da pouca diferenciação entre os desejos sexuais e o que, hoje, chamamos como identidade de gênero. Comumente, transexuais e travestis eram confundidos com homossexuais “afeminados”.

Em 1910, Magnus Hirschfeld escreve o livro *Die Transvestiten*, traduzido para o inglês como *Transvestites – the erotic drive to cross-dress*. Renomado médico e psicólogo alemão do período, Hirschfeld dá origem aos termos travesti e travestismos, que diz do uso de roupas do sexo oposto por motivações sexuais.

Este livro teve grande importância por fazer essa distinção do que é sentir atração sexual por alguém do sexo oposto, do mesmo sexo ou ambos e do desejo de usar roupas do sexo oposto. Este médico, assim como outros de sua época, tiveram a intenção de apontar que sentir atração por pessoas do mesmo sexo era uma variação inata e benigna, não sendo passíveis de cura ou punição. Entretanto, outras linhas interpretativas viam tais comportamentos como doença ou degeneração, como já vimos.

Desse embate, diz Leite Jr. (2008), surge a moderna sexualidade, que tem como foco as práticas eróticas e os corpos genitalizados.

Já em Hirschfeld, o termo travesti não dava conta da infinidade de variações entre as expressões de gênero. Existiam pessoas que acreditavam, de fato, pertencerem ao sexo oposto. Essas pessoas passaram a ser classificadas, então, em uma categoria distinta: transexuais. Ou seja, a partir da ideia de travestismo, foi cunhado o termo transexual: no

início, como ramificação de uma variedade desse, depois, adquirindo uma nosografia e caracterização próprias.

Outro fator importante, nesta época, é a escala de orientação sexual (sexual orientation scale – S.O.S.) presente no livro *The Transsexual Phenomenon* de Harry Benjamin (1966), que organiza em tipos o travestismo e o transexualismo:

GRUPO 1:

- tipo 1: pseudo-travesti
- tipo 2: travesti fetichista
- tipo 3: travesti verdadeiro/a

GRUPO 2:

- tipo 4: transexual não indicado para cirurgia

GRUPO 3:

- tipo 5: transexual de intensidade moderada
- tipo 6: transexual de intensidade alta

Para o autor, o primeiro tipo é quem se veste como do gênero oposto apenas ocasionalmente; no tipo 2, encaixam-se as pessoas que fazem isso para obter gratificação erótica; o tipo 3 seria o “verdadeiro”, pois os pertencentes a ele possuem essa tendência desde criança, desejando viver e se comportar como alguém do outro gênero, porém sem desejar a cirurgia, o uso de hormônios ou outras alterações corporais.

Dentro do grupo 2, o tipo 4 seria as pessoas que oscilam entre o travestismo ocasional e o desejo de viver como o outro gênero, alterando seu corpo com pequenas intervenções estéticas e hormônios, porém tendo pouca intenção de se desfazer de seus genitais ou se ver como do gênero oposto realmente.

No grupo 3, o tipo 5 é quem vive como do outro gênero, deseja alterar seu corpo inclusive com cirurgia e possui libido baixa. O tipo 6 seria a pessoa transexual exemplar, pois vive como o outro gênero, deseja alterar seu corpo com a cirurgia, considera-se “uma mulher em corpo de homem” – ou o contrário –, não possui libido e é extremamente infeliz.

Observamos, com isso, a catalogação das, até então, possíveis identidades de gênero; e como a travesti, por não ser sempre “verdadeira” – ao contrário das transexuais, que são a princípio – é continuamente associada ao fetichismo. Esse debate se estende até os dias de hoje, inclusive nas equipes médicas e clínicas dentro dos programas de acompanhamento para transexuais que desejam a cirurgia (Leite, Jr. 2008).

Seguindo esse crescente reconhecimento social de patologias, em 1980, o Código Internacional de Doenças (CID), organizado pela Organização Mundial de Saúde, inclui, pela primeira vez, o termo “transexualismo”. Assim se vê a oficialização das características já prescritas, desde, pelo menos, o fim da década de 50, que devem orientar o diagnóstico: desejo de viver como o outro gênero e receber intervenções hormonais e cirúrgicas e profundo mal-estar com o próprio sexo anatômico. Isso exclui um contingente enorme de pessoas que consideram a si mesmas como transexuais, porém não se enquadram nesta especificação.

Para Berenice Bento, “o CID-10 considera o ‘transexualismo’ como uma doença (um ‘transtorno mental’) de ordem sexual. Não há nenhuma problematização das identidades de gênero ou dos ‘sintomas’ que o levaram a concluir que toda pessoa transexual deseja uma cirurgia de transgenitalização” (Bento, 2008, p. 113).

O que se observa aqui é o convite às pessoas transexuais a se adaptarem às normas de gênero de determinados períodos. Caso sua performatividade de gênero seja convincente, receberá autorização para realizar a cirurgia. Esse crivo médico coloca essas pessoas no campo das mulheres ou homens “de verdade”. A ciência pode dizer sobre o outro aquilo que ele não pode dizer dele mesmo.

Como já dito por Foucault (1976/2015), nossa época foi iniciadora de heterogeneidades sexuais. Por meio do desvio, criou-se e mantêm-se a vigilância e o gerenciamento destas sexualidades. O que o autor nos aponta ainda é a construção do que hoje entendemos por sexualidade, deslocando a atenção de um destino inato e biologicista para o campo discursivo que compõe o que é ou não normal dentro das relações de poder.

Ora, se a sexualidade está mais para uma construção social do que para um estado inato, essa construção não é e não deve ser livre, pois, como Foucault (1976/2015) bem observa, esse processo de constituir-se como um ser sexualizado influenciará diretamente sobre o controle demográfico feito pelo Estado, conseqüentemente da quantidade de mão-de-obra disponível. Essa construção produz também modos de vida regulados por uma moral da proibição, ditando aquilo que deve ou não ser consumido (em relação a bens materiais e informação/conhecimento), bem como de que modo cada um e uma gastará seu tempo. Tudo isso incide até mesmo sobre nossos sonhos – não aqueles que temos enquanto dormimos, mas nossos desejos e ambições diárias. Estes são podados e ficam circunscritos às possibilidades ditadas, por exemplo: muitas (os) homossexuais só puderam começar a sonhar com um relacionamento público recentemente, e, ainda assim, sabemos de todas as dificuldades de um simples beijo ao ar livre.

Heterossexualidade, Homossexualidade, Transexualidade e seus derivados são conceitos modernos, são identidades criadas com o intuito de classificar comportamentos (Spargo, 2006). As relações entre pessoas do mesmo gênero, contudo, é algo descrito desde a Antiguidade e não inferiam, necessariamente, em uma relação entre a sexualidade e a constituição subjetiva da pessoa.

O que contribuiu, então, para subjetivação da sexualidade, ou melhor, para a inserção da categoria sexualidade como constituinte da identidade de alguém? Voltamos, nesse ponto, à confissão, o falar sobre a sexualidade. Novamente para Foucault (1976/2015), essa necessidade de se criar discursos sobre a sexualidade (médico, religioso), trazendo para o cotidiano das pessoas a prática de “confessar” (para o padre, no exame médico) sobre seus hábitos na cama e, com isso, revelar seus desejos tem o intuito de, se necessário, modificá-los de acordo com o ideal para uma prática sexual. Falar de sua sexualidade é falar sobre si e, portanto, de sua identidade como pessoa. Ao se falar sobre algo, esse algo passa a existir, ele é criado, construído.

Em uma passagem sobre essa mudança de perspectiva, Foucault escreve: “a homossexualidade apareceu como uma das figuras da sexualidade quando foi transferida, da prática da sodomia, para uma espécie de androgenia interior, um hermafroditismo da alma. O sodomita era um reincidente, agora o homossexual é uma espécie” (1976/2015, p. 48). Em outras palavras, para se afirmar a necessidade da heterossexualidade, é necessário a existência de um contrário que deve ser evitado, um contraponto, aquilo que seria o oposto. Não devemos acreditar, no entanto, que Foucault esteja colocando, com isso, a sexualidade como algo interno, mas sim nos chamando atenção para o surgimento dessa identidade homossexual. Assim, na passagem do século XIX para o XX, foi possível falar de si a partir de rótulos que demarcavam uma sexualidade (Moscheta, 2011).

Retornando a Krafft-Ebing e sua importância, ao categorizar práticas sexuais, ele inaugura essa “identidade sexual” a partir do saber médico-científico. Para Louro (2000), aos homossexuais, restou habitar as margens de uma sociedade pautada pelo ideal da heteronormatividade. Para a autora, “a prática [da homossexualidade] passava a definir um tipo especial de sujeito que viria a ser assim marcado e reconhecido. Categorizado e nomeado como desvio da norma, seu destino só poderia ser o segredo ou a segregação – um lugar incômodo para permanecer” (p. 542).

Essa narrativa sobre as sexualidades nos mostra como essas identidades se construíram dentro de um discurso médico científico, que serviu à defesa de um “direito” de profissionais de saúde a reclamarem a sexualidade como um domínio de suas intervenções, contribuindo

com certa defesa de um território profissional – ou a construção de um mercado profissional. Essa apropriação médico-científica da sexualidade serviu também para o seu policiamento, para que ela pudesse ser submetida à uma formatação, enquadrada e normatizada em benefício de alguns interesses. Portanto, a sexualidade, no campo medico-científico, sempre foi objeto de violência. A violência do cuidado está presente desde o início da relação entre saúde e sexualidade. O cuidado com a sexualidade serviu, desde sua origem, como um discurso produtor de violência sobre a sexualidade.

Contudo, assim como já nos disse Foucault (1976/2015), onde existe poder existe também resistência, e é dessa resistência à patologização e à exclusão que trataremos a seguir.

1.3 Movimentos sociais e mudança social: a luta nossa de cada dia

“[. . .] está certo, nós somos o que vocês dizem, por natureza, perversão ou doença, como quiserem. E, se somos assim, sejamos assim, e se vocês quiserem saber o que nós somos, nós mesmos diremos, melhor que vocês” (Foucault, 1979/1996, p. 233).

As relações de poder, pelo seu caráter dinâmico, nos possibilitam espaços de resistência. Ao descentralizar o poder de uma instância, Foucault (1979/1996) nos convida a considerar os pontos micros de sua ação, o “como” ele age nas relações.

Com a homossexualidade e a transexualidade, pudemos acompanhar um movimento de luta por visibilidade, legitimação e direitos. Por exemplo, na década de 70, nos Estados Unidos da América (EUA), o membro da Aliança Ativista Gay de Nova York, Charles Silverstein, coordenava os trabalhos de um grupo de consultores *ad hoc* da American Psychological Association (APA), e esse grupo demanda a exclusão da homossexualidade como uma categoria diagnóstica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM) (Moscheta, 2011; Silva Júnior, 2013).

Uma vez que a psiquiatria era um dos guardiões das atitudes da sociedade, nós acreditávamos que esta mudança teria efeitos profundos na vida de pessoas gays e que fosse acelerar a eliminação das leis de sodomia e “torpeza moral” nas regulações estaduais que rejeitavam profissionais qualificados (por exemplo, médicos e advogados). Nós também esperávamos que isto estabelecesse proteção para os direitos civis das pessoas *gays*, diminuindo a discriminação em habitação e emprego. (Silverstein, 2008, p. 161 citado por Moscheta, 2011).

Em 1973, a homossexualidade foi retirada da categoria de doenças mentais pela Associação Americana de Psiquiatria, sendo seguida pela brasileira em 1985. Com a transexualidade, esses ganhos são ainda mais recentes. Em relação ao DSM e a Classificação

Internacional de Doenças² (CID) que inicialmente incorporaram o transexualismo como categoria diagnóstica psiquiátrica, o DSM V, lançado em 2013, alterou o termo “transtorno de identidade de gênero” para “disforia de gênero”. Há proposta de mudança também no CID11, a ser lançado, com a retirada da transexualidade do capítulo de psiquiatria e inclusão em novo capítulo: “condições relacionadas à saúde sexual” como “Incongruência de gênero”.

A retirada da homossexualidade da categoria de doenças não lhe garante, apesar de tudo, a perda de um estereótipo. Ainda na década de 70, na luta contra a patologização da homossexualidade, *gays* norte-americanos investiram na criação de uma noção de “estilo de vida”. Naquela época, as cidades foram tomadas por um clima de liberdade, e houve a ampliação do mercado, que mudou sensivelmente o relacionar-se dos homossexuais com a sociedade. Contudo, isso levou a modelos de comercialização tipicamente capitalistas que, ironicamente, normatizavam um modelo e padrão de vida para alguém ser considerado um homem *gay* (Góis, 2000). Tratava-se de um apelo à masculinidade exacerbada e ao culto ao corpo e ao prazer. Como nos diz Góis, “sexo, nessa agenda, assume funções terapêuticas, liberacionistas, engrandecedoras, sociais e espirituais. O movimento *gay* tenta assim refuncionalizar as noções de liberdade sexual e promiscuidade, limpando-as dos seus conteúdos mais moralistas e agregando-lhes conotações mais positivas” (2000, p. 80).

Apesar de trazer a homossexualidade para o campo da normalidade, a noção de “estilo de vida” deu a possibilidade de considerá-la como uma escolha pessoal, o que mantém o caminho de considerar a sexualidade como o princípio básico da definição de homens e mulheres, seja ela uma perversão ou “estilo de vida” (Moscheta, 2011).

Na década de 80, ocorre a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), e, com ela, uma mudança substancial na constituição identitária desses grupos. Suas práticas sexuais, no que concerne ao local e à falta de prevenção – lembrando que a prevenção não era uma realidade, pois a Aids era desconhecida, bem como seus métodos de infecção – e o consumo elevado de drogas, podem ter levado a proliferação do vírus nessa população, tornando-a um nicho para a propagação da doença. De acordo com Loughery,

Lojas de pornografia, mesmo em cidades pequenas e áreas distantes dos centros das cidades, abriram quartos escuros para contatos sexuais [. . .]. Na metade da década de 1970, esses lugares atraíam centenas de homens urbanos que levavam uma vida padrão classe média de dia, mas que conduziam caçadas sexuais entre meia-noite e o amanhecer em bares nos distritos, onde se localizavam as unidades de distribuição de carne e em galpões, nos quais o tipo de roupa exigida para admissão mantinha os afeminados de fora e onde, em quartos

² Em sua 10ª Revisão, foi adotada a nomenclatura “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)”.

escurecidos atrás dos bares ou no porão, qualquer coisa podia acontecer, fosse nas paredes, no chão de concreto com um forte cheiro de urina ou em uma banheira providenciada pela direção da casa (1998, p. 364).

Com o surgimento da Aids, sobretudo se manifestando entre os homossexuais, a ciência, ao final do século XX, tomara o “estilo de vida” homossexual como o centro de sua intervenção. A epidemia, em seu início, era chamada de “peste *gay*”, fundindo, em uma só coisa, os *gays* e a doença, deslocando a relação da homossexualidade como doença para homossexualidade que adoece (Paulino, 2016).

No dia 27 de março de 1983, foi ao ar, no Brasil, uma das primeiras reportagens em rede nacional sobre a doença³. Em seu conteúdo, pouco se sabia sobre os motivos de sua contaminação, menos ainda sobre tratamentos e como detectá-la na/no infectada (o). Entretanto, um dos médicos americanos que aparece na filmagem afirma que o que se sabe sobre as formas de contrair a doença são: utilizar agulhas infectadas, transfusão de sangue contaminado e manter relações sexuais com homossexuais.

A notícia, entretanto, precedeu a confirmação do primeiro caso da doença no país, configurando um contexto que atrelava a doença a práticas sexuais específicas – homossexuais –, que foram reforçadas continuamente, ano após ano, pela mídia (Ramos, 2004; Barata, 2006; Soares, 2011).

De acordo com Barata (2006), o conteúdo dessas reportagens foi composto majoritariamente por médicos, dando à doença e a sua repercussão, no país, lugar de destaque no campo das ciências, sobretudo da saúde, e a colocando como um problema a ser resolvido pelo serviço público, exigindo do Estado soluções para que a epidemia não se alastrasse mais do que já havia se alastrado.

No Brasil, com a chegada da Aids, os homossexuais assumiram as manchetes dos jornais, apareceram na televisão, viraram, de fato, notícia. *Gays* tiveram suas práticas sexuais expostas e levadas, por meio da mídia, para dentro das casas das famílias como algo a ser evitado. Sua sexualidade foi reiteradamente associada à promiscuidade, e a liberdade sexual, nesse cenário, tinha um preço alto a ser pago. Os *gays* passaram a existir pelo ponto de vista de outros.

A população homossexual passou por categorizações que a enquadravam como pecado/crime/patologia (Trevisan, 2000). O autor aponta como, no Código Penal Brasileiro de 1940, ainda se mantinha a homossexualidade como crime de “ultraje público ao pudor”. É

³ <https://www.youtube.com/watch?v=QYt61wcerQs>

importante ressaltar que, durante a ditadura, esses comportamentos sexuais foram rigorosamente reprimidos, sendo reforçada a criminalização de sexualidades não heterossexuais.

Ainda com relação às investidas sobre o controle das sexualidades, no Brasil, o higienismo instaurou um novo modelo nas relações de gênero, na esfera pública e familiar. Nesse cenário, a masculinidade se atrelava à figura do “pai higiênico”, que tinha como obrigação a subsistência material da família, reproduzir a “raça” e maximizar o patriotismo da sociedade. “Seus únicos direitos: direito de trabalhar e direito de fornicar” (Costa, 1983, p. 240).

Com esse modelo de masculinidade, os médicos higienistas propuseram algumas terapêuticas e prescrições médico-morais a fim de restaurar e/ou normalizar as figuras consideradas “antihomens”. São eles: os libertinos, os celibatários e os homossexuais.

As investidas, portanto, eram no controle da sexualidade e adequação ao modelo padrão. Coube, ao movimento homossexual, a luta pela mudança da imagem que lhes era associada (Facchini, 2005). De acordo com Simões e Facchini, esse combate visava desconstruir a ideia de que eram “[. . .] criaturas destroçadas por causa de seu desejo, incapazes de realização pessoal e com tendências a rejeitar a própria sexualidade” (2009, p. 85).

Ainda quanto ao movimento homossexual no Brasil, Facchini (2005) identifica três momentos, diferentes em relação a proposições, formas de atuação e modos de conceber a sexualidade (em relação às identificações de cada sigla e à construção do termo orientação sexual).

O primeiro momento identificado pela autora data do período de 1978-1983 e visava a transformação social no que se refere a abolir as hierarquias sociais, sobretudo nas que se referiam ao gênero e à sexualidade. Nessa fase, tem-se destaque o grupo *Somos de Afirmação Homossexual*, de São Paulo, e o jornal *Lampião da Esquina*, editado no Rio de Janeiro, que problematizavam a sujeição das pessoas a uma sociedade convencionalmente sexista, buscando gerar espaços de possibilidade para a afirmação da diversidade sexual.

O jornal *Lampião da Esquina* contou com 38 edições e se preocupava, sobretudo, com o questionamento à marginalização das homossexualidades, colocando essas pessoas nos chamados “guetos”. Apesar dessa problematização, havia uma preocupação em não se afastar dessa base (guetos).

O Grupo *Gay da Bahia* (GGH), que tem seu início nos anos 80, organiza uma campanha nacional pela retirada da homossexualidade do Código de Doenças do (antigo)

Inamps entre 1981-1985. Nesse período, já havíamos adentrado no que Facchini (2005) descreve como o segundo momento desse movimento, que vai aproximadamente de 1984-1992, e que é marcado, principalmente, pela reivindicação dos direitos civis de homossexuais. Nesse contexto, temos também a incidência do HIV/Aids e, com isso, uma maior preocupação dos grupos da época com políticas voltadas ao cuidado dos homossexuais e a tentativa de desassociação da doença com a homossexualidade. Isso se deu pela tentativa de construir uma boa imagem pública da homossexualidade que permitisse a luta pela garantia de direitos por meio da desvalorização dos aspectos considerados marginais da homossexualidade.

Com a expansão dos movimentos homossexuais, impulsionados pela luta contra a infecção do HIV/Aids, deu-se a entrada das pautas dos movimentos nas políticas públicas. Nesse terceiro momento, a partir de 1992, pôde-se observar a diferenciação de várias identidades políticas internas ao movimento: lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, com foco em demandas específicas de cada um desses coletivos.

As travestis tem sua organização em meados da década de 90, e seu ponto de partida foi o impacto da questão da Aids nessa comunidade e o aumento dos casos de violência contra travestis. Encontros nacionais começam a ocorrer ainda na primeira metade dos anos 1990, e a categoria é incorporada à sigla do movimento em 1995. Já as lésbicas são incluídas especificamente em 1993, mesmo estando presente nos grupos desde o início (Facchini, 2005). A organização de transexuais se dá a partir da segunda metade do anos 1990 e se relacionavam às lutas por acesso às cirurgias experimentais de transgenitalização, aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina em 1997.

Ainda em 1995, ocorre a fundação da primeira e maior rede de organizações LGBT brasileiras, a ABGLT (Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis), que reúne cerca de 200 organizações espalhadas por todo o Brasil, sendo considerada a maior rede LGBT na América Latina. Essa organização promoveu um investimento sistemático de esforços na busca de combater o HIV/Aids e buscou articulações com órgãos públicos e promoveu ações no âmbito legislativo e judicial com o intuito de acabar com as violências e discriminações contra a população LGBT. A exemplo, as campanhas de sensibilização de parlamentares e da população em favor da aprovação de projetos de lei, como o 1151/95, que reconhece a parceria civil, e o 122/2006, que criminaliza a homofobia. Vale ressaltar que, no dia 5 de maio de 2011, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a União Estável para casais do mesmo sexo como legítima e, no dia 14 de maio de 2013, equiparando a união estável homoafetiva à heteroafetiva, assegurando aos casais direitos, até então, garantidos exclusivamente aos heterossexuais, como herança e pensões, por exemplo. O Conselho Nacional de Justiça tornou

obrigatória a realização do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo nos cartórios de todo Brasil, cabendo punição aos que se recusarem a cumprir essa medida.

A partir da fundação da ABGLT, há um processo de multiplicação de redes nacionais. Em 2007, havia sete redes: a ABGLT, a Associação Brasileira de Lésbicas (ABL), a Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), a Associação Nacional de Travestis (Antra), o Coletivo Nacional de Transexuais (CNT), o Coletivo Brasileiro de Bissexuais (CBB) e a Rede Afro LGBT (Carvalho, 2011).

Diante da história de luta dos movimentos sociais e de sua relação com o fenômeno da AIDS, vemos, por um lado, a importância da pressão, feita pela comunidade LGBT, para a implementação de políticas de combate à epidemia e, por outro, a construção de um campo discursivo que permitiu novas violências no campo da saúde com a associação compulsória entre *gays* e AIDS.

Ademais, ocorreu a construção identitária desses grupos, permitindo movimentos de autoafirmação e de luta contra essas violências. Os movimentos sociais assumem essa definição identitária oferecida pelo discurso médico e, assim, produzem mudanças e tensionam esse campo discursivo, como, por exemplo, na exclusão da homossexualidade do DSM e a crescente luta pela despatologização da transexualidade e a garantia de direitos civis a essa população.

Como já apontado, as travestis e as pessoas transexuais tem outra dinâmica de construção identitária dentro do movimento LGBT. A partir do final da década de 1960, dentro da comunidade *gay*, começa a se delinear, de modo mais acentuado, uma nova categoria identitária: o entendido. Isso remete à possibilidade de dois homens se relacionarem de modo “independente” dos papéis de gênero e da posição durante o ato sexual, fugindo da dicotomia bicha x bofe. Em última instância, esse movimento identitário teve a intenção de desassociar a homossexualidade daquilo que as “bichas” representavam: modos de agir efeminados e exagerados (Carvalho, 2011). Assim, se a ideia de conquista de uma respeitabilidade social está associada a uma ruptura dessa relação entre homossexualidade e feminilidade e conseqüente adequação às normas que estruturam o binarismo de gênero, figuras que mantêm essa relação se tornam a face do estigma homossexual.

Alinhada a essa busca por respeitabilidade social se deu, também, a luta para a inclusão do termo orientação sexual na constituição de 1988 no parágrafo que coíbe as diferentes formas de discriminação. A escolha desse termo, “orientação”, importado da sexologia, deu-se pelo fato do termo trazer consigo o fortalecimento da separação entre performance de gênero e desejo sexual, também com o intuito de afastar o estigma da

efeminação. Desse modo, a distinção que antes existia entre “entendidos” e “bichas”, agora se configura entre homossexuais e travestis.

Parece delinear, portanto, a identidade travesti como algo que supera o que já foi mencionado – fantasias em bailes de carnaval, homens fantasiados de mulher – para uma pessoa que faz transformações em seu corpo por meios sofisticados de tecnologias.

Outro fator importante para a consolidação de uma organização de travestis foi a congruência de uma violência policial (sobretudo as travestis que vivam na prostituição) e a AIDS.

Tal binômio fomentou a criação da primeira casa de apoio a pessoas com HIV/AIDS no Brasil. Ainda em 1984, Brenda Lee, uma travesti da cidade de São Paulo, passou a acolher em sua casa os chamados “pacientes sociais”, ou seja, aqueles que, embora não necessitassem de internação hospitalar, não tinham condições de exercer uma ocupação profissional e careciam de cuidados médicos diários. A maioria era de travestis soropositivas e/ou vítimas de violência. Inicialmente chamada de “Palácio das Princesas”, a casa passa a se chamar, em 1986, “Casa de Apoio Brenda Lee.” (Carvalho & Carrara, 2013, p. 325).

As políticas públicas de enfrentamento à epidemia da AIDS foram cruciais, também, para a constituição de outras organizações de travestis que surgem nos anos seguintes. Entretanto, apenas com mudanças nas políticas relativas à epidemia, por meio do conceito de vulnerabilidade, é que essas ações passaram a considerar outros fatores que transcendem o acesso à informação, aos insumos de prevenção e ao tratamento. É, a partir de pressões das organizações civis, que o discurso passa a considerar também as condições de vida das pessoas como determinantes sociais para o risco de contaminação e, portanto, devendo ser alvo de políticas públicas (Carvalho, 2011). Como bem apontou Pelúcio (2009), os alvos, em última instância, das políticas de prevenção com travestis profissionais do sexo seriam os clientes e não as próprias travestis.

Ainda para Pelúcio (2011),

As experiências que constituem as travestilidades no Brasil estão entrecortadas pela racialização e sexualização de determinadas classes sociais e de certos fenótipos de cor, pela erotização de relações subalternizantes e pela exigência de uma coerência que deve ser corporificada entre feminilidade e passividade. Analisadas por esse prisma, as experiências dos sujeitos ganham sua dimensão cultural, social e política (p. 80).

Atravessadas pela realidade da violência policial e da AIDS, as travestis viveram e vivem em um cenário de vulnerabilidade no que diz respeito às suas condições de vida. Para Pelúcio, não podemos deixar de considerar os recortes de classe, raça e gênero quando consideramos as experiências de vida delas, uma vez que, se tratando das possibilidades de se

construir uma vida e que essa vida se torne inteligível socialmente, as travestis se encontram em posição de desigualdade social dentro de uma hierarquia, por serem historicamente de uma classe social mais baixa e não serem reconhecidas dentro do binarismo de gênero como femininas – sobretudo, por não considerarem em muitos casos a possibilidade de uma cirurgia de transgenitalização.

Ademais, como salienta Carvalho (2011), há, no relato de travestis, histórias de violência associadas a rejeição familiar, o abandono dos estudos e o universo da prostituição e da criminalidade, e o autor afirma que tais narrativas não são compartilhadas em tão larga escala por lésbicas e *gays*. Lembrando que, de acordo com dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), 90% dessa população se prostitui no Brasil.

Quanto à construção da categoria identitária de transexuais e a organização de coletivos de luta, diferentemente das travestis, que teve o binômio violência policial – AIDS como estopim, essa organização se deu pela relação entre pessoas que buscavam compreender o “fenômeno da transexualidade”, e, com isso, demandavam políticas de acesso às tecnologias médicas de transformação corporal, em específico, àquelas relacionadas a de transgenitalização (Carvalho & Carrara, 2013).

Bento (2008), ao tratar desse debate sobre a diferenciação entre transexuais e travestis⁴, aponta para a importância de pensarmos outro debate mais intenso sobre os significados do que seja masculino e feminino e localiza, nesse processo, uma disputa por identidades. Para a autora, a transexualidade parece conferir mais legitimidade e poder, ao passo que as travestis são construídas como “a outra”. Ainda, é como se a categoria médica “transexual” fizesse uma assepsia de uma categoria da rua. Entretanto, a mesma autora aponta que essas disputas identitárias não alcançam o centro, a “normalidade”, uma vez que os “normais” colocam tudo sob a mesma óptica: anormalidade, aberração.

Sobre a construção da identidade transexual e sua relação com a categoria médica, Carvalho (2011) diz que:

Essa busca de esclarecimento envolvia uma leitura extensa de diversos clássicos da sexologia relacionados à transexualidade, o que era favorecido pelo maior grau de escolaridade em

⁴ Não há um consenso sobre o que diferencia travestis de transexuais, uma vez que esse debate parece se colocar no âmbito de identidades políticas. Para Carvalho (2011), “a sobreposição da identidade política à auto-identificação pessoal compõe um conjunto de estratégias na luta por reconhecimento, principalmente nos espaços formais de diálogo com o poder público. Assim, as disputas identitárias no movimento de travestis e transexuais se tornam centrais na definição da política, que, por buscar o reconhecimento da identidade auto-atribuída, parece carecer de delimitações do que ou de quem, afinal, deve ser reconhecido. Nessa luta política, várias estratégias são implementadas a fim de minimizar os estigmas derivados da transgressão do sistema de sexo-gênero, possibilitando o destaque da necessidade de cidadania e respeito” (pp. 81-82).

comparação às travestis, segundo algumas informantes. Em grande medida, a reconstrução do discurso médico-psiquiátrico sobre transexualidade realizada por essa militância passa pela diferenciação de suas experiências daquelas vividas por travestis. Ainda assim, muitas das lideranças envolvidas na construção de um movimento transexual tiveram parte de sua construção identitária numa relação muito próxima com o universo travesti; principalmente no que tange à prostituição, como profissionais do sexo ou trabalhando em programas de prevenção junto a essa população. (pp. 43-44).

Desse modo, o movimento transexual traz especificidades em relação ao de travestis. Entretanto, ambos são marcados pela prostituição e por programas de prevenção destinados a esse público. Pelúcio (2011), ao considerar a importância das políticas públicas destinadas a essa população como forma de lhes dar cidadania, diz de uma SIDAanização. Nas palavras da autora:

Ao não reconhecer o desejo das travestis como algo ponderável, o projeto de cidadanização do modelo preventivo se esvai: sai o “c” e entra o “s”. O que se quer, de fato, é “SIDAanizadas”, numa alusão que faço à SiDA, ou aids. A SIDAanização se daria por meio da promoção de “programas educativos” e “de conscientização política”, que dizem respeito não somente à divulgação de informações sobre a doença, mas almejam a mudança de comportamento (Pelúcio, 2011, p. 82).

Entretanto, para a autora, nas intervenções, pouco se tem dado atenção aos determinantes sociais que, muitas vezes, impedem que essas mudanças ocorram.

Carvalho (2011), em seu trabalho, elenca as três principais demandas do movimento de travestis e transexuais: a facilitação do processo de alteração de nome e sexo no registro civil, o acesso às tecnologias de transformação corporal no SUS e a despatologização da transexualidade.

Quanto à primeira demanda, quando adentramos em algum ambiente social e começamos uma conversa com alguém, usualmente usamos nossos nomes como modo de apresentação. É como se a forma como nos chamamos e somos chamadas (os) delimitassem nosso lugar e espaço no mundo.

Para travestis e pessoas trans, essa questão ganha amplitude, ao passo que sua apresentação constantemente vem marcada pela quebra de expectativas de gênero e a necessidade de mudança do nome de registro no momento de estabelecer uma relação social. Utiliza-se, desse modo, o nome social – antes de ocorrer a mudança oficial nos documentos e da mudança de sexo no registro civil, tem-se essa alternativa como forma de garantir o respeito ao nome escolhido e à identidade de gênero dessas pessoas.

Em âmbito nacional, existem portarias que garantem o uso do nome social de travestis e transexuais no SUS e entre servidores públicos federais, são elas: Portaria nº 675/GM – 30 de março de 2006⁵, que estabelece que

[. . .] a identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico desrespeitoso ou preconceituoso (*Portaria nº 675, 2006*)⁶.

E ainda a Portaria nº 233 – 18 de maio de 2010, onde

Art. 1º Fica assegurado aos servidores públicos, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, o uso do nome social adotado por travestis e transexuais. Parágrafo único. Entende-se por nome social aquele pelo qual essas pessoas se identificam e são identificadas pela sociedade (*Portaria nº 233, 2010*).

Quanto às instituições de ensino, têm-se a resolução nº 12, de 16 de janeiro de 2015, que estabelece a garantia do direito ao nome social e ao tratamento oral às pessoas cuja identificação civil não reflita a identidade de gênero. Essa mesma resolução garante o uso do banheiro e de vestiários de acordo com a identidade de gênero que a pessoa se identifique.

Em 2016, a presidenta eleita, Dilma Rousseff, por meio do Decreto nº 8.727 de 28 de abril, dispôs sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Com isso, garantiu-se a essa população o respeito ao nome e a sua identidade de gênero nessas esferas.

Apesar das portarias garantirem o direito ao uso do nome social, sua efetivação depende das pessoas implicadas no processo, seja no atendimento na rede pública de saúde, no ambiente de trabalho em questão ou ainda em âmbito educacional.

Atualmente, as duas possibilidades de alteração de nome ou de nome e sexo no registro civil se dão via judiciário.

A primeira é pleitear judicialmente a inclusão do nome feminino [ou masculino] como “apelido público notório”, previsto no Artigo 58 da Lei de Registros Públicos (Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973). Este processo não altera o sexo, nem exclui outros nomes dos

⁵ Salientamos que o “Centro de Referência em Atenção Integral às travestis e transexuais” em Uberlândia - MG onde se tem o programa “Em Cima do Salto: saúde, educação e cidadania”, foi o primeiro local a implementar o uso do nome social no Brasil.

⁶ Essa portaria foi revogada e substituída pela Portaria 1820, 2009, que prevê o direito ao uso do nome social pelos pacientes atendidos, sem especificar qualquer segmento LGBT. Optamos por manter a portaria antiga pelo seu teor de garantia de direitos à uma população que constantemente se vê em situações transfóbicas devido ao não respeito ao seu nome social.

documentos. Alguns exemplos famosos são o Ex-Presidente Lula e a apresentadora Xuxa, que incluíram os nomes pelos quais são reconhecidos popularmente em seus registros civis. A segunda maneira é através de um processo judicial de alteração de nome ou de nome e sexo, que na maioria dos casos só é possível após todas as etapas do processo transexualizador, ou seja, após obter o diagnóstico psiquiátrico de TIG [Transtorno de Identidade de Gênero], depois de dois anos de acompanhamento psicológico, submissão à terapia hormonal e realização da cirurgia de transgenitalização ou, no caso específico de mulheres transexuais, a construção da neovagina através da neocolpovulvoplastia (Carvalho, 2011, p. 107).

A segunda possibilidade se pauta no princípio constitucional de defesa da dignidade da pessoa humana, uma vez que as situações vivenciadas pelas pessoas transexuais, no cotidiano, constituem circunstâncias de constrangimentos públicos. Entretanto, cabe ao judiciário decidir pela mudança ou não do nome. Ressaltamos que já aconteceram casos em que a mudança de nome e do sexo no registro civil ocorreram sem a realização da cirurgia, abrindo precedentes para tal interpretação do judiciário.

Tal interpretação se pauta na constatação de que a mudança de nome, entre outras coisas, é questão de saúde pública para as pessoas transexuais e travestis, e sendo a saúde um direito fundamental garantido pela nossa Constituição de 1988 (Cordeiro & Gomes, 2015). Por meio do reconhecimento do nome que a pessoa escolheu para si, é possível um começo de legitimação de sua existência subjetiva e social (Ribeiro & Teixeira, 2015).

O que percebemos é a forma como o binarismo de gênero interpela essa questão – da alteração de nome e sexo –, pois a cirurgia parece ser um elemento importante ou definidor nesse processo. Desse modo, o processo transexualizador aparece como um paradoxo: é uma possibilidade que pode ser tornar uma imposição. Assim,

Acreditamos que a solução para correção do nome jurídico, e, também do sexo jurídico, não pode se limitar a alterações pontuais, *ad hoc*, para as relações na escola, para a atenção em saúde etc. As condições para o uso do nome de escolha não podem ficar a critério de Conselhos Administrativos, mas dependem, sim, de lei. Lei que altere a lei de registros públicos e crie um modelo administrativo de mudança, desjudicializando-se o procedimento, como ocorre no casamento e no divórcio, em que, mesmo havendo mudança do nome dos cônjuges, dispensa-se a intervenção judicial (Ribeiro & Teixeira, 2015, p. 519).

Contudo, a perspectiva da integralidade/equidade na atenção à saúde abriu espaço para reconhecer a identidade de gênero como fator de vulnerabilidade social.

No Brasil, temos a portaria 2.803/2013 do Ministério da Saúde – que ampliou e redefiniu a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que institui o Processo Transexualizador no SUS. Ela divide o atendimento em dois níveis: ambulatorial e hospitalar. O primeiro se relaciona ao acompanhamento clínico, pré e pós operatório e hormonioterapia.

Já o segundo, trata-se da realização das cirurgias. Vale ressaltar que os 5 hospitais que realizam essas cirurgias atualmente no país são: Fundação Faculdade de Medicina HCFMUSP – Instituto de Psiquiatria da Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS/São Paulo (SP); Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Porto Alegre (RS); Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe)/Rio de Janeiro (RJ); Hospital das Clínicas – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO); Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco – Recife.

Ainda em relação à portaria,

§ 2º - Em relação ao cuidado dos usuários e usuárias no Processo Transexualizador:

I - a hormonioterapia que trata esta Portaria será iniciada a partir dos 18 (dezoito) anos de idade do paciente no processo transexualizador; e

II - os procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria serão iniciados a partir de 21 (vinte e um) anos de idade do paciente no processo transexualizador, desde que tenha indicação específica e acompanhamento prévio de 2 (dois) anos pela equipe multiprofissional que acompanha o usuário(a) no Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador (*Portaria 2.803, 2013*).

A necessidade de ter mais de 18 anos e de acompanhamento obrigatório por equipe multidisciplinar de 2 anos nos coloca algumas questões, como, por exemplo, a relação de saber/poder instaurada com a centralidade no diagnóstico, e a aparente pressuposição da cirurgia como objetivo principal das e dos usuárias (os). Quanto a isso, Teixeira (2009) aponta que

A exigência de que no acolhimento seja reconhecido o diagnóstico de transexualismo recupera a mesma lógica de afastamento de quadros psiquiátricos e a exigência de comprovar o preenchimento dos critérios nosológicos. A ameaça de não ser considerada apta a ingressar no Processo Transexualizador mantém a pessoa (transexual) amarrada ao poder médico, perpetua o lugar de vulnerabilidade diante da equipe que estará apta a dizer sobre ela e (re)afirma a necessidade de “passar pela prova, pelo teste”[. . .] Embora as Portarias mencionem que o Processo Transexualizador não estaria centrado na cirurgia de transgenitalização, o fluxo de encaminhamento paradoxalmente estabelece que a não indicação da cirurgia cessaria o vínculo com a Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador (p. 4).

Dessa forma, o saber médico não apenas regula o acesso aos serviços de saúde, mas interdita esse acesso e a cirurgia aparece como uma forma de adequação às normas de gênero. Assim, pessoas que não buscam a cirurgia ou que não se adequem aos critérios nosológicos do diagnóstico – como usar roupas do gênero oposto ao designado no nascimento ou ter aversão ao órgão genital – parecem não ter espaço dentro do processo transexualizador. Essa

necessidade de adequação e de um diagnóstico nos leva ao seguinte campo de luta do movimento trans: a despatologização.

As demarcações fronteiriças entre os gêneros são pressupostos heteronormativos, uma vez que compreendem uma linearidade entre sexo anatômico, gênero e orientação sexual. Ao falarmos em heteronormatividade, consideramos a sexualidade para além das práticas sexuais e identitárias entre pessoas, mas, como nos sinalizou Foucault (1976/2015), com um dispositivo que constrói modos de existência e formas de se relacionar com o nosso corpo e com o corpo do outro.

O conceito de heteronormatividade foi criado em 1991 por Michael Warner. Traz, em sua lógica, a exigência de que todos, heterossexuais ou não, organizem suas vidas de acordo com um modelo dito “coerente”. Esse modelo estende artifícios da heterossexualidade para todas as outras práticas sexuais.

Para estar dentro da heteronormatividade, não basta apenas ser heterossexual, existe um conjunto de fatores que aproximam ou afastam identidades daquilo que seria a verdadeira heterossexualidade (Assis, 2011).

Por heteronormatividade, entendemos aquelas instituições, estruturas de compreensão e orientações práticas que não apenas fazem com que a heterossexualidade pareça coerente – ou seja, organizada como sexualidade –, mas também que seja privilegiada. Sua coerência é sempre provisional e seu privilégio pode adotar várias formas (que às vezes são contraditórias): passa despercebida como linguagem básica sobre aspectos sociais e pessoais; é percebida como um estado natural; também se projeta como um objetivo ideal ou moral (Berlant & Warner, 2002, p. 230).

Ao ser naturalizado, esse pressuposto de que existe um corpo masculino e feminino e modos de agir de um ou de outro condiciona nossa forma de olhar para o binarismo de gênero como ou isso ou aquilo. Ou seja, quando uma pessoa transexual ou travesti não se reconhece como pertencente ao gênero que lhe foi designado, rompendo com essa linearidade, causa uma fissura nesse sistema (sexo/gênero/desejo) que, de algum modo, é preenchida: com o diagnóstico e a necessidade de preencher as características normativas do gênero oposto.

Existe um movimento mundial que busca a despatologização das identidades trans que conta com mais de 100 organizações e 4 redes internacionais na África, Ásia, Europa, América do Norte e do Sul. Bento e Pelúcio descrevem alguns pontos principais dessa luta:

As mobilizações se organizam em torno de cinco pontos: 1) retirada do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) do DSM-V e do CID-11; 2) retirada da menção de sexo dos documentos oficiais; 3) abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas intersexo; 4) livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica);

e 5) luta contra a transfobia, propiciando a educação e a inserção social e laboral das pessoas transexuais (Bento & Pelúcio, 2012, p. 573).

Amets Suess, em seu texto “Despatologización trans y práctica arteterapéutica” (2011), corrobora com o que foi dito pelas autoras, apontando a necessidade de autonomia para decisão das pessoas transexuais e travestis em suas decisões, dispensando a tutela psiquiátrica que autoriza ou não o início do processo transexualizador. Amets situa, ainda, a identidade trans como um direito humano e retira da pessoa individual o “mal-estar”, alocando-o em uma sociedade transfóbica. Assim, patologização e transfobia estariam intrinsecamente relacionados.

Suess destaca a homogeneização das experiências trans pela perspectiva médica, como se todas e todos vivenciassem a transexualidade da mesma forma. Deve-se fazer uma crítica “aos estereótipos de gênero que guiam o processo de avaliação, assim como a suposição do caráter linear, homogêneo e estável do processo de trânsito no gênero que não corresponde à diversidade de trajetórias trans presentes na prática clínica⁷” (Suess, 2011, p. 113, tradução nossa).

Assim, para ter acesso ao processo transexualizador, travestis e transexuais precisam narrar e viver suas histórias a partir de um *script* que preencha os requisitos do diagnóstico que nem sempre estão diretamente relacionados com suas vidas. Butler (2009) argumenta que o diagnóstico pressupõe que certas normas de gênero não foram assimiladas corretamente, ocorrendo alguma falha no desenvolvimento; admite, ainda, um modo de funcionamento familiar adequado e o que deveriam ter sido os pais e mães; ele reforça as normas de gênero e patologiza qualquer modo de produção de gênero que não siga o padrão vigente. A autora questiona ainda o que significaria viver com esse diagnóstico: se ele ajuda pessoas a alcançarem uma vida que elas sintam merecer ser vivida, se, em contrapartida, ele dificulta a vida das pessoas, fazendo com que elas se sintam estigmatizadas, levando ao suicídio em alguns casos. O que ela busca chamar atenção, nessas problematizações, é para a força patologizante que tem o diagnóstico.

Para iniciar o processo transexualizador no Brasil, o diagnóstico é necessário. Quanto a isso, Butler (2009) sublinha a possibilidade de, na ausência de outra forma de acesso ao processo, manter uma relação instrumental com o diagnóstico. Entretanto, a mesma questiona

⁷ *los estereotipos de género que guían el proceso de evaluación, así como la suposición del carácter linear, homogéneo y estable del proceso de tránsito en el género que no se corresponde a la diversidad de trayectorias trans presentes en la práctica clínica.*

se todas as pessoas tem condições de se posicionar de modo puramente instrumental ao serem submetidas a ele ou se sofrerão as ressonâncias da patologização em suas vidas.

Ela argumenta também em relação a outros tipos de cirurgias reconstrutoras ou outras ocasiões em que tomar hormônios pode se tornar propício e que, nesses casos, não se faz necessária a avaliação e laudo médicos. Não é pedido o atestado de saúde mental estável para redução de mamas ou para o uso de estrogênio na menopausa. Um(a) terapeuta irá se preocupar se a pessoa transexual será capaz de se integrar em um mundo social construído por normativas de gênero ou se não haverá arrependimentos no pós-operatório, mas não ocorre a preocupação com a “a persistência e a tenacidade do desejo de uma pessoa quando o mundo social, e o próprio diagnóstico, aviltam essa persistência e essa tenacidade como sendo um transtorno psíquico” (Butler, 2009, p. 105).

O que Butler sugere é que o diagnóstico não questiona as normas de gênero e se essas normas podem produzir sofrimento e desconforto. Na sociedade atual, com normas ainda rígidas de gênero, autonomia e liberdade aparecem como um paradoxo, pois para se ter acesso ao processo transexualizador, que garante a possibilidade de viver uma vida que se quer ser vivida, faz-se necessário assumir o diagnóstico e as normas de gênero como integrantes de sua vida. Por outro lado, se a luta é para que o diagnóstico deixe de existir, as normas que orientam nosso modo de compreender a relação entre identidade de gênero e saúde precisam mudar radicalmente, fazendo com que instituições jurídicas e econômicas reconheçam quando a transformação de gênero é essencial para o sentimento de ser uma pessoa de um modo pleno (Butler, 2009). Portanto,

Se o mundo social - um sinal de nossa heteronomia constitutiva - precisa mudar para que a autonomia se torne possível, então a escolha individual mostrará ser dependente desde o início de condições que nenhum de nós produziu ou desejou, e nenhum indivíduo será capaz de fazer escolhas fora do contexto de um mundo social radicalmente mudado. A mudança vem de uma ampliação de ações coletivas e difusas que não seriam próprias a nenhum sujeito singular, ainda que um efeito dessas mudanças seja que se venha a agir como um sujeito (Butler, 2009, pp. 122-23).

A luta de pessoas transexuais e travestis perpassa as suas construções identitárias que ainda são marcadas pelo diagnóstico e pela patologização, bem como pela possibilidade de uso do nome com o qual se identificam. Os discursos médicos e jurídicos, atualmente, detêm o poder sobre essas possibilidades, pois, mesmo tendo o processo transexualizador no SUS, o acesso à ele é condicionado ao preenchimento do diagnóstico de transexualidade, e a mudança de nome depende da autorização legal para ocorrer ou, para o uso do nome social, do cumprimento da norma pelas instituições onde há algo regulamentado a respeito.

Recentemente na Psicologia, os discursos jurídicos e religiosos voltaram a reclamar espaço dentro de nossa prática profissional em saúde. Se trata da discussão que tramita na câmara dos deputados sobre o que ficou conhecido como a “Cura *gay*”.

A homossexualidade, como já apontado, deixou de ser considerada doença. A Psicologia, a partir da resolução nº 1/99, acompanha esse processo redefinindo os modos de atuação dela frente à diversidade sexual. Essa resolução veta a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas e a associação de profissionais da Psicologia a qualquer evento ou serviço que proponham o tratamento e cura das homossexualidades. Reações contrárias a essa proposta apareceram em âmbito jurídico e legislativo (Teixeira, 2014).

Os Procuradores da República, Fábio Moraes de Aragão, Gino Augusto de O. Liccione e Vinícius Panetto do Nascimento, do Ministério Público Federal do Estado do Rio de Janeiro (MPF-RJ), abriram uma Ação Civil Pública (nº 2011.51.01.018794-3) em que afirmam que é ilegítimo o Conselho Federal de Psicologia (CFP) regulamentar a prática profissional quanto à orientação sexual. Citam a Lei nº 4.119/62, que regulamenta a profissão e estabelece como função privativa:

a utilização de métodos e técnicas psicológicas destinadas a diagnóstico psicológico, orientação psicopedagógica e solução de problemas de ajustamento [. . .]. Assim haveria conflito entre normas, em que prevalece uma norma superior pelo critério hierárquico: se alguém não está se sentindo psicologicamente confortável em decorrência da opção homossexual que desempenha e quer abandonar esta orientação e vivenciar outra, a norma legal citada possibilita que os psicólogos se valham de métodos e técnicas para tanto (Teixeira, 2014, p. 43).

Esse argumento é respaldado na ideia de sujeito livre e único responsável por suas escolhas. O documento considera, ainda, a sexualidade como algo da psique humana e que, se alguém se declare insatisfeito e queira, por livre e espontânea vontade, mudar sua *opção* sexual para heterossexual, que tenha essa possibilidade. Ou seja, o que definiria a atuação do profissional da psicologia seria o livre diagnóstico da pessoa interessada em conformidade com seu desejo. De acordo com o documento, “se o Estado respeita o direito daqueles que deixam a heterossexualidade e assumem a homossexualidade, *mutantis mutandis*, também deverão ser respeitados os direitos daqueles que optam pela via inversa: sair da homossexualidade para vivenciar a heterossexualidade” (p. 13).

Em relação ao legislativo, o Projeto de Decreto Legislativo – PDC 234/11 – de autoria do então Deputado Federal, João Campos, de Goiás (PSDB), se pauta na ideia do livre

comércio e do indivíduo livre, que seria lesado pela resolução do CFP por ter seu direito negado.

Se insiste no argumento da possibilidade da reversão da homossexualidade, apelando para argumentos como “a polissemia de compreensões sobre a homossexualidade, ou seja, pela ausência de verdade única sobre ela, ou ainda pela suposta possibilidade em atuar no sentido inverso, da heterossexualidade à homossexualidade” (Teixeira, 2014, p. 51). Ambos os documentos consideram a sexualidade como uma escolha do indivíduo, uma área da psique humana e a possibilidade de atribuir a outrem a possibilidade de conduzi-la (a sexualidade).

Quanto a isso, o CFP, em resposta, argumenta que ele foi implantado como autarquia federal, com autonomia administrativa e financeira. A Lei nº 5.766/71 cria o Conselho Federal e os Regionais de Psicologia, regulamentada pelo Decreto nº 79.822/77, e tais documentos garantem, ao CFP, a exclusividade em definir os limites da competência do exercício profissional (Teixeira, 2014).

Ademais, essa resolução surge pela necessidade de não se considerar mais a homossexualidade como patologia e que as pessoas homossexuais não sofressem mais discriminação. Outro fator importante é a ineficácia das terapias reversivas, expondo o risco de morte àqueles(as) que se submeteram a ela.

A resolução aparece pautada, portanto, em princípios éticos de atuação dos profissionais da Psicologia, considerando o sofrimento de homossexuais como decorrentes de uma sociedade heteronormativa e preconceituosa. Teixeira (2014) argumenta quanto aos interesses de tais documentos, que buscaram barrar a resolução do CFP, e os localiza nos grupos religiosos. Embora os documentos não apresentem argumentos religiosos, as pessoas que os propuseram se alinham a discursos religiosos com o intuito de corrigir sexualidades que se afastam da pretensa ordem natural. Alguns desses nomes são conhecidos por nós: Pastor Marco Feliciano (PSC-SP), Silas Malafaia, Marisa Lobo (psicóloga).

Atualmente, na Psicologia, existe um movimento também pela despatologização das identidades trans e travestis⁸, o que nos parece ser um compromisso importante com a luta contra a discriminação de orientação sexual e de identidade de gênero, na tentativa de promover saúde e vidas dignas a essas pessoas.

Esse movimento conservador é um alerta para a perda de direitos e retrocessos quanto ao cuidado em saúde da população LGBT.

⁸ <http://despatologizacao.cfp.org.br/>

2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: NOVOS OLHARES PARA AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO LGBT

Pelo que vimos até agora, as construções discursivas em saúde produziram o modelo visto como normal e saudável que, hegemonicamente, orientariam as necessidades em saúde: as relações heterossexuais pautadas na reprodução, sobretudo, e o sexo anatômico em consonância com a identidade de gênero, ou seja, pessoas cisgêneras. Ainda que haja o processo transexualizador, esse é pautado no saber da medicina sobre aquela pessoa e seu sofrimento por se distanciar dessa norma.

Visando sanar essas lacunas, políticas de equidade são criadas para garantir que se dê o que se precisa a quem precisa. Nesta seção, falaremos sobre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais e sobre algumas necessidades em saúde dessa população, bem como as negligências a essas necessidades. Ademais, falaremos sobre a formação em saúde e sua relação com o tema sexualidade e como ela é pautada em modelos heteronormativos.

A princípio devemos considerar quais são os princípios que regem os serviços oferecidos pelo SUS, a saber: universalidade (o direito à saúde a toda a população); integralidade (as pessoas são vistas como um ser integral, logo, a promoção, a proteção e recuperação da saúde não podem ocorrer de forma compartimentada); e a equidade (dar o que se precisa, a quem precisa, ou seja, igualdade de direitos respeitando as diferenças) (Brasil, 1990).

Além de ter como norteador esses princípios, traz em sua ideologia a noção de promoção de saúde da Carta de Ottawa (1986/2001) e da Declaração de Alma Ata (1978/2001), configurando uma visão de saúde ampliada e diferente da já conhecida oposição entre saúde e doença. A carta de Ottawa (1986/2001), apresentada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, afirma a saúde como sendo um direito da população de maneira igual, íntegra, priorizando, sobretudo as atividades *preventivas*. Desse modo, a promoção da saúde é vista como fator de extrema importância para a melhoria da qualidade de vida. Como fatores norteadores das estratégias de saúde, são apresentados alguns requisitos fundamentais para a promoção da saúde: educação, habitação, paz, alimentação, renda, meio ambiente, recursos sustentáveis, justiça social, lazer e equidade.

Na Declaração de Alma-Ata (1978/2001), que também aborda os cuidados primários à saúde, ela é vista como algo de direito humano; de responsabilidade do Governo; um

problema social, político e econômico; os cuidados com a saúde devem estar o mais próximo possível ao povo; descentralização política; participação da comunidade; alimento, nutrição, água, higiene, controle das doenças, saúde da mãe e da criança, cuidados curativos, medicamentos essenciais e educação com relação à saúde.

Podemos ver como a saúde ganha uma definição muito mais ampla do que somente a ausência de doença. Nessa nova perspectiva, busca-se contemplar a maioria das esferas da vida de uma pessoa de forma integrada, e essa nova perspectiva traz consigo algo inovador, que é a busca pela autonomia dos sujeitos no controle de sua qualidade de vida, pois

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (Carta de Ottawa, 1986/2001, p. 1).

Considerar a saúde como um processo possibilita expandir o olhar para o modo como as pessoas vivem suas vidas, suas relações sociais, sua idade, condições econômicas e sociais, de habitação, trabalho, sua sexualidade (Buss & Filho, 2007; Böing & Crepaldi, 2010).

Assim, visando a integralidade, o conceito de equidade tem ganhado destaque como forma de combater as desigualdades sociais, uma vez que ele auxilia no direcionamento do atendimento.

Compreendemos que as pessoas têm diferenças entre si, entretanto o que se observa são essas diferenças sendo transformadas em desigualdades. De acordo com a Política de Promoção da Equidade em Saúde,

No campo da saúde coletiva, as condições de desigualdade persistentes embora sujeitas à mudança são chamadas de iniquidades. Para combatê-las, o Ministério da Saúde e as demais esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm implementando as políticas de promoção da equidade, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros (Brasil, 2012, p. 6).

Esse documento traz uma compilação das principais políticas de promoção da equidade, como Saúde da População Negra; Saúde da população do campo e da floresta; Saúde da População LGBT; Saúde da População em Situação de Rua; e Saúde da população

cigana. Essas políticas trazem discussões específicas sobre os agravos em saúde e determinantes sociais que atravessam a vida das pessoas pertencentes a esses grupos com o intuito de implementar práticas e normativas que atuem sobre esses determinantes e garantam a qualidade e integralidade do atendimento.

Quanto à Política de Saúde da população LGBT, essa teve sua origem no programa Brasil sem Homofobia (2004), que incluiu em diferentes Ministérios e Secretarias Federais a não-discriminação e os direitos humanos, subsidiando a criação de diferentes políticas públicas e, assim, colocando o combate à homofobia como um compromisso do Estado e de toda a Sociedade (Brasil, 2004).

Buscando produzir conhecimento para a criação de políticas públicas, em 2008, aconteceu a I Conferência Nacional LGBT. Em decorrência dessa conferência, foram lançadas duas publicações: o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBTs e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Quanto ao primeiro, trata-se de uma tentativa de orientar a criação de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades; a segunda, sendo um de nossos objetos de estudo, merece melhor atenção.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, tem o objetivo de “promover a saúde integral de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (Brasil, 2013a, p. 18).

Sua construção se articula e, em parte, decorre de diversos processos e movimentos sociais e históricos, dentre eles, o já citado Programa Brasil sem Homofobia (2004), a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (2006), o Programa Mais Saúde Direito de todos (2008), que visavam garantir a ampliação do acesso, o direito ao cuidado e a tratamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) livre de quaisquer discriminações. A política, além de ser considerada como fruto de intensas investidas sociais, é também o reconhecimento do preconceito como um determinante social de saúde.

Buscando compreender este histórico da diversidade sexual dentro da saúde, Moscheta (2011) o sintetiza em três momentos: o do indivíduo doente (o perverso de Krafft-Ebing), o grupo de risco (a peste *gay*, também conhecida como Aids) e a sociedade desigual (o combate à discriminação). Dessa forma, a ênfase discursiva no campo da saúde se deslocou do individual para o coletivo. Dentro do discurso médico-científico, os homossexuais deixaram de ser um problema, e o que veio à tona foi a discriminação da qual essa população é vítima.

Atualmente, nota-se uma mistura complexa de diferentes discursos que agregam elementos desses três momentos, possibilitando que ao mesmo tempo em que promove-se uma política de saúde com foco no combate às discriminações, questiona-se a legitimidade de resoluções que proíbem as terapias conversivas de homossexuais.

Foi possível a construção de um momento histórico onde LGBTs podem buscar os serviços de saúde para cuidar de aspectos diversos da sua saúde, não mais como doentes essencialmente. Suas demandas contêm especificidades, uma vez que são pessoas diferentes do padrão heterossexual, e essa diferença só existe por existir um padrão. Quanto à população trans e travesti, abriu-se caminho, com o processo transexualizador, à possibilidade de atendimento de acordo com suas necessidades. No entanto, o caminho começou a ser trilhado e, como vimos, existem outras necessidades para essa população, e não se pode parar por aí.

Com o histórico de discriminação, motivado inclusive pelos discursos em saúde, a população LGBT tem a possibilidade de acesso aos serviços de um modo diferente do que a história nos mostrou, porém o que se encontra são profissionais impregnados de uma tradição que muitas vezes reproduz formas de exclusão. Desse modo, faz-se urgente a ênfase na formação de profissionais que tenham qualificação para atuar com a diversidade, possibilitando assim uma assistência qualificada.

2.1 Necessidades em saúde e necessidades de formação em saúde: a população LGBT em foco

Ao apresentar o conceito de saúde de modo ampliado no capítulo anterior, buscamos chamar atenção para um aspecto central de nosso trabalho: a saúde e sobretudo as necessidades em saúde extrapolam a simples ausência de doença. Dessa forma, produz-se saúde a cada encontro por meio da criação de vínculos. Esses vínculos delimitarão aquilo que será *visto como saúde* e o que será *visto como doença* em cada encontro.

Pensar especificidades de grupos parece ir na contramão “à universalidade preconizada constitucionalmente aos direitos sociais, dentre os quais o direito à saúde” (Lionço, 2008, p. 12). Quanto a isso, a mesma autora salienta

Se, por um lado, a universalidade do direito à saúde como direito de cidadania prevê o princípio da igualdade na proposição de políticas que alcancem a totalidade dos cidadãos, a focalização de ações e políticas específicas é um recurso necessário, muitas vezes, para a própria efetivação da universalidade, mediante promoção da equidade entre grupos em situação desigual (Lionço, 2008, p. 12).

Dessa forma, as especificidades em atendimento não dizem respeito às características intrínsecas a *gays*, lésbicas, transexuais, travestis, mas sim às representações e significações que alcançam seus modos de vida, os determinantes sociais normatizadores que assumem um modelo de atendimento, excluindo modos de vida que se distanciam do “normal”. As especificidades são produzidas por uma forma de atender que pressupõe heterossexualidades, violenta identidades, negligencia atendimentos e anula sonhos/desejos. Embora já exista um entendimento sobre a diferença necessária entre universalidade e equidade, as e os profissionais, no exercício das ações em saúde, continuam presos a um discurso que limita suas ações de cuidado ao temerem que a realização de ações específicas seja considerada uma forma de discriminação.

Paulino (2016), em seu trabalho, faz uma análise sobre os discursos produzidos por médicas (os) quanto ao acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT e constrói um item de sua análise com o nome de “Discursos da não-diferença”. Esses discursos têm a ideia central de que o ideal é a igualdade no tratamento, sem distinções de gênero e orientação sexual, afinal, somos todos iguais. O autor descreve que, nas falas das e dos profissionais, um bom acolhimento às pessoas LGBT pressuporia essa não distinção, pois assim elas se sentiriam iguais a todas as outras pessoas atendidas. Essa igualdade permitiria também que as pessoas que não integram a população LGBT não percebessem nenhuma diferença entre elas e o público LGBT (talvez considerassem isso como privilégio?), o que contribuiria para não estimular ou mesmo desencadear ações de preconceito.

O autor diz ainda que esses discursos parecem ser acionados a partir de uma estratégia para que a pessoa não seja vista como preconceituosa em sua interação com o entrevistador, mostrando sua vontade por um mundo mais justo. “Contudo, o efeito não percebido pela pessoa que fala é a sua negação do outro” (Paulino, 2016, p. 41). Ademais, é dito que a população LGBT padece dos mesmos agravos que o restante da população, o que não justificaria tratá-la de maneira diferente.

Entretanto, o que esse discurso do “somos todos iguais” maquia é o padrão que orienta essa igualdade. Somos todos iguais desde que heterossexuais e cisgêneros, pois é assim que o serviço se organiza, não reconhecendo que existem determinantes sociais da saúde que produzem a vulnerabilidade da população LGBT. A política de atenção à saúde dessa população tem o intuito de sanar essa disparidade entre a igualdade pressuposta e o atendimento excludente.

Sendo as demandas da população LGBT variadas, sentimos necessidade de distinguir e especificar cada letra da sigla. Lésbicas terão especificidades assim como *gays*, bissexuais e

a população trans. Ademais, o que chamamos de necessidades de saúde procura reunir não só os aspectos biomédicos presentes em um atendimento, mas, como Cecilio (2009) bem observou, integralidade e equidade andam juntas e, portanto, as necessidades são sociais e historicamente construídas e são percebidas na individualidade de cada atendimento.

2.1.1 Mulheres, lésbicas e bissexuais e o cuidado em saúde

De acordo com o documento “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social” (Brasil, 2013b), ser lésbica é entendido como mulheres que se identificam como mulheres e mantêm relacionamentos afetivos e sexuais com outras mulheres. Entretanto, o que é ser mulher? O que se observa é que, nos serviços de saúde, o ser mulher ainda se encontra atrelado ao aparelho reprodutor encontrado nas fêmeas, e, a partir daí, são oferecidos alguns dos atendimentos específicos a esse público. Essa definição é passível de críticas, uma vez que, tal como Butler (2003, p. 25) apresenta, “a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero se revela absolutamente nenhuma”⁹. Desse modo, conceber o gênero feminino enquanto uma continuação natural do sexo, que por si só carece de uma definição satisfatória, constrói padrões de atendimento binários e que pressupõem a heterossexualidade de suas usuárias.

Em seu trabalho, Almeida (2009) destaca a falta de acolhimento e de espaço para a troca de informações entre profissionais e usuárias lésbicas e bissexuais sobre suas sexualidades no ambiente e cuidado e saúde. Isso faz com que essas informações sejam camufladas e negligenciadas, pois as usuárias não se sentem à vontade para declarar sua sexualidade e falar sobre suas experiências.

Na pesquisa de Coelho (2001) com mulheres lésbicas e bissexuais, as queixas foram em relação ao preconceito e a indiferença quando relatada a não-heterossexualidade. De acordo com Rodrigues e Schor (2010), as discussões sobre a sexualidade da mulher que incluíram aspectos de sua vida sexual e do prazer, que vão além da função reprodutiva, é recente. As autoras associam, sobretudo, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que se apoia em dois eixos principais: a perspectiva da assistência

⁹ Em sua teoria, Butler recusa a ideia de que o sexo (masculino e feminino) é dado biologicamente e definido a partir dos genitais. Para ela, em nosso corpo, continuamente são inscritas normas que definem a construção do que é o homem e a mulher e o mesmo ocorre com os nossos genitais. Desse modo, estendemos a uma parte de nosso corpo as construções normativas de gênero do que é masculino e feminino e, com isso, associamos pênis ao masculino e vulva ao feminino. Durante a dissertação, recorreremos a essa teoria e aos seus desdobramentos para pensarmos o atendimento em saúde da população LGBT.

integral à saúde da mulher, abarcando todas as fases de sua vida e todas as características e necessidades de cada fase; e uma crítica à medicalização do corpo feminino que garanta às pacientes o exercício pleno e consciente de sua sexualidade. Aguiar (2004) aponta que, apesar dessa tentativa, o Programa passou a prestar atenção quase que exclusiva à saúde reprodutiva e sexual, contrariando as propostas iniciais. Considerando o processo de surgimento da ginecologia como uma especialidade médica, em meados do século XIX, sua finalidade principal era a regulação dos corpos femininos para a reprodução (Rohden, 2002). Dessa forma, o sexo entre mulheres que não cumprem as exigências da reprodução fica à margem dessa preocupação e cuidado da medicina.

Almeida (2009) nos chama atenção para a forma que vêm sendo desenvolvidas ações preventivas das DST e Aids entre lésbicas, uma vez que a visão heteronormativa, presente nos serviços de saúde, que orienta as intervenções. O autor aponta a ausência de informações sobre sexualidade e sobre saúde e sua intersecção com outros marcadores sociais, como classe e raça. Tal ausência se relaciona, sobretudo, com o que foi mencionado, acima, da invisibilidade das relações entre mulheres no que diz respeito à dificuldade de serem vistas como relações sexuais.

Têm-se a ideia equivocada de que as mulheres não são passíveis de ficar doentes, da associação de DST com homens e da prática sexual entre mulheres ser vista como um fator de proteção, não demandando assim cuidados específicos. Para Rodrigues (2013), isso reforça a crença de que os homens são responsáveis pela transmissão de DST e coloca a mulher como passiva diante da sexualidade, reforçando um padrão hegemônico do feminino. A mesma autora alerta para a forte incidência de câncer de colo uterino e de mama em mulheres que fazem sexo com mulheres, que são geralmente detectados em estágio avançado, devido a menor frequência de procura por atendimento e de exames ginecológicos.

Quanto a isso, Cecilio (2009) faz uma diferenciação importante entre demanda e necessidade:

A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras (Cecilio, 2009, p. 120).

Percebemos que as demandas em saúde das mulheres lésbicas parecem ser negligenciadas, seja durante o atendimento em saúde, mediante recusa em se considerar as especificidades de suas sexualidades, ou na não procura de atendimento, prevendo uma

abordagem heteronormativa e preconceituosa, uma vez que sua sexualidade vai ser presumida como heterossexual. E as necessidades em saúde dessas mulheres?

Cecílio (2009) agrupa quatro conjuntos de necessidades em saúde. O primeiro conjunto: ter boas condições de vida. Essas condições dizem respeito à maneira como se vive. Isso pode estar relacionado aos fatores ambientais externos que incidem no processo-saúde doença (ter uma casa, ter higiene, alimento, trabalho, ter amigas (os)). Com a população LGBT, essa relação com o social é marcada pelo signo da exclusão.

No tocante às mulheres lésbicas, podemos ainda pensar na dificuldade de criação de redes de apoio social, restringindo o acesso a importantes conjuntos de recursos para a construção de saúde. Um dossiê apresentado pela Rede Feminista de Saúde (2006, p. 21) aponta que o dia a dia de lésbicas é marcado pela “ansiedade, pelo medo e pela expectativa de rejeição decorrente da homofobia”, que são motivos desencadeantes do uso abusivo de drogas, o que se reflete no alto índice de doenças crônicas dessa população. Esse dossiê também afirma que os principais motivos que levam à menor procura dos serviços de saúde são “a existência da discriminação, o despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades dessa população, as dificuldades de essas mulheres se assumirem como homo ou bissexuais e, por fim, a negação do risco quanto às doenças sexualmente transmissíveis” (Rede Feminista de Saúde, 2006, p. 19).

Sobre isso, por serem vistas como “não mulheres”, lésbicas ainda “são excluídas do acesso a exames Papanicolau e de mama, que são parte do protocolo de exames comuns às mulheres” (Almeida, 2009, p. 313).

Melo (2010) ressalta que as normas de gênero, conjugalidade e orientação sexual constroem uma representação de mulher: heterossexual, destinada à reprodução e à maternidade. Desse modo, as lésbicas se tornam invisíveis, pois são tidas a priori como heterossexuais, a menos que em sua aparência apresente características atribuídas ao masculino. Assim, a suposta masculinidade de mulheres homossexuais reflete no modo como a atenção lhes será destinada, e o que se observa são suas demandas sendo minimizadas e a prevalência da noção de que não são vulneráveis a transmissão de DST.

O segundo conjunto de necessidades definidas por Cecílio (2009) diz respeito ao uso das tecnologias em saúde, ou seja, qual a possibilidade de acesso aos serviços de saúde e de seu uso que essas pessoas estão tendo? De acordo com Moscheta (2011), esse acesso só se torna possível dentro de um jogo relacional e da forma que a equipe de saúde lida com as questões de gênero e de orientação sexual, uma vez que os serviços em saúde são oferecidos seguindo uma lógica binária e enquadradora. Barbosa e Facchini (2009) apontam, em uma

pesquisa realizada com trinta mulheres de diferentes orientações sexuais, que sua primeira visita ao/a ginecologista ocorreu com o início da prática sexual heterossexual e a maternidade. Isso reforça as convenções sociais de gênero em relação ao papel ocupado pela mulher no cuidado em saúde. Ainda, de acordo com as autoras “as mulheres que usaram expressões como ‘masculinizada’ ou ‘mais masculina’ para referir-se a si mesmas estão entre aquelas que tiveram frequência baixa e irregular de realização de exames ginecológicos e de Papanicolau, ou nunca os realizaram” (Barbosa & Facchini, 2009, p. 294).

Esses dados nos chamam atenção para a forma como essas mulheres construíram suas identidades, seus olhares sobre seus corpos dentro de um padrão binário de gênero, onde a “masculinização” – que pode ser entendida como um distanciamento do considerado feminino – afastam-nas de cuidados que são pertencentes às “mulheres”, impedindo-as inclusive que sejam vistas como pessoas que precisam de cuidados destinados às mulheres. Isso reforça ainda mais o que foi dito no início dessa discussão: a diferenciação sexo/gênero parece ser nenhuma, pois essas mulheres vivem seu gênero em harmonia com seu corpo, uma vez que os constroem na sua performatividade.

Quanto à terceira categoria, Cecílio (2009) a descreve como a necessidade de criar vínculos e que esses consigam ir para além do contato imediato da queixa entre usuário e profissional. Em relação à população LGBT, o vínculo se dificulta dado o preconceito sobre as suas orientações sexuais e identidades de gênero, acarretando um *déficit* no atendimento em saúde, gerando uma impossibilidade do cuidado integral. Isso nos leva à quarta e última categoria, que diz da necessidade de autonomia, estando essa relacionada à possibilidade dessas pessoas construírem narrativas em suas vidas que vão para além de suas sexualidades, mas que também as incluem. Nesse sentido, as relações com a equipe de saúde podem gerar, se focadas apenas nesses aspectos, a impossibilidade de compreender essas pessoas como múltiplas e em constante processo de transformação, invisibilizando cuidados e formas de existência que fogem aos estereótipos de gênero e sexualidade.

Desse modo, o que se nota é que a sexualidade das mulheres lésbicas e bissexuais é vista em congruência com as construções hegemônicas que são pautadas em um modelo “normal” de mulher: passiva, pura, heterossexual e objeto sexual do homem.

2.1.2 Saúde de homens gays

De acordo com estudos (Laurenti, Mello Jorge & Gotlieb, 2005; Figueiredo, 2008; Gomes, 2008; Couto, *et. al*, 2010), o uso dos serviços pelos homens difere daquele feito pelas

mulheres, concentrando-se na assistência a patologias, acidentes ou lesões, problemas odontológicos e no uso da farmácia, bem como na incidência da procura (as mulheres vão mais aos serviços de saúde do que os homens). E quando esses homens são *gays*?

Pimenta e Merchan-Hamann (2011), em seu trabalho, realizaram grupos focais com essa população, em Brasília, com o intuito de conhecer sua relação com o serviço de saúde. Seus resultados são preocupantes, pois os participantes utilizaram adjetivos para classificar o serviço como péssimo, despreparado, horrível. Um dos participantes cita um atendimento onde o profissional deixou a porta aberta, com medo de que os outros profissionais pudessem pensar algo dele por estar atendendo um *gay* com a porta fechada. O rapaz se viu obrigado a receber atendimento sem nenhuma privacidade. Essa atitude mostra o despreparo das e dos profissionais que, carregados de estereótipos e preconceitos, oferecem atendimentos com qualidade inferior àqueles que poderiam ser ofertados.

Outro ponto observado pelos participantes dos grupos é a relação feita por profissionais entre homossexualidade e a Aids. Valle (2002) expõe que a homossexualidade masculina foi relacionada com a Aids desde a década de 80, devido à disseminação de ideias negativas sobre essa população, tendo a referida síndrome sido denominada *doença gay*, como já vimos anteriormente. As consequências da associação da homossexualidade masculina com a Aids são evidenciadas:

Os homossexuais são profundamente discriminados e têm os seus direitos humanos violados em diversos setores da sociedade, incluindo o ambiente doméstico/familiar, acesso a trabalho e moradia, locais públicos, instituições escolares e diversos órgãos governamentais, tais como a polícia e o exército (Nunan, 2004, p. 6).

Para Nunan (2004, p. 6), a visão negativa que a sociedade apresenta sobre a homossexualidade pode ser internalizada pelo *gay*, gerando “sentimentos de inferioridade em relação aos heterossexuais e incapacidade de alcançar objetivos que contradigam o preconceito”. Nesse sentido, o autor sustenta que o preconceito internalizado pode desencadear questionamentos, no homossexual masculino, sobre o seu valor como indivíduo e, em casos extremos, gerar o ódio por si mesmo. Situações como essas podem incidir sobre o processo de saúde-doença, levando essas pessoas a desencadarem problemas com sua autoimagem, gerando assim grande sofrimento psíquico.

Nunan (2004), ao ilustrar as formas de exclusão que os homossexuais masculinos sofrem, ilustra também como a sexualidade, como um todo, ainda é silenciada e “demonizada”, pois a Aids, sendo uma doença que tem como uma das formas de propagação

a relação sexual, é vista como um vírus que emana promiscuidade, algo sujo, que é relacionado a pessoas que não são dignas de valor. *Gays*, ao serem associados a esses tipos de comportamentos ditos “promíscuos”, são alocados em uma categoria que tem o selo de “não aprovado” pela sociedade, que, à custa de uma moral falida e da defesa de um ideal tradicional de família, silencia relações sexuais, condena a liberdade sexual e desassocia prazer e sexo/sexualidade, como se esse fosse um dos maiores pecados que a humanidade pudesse cometer: ser feliz transando.

Esses aspectos podem se relacionar com as categorias trazidas por Cecílio (2009) na medida em que o preconceito pode limitar as relações desses homens com o mundo e com as oportunidades que terão para construir seus recursos relacionais e de sobrevivência, seja pela dificuldade em encontrar redes de apoio, derivada da exclusão, ou o acesso e a qualidade do atendimento sendo enviesados pelo recorte de DST/Aids, ofuscando outras necessidades de cuidado, e a integralidade do que é ser um homem *gay*, uma vez que comumente, nos serviços de saúde, o *gay* é visto como promíscuo e, a ele, é associado a imagem de um portador em potencial do vírus HIV.

Considerando a sexualidade e o sexo como um tabu, acreditamos que não só com homens *gays*, mas com a parcela da população que não se encaixa no modelo hetero/cis, a exclusão, o ódio, a falta de respeito tendem a ser cotidianos, o que pode acentuar o processo de adoecimento e naturalizar tipos de violência que não são vistos como tal, colocando a discriminação da diversidade sexual e de gênero no campo da liberdade de expressão e da negligência em relação aos seus cuidados, sejam específicos ou não.

Em síntese, a sexualidade *gay* é vista de modo alinhado às construções normativas do gênero masculino na medida em que é associada à procura por vários parceiros e pouco cuidado em saúde. Em conjunto com isso, temos a associação entre homossexual e DST (herança das construções estigmatizantes do início da epidemia de AIDS).

2.1.3 O universo Trans e travesti

Se o acesso e a qualidade do atendimento destinado à população homossexual se tornam fragilizados devido à heterossexualidade compulsória, acrescentemos a isso a normatização de gênero, que determina comportamentos e padrões corporais às pessoas de acordo com o padrão cisgênero, e teremos um “prato cheio” para a discriminação.

A vulnerabilidade dessa população inclui não só o acesso e a qualidade do atendimento em saúde, mas se estende na procura de emprego, no acesso à educação, as

práticas de lazer e a sua forma de existência no dia-a-dia, marcada por olhares e constante necessidade de afirmação identitária.

A necessidade de ter boas condições de vida é atravessada pela discriminação e o preconceito, que impedem essas pessoas de estabelecerem relações com o mundo e ocuparem um lugar nele que lhes garanta essas condições. Quantas vezes nós vimos uma travesti andando em espaços socialmente valorizados? Trabalhando no *shopping*? Seu espaço social, o local que elas ocupam fica restrito aos guetos, aos locais de prostituição.

Guimarães (2015) coloca a violência, o preconceito e a discriminação como pano de fundo da existência de travestis e transexuais e que, em certa medida, orientam suas escolhas quanto às transformações corporais. O autor salienta a necessidade de enfrentar a intolerância social e familiar e a consequente necessidade de se adequar às normas sociais de gênero para sobreviverem.

Essas necessidades, em muitos momentos, levam essas pessoas a buscarem meios alternativos para a mudança corporal, como o silicone industrial, cujos danos no organismo de homens e mulheres vêm sendo trabalhados na literatura científica. Entretanto, a facilidade de acesso e de custo parece ser algo determinante para a busca desses meios por essas pessoas (Guimarães, 2015). Para ele,

Se, por um lado, a realização de tais procedimentos no âmbito privado e o oferecimento de consentimento não afastam a “ilegalidade” que caracteriza seu exercício, por outro, a urgência em “ficar pronta” para ter assegurada a sua subsistência, somada às atuais dificuldades de acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) – em face à facilidade de acesso à “bombadeira” –, parece significativa no processo decisório de travestis e transexuais (Guimarães, 2015, p. 42).

É a busca pela humanidade que lhes foi negada, porém esse reconhecimento social e legal ainda assim não lhes é assegurado.

Quanto ao acesso em saúde, esse é dificultado pelas especificidades do cuidado e pelas vicissitudes das necessidades de cada grupo identitário, por exemplo, homens transexuais têm uma quantidade de tecnologias de saúde disponíveis que não atendem a todas as suas demandas (Moscheta, 2011).

Quanto a isso, estudos apontam os meios encontrados para a adequação de seus corpos aos seus desejos. Sousa, Viana e Vale (2015) consideram esse processo de transformação a partir de três momentos: o primeiro se relacionaria com os aspectos da cultura, como roupas, cortes de cabelo e comportamentos associados ao gênero masculino; o segundo é o acompanhamento médico, como a hormonioterapia; já o terceiro, ocorre sem esse

acompanhamento com o uso de estratégias para criar ou esconder os “volumes” que denunciam uma pressuposta feminilidade. Em relação ao terceiro momento, Maranhão Filho e Nery (2015) descrevem alguns procedimentos adotados pelos homens trans, que passam desde produtos que aumentem os seus músculos a órteses do tipo binder, packer/play pump e STP¹⁰.

O segundo momento, da hormonioterapia, constituiu-se como uma das principais demandas na maioria dos trans-homens. Na fase que antecede o uso do testosterona (pré-T), há muitos casos de ansiedade, depressão, síndrome do pânico, diagnósticos (equivocados) de transtorno afetivo bipolar, paralisias motoras, tentativas de suicídio. Isso se deve, de acordo com Maranhão Filho e Nery (2015), à transfobia e impossibilidade de acessarem com maior facilidade as tecnologias que permitiriam a construção de um corpo que lhes seja confortável.

Quanto aos procedimentos cirúrgicos, o primeiro é a retirada das mamas (mamoplastia masculinizadora). É uma cirurgia que possibilita aos homens trans abandonarem o uso dos binders e faixas, uma vez que, além do incômodo causado, elas também podem levar a problemas respiratórios e pulmonares por apertarem o pulmão. Essa cirurgia independe da pan-histerectomia¹¹ (Maranhão Filho & Nery, 2015) e da cirurgia genital. Outra cirurgia seria a neofaloplastia, que seria a construção de um “novo pênis”. De acordo com os autores, no Brasil (apenas aqui e no caso de homens-trans), é considerada experimental¹² e feita apenas em hospitais universitários.

Considerando as necessidades em saúde propostas por Cecílio (2009) (ter boas condições de vida; ao uso das tecnologias em saúde; necessidade de criar vínculos e que estes consigam ir para além do contato imediato da queixa entre usuário e profissional; e da necessidade de autonomia), concluímos que as pessoas transexuais e travestis vivem em um contexto de exclusão e vulnerabilidade, uma vez que essas pessoas comumente não têm apoio da família e encontram, em seus pares, possibilidades de construir uma rede de cuidado; convivem com a discriminação presente na sociedade que inviabiliza o convívio e a

¹⁰ Aparelhos ou dispositivos ortopédicos, de uso provisório ou não, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou a melhorar a função das partes móveis do corpo. O binder (colete) e a faixa torácica servem para esconder as mamas; packer/play é a órtese em forma de pênis (flácido e/ou rijo); pump é a bomba para aumentar o clitóris; e STP é o dispositivo para urinar em pé (Maranhão Filho & Nery, 2015, p. 25).

¹¹ Retirada de todos os órgãos reprodutores internos.

¹² Como alternativa, há a metoidioplastia: nesta, o clitóris crescido devido ao uso da testosterona e de bombas de sucção é “solto” de sua posição original e movido à frente para uma posição que lembra a de um pênis. Em alguns casos, a uretra é alongada para que termine na ponta do órgão. Há, também, a possível realização da vaginectomia, que é a remoção da vagina ou o seu fechamento (colpectomia) e a criação do escroto e dos testículos (escrotoplastia) (Maranhão Filho & Nery, 2015, p. 30).

permanência dessas pessoas em espaços sociais, desde ambientes educacionais, espaços de trabalho até os atendimentos em saúde; têm dificuldades de acesso às tecnologias de saúde, seja pela burocratização e patologização do processo com a necessidade de laudos e diagnósticos, até a falta de informação do serviço de saúde em como prestar esses atendimentos; e sofrem com a falta de autonomia em decidir sobre o próprio corpo, precisando se adequarem aos padrões do que é a “verdadeira transexualidade”. Desse modo, parece-nos insuficiente os modos como as políticas públicas têm alcançado essas populações e suas necessidades.

2.1.4 A bissexualidade e sua invisibilidade

Pouco se produz a respeito da bissexualidade. Seria pelo fato de, convencionalmente, acreditarmos que as especificidades dessas pessoas são contempladas no atendimento heterossexual e nas lutas pelos atendimentos não heterossexuais? Talvez. É uma pergunta que remete ao limbo em que bissexuais vivem, nem lá, nem cá, confusos? Só uma fase? É o que muitos dizem sobre a sexualidade dessas pessoas que rompem a ordem compulsória esperada entre sexo/gênero/desejo.

Pamplona e Dinis (2013) apontam como a bissexualidade é permeada de discursos que tanto a exaltam como a descaracterizam. Ou usa-se a ideia de probabilidade numérica ou a ideia da confusão, de alguém que é hetero e quer experimentar e vice-versa, é homossexual e fica “buscando” ser hetero. O primeiro discurso remete à ideia de que, probabilisticamente, alguém que é bissexual tem mais chances de encontrar um relacionamento do que alguém hetero ou homo. Afeto e subjetividade são substituídos por uma loteria numérica.

O não pertencimento a uma categoria identitária traz consequências importantes a bissexuais, pois lhes são endereçados preconceitos e sua construção identitária fica marcada por jogos de poder que estigmatizam. Para Louro (2001), “na construção da identidade, a comunidade funciona como o lugar da acolhida e do suporte – uma espécie de lar” (p. 543). Qual o lar da bissexualidade, inclusive dentro do movimento LGBT?

Para Cavalcanti (2010), “com a polaridade das identidades em homo e heterossexual, outras práticas foram se tornando invisíveis ou mesmo inconsistentes na lógica da representação ‘identitária’” (p. 80), o que nos parece uma reafirmação do binarismo que buscamos desconstruir.

Quanto aos cuidados em saúde, na cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos Saúde e Participação social” (Brasil, 2013b), é vista a preocupação de garantir a

representatividade das mulheres bissexuais, salientando que heterossexuais, lésbicas e bissexuais devem ter direito ao acesso e atendimento em saúde de acordo com suas necessidades, bem como a Política Nacional traz, em seu texto, essas diferenciações. Entretanto, faz-se importante considerar até que ponto trazer, para a redação, o termo bissexualidade é de fato tirá-la da invisibilidade. Com certeza, é um passo importante colocá-la ao lado de outras identidades, pois algo existe quando o nomeamos, mas para se garantir a participação social e, principalmente, a proteção aos direitos dessas pessoas, precisa-se ir além de citações.

Quanto aos homens bissexuais, esses também se inserem dentro dos cuidados para a erradicação do vírus HIV/Aids. Pereira (2007) aponta que a incidência de homens que fazem sexo com homens sem usar preservativo é alta, o que os deixam vulneráveis a DST.

No ano de 2016, o Ministério da Saúde lançou uma campanha para a promoção de saúde de homens *gays* e bissexuais. Considerando a histórica associação dessas sexualidades às DST e Aids, a campanha busca ir além e cuidar da integralidade de sua saúde. Além disso, uma cartilha também foi lançada: “Homens Gays e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social” (2016) e considera a saúde do homem como inserida em aspectos culturais e sociais associados ao patriarcado que afasta o masculino do cuidado em saúde. De acordo com a cartilha, com a associação à DST e Aids e a cultura machista, “consequentemente, negligenciou-se atenção a outros aspectos da saúde desses homens, como a questão da reprodução, a incidência de quadros de depressão e ansiedade, relacionados ao ambiente hostil e discriminatórios em que vivem, e mesmo ao acesso humanizado sem preconceito” (Brasil, 2016, p. 51).

Com esse breve cenário em relação às necessidades de saúde da população LGBT, pudemos mapear alguns pontos de atuação que a Política Nacional se propõe a corrigir, melhorar, implementar, como acabar com a discriminação no atendimento em saúde, melhoria do processo transexualizador e a capacitação dos profissionais para o atendimento dessa população. Esse último ponto é o que trataremos a seguir.

2.1.5 Profissionais de saúde, diversidade sexual e de gênero

Ao falar em atendimento em saúde, é necessário cuidar do risco em considerarmos apenas a relação entre oferta e procura. Alguém chega até uma Unidade de Saúde com uma demanda, e o indicativo para um bom atendimento é a resolução daquela situação. Nesse

sentido, a pessoa se sentiria bem atendida tendo suas necessidades supridas. Mas voltamos à questão inicial: o que são essas necessidades em saúde?

Na relação entre usuária (o) da saúde e serviço público, existem diversos atravessamentos (institucionais, sociais, crenças) que irão nortear o atendimento realizado pelas (os) profissionais. Com isso, algumas questões devem ser consideradas, como por exemplo, o conhecimento da (o) usuária (o) acerca de si e do processo de cuidado em saúde.

Quanto a esse ponto, Teixeira (2003) descreve o princípio da integralidade do SUS, dado na relação entre profissional e usuário/a, como uma junção entre eu-outro, de integrar a voz do “outro” nesse processo. Isso se assemelha muito ao quarto conjunto de necessidades em saúde de Cecílio (2009): a necessidade de autonomia, que trata justamente da possibilidade de usuários/as serem sujeitos ativos de seu processo de produção de saúde. Em específico, no contexto de atendimento, trata-se de se colocar em uma posição de não-saber sobre o corpo e o cuidado com o outro para, dessa forma, entrar em uma relação integrada com as necessidades dessa pessoa, podendo atendê-la baseando-se no conhecimento adquirido sobre ela nesse encontro, não em pressuposições. Como dito por Teixeira (2003), parece que as coisas não funcionam muito bem sem esse tal do “paciente”.

Vimos algumas especificidades no atendimento à população LGBT e nos perguntamos de que maneira a relação entre profissionais e esse grupo pode ser atravessada por tais especificidades e, ainda, como a diversidade sexual incide no encontro de cuidado à saúde, especificamente, modulando aquilo que passa a ser visto e não visto enquanto necessidade de cuidado.

No campo da enfermagem, os estudos acerca desse tema são escassos e, quando existentes, limitam-se ao coito e ao ato sexual como fonte de risco, não de prazer (Ressel & Gualda, 2002).

A sexualidade é algo que se relaciona conosco, com nossas vivências, com nosso corpo. Está presente no nosso cotidiano, em nossos encontros e conversas, seja na impossibilidade da mulher andar na rua sem ser assediada ou nas conversas de bares sobre a balada do dia anterior. Porém, em muitos momentos, ela é invisibilizada ou, até mesmo, silenciada, como, por exemplo, no trabalho de enfermeiras e enfermeiros.

Autoras e autores (Sobral, 1994; Gir, Nogueira & Péla, 2000; Santos, Ribeiro, Campos & Mattos, 2007; Muroya, Auad & Brêtas, 2011) afirmam que, na enfermagem, as e os profissionais procuram assexualizar pacientes, dessexualizando-se, em contrapartida, na busca de, assim, promoverem cuidados ditos “sérios e profissionais”. Nesse sentido, a sexualidade adquire a marca de um tabu, algo que, quando aparece, causa desconforto no atendimento e,

muitas vezes, as dúvidas e necessidades dos usuários acabam por não serem satisfeitas. Quanto a essa invisibilização da sexualidade (no sentido de negar sua existência), Ressel e Gualda (2002) atribuem-na ao processo de normatização dos atendimentos, priorizando um tecnicismo que desumaniza as e os profissionais/usuárias (os).

As estratégias de dominação, que são desenvolvidas por meio das regras, da disciplina, da "tarefação" e da exaltação da técnica, fazem com que a enfermeira distancie-se de um exercício profissional criativo e sensível e, nesta condição, ela deixa de utilizar terapêuticamente a sexualidade dos corpos e de harmonizar seus sentidos (Ressel & Gualda, 2002, p. 77).

Estudos que buscaram investigar, em discentes de enfermagem, sobre seus conhecimentos em relação à sexualidade (Santos, Ribeiro, Campos & Mattos, 2007; Muroya, Auad & Brêtas, 2011) mostraram que, em geral, sexualidade é um tema não trabalhado nos cursos de graduação e, posteriormente, durante a atuação profissional.

Trata-se de não preparar o(a) estudante para atender a mulheres vítimas de violência; para realizar orientação à saúde para aos(as) diversos(as) clientes que possuem uma orientação do desejo sexual diferente daquela considerada como "padrão heterossexual"; para atender um(a) travesti/transsexual ao chamá-lo(a) na fila de espera (Muroya, et. al., 2011, p. 115).

A partir do conceito de integralidade, os cuidados em saúde devem considerar o ser humano em sua totalidade, incluindo sua sexualidade. Dessa forma, ao olhar para o corpo de outra pessoa, esse profissional não vê apenas um corpo doente, mas a construção do que é aquela doença a partir de conceitos anteriores, dos quais gênero e sexualidade se fazem presente.

Como exemplo disso, temos os atendimentos realizados em Centro de Testagens e Aconselhamento (CTA). Nesses centros, são realizadas ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesses serviços, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. De acordo com Monteiro et al. (2014), em uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em um CTA da cidade, a avaliação da "exposição do risco sexual" era feita em função do não uso do preservativo e também do tipo/quantidade de parceiros sexuais. Assim, as práticas preventivas eram abordadas baseadas em um enfoque epidemiológico e centradas na relevância do uso frequente do preservativo, em especial entre os usuários com práticas bi ou homossexuais. Dessa forma, campanhas e promoções de saúde que visam o controle dessas doenças enfocam a comunidade LGBT, em especial, *gays*, mulheres transexuais e travestis, por ainda serem considerados e consideradas um grupo de risco.

Quanto a isso, os autores ilustram que, na abordagem às pessoas que para os/as profissionais, em sua percepção, tinham uma identidade sexual diferente da heterossexual, havia um prolongamento do atendimento,

como ilustra o registro do diário de campo: “ao responder sobre o tipo de parceria, um rapaz (de aparência mais feminina) disse apenas mulheres, mas o aconselhador insistiu, argumentando que é preciso colher as informações reais. Ele pensou e disse que teve relações sexuais com um homem, uma vez. O aconselhador insistiu ‘finja que sou um padre e que você está se confessando’. Ele riu e disse que estava dizendo a verdade (Monteiro et al., 2004, p. 140).

Na fala acima, foi utilizada a metáfora do confessorário, possivelmente invocando a ideia de sigilo, como se ali tudo pudesse ser dito, entretanto é possível pensar a relação entre falar sobre sexualidade e sobre práticas sexuais com a ideia de um pecado, algo que deve ser confessado. Relembrando o que já vimos, a sexualidade, sobretudo as práticas sexuais, tendem a ser desprovidas de caráter positivo e da possibilidade do prazer. A elas são relacionadas doenças, culpa, confissão.

Trabalhar a sexualidade somente por um viés biologicista tende a naturalizar formas de vida que são construídas culturalmente, contribuindo para a manutenção do ideal heteronormativo (Moscheta, J. C. Santos, McNamee, & M. A. Santos, 2014). Os valores pessoais se fazem presente durante as relações. A neutralidade em atendimento como ideal dos atendimentos em saúde se torna problemática, uma vez que somos um ser integrado, composto por valores socialmente produzidos.

Quando se trata da medicina, por exemplo, trabalhos demonstram que a experiência pessoal dos/das profissionais é um dos principais norteadores para a abordagem da sexualidade (Ramini, 1992; Lima & Cerqueira, 2008). Nas questões sobre homossexualidade, o que se observa são proporções elevadas de alunos/as que a consideram uma doença.

Quantos às/aos profissionais e discentes de Psicologia, alguns estudos indicam necessidade de maior conhecimento e discussão a respeito da diversidade sexual e de gênero. Moita (2006), em um trabalho realizado em Portugal com profissionais e usuários/as LGBTs, encontrou um cenário de cuidado cercado de equívocos quanto à vivência das sexualidades. Nos discursos produzidos, destacou-se o fato de existirem, em Portugal, clínicos/as que interpretam negativamente a homossexualidade, colocando-a como falha, *déficit*, desvio, algo contra natural. A autora aponta ainda que algumas vertentes psicológicas compreendem a homossexualidade como uma falha na estruturação da personalidade, o que estaria relacionada com a dificuldade em estabelecer relacionamentos afetivos duradouros. Esse

discurso integra a sexualidade a relações duradouras e permanentes, e aqueles/as que fugiam dessa norma eram avaliados pelos/as profissionais como incapazes de estabelecer afetos, o que pode nos indicar como a Psicologia ainda alinha seus discursos a normas sociais.

Quanto às pessoas LGBTs que já foram usuárias de serviços psicológicos, descreveram que, em seus atendimentos, a homossexualidade era colocada como um problema a ser resolvido, pois precisava-se “evoluir e sair da homossexualidade” (Moita, 2006, p. 62). Tampouco essa observação estendia-se ao público heterossexual.

Ainda em relação à prática clínica, para Toledo e Pinafi (2012), o contexto de atuação pode ser homofóbico ou ético, partindo do ponto de vista de que a atuação psicológica não pode visar a cura ou o tratamento da homossexualidade. Para as autoras, “o objetivo da clínica voltada ao público LGBT não é fazer o homossexual viver feliz, apesar de sua homossexualidade, mas, de fato, graças à homossexualidade” (p. 159). Castañeda (2007) salienta que a/o terapeuta homofóbica (o) é quem coloca em pauta a homossexualidade como causa dos problemas de seus/suas pacientes. Não se pode também tratar o/a paciente como heterossexual, pois ele/ela não o é, dessa forma, considera-se o contexto social de homofobia e o que ele pode gerar às pessoas, problematizando o que a homofobia traz de problemas.

Sobre as/os estudantes de Psicologia, Borges, Canuto, Oliveira e Vaz (2013), ao analisarem produções acadêmicas da graduação e pós graduação do curso de Psicologia da PUC/Goiás, observaram aquilo que se refere às temáticas de sexualidade e da homossexualidade, e o teor das discussões se aproxima mais de leituras biologizantes e essencialistas, além de se situarem na área clínica e da saúde, tendo inclinação a práticas interventivas. “Na homossexualidade, o tema mais recorrente é a identidade do sujeito homossexual, referida geralmente como um problema no desenvolvimento identitário e como uma questão da personalidade” (Borges et al., 2013, p. 740). Quanto ao gênero, as discussões permanecem em concepções binárias e fixas de uma identidade firmada no sexo, aproximando as definições de sexualidade e gênero da ideia de natural, como algo inato.

Dinis (2012), em um questionário aplicado em estudantes de Psicologia, observou que a tendência é refutar qualquer posição preconceituosa relacionada à sexualidade, entretanto, para o autor, o discurso se aproxima do “politicamente correto”, uma vez que não se observou mudança significativa na concepção binária sobre a produção das identidades sexuais e de gênero ou sobre a formação de novos modelos de família na atualidade.

Díaz (2012) foi conhecer a concepção de psicólogas/os que trabalham no serviço de saúde pública de Santa Catarina. A autora ilustrou um contexto de invisibilização da existência de público LGBT, uma vez que os/as profissionais dizem que esse assunto não

aparece e, quando aparece, é chamado de homossexualismo ou confunde-se orientação sexual com identidade de gênero. As/os psicólogas (os) disseram ainda que não conversam sobre isso, que também não tiveram formação durante a graduação e se utilizam de conhecimento produzido no dia-a-dia, baseando-se em suas experiências pessoais. A autora propõe uma reflexão dizendo que talvez aquilo que não apareça esteja aparecendo demais, por isso, sendo naturalizado – assim como o que aparece, porém não é visto –, incomode tanto que passe a ser invisibilizado para incomodar menos. É o caso da heterossexualidade sendo pressuposta e as divergências vistas como incômodos, voltando para o armário desse modo.

Pinheiro e Couto (2013) realizaram uma investigação, em postos de saúde na região Nordeste, no intuito de compreender como se davam as relações de gênero nos atendimentos em saúde, sobretudo atrelados à ideia de reprodução e sexualidade. O que o estudo nos ilustra é o ainda presente reducionismo das mulheres a mamas, útero e gestação, sendo o corpo feminino um corpo para reprodução. Em contrapartida, sobre os corpos masculinos recai a sexualidade exacerbada e pouca ênfase na reprodução, o que reforça o estigma de que esse é um cuidado exclusivamente feminino. Outros estudos têm mostrado a dificuldade de inserção dos homens nos postos de saúde, e elas são descritas como: a construção social das masculinidades moldam as formas como homens lidam com sua saúde (Courtenay, 2000); profissionais de saúde constroem concepções de gênero que reproduzem a ideia de que o corpo masculino é um local de não-cuidado (Machin et al., 2011); e a estruturação dos serviços de saúde que tendem a invisibilizar o homens como alvos de intervenção em saúde (Figueiredo & Schraiber, 2011).

Assim, as concepções de gênero se atrelam a um viés biologicista, estando ligadas a um sexo biológico e aos componentes que dele decorrem, o que, de certa forma, influencia a condução de atendimentos de homens e mulheres e, em consequência, de pessoas transexuais.

Finalizando, nos trabalhos encontrados, o tema sexualidade é presente sem definições específicas e a diversidade sexual é pouco abordada. O que encontramos foi um *déficit* de informações entre as/aos profissionais da saúde no que se refere a essa questão, tanto durante a graduação, quanto depois do curso concluído por meio de capacitações. A educação é capaz de promover transformações e de desconstruir binarismos de gênero e da oposição homo/heterossexual. Uma educação voltada para a diferença trabalharia com a precariedade dessas identidades, todas elas, uma vez que a heterossexual também é uma construção social. Partindo desse pressuposto, a desconstrução partiria do centro, descentralizando as sexualidades ditas normais para equalizar as diversidades existentes, respeitando as diferenças. É disso que se trata a equidade.

Indo nesse sentido, a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de LGBTs foi construída visando acabar com a discriminação e o preconceito em atendimentos em saúde. Trata-se de trazer à tona a existência da população LGBT e de práticas sexuais diferentes. É uma reconfiguração do atendimento de modo que não se considere, *a priori*, uma sexualidade, e, caso a (o) usuária (o) se “desvie” do habitual, seja atendido de acordo com suas necessidades. É um convite a olhar para as pessoas desprovidas de conceitos prontos sobre qual atendimento oferecer, uma vez que as necessidades diferem de pessoa para pessoa, sejam elas heterossexuais ou homossexuais, pessoas trans ou não.

A construção dessa seção nos serviu para compreender o modo como as pessoas LGBT têm suas necessidades em saúde, em muitos momentos, negligenciadas em atendimento, uma vez que as ações são orientadas pela heteronormatividade, portanto excludentes e produtoras de preconceito e violências. Ademais, a formação de profissionais também é atravessada por esses modelos que em nada contribuem para a superação de modos de se relacionar baseados na hierarquização sexual e de gênero – que, em última instância, preveem o discurso da tolerância que ainda mantém a centralidade e a normalidade em um tipo de sexualidade. Portanto, consideramos que essa não diferenciação produz e, ao mesmo tempo, busca camuflar a violência de subjugar modos de viver a sexualidade ao padrão hegemônico.

PARTE II:
CONSTRUÇÃO DO *CORPUS* DE INVESTIGAÇÃO

3 Objetivos

3.1 Geral:

Investigar a produção de violências na relação de cuidado em saúde em sua relação com os efeitos de visibilidade e invisibilidade da sexualidade LGBT.

3.2 Específicos:

- Analisar quais são os aspectos da saúde da população LGBT que se tornam mais visíveis na relação de cuidado que esta população estabelece com profissionais de saúde;
- Analisar quais aspectos da saúde da população LGBT se tornam menos vistos;
- Discutir os efeitos da apresentação da identidade e/ou orientação sexual nas construções do cuidado em saúde.

4 Metodologia

4.1 A pesquisa Nacional

Essa pesquisa teve início antes mesmo da definição do recorte para estudo no mestrado, uma vez que os conteúdos que foram analisados fazem parte de uma pesquisa nacional intitulada “Análise do Acesso e da Qualidade de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no SUS¹³”. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo é mapear, identificar e compreender o acesso das pessoas LGBT aos serviços de atenção à saúde e a qualidade destes pela perspectiva das (os) usuárias (os), profissionais e gestores. Após realizado esse trabalho, tais resultados serão comparados às ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

De acordo com o projeto da pesquisa em relação ao acesso,

no conceito de acessibilidade articulam-se dois atores: os cidadãos e os serviços de saúde e dentro deles os profissionais e os gestores que gerando a disponibilidade, do que se trata é de aceder aos serviços e resolver os problemas de saúde. A acessibilidade se constrói entre a oferta de serviços (que tem de estar) e a população que os utiliza baseados em seu direito à saúde. Neste sentido trata-se de uma definição relacional (Brasil, 2013c, p. 18).

¹³Essa pesquisa foi encomendada pelo DAGEP (Departamento de apoio à gestão participativa), financiada pelo Ministério da Saúde e coordenada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP/UnB.
<http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/index.php/apesquisa>

Já nos aspectos referentes à qualidade do atendimento em saúde, entende-se a heterogeneidade desse processo e as diferenças entre profissionais e usuárias (os) dos serviços. Assim, o atendimento em saúde é marcado por encontros entre profissionais e usuárias (os), e esses encontros são atravessados por questões sociais e necessidades em saúde distintas. Considera-se, desse modo, as implicações que o preconceito tem na vida dessas pessoas e como incide no processo saúde-doença, portanto uma atenção de qualidade considera não só as especificidades do atendimento, garantindo resultados benéficos para a população, como é comprometida com a luta pelo fim das desigualdades na área da saúde.

Nessa dissertação, utilizamos parte dos materiais produzido no trabalho de campo da pesquisa nacional, especificamente dentre aqueles produzidos por nós na região Sul, e articulamos uma análise conforme os objetivos aqui propostos. A seguir, iremos apresentar a metodologia empregada na Pesquisa Nacional e, em seguida, o recorte que fizemos para esse trabalho.

4.1.1 Participantes

Os critérios de seleção dos estados/municípios foram: (a) municípios que tenham a política de LGBT implementada; (b) municípios acima de 50 mil habitantes; (c) equipe das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) completa e com cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES; (d) equipe da UBSF que, há pelo menos um ano, conta com a mesma composição de trabalhadores (Brasil, 2013c).

As cidades escolhidas para a realização da coleta de dados dessa pesquisa foram, no Norte, Pará: Belém, Santarém; Amapá: Macapá; Acre: Rio Branco. No Nordeste, Bahia: Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista; Pernambuco: Recife; Paraíba: João Pessoa; Ceará: Fortaleza e Juazeiro do Norte; Piauí: Teresina, Picos. No Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul: Campo Grande. Distrito Federal: Brasília; Ceilândia; Taguatinga; Sobradinho. Goiás: Goiânia. No Sudeste, Rio de Janeiro: Rio de Janeiro; São Paulo: São Paulo, e São José do Rio Preto; Minas Gerais: Belo Horizonte, Uberlândia; Espírito Santo: Vitória. No Sul, Paraná: Curitiba e Maringá; Rio Grande do Sul: Porto Alegre.

Foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS), a saber: Agentes Comunitárias (os) de Saúde (ACS), Médicas (os), Enfermeiras (os), Auxiliares ou Técnicas (os) de Enfermagem e, quando possível, com Psicólogas (os). Foram feitas entrevistas também com as (os) Gestoras (es) Municipais.

Foram também realizadas oficinas com usuários(as) LGBT por segmento, ou seja, oficinas com mulheres lésbicas e bissexuais, com homens *gays* e bissexuais, com homens trans, com mulheres trans e travestis, no intuito de conhecer as experiências dessas pessoas com atendimentos em saúde para compreender de que modo essa população vem ingressando na rede e como se dá o processo de cuidado.

4.1.2 Materiais e instrumentos

As oficinas tiveram o limite de até 12 participantes e tempo aproximado de 1h30min. Seu roteiro consistiu em: i) momento da apresentação, quando as/os coordenadoras(es) apresentaram a pesquisa, fizeram o contrato de andamento da oficina e coletaram as assinaturas nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo c); ii) aquecimento inespecífico: momento em que as/os participantes se apresentaram, dizendo seu nome, uma qualidade pessoal que se inicie com a primeira letra do nome (ou o mais próximo possível para quem tiver um nome com letras que não combinam com uma característica) e completaram a seguinte frase (de acordo com a identidade de gênero/orientação sexual da oficina) “Para mim ser *gay* é...”, “Para mim ser lésbica é...”, ou (assim sucessivamente); iii) aquecimento específico: nessa atividade, foi o serviço de saúde. Foram colados três cartazes na sala, um em cada canto dela, com os dizeres: 1º cartaz “concordo”, 2º cartaz “discordo”, 3º cartaz “tenho dúvidas”. Foram lidas afirmativas sobre o serviço de saúde e as/os participantes se dirigiram ao cartaz que diz respeito à sua opinião sobre a afirmativa. As afirmativas são:

1. Eu cuido bem da minha saúde.
2. Eu converso com outras pessoas sobre questões de saúde.
3. Sempre que preciso procuro o serviço de saúde.
4. Os profissionais de saúde são as pessoas que melhor podem cuidar da minha saúde.
5. Na minha opinião, os serviços de saúde estão preparados para me atender.
6. A identidade de gênero/orientação sexual* do paciente influencia no atendimento em saúde.
7. Eu sempre conto aos profissionais de saúde sobre minha identidade de gênero/orientação sexual*.
8. Geralmente tenho que explicar aos profissionais de saúde sobre minha identidade de gênero/orientação sexual*.
9. Sempre sou bem atendido no serviço de saúde.

10. Geralmente encontro respostas para as minhas questões quando vou ao serviço de saúde.
11. Acho fácil me locomover (andar, pegar ônibus, pegar carro) e chegar no serviço de saúde.
12. O horário de funcionamento do serviço de saúde é bom para mim.
13. Penso que devo ser atendido(a) nos mesmos locais que o resto da população.

Lidas todas as afirmativas, pediu-se para que as/os participantes andem pela sala, olhem-se e escolham uma dupla para o próximo exercício (caso haja um número ímpar, formaria-se um trio). Tendo as duplas formadas, foi pedido que se sentassem novamente nos lugares que estavam antes do exercício para dar início à próxima atividade.

iv) desenvolvimento: foi pedido às/aos participantes que se sentassem em posição confortável e que ficassem relaxadas (os). Com todas e todos nessa posição, iniciou-se a leitura de um trecho para reflexão:

“Em nossa sociedade, desde que nascemos, vamos ao serviço de saúde, ao médico, por diferentes razões. Às vezes, nos levaram, outras vezes, nós decidimos ir. Assim, quando nos sentimos com algum problema de saúde, procuramos os serviços de saúde. Lembre-se das vezes que isso ocorreu e que você foi ao serviço de saúde (aguardar um pouco). Quando foi? (aguardar um pouco) Por que foi? (aguardar um pouco) Lembre de uma situação (aguardar um pouco). Agora, lembre de outra (aguardar um pouco). Agora, escolha uma dessas situações que ficou marcada na sua memória (aguardar um pouco). Por que ela ficou marcada? (aguardar um pouco) O que ocorreu? (aguardar um pouco) Quem estava presente? (aguardar um pouco) O que você fez? (aguardar um pouco) E os outros, o que fizeram? (aguardar um pouco) Como você se sentiu? (aguardar um pouco) Era o que esperava do serviço de saúde? (aguardar um pouco) Por que? (aguardar um pouco) Se não foi o que esperava, como gostaria que fosse? (aguardar um pouco). Agora, aos poucos, no seu ritmo, volte aqui para a sala”

Após a leitura, foi pedido para que se juntassem com a dupla e contassem o que se lembraram desses atendimentos. Após um tempo de conversa entre as/os participantes, foi dado uma folha para que anotassem dicas para as/os profissionais de saúde realizarem um bom atendimento, e essas dicas foram coladas nas paredes. Depois de coladas, todas as pessoas leram essas dicas e se sentaram novamente para a parte final da oficina.

v) neste momento, foram realizados os comentários sobre todo o processo da oficina e sobre os atendimentos em saúde. Foi o espaço para conversa entre todos e todas as/os participantes sobre suas experiências com os serviços de saúde e sobre suas experiências com a oficina.

4.2 Procedimentos

4.2.1 A estação Sul em relação à pesquisa nacional

A nossa equipe de pesquisa, composta por 10 pesquisadoras (es), foi responsável pela região Sul. Como já elencado, a região Sul abrangeu as cidades de Maringá, Curitiba e Porto Alegre¹⁴. Em Maringá, o total de UBS definido, no planejamento nacional, foi de 8 (oito), sendo o mesmo número de oficinas. Em Curitiba e Porto Alegre, tendo essas cidades mais de 1 milhão de habitantes, o número estabelecido foi de 10 (dez) UBS para a realização de entrevistas e 10 (dez) oficinas. Em Maringá e Curitiba, foram realizadas todas as entrevistas. Quanto às oficinas, foram realizadas 6 oficinas em Maringá, 9 oficinas em Curitiba e 2 em Porto Alegre, totalizando 17 oficinas¹⁵.

Nas oficinas, foi possível considerar o processo em relação às nossas dificuldades e facilidades em realizá-las. As dificuldades se relacionaram: i) ao contato com as pessoas para a participação: como chegar até essa população e aproximá-las de uma realidade de pesquisa que muitas vezes não faz parte de seu cotidiano? ii) os espaços para a realização das oficinas (a greve na UEM do ano de 2014 inviabilizou o uso das salas, tivemos que pensar em alternativas). Para sanar essas dificuldades, em Maringá, utilizamo-nos de estratégias diversas: fomos até os bares e locais onde essa população costuma se encontrar e à Parada LGBT – o que para nós não foi esforço algum! –, e lá divulgamos a pesquisa e conseguimos contatos.

Quanto à população trans, tivemos algumas dificuldades mais específicas. Essas pessoas, em sua grande maioria, vivem em situação de vulnerabilidade e marginalização. Por esse motivo, criam uma rede de cuidado e de segurança entre si, pouco aberta às pessoas de fora. Desse modo, ao falarmos da pesquisa, não estávamos falando para aquela pessoa em específico, o convite não dizia respeito somente a ela, mas dizia de um coletivo maior que ela

¹⁴O Estado de Santa Catarina não foi contemplado, porque a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBT não foi ainda institucionalizada nesse Estado.

¹⁵ Até o momento de escrita dessa dissertação não havia sido terminada a coleta de dados na cidade de Porto Alegre.

fazia parte e que era responsável por ela, assim como ela era responsável por ele. Assim, a porta de entrada para o contato com essas pessoas comumente se dá a partir das próprias pessoas trans. Em Curitiba, tivemos maior acesso às pessoas trans pela parceria que fizemos com o “Transgrupo Marcela Prado¹⁶” e com o Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT). Também conseguimos realizar todas as oficinas lá com o restante da população, com especial ajuda “Grupo Dignidade¹⁷”. Isso nos mostrou a importância da relação entre a Universidade e o Movimento Social, pois foi principalmente a partir dessa relação que tivemos acesso à população LGBT.

Em Porto Alegre, aproximamo-nos do movimento de modo mais amplo, depois do aprendizado em Curitiba. Entramos em contato com o grupo “Somos¹⁸”, com o “Igualdade¹⁹” e com a “Liga Brasileira de Lésbicas (LBL)²⁰”. Esses grupos nos ajudaram a organizar as oficinas, porém novamente tivemos dificuldades em relação à adesão das pessoas, que, mesmo marcando, não compareciam.

Com relação às facilidades, nas conversas com a população, tivemos momentos de grande emoção. Isso nos fez pensar no espaço de cuidado e de abertura que criamos para que essas narrativas viessem à tona, e isso nos incentiva a utilizar essas conversas de modo a devolver a confiança depositada, traduzindo-as em um bom trabalho que traga retornos positivos a essa população.

O processo de recrutamento de participantes foi sendo criado de acordo com nossas possibilidades e necessidades. Fomos até bares e baladas que têm como característica serem

¹⁶ “O Transgrupo Marcela Prado tem como objetivo promover a cidadania, a saúde, educação, segurança pública, cultura, a promoção e defesa dos direitos humanos plena dos (as) travestis e transexuais, combater os estigmas socialmente construídos sobre o tema, bem como construir paradigmas que realmente representem a realidade das e dos travestis e transexuais, especialmente das (os) TPVHA (Travestis e transexuais vivendo com HIV/Aids) do Estado do Paraná – PR”. <http://transgrupotmp.blogspot.com.br/>

¹⁷ “O Grupo Dignidade é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, fundado em 1992 em Curitiba. É pioneiro no estado do Paraná na área da promoção da cidadania LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais)”. <http://www.grupodignidade.org.br/>

¹⁸ “O SOMOS – Comunicação, Saúde e Sexualidade é uma organização não-governamental (ONG) fundada em 10 de dezembro de 2001, situada em Porto Alegre/RS/Brasil, criada a partir da reunião de um grupo de militantes advindos/as das áreas de Luta contra a Aids e do Movimento LGBT local, com a proposta de desenvolver ações sociais com abordagens direcionadas à Comunicação e Saúde. Atualmente, as ações da organização têm foco interdisciplinar atuando nas temáticas de Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Direitos Humanos a partir das áreas de Educação, Saúde, Justiça, Comunicação e Arte, tendo como missão trabalhar por uma cultura de respeito às sexualidades através da educação da sociedade e afirmação de direitos. <http://somos.org.br/>

¹⁹ Associação de Travestis e Transexuais do Rio Grande do Sul. <http://www.aigualdaders.org/>

²⁰ “A Liga Brasileira de Lésbicas é uma expressão do movimento social, de âmbito nacional, que se constitui como espaço autônomo e não institucional de articulação política, anti-capitalista, anti-racista, não lesbofóbica e não homofóbica e de articulação temática de mulheres lésbicas e bissexuais, pela garantia efetiva e cotidiana da livre orientação e expressão afetivo-sexual. É um movimento que se soma a todos os movimentos sociais que lutam e acreditam que um outro mundo é possível”. <http://lbrs.blogspot.com.br/>

destinadas à população LGBT. Acessamos nossas redes e contatos com amigos/as, grupos de militância e núcleos de estudos nas Universidades. Divulgamos por meio de redes sociais e fomos até a parada LGBT de Maringá. Em Curitiba, acessamos os grupos que informamos acima, e os grupos convidaram as pessoas e articularam as oficinas.

4.2.2 Nosso recorte de pesquisa

Das 17 oficinas realizadas, definimos que usaríamos 8 para análise, considerando a quantidade de material. As oito oficinas foram assim distribuídas: 3 de mulheres lésbicas e bissexuais de Maringá, sendo 2 dessas oficinas com 4 participantes e 1 com 8 participantes; 2 de homens *gays* e bissexuais de Maringá, sendo 1 oficina com 9 participantes e a outra com 12 participantes, e 1 de Curitiba com 3 participantes; 2 de pessoas transexuais em Curitiba, uma com 8 e outra com 5 participantes. A distribuição das oficinas estão ilustradas no Quadro 1.

Considerando a programação nacional das oficinas, elas deveriam ter entre 6 e 12 participantes. Entretanto, dadas as dificuldades que encontramos em campo, realizamos as oficinas com a quantidade de pessoas que foram ao encontro depois do convite já feito, salvo quando apenas 1 pessoa compareceu e, então, foi realizada uma entrevista individual. Por isso, tivemos oficinas com menos de 6 pessoas. Ademais, em Curitiba, a pedido dos e das participantes e dos grupos mobilizados em nos ajudar, não fizemos distinção entre travestis, homens trans e mulheres trans, participaram todos e todas da mesma oficina. Acatar esse pedido foi uma forma de respeitar a vontade das pessoas que se dispuseram a participar e também pela necessidade que enxergamos em ouvir as necessidades em saúde dessas pessoas que, dada a quantidade, não conseguiríamos montar uma oficina apenas com elas.

A seguir, quadro com a divisão das oficinas, agrupadas por participantes e com local, data e quantidade de participantes.

Quadro 1 – Distribuição das oficinas

Oficinas	População	Local	Data	Número de participantes	Total de participantes
Apêndice A	Mulheres lésbicas e bissexuais	Maringá	28 de Maio de 2015	4	16
Apêndice B	Mulheres lésbicas e bissexuais	Maringá	24 de Junho de 2015	4	
Apêndice C	Mulheres lésbicas e bissexuais	Maringá	29 de Agosto de 2015	8	
Apêndice D	Homens gays e bissexuais	Maringá	17 de Dezembro de 2014	9	24
Apêndice E	Homens gays e bissexuais	Maringá	24 de Junho de 2015	12	
Apêndice F	Homens gays e bissexuais	Curitiba	26 de Setembro de 2015	3	
Apêndice G	Pessoas transexuais e travestis	Curitiba	28 de Agosto de 2015	8	13
Apêndice H	Pessoas transexuais e travestis	Curitiba	01 de Outubro de 2015	5	
Total					53

Fonte: autoria própria

Das 8 oficinas elencadas para análise, coordenamos 5: 1 de homens *gays* e bissexuais em Maringá, 2 de mulheres lésbicas e bissexuais em Maringá e 2 de pessoas transexuais em Curitiba. As outras 3 (1 de mulheres lésbicas e bissexuais em Maringá, e 2 de homens *gays* e bissexuais, sendo uma em Maringá e, outra, em Curitiba) foram coordenadas por outros (as) pesquisadores (as) de nossa equipe.

As oficinas foram gravadas, transcritas e posteriormente lidas. Como critérios para escolha de quais oficinas, dentre todas as que fizemos, selecionaríamos, optamos pelos seguintes: i) oficinas que nós coordenamos; ii) oficinas que as/os coordenadoras (es) relataram ter histórias que para elas e eles foram impactantes; iii) oficinas de todos os segmentos. Como impactante compreendemos momentos que desencadearam questionamentos, indagações, que mobilizaram sentimentos nas pessoas que participavam da oficina, sobretudo nos/nas coordenadores/as.

A transcrição focou-se, sobretudo, na conversa final, e é dela que retiramos nossos trechos de análise, uma vez que entendemos que o restante da oficina preparou as e os participantes para essa conversa final, e foi nela que apareceram as histórias de atendimentos em saúde. Além disso, nos outros momentos descritos acima da oficina, a transcrição ficou comprometida, pois foram conversas paralelas em que não se conseguiu compreender o que se fala e até mesmo quem fala.

4.3 A análise do material

Tendo como material de análise os dados coletados nas oficinas da pesquisa nacional, nosso objeto de pesquisa desse trabalho foram as relações de saúde e como elas produziram visibilidades e invisibilidades no que se refere à sexualidade da população LGBT. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, orientada por uma visão construcionista social e, de acordo com McNamee (2010), questiona a forma como as verdades são estabelecidas, já que para os construcionistas não existe uma Verdade, com “v” maiúsculo, única e essencial. Gergen e Gergen esclarecem esse ponto:

O construcionismo social nos exige da tarefa de decidir qual tradição, conjunto de valores, religião, quais ideologias políticas ou qual ética é a derradeira, transcendentemente Verdadeira ou Correta. A partir de uma perspectiva construcionista, tudo pode ser válido para um determinado grupo de pessoas, e as ideias construcionistas convidam a um pluralismo radical, ou seja, a uma abertura para múltiplas formas de denominar e avaliar (Gergen & Gergen, 2010. p. 31).

Desse modo, a preocupação se desloca da tentativa de *encontrar* verdades universais que orientam regras, valores e normas para a *criação*, na relação, de modos de viver que proporcionem condições de existência condizentes com as necessidades daqueles grupos.

O discurso científico tradicional sugere que existe uma realidade apartada de nós, e que cabe as/aos cientistas conhecer essa realidade e analisá-la. McNamee (2010) aponta que o foco da/o construcionista social é o processo de comunicação e não de conhecer o mundo real, pois é na relação com o outro que se constroem as realidades relacionais em que vivemos.

Como não pudemos definir o método de coleta de dados, uma vez que este foi definido pela pesquisa nacional, nossa forma de olhar para eles e construir nossa análise se orientou pelo construcionismo social, pois, ao realizarmos a análise do conteúdo das oficinas, consideramos que é o nosso modo de interpretar esses conteúdos e que eles se articulam com processos sociais de construção da realidade que determinam modos de se conceber e se organizar a vida.

Situando essa pesquisa dentro do movimento construcionista, a forma de análise foi ancorada em uma perspectiva de construções de sentidos. Desse modo, para analisar os conteúdos das oficinas, utilizamos o método apresentado por Spink (2004) de produção de sentidos no cotidiano como forma de análise das práticas discursivas. Compreendemos que as práticas discursivas dizem respeito “aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade” (Spink, 2004, p. 45). Elas produzem sentidos no cotidiano e sustentam práticas sociais. Assim, a produção de sentido se trata de um fenômeno sociolinguístico e busca entender tanto as práticas discursivas, quanto os repertórios utilizados nessas produções.

Para essa análise, compreendemos que, nas falas das e dos participantes, são acionados alguns sentidos construídos historicamente por meio dos discursos hegemônicos sobre sexualidade. Essas falas são experiências de pessoas LGBTs em atendimentos em saúde, o que faz com que construam-se sentidos na relação entre profissional e usuária(o), e são esses sentidos que buscaremos investigar nesse trabalho.

Nossa opção por trabalhar com as práticas discursivas se dá pela possibilidade de conhecer de que modo a sexualidade vem sendo construída na rede de saúde, na relação entre a equipe e a população. Essa construção dos diversos sentidos que ela (a sexualidade) pode vir a ter na sociedade se inter-relaciona com as práticas de atendimento em saúde, potencializando-as ou inviabilizando o acesso e proporcionando um cuidado adequado ou não de saúde.

Na análise de nossa pesquisa, buscamos construir eixos temáticos que expressaram produções de sentidos, ou seja, a partir da análise das práticas discursivas (conteúdo das oficinas), foram elencados núcleos de análise que delimitaram o que é feito da relação de cuidado em saúde quando a sexualidade LGBT se torna visível ou quando é invisibilizada. A partir dessas visibilidades e invisibilidades, são construídos sentidos na relação por profissionais e usuárias (os), e observamos que, a partir disso, é criado um contexto de violência.

Nas análises, optamos por manter os recortes de trechos das oficinas, com o intuito de explorar amplamente o conteúdo do material escolhido e pela possibilidade de dialogar com os diferentes conteúdos produzidos nas oficinas.

Para escolha dos trechos, direcionamos nossa leitura a partir das perguntas: i) o que acontece na relação de cuidado em saúde quando a sexualidade LGBT se torna visível? ii)

quais mecanismos de visibilidade e invisibilidade da sexualidade LGBT são produzidos? iii) quais as consequências para o atendimento em saúde?

Como forma de organização das análises, no primeiro eixo, “Sobre as violências que **são nomeadas** como violências”, organizamos trechos que descrevem situações que legalmente e, de acordo com normativas institucionais de atenção à saúde, seriam consideradas como violências.

Já o segundo eixo, “Sobre as violências que **nós nomeamos como violências**”, construímos categorias que expressam momentos que, na relação de cuidado em saúde, são produzidos efeitos de visibilidade ou invisibilidade de aspectos que se relacionam à sexualidade LGBT. Assim, a depender do que é elencado como foco de atenção e cuidado pela (o) profissional, é produzido esse jogo de visibilidade e invisibilidades. Ademais, a população LGBT faz o manejo do que se tornará visível ou não na relação com a equipe de saúde no que se refere a sua sexualidade. Consideramos que esses movimentos de visibilidade e invisibilidade são produtores de violência nessas relações de cuidado, contudo essas violências não são nomeadas como tal nos dispositivos legais e normativos que regulam o exercício profissional no campo da saúde. O que oferecemos, nesse eixo, é uma classificação das operações de visibilidade e invisibilidade da sexualidade LGBT que produzem violências no cuidado.

Por fim, consideramos que, ao fazer pesquisa, construímos interpretações possíveis de uma realidade que também é construída e que está em constante mudança. Desse modo, nossas leituras, embasamentos teóricos e trajetórias pessoais estarão expressas nas análises. Para isso, nos ancoramos no que Gergen afirma a respeito de formulações em ciência que pretendem “descobrir” uma realidade única, independente do observador: “como podem as categorias teóricas ser induzidas ou derivadas da observação, nos perguntamos, se o processo de identificação de atributos observáveis depende, ele próprio, das categorias que já possuímos?” (2009, p. 301).

4.4 Cuidados Éticos

Em relação aos cuidados éticos, além do que já foi descrito acima, a pesquisa teve autorização do comitê de ética, documento no anexo A, e as/aos participantes formalizaram sua participação no estudo por meio de assinatura em termo de consentimento livre e esclarecido (anexo C).

PARTE III:
CONSTRUINDO CATEGORIAS DE VIOLÊNCIA NO
CUIDADO EM SAÚDE

5 SOBRE AS VIOLÊNCIAS NOMEADAS COMO VIOLÊNCIA

Neste eixo, apresentaremos trechos que ilustram momentos marcados por situações de homofobia e sexismo com o intuito de apontar a presença desse tipo de opressão nas ações em saúde, transformando aquilo que deveria ser um contexto de cuidado em propagador de violências.

O que chamamos de violência se refere à violação de leis, normas e parâmetros coletivos que determinam um modo de agir no campo social e profissional.

Anteriormente, apresentamos a Política Nacional de Atendimento à População LGBT e seus objetivos e implicações sociais. Dentre eles, elencamos o combate ao preconceito institucional e à discriminação como norteadores da política e das ações de cuidado em saúde. O que compreendemos como preconceito advém da construção social de um modo de se organizar a vida que exclui aquilo que não se adequa a esse padrão social. Quanto ao gênero e à sexualidade, o preconceito é observado em situações de homofobia e transfobia. Esse modo de regulação orienta nossas relações sociais e organiza, entre outras coisas, o que foi apresentado até agora sobre a construção do cuidado em saúde, como podemos ver no trecho a seguir:

Oficina com mulheres lésbicas e bissexuais

Participante 2: *Hum.. o ano passado eu fui várias vezes ao médico e teve uma situação assim que eu considero horrível, que eu não gostaria que nenhuma pessoa passasse por isso que eu passei. Eu levantei a noite porque eu queria beber água e tinha que passar pelo corredor e nesse corredor tinham duas enfermeiras conversando e falando de tal menina de tal quarto, e eu sabia que era eu porque era o único quarto que tinha naquele corredor... e uma das enfermeiras se negava a me dar remédio e disse: eu não vou, você viu o que ela é? Tipo, me tratando como se eu fosse um bicho. Eu fiquei realmente muito mal no momento, tanto que eu nem fui beber água, fui no banheiro e deitei e fiquei lá. Demorou um tempo e elas vieram me trazer a medicação, a que se negou não veio, realmente, veio a outra e eu não contei pra ninguém, tanto que a primeira pessoa pra quem eu contei foi para a [Participante 3] agora na nossa conversa. E sei lá...*

Coordenadora 1: *A gente fica feliz que você tenha compartilhado isso com a gente. E o que te leva a não compartilhar isso com outras pessoas? Por exemplo, há a possibilidade de fazer uma denúncia disso no hospital que você estava.*

Participante 2: *Quanto a isso teria só eu né, minha mãe estava dormindo, então o que ia adiantar? Ia ser a minha palavra. Já teve situações de eu falar pra minha mãe que algo aconteceu e ela ir perguntar pra pessoa sabe? É a mesma coisa de chamar a polícia e falar que alguém roubou e a pessoa falar que não. Não ia adiantar nada. Eu simplesmente deixei quieto, acho melhor esquecer do que sair contando. (Apêndice A).*

Para ajudar na compreensão desse trecho, cabe uma breve descrição da Participante 2, uma vez que, em nenhum momento do atendimento, sua orientação sexual foi exposta por ela. Ela é uma jovem mulher e se identifica como lésbica. No dia da oficina, ela vestia roupas

largas, calça e camiseta que são habitualmente encontradas nas chamadas “seções de roupas masculinas” das lojas, boné virado para trás e tênis “skatista”. Ela não se encaixava dentro do que, hegemonicamente, espera-se de uma vestimenta feminina. Não temos como saber se, no dia de sua internação, ela também se vestia dessa maneira, porém podemos considerar a possibilidade das descrições normativas de gênero terem agido enquadrando essa menina em uma homossexualidade, uma vez que a prerrogativa de ser vista como mulher é, entre outras coisas, a heterossexualidade.

Essas descrições normativas de gênero direcionam nossos olhares na medida em que assumimos que determinadas características são tipicamente femininas e outras tipicamente masculinas, e à elas relacionamos, necessariamente, um tipo de sexualidade, a heterossexual. Desse modo, a enfermeira, ao pressupor a sexualidade de nossa participante e essa pressuposição ser a da não heterossexualidade, fez com que a participante deixasse de ter o estatuto de pessoa e passou a ser, nas palavras dela, “um bicho”, por não se adequar às normas heterossexuais.

Essas normas são construídas por meio da heterossexualidade compulsória. Esse termo foi cunhado, na década de 80, por duas importantes feministas, Adrienne Rich e Monique Wittig. Por heterossexualidade compulsória, podemos compreender a ligação essencial entre sexo/gênero/desejo. Trata-se da naturalização de uma sexualidade heterossexual, sendo ela o pressuposto normal para qualquer sexualidade e para qualquer modelo de sociedade (Wittig, 1980).

Essa naturalização, de acordo com Wittig, coloca o discurso heterossexual em uma posição hierárquica, onde só é possível falar sobre, viver e compreender a sexualidade por meio da heterossexualidade. Tudo que, de algum modo, coloque essa hierarquia em questão é colocado à parte e visto como diferente, por vezes, como anormal.

A autora pontua ainda que a heterossexualidade se baseia na necessidade da diferença. Paradoxo interessante, pois, para existir e funcionar economicamente, simbolicamente, linguisticamente e politicamente, ela necessita desse conceito. Esse diferente é criado pela norma, ao passo que se torna dominado por ela. Estar em posição ou ser posicionado como diferente pressupõe um modelo regulador dessas diferenças que é a construção do binarismo de gênero.

Essas diferenças, ao construírem hierarquias sexuais, promovem a homofobia que observamos no trecho. Esta situação, no enquadre que esse trabalho produz, é facilmente compreendida como um tipo de violência. Entretanto, faz-se necessário descrever o que se produziu de violência nesse encontro: a recusa em levar a medicação, que diz sobre a negação

de exercer uma atividade profissional e uma recusa em interagir de modo humano e respeitoso com alguém, justificada por uma descrição negativa da diferença.

O trecho nos provoca a pensar de que forma isso seria recebido caso fosse denunciado e como usualmente a população LGBT é silenciada ao denunciar casos como esse. Com relação a isso, Prado e Machado (2008) vão dizer que

Se há um elemento paradoxal no preconceito é que ele nos impede de “ver” o que “não vemos” e “o que é que não vemos”, ou seja, ele atua ocultando razões que justificam determinadas formas de inferiorizações históricas, naturalizadas por seus mecanismos. Em outras palavras, o preconceito nos impede de identificar os limites de nossa própria percepção da realidade. (2008, p. 67).

Ou seja, ao delimitar um modo heterossexual de se conceber a vida, localiza-se o espaço subalterno das outras sexualidades. Assim, não se “vê” tal situação como homofóbica, opressora. Essa relação de subalternidade se naturaliza, não sendo representada como violenta para os agressores, mesmo que deslegitime um modo de vida ou, como no caso ilustrado, incida sobre o atendimento em saúde. Para Borillo (2010), a homofobia consiste em posicionar o outro, o diferente, fora do universo da humanidade. Trata-se do medo de que outras identidades sejam reconhecidas e, com isso, as fronteiras que demarcam privilégios, normalidades e hierarquias entre as sexualidades desapareçam.

Uma dessas fronteiras diz de qual relação será reconhecida ou não como relação. Temos um exemplo no trecho a seguir:

Oficina com mulheres lésbicas e bissexuais

Participante 4: *no meu caso a situação foi mais de desrespeito mesmo, não no atendimento, o atendimento eu fui pro [nome] eu precisava, eu sofri uma intoxicação com água sanitária, e aí eu fui atendida tranquilamente, porque não perguntaram também sobre questão sexual e aí eu precisava de alguém para ir embora, aí eu liguei para a minha namorada que era a única pessoa que estaria disponível para me buscar, porque eu estava dopada de remédio, não tinha nem como dirigir. E aí no momento que ela chegou na recepção, afobada e falou: eu sou a namorada da [nome] aí eles não quiseram deixar ela entrar. Como assim você é namorada dela? Sabe aquela típica atendente de recepção que quer te deixar constrangida, quer causar, quer fazer pergunta não porque é pro atendimento, mas por curiosidade e parece que é por pirraça assim. Não, então você não pode entrar, não pode ser namorada tem que ser alguém responsável. Ela, não, mas eu sou responsável por ela. E aí ela teve que bater boca e tal, depois que deixaram ela entrar, acho que escutaram da recepção esse murmúrio assim e a hora que ela foi me buscar já olharam pra gente assim de maneira, eu achei muito constrangedor assim, não precisava daquilo. Então acho que foi isso mais, um desrespeito da pessoa não saber se portar diante da situação. Você é namorada dela? Então ok, ela está em tal e tal lugar, simples né? Natural não? Agora não, quer criar uma bola de neve onde não precisava. (Apêndice B).*

Nesse exemplo, a participante pediu para que sua namorada a buscasse no hospital. Ela já havia sido atendida e precisava de alguém que a levasse embora. Ao anunciar na recepção quem era, a namorada de nossa participante não pôde entrar e nem levá-la embora. Talvez uma questão importante a ser feita é se isso aconteceria se fosse um namorado. A relação deles seria deslegitimada como foi?

Devido à heterossexualidade compulsória, espera-se que todos sejam heterossexuais. Aos heterossexuais, é reservada a possibilidade de terem um relacionamento e somente a eles. Isso é a heteronormatividade. Esse conceito, como já apontado, traz, em sua lógica, a exigência de um modo heterossexual de organização da vida. Esse modo pressupõe o binarismo de gênero e está alinhado ao sistema sexo/gênero/desejo. Ou seja, não só a heterossexualidade é naturalizada como padrão social (tal como define o conceito de heterossexualidade compulsória), mas a ela são associadas formas coerentes de organização e de distribuição de privilégios sociais. O relacionamento entre homem e mulher, necessariamente, é uma delas. Assim, uma relação entre pessoas do sexo oposto não serão deslegitimadas socialmente, ao passo que uma relação homossexual tem grandes chances de não ser compreendida como relação. Essa falta de legitimidade fica evidente na dificuldade que casais homossexuais têm para serem reconhecidos como família ou para a união civil.

A heteronormatividade arquiteta um modelo de vida pautado na heterossexualidade, e esse modelo é estendido às demais sexualidades. Assim, homossexuais, para serem aceitos, buscam se adequar aos padrões de monogamia e de gênero que ela estabelece. Trata-se de uma tentativa de aproximação das normas. Ou seja, o ideal são as formas de vida tal qual as heterossexuais.

Portanto, nessa situação, a violência se deu pelo não respeito ao direito legal de se ter uma acompanhante, mesmo na situação de acompanhá-la apenas para ir embora do hospital.

No trecho que apresentamos, a relação das duas mulheres parece não ter sido vista como legítima. Como já apontado, esse privilégio hetero, ao criar uma relação de subalternidade com outras sexualidades, legitima a homofobia, acarretando situações de violência que podem ter diferentes consequências, desde a recusa ao atendimento, como visto no primeiro trecho, até o constrangimento público e a situação de vulnerabilidade que a ausência da namorada naquela circunstância pode ter causado.

As descrições normativas de gênero que compõem a heteronormatividade circunscrevem modos de ser homem e mulher. Fugir dessa prescrição posiciona a pessoa em um lugar que é visto como não coerente, errado. Por exemplo, nesses trechos:

Oficinas com homens gays e bissexuais

Participante 2: *Sobre o médico, acho que tem que se falar e mesmo você não falando ele já pressupõe alguma coisa e já faz algum comentário. Uma vez que eu fui ao médico também, por causa da sinusite, eu tive que tirar a camisa e quando a médica viu que eu sou depilado aqui assim ela falou: “mas você é depilado? Isso é coisa de mulher”. Então, mesmo assim ele já incute algum comentário homofóbico, mesmo sem você falar, imagina se falar. Não é uma coisa geral, já vi profissionais que te atendem bem assim, independente se você tem a cara de gay ou não, mas acontece. (Apêndice F).*

Participante 1: *[...] Ainda mais se ver que você é homossexual ainda... Entendeu? Eu tenho pavor de injeção. Um enfermeiro me disse uma vez que isso aí é coisa de menina ficar com medo de agulha. Eu falei pra ele assim que: olha só, se isso é coisa de menina ou não é da minha vida, você tá aqui e tá sendo pago pra fazer o seu serviço e na hora que for minha vontade eu vou deixar você colocar a agulha em mim e eu não vou deixar você colocar a agulha em mim mais, não vou tomar mais a medicação, porque você não tem que falar essas palavras pra mim. Peguei e sai do hospital. (Apêndice F).*

No primeiro trecho, o Participante 2 disse não ter dito sobre sua sexualidade, entretanto, pelo fato de se depilar, teve sua masculinidade contestada. O mesmo aconteceu com o Participante 1, que, por ter medo de agulha, foi associado a uma mulher.

Hegemonicamente, à identidade feminina é atribuída a fraqueza e a sensibilidade, assim como a depilação é uma prática comum entre as mulheres, uma vez que à masculinidade são reservados os pelos, a agressividade e a bravura.

Essas associações que compõem as descrições normativas de gênero são construídas por aquilo que Butler (2003) chama de performatividade. Para ela, o gênero é a constante estilização do corpo a partir da repetição de atos inseridos em um quadro altamente rígido e regulatório que se cristaliza ao longo do tempo, produzindo a ideia de uma substância, uma maneira natural de ser. Ou seja, o gênero se configura *como* uma performance.

Butler, ao afirmar a performatividade do gênero, insinua que ele é um ato que faz existir aquilo que nomeia. O sexo, por exemplo, socialmente é dado *a priori* – tem pênis, é menino –, o que a autora argumentará é que o sexo, assim como o corpo, não é anterior à linguagem que o compõe. Desse modo, ao nomear esse corpo como um menino, *está se estabelecendo que aquilo é um menino*, e não constatando um fato, como costumeiramente se pensa. É nesse sentido que se repetem os atos, gestos e signos de que fala a performatividade. Ainda quanto a isso, Butler diz que

Os limites da análise discursiva do gênero pressupõem e definem por antecipação as possibilidades das configurações imagináveis e realizáveis do gênero na cultura. Isso não quer dizer que toda e qualquer possibilidade de gênero seja facultada, mas que as fronteiras analíticas sugerem os limites de uma experiência discursivamente condicionada [. . .]. Assim,

a coerção é introduzida naquilo que a linguagem constitui como o domínio imaginável do gênero (Butler, 2003, p. 28).

A performatividade do gênero está condicionada ao que, socialmente, é existente e está atrelada a uma norma do que é desejável como performance àquele gênero (masculino ou feminino). Assim, a repetição das normas de gênero é a ritualização de sua legitimação.

Os dois trechos ilustram momentos que demarcam o rompimento das fronteiras performativas do gênero. Isso causa estranhamento e surpresa, o que deve ser corrigida dentro da normativa. Logo, ter características ligadas ao feminino torna alguém, automaticamente, menos homem.

Outra questão importante de pensar o binarismo de gênero é o lugar que o homem e a mulher ocupam nesse jogo. Os atributos que constroem o feminino são ligados à fraqueza, como já dito. No trecho, ter medo de agulha é coisa de mulher. A mulher é alguém que tem medo, o homem não. Essa construção legitima a submissão da mulher socialmente e a sua condição de vulnerável, ao passo que, ao homem, não é dada a possibilidade de ser sensível e sequer sentir medo. A feminilidade e a masculinidade se constroem a partir da oposição, da diferenciação e isso cria uma hierarquização baseada na naturalização dessa perspectiva em bases biologizantes e essencialistas.

Ainda sobre Butler, a originalidade de suas contribuições está em afirmar que, ao contrário do que parece lógico e intuitivo, a divisão binária de gêneros não precede a heterossexualidade, mas é uma consequência dela. Para a autora, é justamente porque operamos culturalmente, a partir de uma matriz de inteligibilidade heterossexual, que precisamos produzir uma cisão binária que conforma corpos e lugares sociais entendidos como complementares e correspondentes. Nas palavras da autora, “a instituição de uma heterossexualidade compulsória e naturalizada exige e regula o gênero como uma relação binária em que o termo masculino diferencia-se do termo feminino, realizando-se essa diferenciação por meio das práticas do desejo heterossexual” (Butler, 2003, p. 45).

Assim, a não heterossexualidade nos parece estar ligada a não adequação das normativas de gênero ou, ainda, não ser heterossexual faz com que, por exemplo, homens *gays* não sejam vistos como “homens de verdade”. A violência expressa nessas duas situações é o julgamento, em tom de reprovação, que incidiu sobre esses homens. De acordo com a própria Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, é orientado que o atendimento seja livre de preconceito por gênero ou orientação sexual e nos parece correto afirmar que esse atendimento se pautou nas normativas sociais de

gênero sexistas e explicitamente preconceituosas. Ademais, na lei nº 8080, Art. 7º, inciso IV, tem-se a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Podemos concluir, portanto, que a mulher de nosso primeiro trecho, que teve atendimento negado por parte de uma enfermeira, a usuária que estava no hospital e foi impedida, em um primeiro momento, de ter uma acompanhante e os dois homens que tiveram seu medo e sua escolha estética questionadas e ironizadas, tiveram seu direito à igualdade de assistência ferido.

Essa lógica incide também sobre pessoas transexuais e travestis, ao passo que elas não se inserem na lógica sexo/gênero/desejo. Desse modo, suas identidades como homem e mulher são negadas. Por exemplo,

Oficinas com transexuais e travestis

Participante 4: *acho que isso do nome social a gente sente muito mais lá no hospital [nome] a falta de respeito a gente sente muito mais lá, as pessoas não estão tão capacitadas, elas não querem saber. Você fala para eles que esse é meu nome e eles falam não eu não posso mudar, como se a gente fosse burra e precisasse ficar explicando “eu sei que meu nome de registro não pode mudar, só tô pedindo que anexe ao lado”. “Não tem jeito, porque eu não posso mudar esse nome que tá aqui”. Eu passei por isso e foi isso que aconteceu, eu fui lá e foi assim. Nas outras unidades de saúde eu não tenho queixa por não ter tido o direito de usar o meu nome, claro, como eu disse, tem atendentes e atendentes, um me tratou bem e outro me tratou mal e eles tiveram as capacitações juntos. Outra coisa, quando não tem atendente no momento eles colocam o guarda municipal e aí você vai pro atendimento e tem o guarda municipal, ele nem sabe como funciona o sistema de direito. Você espera pela atendente e ela não vem e ele fala que vai fazer seu cadastro. Aí você fala, mas o meu nome é tal e ele fala: não pode, isso aqui não é o que tá na sua identidade. Ainda pra ajudar ele: mas na sua identidade não tá aqui João Pinto sei lá o quê? Isso daí... maior constrangimento (Apêndice G).*

Participante 5: *Isso gera um constrangimento, isso aconteceu comigo quando eu fiz a minha carteirinha do hospital e eu falei pro rapaz, eu disse olha, eu não chamo [nome] e ele disse sim, mas eu vou usar o seu nome que está no seu RG, e eu disse sem problema nenhum, basta você colocar entre parênteses o meu nome que pra mim não vai me gerar nenhum constrangimento, desde que você me trate com respeito nós não vamos ter nenhum tipo de problema. Durante quatro consultas, tudo bem, me chamaram de [nome], e pra quem conhece o posto aquilo ali é uma loucura, e em uma dessas consultas, uma das recepcionista, porque lá eles gritam o nome das pessoas, é muita gente, eu até entendo só que aí ela pegou a minha ficha, eu estava sentada naquela multidão toda e aí ela chamou [nome de registro], [nome de registro] e continuou [nome] nome social... Que profissional é essa? (Apêndice G).*

Participante 4: *até no particular. Eu tive que ir numa clínica fazer um check up em um dente aí eu tive que ir até lá e eles tiveram que fazer uma auditoria nesse dente porque parece que tinha ido duas guias... quando eu cheguei lá a atendente estava anotando meu nome civil e eu falei pra ela que é uma... eu entrei, ela me chamou pelo meu nome civil, eu entrei e falei olha, aí não tem nenhum lugar que meu nome é [nome social]? Porque eu prefiro ser chamada por [nome social], mas eu falei de boa. E ela falou bem assim, olha, no papel seu nome tá [nome*

de registro] e eu vou chamar por esse nome. Ai eu falei assim, mas você sabe que dentro da área da saúde, nós temos esse direito, você precisa se informar. (Apêndice H).

Participante 1: *aconteceu uma vez que eu fui em uma unidade de saúde, eu falei que meu nome é esse aqui e eu gostaria de ser chamado por esse nome né, daí a moça falou assim: eu não vou te chamar por esse nome não, eu não tenho culpa que você saiu da sua caixinha agora. Caixinha, eu fiquei tipo assim, caixinha? Eu fiquei... bem preconceituoso. Eu não fiz o meu exame e fui embora. (Apêndice H).*

Os trechos acima são de situações onde pessoas transexuais e travestis tiveram seu direito ao nome social negado nos locais de atendimento em saúde.

No dia 13 de Agosto de 2009, foi instituída a Portaria nº 1.820, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários(as) da saúde. Nessa portaria, temos o seguinte artigo:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I- identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas. (*Portaria nº 1820, 2009*).

Ele garante, portanto, o direito ao uso do nome social nos serviços de saúde e a possibilidade da(o) usuária(o) ser tratada(o) pelo nome que preferir. Desse modo, não acatar essa portaria acarreta não apenas na violação dos direitos dessa população, mas também na propagação da violência transfóbica. A partir de uma norma que já foi mencionada, o binarismo de gênero opera na classificação do que pode ou não ser nomeado como homem e mulher, assim, essas pessoas, ao colocarem essas normas em xeque, obrigam as e os profissionais a olharem para as normas que produzem essas diferenças e o resultado, em muitos momentos, tem sido a negação da possibilidade dessa população ser vista portadora de direitos.

Essas violências nos parecem mais visíveis como violências, uma vez que estão inseridas em uma estrutura que já as consideram como opressão, seja na negação de atendimento a uma pessoa que é homossexual; na impossibilidade de considerar uma relação entre duas mulheres trazendo, como consequência, a exposição e negligência de cuidados; na nítida imposição das normas de gênero que promovem o julgamento não só estético, mas de modelos ideais de comportamento masculino, impedindo-os de alargar e transformar essas

descrições normativas; e na recusa dos direitos às pessoas transexuais, invalidando, assim, um direito já garantido no sentido político e legal.

6 SOBRE AS VIOLÊNCIAS QUE NOMEAMOS COMO VIOLÊNCIAS

Neste eixo, as categorias descrevem momentos em que a relação de cuidado com a população LGBT produz focos de atenção, tendo, como resultado, a visibilidade de alguns aspectos de sua sexualidade e invisibilidade de outros, o que resulta em violências. É feito também o manejo da visibilidade da sexualidade, pela população LGBT, com o intuito de deixá-la visível ou invisível para evitar situações de violência.

Assim, como já descrito, esse eixo contempla momentos que, para nós, foram violentos com as e os usuárias (os) LGBTs. Estamos chamando de violência situações que constroem direitos de acesso à saúde por parte dessas pessoas; que colocam as sexualidades LGBTs em posição de submissão em relação a sexualidade heterossexual e cis, o que provoca o acionamento de normativas na tentativa de corrigir a “surpresa” que aquele atendimento provocou; que apagam e deslegitimam a sexualidade LGBT em atendimento; que supervisibilizam a sexualidade LGBT a partir de um viés que associa a sexualidade LGBT a estigmas sociais, tornando os atendimentos enviesados e não atendendo às necessidades em saúde; que constroem um lugar para a/o profissional da saúde de não olhar, não escutar, não compreender e não buscar compreender as necessidades em saúde dessa população e os determinantes sociais do processo saúde-doença, lugar este que coloca as e os usuárias (os) como passivos diante do especialismo das e dos profissionais.

6.1 Sobreposições

Chamamos este item de “Sobreposições” por entendermos que a sexualidade, ao se tornar visível, hipervisibiliza aspectos relacionados a essa sexualidade que passam a se sobrepor às outras características da (o) usuária (o) e, com isso, invisibiliza outras necessidades em saúde, trazendo consequências para a produção do cuidado em saúde.

As histórias, aqui presentes, ilustram momentos em que a homossexualidade ou a transexualidade/travestilidade aparecem na situação de atendimento, geralmente, porque o/a própria (o) usuária (o) se apresenta assim. O que é feito dessa visibilidade de uma sexualidade não heterossexual e/ou cisgênera pelas (os) profissionais de saúde? O que é que se torna visível e o que isso invisibiliza?

6.1.1 A homossexualidade e as DSTs

Nos atendimentos em saúde, a partir das oficinas realizadas, notamos a associação entre a homossexualidade masculina e DSTs. Os gays são vistos como portadores em potencial do vírus, por exemplo, nesse trecho:

Oficina com homens gays e bissexuais

Participante 5: *Eu já falo e vi profissional que depois que me atendeu sair lavando a mão. Eu já ouvi profissional dizendo que “atendi um viado, se tivesse me furado eu tava ‘fodido” (Apêndice D).*

Ainda, com o mesmo usuário,

Participante 5: *A o problema de procurar uma vaga pra saúde é.. não julgando os que estão, acho que se você tá com dor você tá com alguma doença transmissível, se você tá com febre você tá com alguma doença transmissível, com uma conjuntivite.. Tudo é relacionado, tudo que você passa para ele que você tem ele vai e joga que você tá assim porque deve ter contraído alguma doença sexualmente transmissível e você é promíscuo. Se você tá doente é porque você é promíscuo. [...]Essa é uma das grandes dificuldades que eu vejo, quando você chega lá e fala o que você tem a primeira coisa que vão achar é que vão julgar você como promíscuo e todo e qualquer tipo de sintoma que você tiver, tudo é relativo a essas duas coisas. Tenho caso na família da pessoa ser muito saudável e chega pra consultar, fala que tá com uma dor e quando fala que é gay ele fala: ah é gay? Vai pedir um HIV e hepatite, como no meu caso que tava com pneumonia [...] A o médico olhou e falou que ah é batata vamos fazer só pra comprovar, por causa dos sintomas, pediu hepatite e HIV. Ai voltei, dai.. fui no plano de saúde e o resultado saía em cinco dias, fiz lá e não deu nada, ai eu voltei lá a noite, o médico consultou o pulmão e tudo, ai foi lá e fez um raio-x ai ele viu que era pneumonia (Apêndice D).*

Ele chegou para atendimento e, a partir disso, foram pedidos exames de HIV e Hepatite. Apenas após esses exames resultarem negativos, foi feito o Raio-X que constatou a pneumonia. Esse outro usuário nos conta uma experiência em que foi ao médico acompanhado de seu marido,

Oficina com homens gays e bissexuais

Participante 8: *ok. No final, acho que no meio do ano passado acordei pela manhã e fui ao banheiro e tinha uma secreção não tranquila no meu pênis, eu era casado, a gente tinha uma relação... [risos], eu era casado, tinha uma relação monogâmica e depois que nós fizemos vários testes decidimos não usar mais preservativo, usar aquilo é chato, eu confesso, é necessário, mas é chato. Então relação monogâmica, preservativo, viva todo mundo. E a gente sabe, por favor né, um pênis no ânus né, a gente não vai ser besta de que não vai se contaminar com bactérias, coliformes fecais, e batatinha quando nasce... fui para ser atendido no [unidade de saúde] por conta do [plano de saúde], num sábado, num domingo à tarde, meu esposo na época levou e o médico... cheguei, expliquei para ele a situação, ele não se levantou, ficou do outro lado da mesa, falou “isso é uma doença venérea, você sabe o que é*

isso?” eu falei “sei o que é uma doença venérea”, “isso é gonorreia”, mas, assim? Sem tocar, sem olhar, sem cheirar né? Que médico fantástico, falou “isso é gonorreia você e seu parceiro vão ter que tomar medicamento”, e passou, eu falei “mas não”, “tá aqui”, beleza, foi uma odisseia, ele passou um medicamento que ele não explicava na receita que tinha que ser fracionado e a ampola era vendida o dobro da dosagem que ele queria que nós tomássemos, nenhuma farmácia aceitou fracionar porque não estava na merda da receita, tivemos que voltar para Sarandi, falamos “oh, fulano você não pediu para fracionar, o farmacêutico não vai fazer isso sem estar na receita, aí ele pegou a receita, colocou na parede e rasurou e entrou no consultório, eu esperei outro paciente sair, bati e falei “fulano, você acha que algum farmacêutico vai fracionar uma receita rasurada? Eu penso que não”, aí ele olhou pra minha cara, fez outra receita, explicando que tinha que fracionar e a gente foi ser feliz e tomar aquele bando de antibióticos e sei lá mais o que. Mas é, é essa ideia de que nós, com esses estigmas todo, homossexuais, gays e afins e não afins e não binários, sei lá o que, já carregamos doenças né, ele não olhou, ele não viu, não pediu exames e já inferiu que era gonorreia, uma doença venérea. Não passou pela cabeça dele que simplesmente poderia ter sido uma contaminação por conta de uma relação sem preservativo, é um despreparo, precisa de preparo (Apêndice E).

O rapaz, tendo uma secreção em seu pênis, procurou o médico e informou o ocorrido. De acordo com ele, o médico não olhou e não avaliou a genitália e não considerou a possibilidade de ser uma infecção outra, a não ser DST. Como o médico sabia o que era sem nem olhar? No relato, não ficou nítido se aquilo era ou não uma DST, o participante não nos contou sobre o desfecho de sua história, se o tratamento para gonorreia funcionou ou não, mas a associação entre *gays* e DSTs se tornou visível. Nessa situação, o foco da atenção é a pressuposição de que homens *gays* são portadores de DSTs.

Isso demarca um lugar para essas pessoas dentro do jogo da normatização. Esse lugar é contrário às normas, portanto marginal. Esses homens são alocados em uma posição que lhes tira a possibilidade de falar sobre si e sobre suas práticas de vida, uma vez que elas já são pressupostas dentro desse dispositivo. Foucault (2015) talvez olhasse para essa produção e apontaria as relações de poder presentes entre o que ele chamou de dispositivo de aliança e dispositivo da sexualidade.

O dispositivo de aliança, para Foucault, é assentado, sobretudo, na família e nas leis de proibição (incesto, adultério, divórcio), ele se relaciona com o princípio do “cresci e multiplicai-vos”, o que está intimamente ligado com a percepção de uma sexualidade livre de doenças. Já o dispositivo da sexualidade, que atua em conjunto com o de aliança, atravessa de outros modos a sexualidade, visando o controle dos prazeres, as sensações do corpo, ou seja, onde se pode ou não obter prazer, *com quem* se pode ou não.

Por força do instituído cultural, somos levados a conceber algumas formas de vida como mais aceitáveis que outras, dentre elas, a heterossexualidade como o modelo ideal em detrimento de outras sexualidades possíveis. Esse padrão constitui o que já chamamos

heteronormatividade. A heteronormatividade conclama aos relacionamentos, heterossexuais e homossexuais, a adequação a algumas características, quais sejam: monogamia, construção de uma unidade familiar e o distanciamento de qualquer atributo dito do gênero oposto.

É esta heteronormatividade que produz, em profissionais de saúde, a pressuposição da heterossexualidade das pessoas. Devido a essa pressuposição, a enunciação de uma sexualidade que não cumpre a linearidade do sistema sexo/gênero/desejo (como, por exemplo, as sexualidades *gay*, lésbica ou trans) introduz um elemento de surpresa. Essa surpresa pode ser entendida como o “sair do armário” para *gays*, lésbicas e bissexuais e a quebra da ideia estável do gênero como efeito de um sexo biológico, feito pelas pessoas trans.

Ao fazer isso, *gays*, lésbicas, bissexuais e transexuais/travestis exigem de profissionais de saúde uma reestruturação dessas normas sexuais e de gênero. Entretanto, o que ocorre é uma tentativa de corrigir essa dissonância dentro de um sistema bastante sedimentado. Esse momento do atendimento é interessante, pois, por ameaçar o rompimento de um sistema de crenças e de regulação, demanda o acionamento do sistema fazendo-o agir com força, ou seja, sem os seus disfarces habituais. No caso de usuários que se apresentam como *gays* dentro de uma relação de cuidado em saúde, as normas que serão acionadas para regular a produção do cuidado farão referência tanto às descrições socialmente hegemônicas do que é “ser *gay*”, quanto do que é “ser homem”.

Recorrendo ao que se tem disponível no imaginário social em relação às performances de gênero masculinas e a sexualidade homossexual, opera-se pela mesma lógica reguladora, onde homens são seres sexualmente ativos e impossibilitados de constituir relações monogâmicas, de cuidado com o corpo e de prevenção de doenças. No que diz respeito à homossexualidade masculina, a população *gay*, na década de 80, sofreu com a epidemia da AIDS, como vimos. A essa população ficou a marca da doença e de práticas sexuais promíscuas.

Ao considerar a hierarquização sexual mencionada, onde a heterossexualidade é hierarquicamente superior à homossexualidade, não se reconhece a atuação dessas forças como potencialmente opressoras, uma vez que são legitimadas pelo próprio sistema que as produz. Naturaliza-se a ideia de que *gays* são essencialmente promíscuos e, com isso, tudo que a pessoa é passa a ser resumido à sua homossexualidade.

Portanto, a partir do saber hegemônico que entende o homem como sexualmente ativo e pouco cuidadoso com a sua saúde e o *gay* como promíscuo, a homossexualidade masculina produz, no olhar de profissionais, a vinculação às DSTs. São essas normativas sociais que visibilizam a associação entre *gays* e DSTs. O que é visto torna invisível outras necessidades

de saúde, como a pneumonia do participante 5 e a secreção na genitália do participante 8, por exemplo, e dificulta o estabelecimento de vínculo e confiança na relação de cuidado.

Outro efeito é a reiteração institucionalizada de normativas de gênero, práticas discriminatórias e estigmatizantes que afastam a população *gay* da procura por atendimento e mantém a rigidez dos olhares e dos cuidados com foco nos tratamentos de DSTs, como, por exemplo, nesse trecho:

Oficina com homens *gays* e bissexuais

Participante 3: [...] me impactou porque sendo público LGBT é uma coisa que eu não quero pra mim, se eu tiver um problema eu não quero trazer que eu faça parte desse público, pra não ser encaminhado diretamente pra DST.

Coordenadora: é essa a imagem que você tem: que a medicina encaminharia imediatamente para serviços que cuidam de DST?

Participante 3: Isso, isso. (Apêndice F).

Assim, consideramos que a heterossexualidade compulsória, ao construir padrões femininos e masculinos, institui o que é pertencente a cada gênero. Ao homem, é reservada a ideia de intensa atividade sexual e, atrelando a isso a heteronormatividade, para a população *gay* recai o estigma das DSTs. Essa hipervisibilidade das DSTs sobrepõe as outras possibilidades de cuidado e outras características que compõem a integralidade daquela pessoa, uma vez que se elencam as práticas sexuais como foco do cuidado ou, talvez, as doenças já pressupostas dessa prática.

Corroborando com o que viemos afirmando durante o trabalho de diversas maneiras – de que algumas construções identitárias de gênero e de orientação sexual implicam em vulnerabilidade social para o indivíduo ou o grupo – isso se exemplifica nas manifestações de estigma e discriminação que ilustramos.

Nesse sentido, como Goffman (2008) aponta, o estigma é a referência a um atributo pessoal depreciativo e se relaciona com aquilo que a sociedade tem construído como normal e aceitável. Goffman divide as pessoas estigmatizadas em duas categorias: o desacreditado e o desacreditável. O primeiro tem seu estigma visível, ao passo que o segundo possui um estigma que não está imediatamente visível. Assim, a pessoa estigmatizada pode manipular as informações a respeito de seu estigma, aquilo que o autor chamou de “encobrimento”.

Para Seffner e Terra (2010), a dissimulação e o encobrimento podem proteger os indivíduos de agressões. Podemos relacionar isso com o que já foi visto da relação entre pessoas homossexuais e o armário. Manter-se dentro dele pode proteger pessoas de situações de violência e discriminação. No caso do atendimento em saúde de homens *gays*, quando

estes assumem sua sexualidade (ou ela é assumida por outra pessoa), a eles se liga o estigma criado ao redor da homossexualidade que a liga às DSTs.

Compreendendo o que temos chamado de vulnerabilidade como algo produzido na relação, ela não está de modo essencial ligada ao corpo do homem *gay*, mas nas relações sociais que constroem essas vidas como vidas que não importam.

Seffner e Parker (2016) analisam a resposta brasileira contemporânea de combate à Aids e como a vulnerabilidade em relação à doença é vista atualmente. Para os autores, atualmente, as políticas públicas brasileiras em saúde lidam com a epidemia da Aids em uma tensão entre o fazer viver – que é a ampliação da oferta de exames e da medicação antirretroviral – e o deixar morrer – que diz do reforço das situações de estigma e discriminação às populações vulneráveis.

De acordo com os autores, tem-se a noção de que transgredir a norma implica em aumentar a vulnerabilidade pessoal e cita, como exemplo, os homossexuais que vivem uma vida que afronta as normas. Entretanto, em Seffner e Parker (2016), as estatísticas da Aids apontam que a infecção tem aumentado na população heterossexual, sobretudo em mulheres casadas, fiéis a seus maridos e com a vida conformada à norma. Ou seja, pessoas que se alinham às normas também experimentam a vulnerabilidade às DST.

Ainda, para os autores,

Campanhas que mostram apenas que tal ou qual grupo deve se prevenir do HIV operam com um conceito essencialista da vulnerabilidade, e reforçam a separação entre o nós e os outros. Não se trata apenas de reconhecer que existe o outro, ele tem de estar vinculado a um projeto político de sociedade em que eu me deixo contaminar por este outro. Grande número de ações em Aids perderam esta noção de projeto político, e associamos isso a um dos efeitos do tratamento, que individualiza as abordagens, não necessita e nem deseja lidar com sujeitos coletivos ou movimentos sociais. A medicalização convive muito bem com a individualização: com o indivíduo isolado, que é sempre um outro (Seffner & Parker, 2016, p. 301).

Ao essencializar a vulnerabilidade, não levando em conta que ela é algo social, acionam-se os estigmas e os preconceitos para legitimar qual grupo será o alvo das ações. O que Seffner tenta fazer é trazer a prevenção e o tratamento da Aids para um “*nós*”, que considera a vulnerabilidade à doença como algo que compõe todas as relações, pois a Aids é um problema não só de saúde, mas político também. Para isso, ele nos chama atenção para o conceito de solidariedade que orientou as campanhas de combate a Aids no início de sua epidemia, que trata do aumento de nossa sensibilidade à dor e à humilhação de tipos não familiares de pessoas, pois acredita-se que, com essa maior sensibilidade, torna-se mais difícil marginalizar pessoas diferentes de nós.

6.1.2 Homens gays e bissexuais e a doação de sangue

A associação da homossexualidade masculina com DSTs e HIV ressoa no cerceamento de possibilidades para essa população. Falamos sobre a impossibilidade de homens gays e mulheres que se relacionam com homens que fazem sexo com outros homens de doarem sangue.

Oficinas com homens gays e bissexuais

Participante 7: *A questão que tinham falado do banco de sangues para doar sangue, as pessoas em questão de ser gay ou lésbica. Eu fui esses tempos atrás doar sangue, o pai de um amigo meu estava precisando de doador de sangue e o mesmo sangue dele era o meu, eles não aceitaram, por eu ser gay. (Apêndice D).*

Participante 4: *É que é grupo de risco né, eles falam. (Apêndice D).*

Participante 5: *Nós somos tachados todos promíscuos, independente o tipo de relação que você tem. Heterossexuais, homens e mulheres, podem fazer o que quiser, ficar com quem quiser, o gay, pode ser casado, fiel, vai ser sempre tachado de promíscuo e portador de alguma doença. (Apêndice D).*

Participante 5: *Eu já passei pela situação dele daí aqui em Maringá, daí eu acho importante falar né. Uma mãe de uma amiga precisava de sangue e o meu tipo era correspondente ao dela e foi pro questionário e daí eu não me lembro, queria até saber de vocês como isso é hoje, ou o que a gente avançou em termos de lei, é, pra tipo, foi assim, eu não lembro se ela perguntou dos parceiros antes ou se ela já perguntou da orientação sexual, mas, no momento que ela já perguntou, automaticamente eu já fui, digamos assim, eliminado de fazer, né, então assim, eu não lembro, enfim, se foi antes ou depois de eu falar dos parceiros, mas o fato, se isso continua hoje, de a gente dizer que é gay, que a lei ainda é... até a médica ela foi muito gentil de explicar, de ela colocar “olha, é, eu estou subordinada a legislação, eu não posso fazer isso” (Apêndice E).*

Nesses trechos, homossexuais são impedidos de doarem sangue por causa de sua sexualidade. Isso advém da Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013:

§ 3º Os serviços de hemoterapia promoverão a melhoria da atenção e acolhimento aos candidatos à doação, realizando a triagem clínica com vistas à segurança do receptor, porém com isenção de manifestações de juízo de valor, preconceito e discriminação por orientação sexual, identidade de gênero, hábitos de vida, atividade profissional, condição socioeconômica, cor ou etnia, dentre outras, sem prejuízo à segurança do receptor. (Portaria nº 2.712, 2013).

Ainda, na mesma portaria,

Art. 64. Considerar-se-á **inapto temporário por 12 (doze) meses** o candidato que tenha sido exposto a qualquer uma das situações abaixo:

I - que tenha feito sexo em troca de dinheiro ou de drogas ou seus respectivos parceiros sexuais;

II - que tenha feito sexo com um ou mais parceiros ocasionais ou desconhecidos ou seus respectivos parceiros sexuais;

III - que tenha sido vítima de violência sexual ou seus respectivos parceiros sexuais;
IV - **homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais destes.** (Portaria nº 2.712, 2013, destaques nossos).

Não importa se você é *gay*, casado há mais de 20 anos, só tem relações sexuais com o seu companheiro e vocês usam preservativo. Você é *gay*, logo, inapto para doar sangue. Salvo exceções, que são aquelas pessoas que são *gays*, porém não mantiveram relações sexuais pelo período de 12 meses.

O que parece estar em evidência não é a qualidade ou quantidade de parceiros sexuais, mas o fato de serem dois homens. A explicação reside da ideia de que os *gays* constituíam o chamado “grupo de risco” por serem a população mais afetada e suas práticas estarem entre as mais vulneráveis. Entretanto, na página do Portal da Saúde²¹, do Governo Federal, é dito que não existe mais essa diferenciação entre grupos de risco e não risco, mas fala-se em *comportamento de risco*. Nessa mesma página, questiona-se o que vem a ser um “comportamento de risco”: “Relação sexual (homo ou heterossexual) com pessoa infectada sem o uso de preservativos; compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente, no uso de drogas injetáveis; reutilização de objetos perfurocortantes com presença de sangue ou fluidos contaminados pelo HIV”.²²

Portanto, os motivos pelos quais impedem homossexuais masculinos de doarem sangue são constituídos, ainda, do estigma e do preconceito ao redor dos *gays* e de suas práticas, sendo presumidas como promíscuas e não-seguras, e eles continuam sendo vistos como portadores em potencial de HIV.

Nisso, reside a homofobia em sua face, novamente, sutil. Não é dito que é errado ser homossexual, ao contrário, a lei diz que não se pode discriminar alguém por sua orientação sexual, porém suas práticas são condenadas. Toleram-se a homossexualidade, porém não são garantidos, aos homossexuais, os mesmos direitos dos heterossexuais (Borillo, 2010).

A saída que muitos homens encontram é a ocultação de sua homossexualidade ao se dizerem heterossexuais. Desse modo, a doação de sangue recoloca os *gays* na sua relação com o armário, uma vez que, nesse cenário, afirmar a homossexualidade conduz à recusa como alguém capaz da doação de sangue. Entretanto, ao reafirmar a norma (dizendo-se

²¹<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/286-aids/9048-atualmente-ainda-ha-a-distincao-entre-grupo-de-risco-e-grupo-de-nao-risco>

²²<http://www.aids.gov.br/pagina/2010/44019>

heterossexuais), reitera-se a verdade dessa norma, e nos parece que essa linha de fuga perde sua potência. Ainda se afirma um modelo de sexualidade como saudável.

6.1.3 Transexuais, travestis e a inteligibilidade enviesada

No relato abaixo, a participante chama atenção para a associação da população transexual e travesti ao HIV.

Oficina com transexuais e travestis

Participante 8: *Teste HIV, ou não querem mais tocar em você e já acham que o seu problema tem a ver com aquilo e coisas que você sabe que não tem a ver com nada. Essa mania de achar que qualquer coisa que a gente tem, um resfriado, tem a ver com a travestilidade. Ou tua baixa imunológica, não pode ser uma baixa imunológica por falta de vitamina e sim por que você tá doente, porque você é portadora de vírus e porque você está com alguma doença. Ai eles já colocam duas mudas de roupa pra tocar em você, então às vezes não é o preconceito na entrada, mas no interior do atendimento (Apêndice G).*

A partir da identidade de gênero visível, as/os profissionais de saúde acionaram as normativas de gênero no que diz respeito à transexualidade/travestilidade. Essa população também é associada historicamente às DSTs.

O que observamos, nesse trecho, é a hipervisibilização das DSTs a partir da identidade de gênero visível. Novamente, outras possibilidades de cuidado e outras características que compõe a vida dessas pessoas se tornam invisíveis. O que é escolhido como foco da atenção são as DSTs, mesmo se o motivo da baixa imunológica ser a falta de vitaminas (causada por uma alimentação precária, falta de higiene, de habitação, fruto da pobreza e da falta de oportunidade de emprego dessas pessoas, talvez), os esforços se voltam para tratar de um possível HIV. Por que não se elegem as condições de vida dessas pessoas como foco de intervenção? Por que não se produz saúde para essas pessoas?

Temos outra história de uma mulher transexual e o que ocorreu em seu encontro de cuidado em saúde:

Oficina com transexuais e travestis

Participante 8: *Se você entra em um lugar com dor de cabeça, quando eu conto da minha história, ele já acha que a dor de cabeça é por causa da transexualidade, ele acha que um pé que você furou no prego é porque você é transexual, porque você furou o prego no pé. Ai eles falam “ah eu não posso te tratar”. Amigo, é só um prego no pé. Eu precisava tomar uma vacina anti-tétano porque pisei num prego enferrujado, daí ele “não, porque você é transexual e talvez por causa disso a gente não pode tratar, pra isso tem os consultórios de transexuais” (Apêndice H).*

Nesse relato, a participante precisava de um atendimento que não se relacionava à sua transexualidade. Ela precisava de uma vacina, porém, ao dizer sua identidade de gênero, o profissional passou a enxergar apenas isso. Essa hipervisibilidade de sua identidade se sobrepôs à demanda da paciente e teve, como efeito, a recusa do atendimento.

Participante 4: *A doutora que me atendeu naquela época... eu entrei, tinha levado alguns exames que já tinha sido pedidos pra mim, de testosterona, ai eu levei e ela começou a olhar, ai ela falou bem assim: a mas tá tudo totalmente dentro. A única coisa é que ela olhou pra mim e falou: você tá grávida? Dai eu falei não e ela disse: não, porque sua taxa hormonal está muito alta, como se você tivesse grávida. Ai eu falei não, mas eu sou trans. Ela... caiu uma bigorna na cabeça dela e ai ela pegou e se perdeu inteira... eu vim aqui porque eu sei que estou com alteração hormonal, o último exame que eu fiz a minha tireoide já apresentou problemas e eu preciso tomar corretamente os hormônios. Ai ela falou assim: não, mas eu não sei te ajudar. Mas, você não pode me dar ao menos um parâmetro do que eu posso tirar, tomar menos ou tomar mais? Entendeu, pra mim pelo menos, tentar ajustar. Ela ficou toda perdida e no final ela falou assim: olha, eu não vou te receitar nada, eu não vou te prescrever nada, porque a possibilidade de eu errar é grande e eu não vou fazer de você uma cobaia. Eu prefiro que você venha e fale com outro... com o nosso supervisor, que era o cara que tinha dito que não ia atender esse tipo de pessoa... só que até então eu não sabia que era ele (Apêndice H).*

No relato acima, a usuária apresentava um desequilíbrio hormonal. A princípio, a médica considerou a possibilidade de gravidez, porém, ao dizer de sua transexualidade, a profissional não conseguiu continuar o atendimento por não saber o que fazer com aquela demanda.

Essas recusas ao atendimento denunciam, no discurso do médico e da médica, uma construção do ser transexual como uma espécie distinta. Ou seja, porque ela é transexual, é um outro ser, ininteligível para os cuidados que aquela (e) profissional pode oferecer. Essa construção desse ser específico faz com que a/o profissional sinta que aquilo que ele sabe fazer não serve ali, então aquela pessoa precisa de um cuidado muito especializado. O que leva a essa dificuldade das (os) profissionais em atender essas pessoas?

Como já foi apontado nos primeiros capítulos, a transexualidade ainda configura uma categoria na CID 10 – categoria F; grupo F64: Transtorno da Identidade Sexual:

Trata-se de um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal-estar ou de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado (OMS, 1993, p. 358).

Sendo a transexualidade uma categoria diagnóstica, como Bento e Pelúcio (2012) descrevem, as ações em saúde para a/o transexual passam a considerar apenas a sua

transexualidade e tendem a encontrar, nela, a origem dos problemas e/ou agravos em saúde. Sendo assim, muitas vezes as/os profissionais em saúde veem a transexualidade como algo que norteará seu atendimento, resumindo aquela pessoa à sua transexualidade, logo, alguém que tem algum transtorno/doença. Para Bento e Pelúcio (2012),

A patologização da sexualidade continua operando com grande força, não mais como “perversões sexuais” ou “homossexualismo”, mas como “transtornos de gênero”. Se o gênero só consegue sua inteligibilidade quando referido à diferença sexual e à complementaridade dos sexos, quando se produz no menino a masculinidade e na menina a feminilidade, a heterossexualidade está inserida aí como condição para dar vida e sentido aos gêneros. Ainda é encarada como doença. Isso me leva a questionar o que os profissionais buscam tratar quando encaminham essas pessoas para “locais específicos para transexuais” (Bento & Pelúcio, 2012, p. 572).

As autoras nos trazem, novamente, à tona, a compulsoriedade do sistema sexo/gênero/desejo e as consequências para quem dele destoa. Elas elucubram argumentos que buscam justificar a presença dessas identidades como uma categoria identitária necessária, são eles: i) diferença natural entre os gêneros; ii) a visão suicidógena; iii) concessões estratégicas; iv) a autoridade científica. O primeiro se caracteriza pela naturalização do que é homem e mulher, portanto a/o transexual e a travesti seriam doentes. O segundo se refere à necessidade de acompanhamento psicológico/psiquiátrico para essas pessoas, pois há relatos de pessoas transexuais que se suicidaram de arrependimento após fazerem as transformações corporais. O terceiro diz de uma utilidade estratégica para a manutenção dessas identidades nos manuais de doenças, pois assim o Estado custearia as despesas do processo de transformação corporal. Por fim, tem-se o argumento de que, se está nesses manuais, é porque foi provado cientificamente que há normais de gênero e doentes.

O que pode ser observado, nesses argumentos, é o acionamento das normas de gênero que ditam o que é ou não homem e mulher, bem como a retirada do protagonismo dessas pessoas sobre suas vidas, seus desejos, suas vontades, transferindo, para a ciência, o poder de dizer, por elas, o que é ou não melhor.

As participantes nos disseram como sua transexualidade e travestilidade parecem ser causa de tudo que lhes acomete. A doença de onde derivam todos os males. Ao mesmo tempo, a própria identidade de gênero dessas pessoas a tornam, aos olhos dos profissionais, ininteligíveis. Nesses encontros, elas se tornaram seres abjetos.

Butler, em uma entrevista concedida a Prins e Meijer (2002), diz sobre os corpos abjetos. Ela reluta em identificá-los, exemplificá-los, mas podemos pensar sobre eles considerando o plano ontológico de existência.

No plano ontológico, há uma convenção de que existem homens e mulheres. Se nós questionarmos as pessoas do porque elas acham que existem homens e mulheres, as respostas que receberemos, possivelmente, serão uma invocação da natureza: ela produz machos e fêmeas. Se olhamos para o plano da nossa vida, é fácil reconhecer que ela está organizada nesse pressuposto, nessa constatação do que são homens e mulheres, por exemplo, em relação aos hormônios, ao corpo, aos locais que cada um pode ou deve ocupar. Toda a vida está organizada a partir dessa noção. Ontologicamente, existem homens e mulheres.

Butler busca se opor à essa ideia de invocação da natureza como um marcador fundamental dessas diferenças. Como já vimos, esses marcadores são produtos discursivos, são efeitos de relações de saberes. Desse modo, se concordamos que nossa vida é engendrada, isso compõe um campo de possibilidades para reconhecer a nós mesmos e ao mundo, ao passo que nos cega para aquilo que não se encaixa nessas possibilidades.

Se temos uma forma de olhar para as coisas ao nosso redor e esse modo de olhar é limitado, não vemos outras coisas para fora disso. Isso que fica fora seriam as sombras da ontologia. É aqui que residem os corpos abjetos: as experiências que estão além das possibilidades de representação. Eles não são compreendidos, não são possíveis enquanto modos de existência, apesar de existirem. Esses corpos não habitam apenas as sombras da ontologia, mas também as margens da sociedade.

Travestis e transexuais existem, mas existem nas sombras do reconhecido, do possível. Dessa forma, ao ocuparem um consultório de atendimento, essas pessoas têm sua existência esfumada, no sentido de que delas não se sabe falar nada e muito menos fazer alguma coisa – como aconteceu com a participante que precisava de um tratamento hormonal e não conseguiu atendimento ou a que precisava de atendimento para um prego enferrujado que machucou seu pé e, por ser transexual, não conseguiu o atendimento.

Isso leva a um questionamento importante sobre a formação em saúde: quais os corpos que habitam os locais de formação em saúde? Quais as inteligibilidades presentes nos livros e nas salas de aula? O corpo humano é diferente, anatomicamente, entre todos e todas, porém o que torna aquele corpo investigável e não apto à intervenção?

As descrições normativas acionadas nesses atendimentos revelam a marginalização decorrente dessas normas. Elas promovem, ainda, a ininteligibilidade de corpos que transgridam esse sistema sexo/gênero. A única inteligibilidade possível, nesses trechos, foi a associação ao HIV pela compreensão da sexualidade dessas pessoas como fora dos padrões saudáveis e, habitualmente, associada à prostituição.

Portanto, a identidade de gênero transexual visível é hipervisibilizada ao ponto de

tornar aquelas pessoas inaptas para atendimento. Sua existência, ao ser vista como doença, é por si só foco de intervenção e, quando foge disso, torna-se abjeta.

“Sobreposições” foi um termo escolhido por caracterizar, ao nosso ver, esses jogos de visibilidades e invisibilidades construídos a partir das histórias. Aos gays, sua sexualidade visível provoca o acionamento nos/nas profissionais de saúde de normativas de gênero e sexuais, hipervisibilizando suas sexualidades e tornando-as focos de intervenção em saúde ao alinhá-las com as performances de gênero masculinas e à luz da heteronormatividade. Dessa forma, a homossexualidade sobrepõe não apenas outras necessidades de saúde, mas a integralidade do sujeito, e este não é visto como existente fora de sua sexualidade. Essa hipervisibilização também ocorre nas histórias com mulheres transexuais. Sua identidade de gênero trans se torna o foco do atendimento, sendo a única coisa visível. A sobreposição é uma redução, torna um único elemento visível em filtro por meio do qual todo o resto deve ser visto. Esse filtro que se sobrepõe ao sujeito encobre suas múltiplas necessidades e possibilidades de ser no mundo.

6.2 Desfoco

Chamamos de desfoco o movimento feito por profissionais da saúde que, ao saberem da sexualidade das usuárias, ignoram essa informação e as características apontadas por essas mulheres no que diz respeito à não heterossexualidade. Trata-se de uma miopia em relação a essas especificidades, ao passo que outras questões ganham nitidez, ganham foco.

6.2.1 Lésbicas e os exames que machucam

Oficinas com mulheres lésbicas e bissexuais

Participante 2: *eu cheguei assim... é, porque estava escrito, no plano, pago né? A ginecologista solicitou aquele exame para ver como tava o útero para ver se tinha ovário policístico e tudo mais e ela já sabia da minha condição e também porque eu não tinha relações com homens, então os exames seriam um pouco diferente. E eu cheguei lá no médico ele pediu para eu colocar a roupa, eu fiquei achando estranho, mas coloquei a roupa, não sei né? Você não sabe, nunca tinha feito... depois ele falou “ó vai ser por baixo”, ai eu: por quê? “Ah tá aqui no exame”. Não, não... eu tive que brigar, teve todo um constrangimento, era um médico homem que ia fazer esse exame, então muito desconfortável essa situação. E no plano particular que você espera que vai ter um atendimento um pouco melhor. Foi constrangedor.*

Coordenadora 1: *E quando você foi falar com o médico você precisou explicar tudo isso pra ele também?*

Participante 2: *Eu tive que repetir, porque era o que tava lá na guia que o plano já tinha aprovado. Eu falei que não ia fazer uma coisa que não tinha porque eu fazer. A médica deu a guia né, e a pessoa que foi escrever no momento de solicitar a guia escreveu errado. Então eu tive que explicar até o momento que eu falei: olha, não tem como fazer, porque não tem*

porque ser por baixo e eu não tenho essa necessidade e eu não vou fazer, vou sair daqui. Então eu tive que ir lá no plano, falar novamente do exame, eu tive que marcar de novo pra fazer e tive que vir outro dia.

Coordenadora 1: Como que foi essa conversa com o médico, com a equipe quando você explicou e falou que não ia fazer daquela forma?

Participante 2: Eles queriam saber porque que não era... eu não queria falar... simplesmente falei que não era o que a médica tinha pedido. “Ah mas tá aqui”. Ai eu falei, foi um erro, liga lá no consultório pra gente ver. “Ah, mas por que você não pode?” Ai eu tive que expor, novamente, que não era pra fazer porque eu era lésbica e não tinha relações. Então, foi bem chato. “Ah, então tá bom, mas não é tão dolorido”. A enfermeira falando, porque o médico ia realizar a ultrassom e uma enfermeira que acompanha, então, né. (Apêndice B).

Participante 1: O meu foi, quase igual, parecido com o dela. Em 2013 eu comecei com uns problemas de urina e isso estava me atrapalhando muito. Só que, foi, logo no começo do ano e eu tava numa época que eu tava terminando a graduação, então era uma época bem turbulenta. Ai isso foi agravando meu problema de urina. Só que eu achava que esse problema de urina não era psicológico, somático e tal, mas sim por algum problema ginecológico ou urinário. Fui no público, em um postinho lá perto de casa, e eu passei por um ginecologista, homem, e eu falei da minha situação pra ele, o que estava acontecendo e tudo mais, falei que eu tinha uma namorada, ele fez cara que parecia que eu era um alienígena, eu achei muito, parece que ele não entendia o que eu falava e ele fazia umas perguntas assim... que dava pra ver o despreparo dele, completamente sobre aquilo, parecia que ele tava com um alienígena e ele não sabia com lidar com aquilo. Eu achei aquilo lá horrível, e ele me receitou alguns exames, de urina, ultrassom e tudo mais e alguns ginecológicos, pra ver se não era alguma DST. Porque eu tinha namorada, então, podia ter tido alguma contaminação. Ele perguntou como que era nossa relação sexual, uma coisa que eu achei que né, não precisava, naquele momento e tudo mais, mesmo. Achei, umas coisas assim, absurdas sabe. Coisas tipo: ah, mas como que é? Vocês lavam a mão? Tipo, ai, vocês fazem higiene? Não sei o que lá... ai ele me receitou alguns exames internos, invasivos, muito desconforto, horrível. Ai eu falei pra ele: eu nunca tive relação com homem e nem quero ter, entende? E eu tenho uma namorada. Eu nunca tive relação sexual com homem pra precisar um exame interno, pra detectar aquilo lá. Eu fiz esse exame uma vez, não deu nada, e tive que repetir. Eu continuei com as mesmas coisas e tive que repetir. Cinco meses depois eu consegui ser encaminhada para um psiquiatra e daí eu comecei com um.. porque nos dois não deram nada, ai eles me encaminharam pra um psiquiatra, ai eu fui tomando remédio tarja preta, e fui tomando remédio controlado.. então, esse meu problema assim foi mais psicológico.. mas, esse despreparo dele foi enorme assim, desde as perguntas até os exames que poderiam ser... nada... por todas as informações que eu dei a ele, eu achei, horrível assim a maneira que ele indicou que ele me tratou e foi bem feio, assim. Até quando eu fui fazer o exame a mulher falou assim: você nunca teve relação com homem, nunca teve penetração? Ai eu falei não. Ai ela: ah tá, então não sei porque ele indicou esse exame para você, porque eu senti muita dor, foi horrível mesmo (Apêndice B).

Nos dois trechos, observamos a insistência da equipe de saúde em realizar um procedimento que causaria desconforto desnecessário às usuárias, machucando-as inclusive.

No primeiro trecho, a usuária relata que sua ginecologista pediu um exame que não seria feito via intrauterina, pois ela sabia que a usuária era lésbica e que suas práticas sexuais não incluíam a penetração. Entretanto, ao chegar para realizar o exame, a equipe que a atendeu disse que não havia nada no pedido, feito pela médica, que indicasse que o exame não

era intrauterino. A participante disse que se recusou a fazer o exame, dizendo que não precisava ser daquele jeito. A princípio, ela não explicou seus motivos, porém, ao continuar ser questionada, disse de sua sexualidade. A equipe aceitou, porém retrucaram dizendo que “não era tão dolorido”.

No segundo trecho, a participante expôs sua sexualidade e a não relação com homens. O médico, contudo, ignorou essa informação e pediu o exame intrauterino da mesma forma.

Parece-nos que, em ambos os casos, houve um desfoco em relação à sexualidade dessas mulheres, negligenciando suas práticas sem penetração, ignorando o fato de que ter relações sexuais não implicam em ter relações com homens e, mesmo entre duas mulheres, que não ocorra a penetração. A sexualidade lésbica é desconsiderada e, mesmo quando é explicitada pela usuária, ela não é reconhecida pelos profissionais de saúde como uma informação importante a ponto de fazê-los rever seus procedimentos. Ser lésbica, nesse contexto, é tratado como algo irrelevante, e produz-se o efeito de que a usuária é pouco importante diante da necessidade do serviço de cumprir com sua função normatizadora.

Com o que já expomos sobre a heteronormatividade, podemos considerar que ser lésbica e manter uma relação com outra mulher tende a ser encarada como uma não-relação, ou seja, esse relacionamento é deslegitimado como relação. Podemos questionar, desse modo, se apenas relações sexuais com penetração são entendidas como relações. Ademais, qual a necessidade de insistir em um exame que sabemos que causará dor a essas mulheres ou considerar plausível que doa “*um pouquinho*”?

Chamamos esse movimento de míope. A miopia é a impossibilidade de ver claramente aquilo que está distante, o objeto fica embaçado. Distante, nos atendimentos em saúde, são as formas de relações que não seguem o padrão heterossexual. Aquilo que destoa se torna nebuloso e não é visto e, quando trazido para a relação, é ignorado.

Esses atendimentos não foram míopes apenas para a vivência sexual dessas mulheres, mas também para o cuidado com o corpo delas e com aquilo que poderia ou não machucá-las.

Com esse desfoco para o distante, mesmo que elas estivessem ali, diante dos olhos deles e delas, é necessário encontrar algo a ser focado para não se ficar às cegas. Com isso, opta-se pelo mais próximo das normas que é seguir o padrão, não considerando os diferentes modos que cada pessoa se relaciona com o seu corpo e com suas práticas sexuais.

Ademais, a participante do segundo trecho se incomodou com as perguntas feitas que demonstrariam curiosidade em saber sobre o que não se sabe.

Participante 1: *é bem constrangedor mesmo né, pela sua prática sexual eles determinarem uma coisa. É desconfortável assim você falar isso sabe, eu acho muito desconforto. Por exemplo, dessa vez que eu fui no ginecologista, falar da relação sexual. Você não perguntaria isso para uma pessoa heterossexual: “você faz relação com o pênis ou sem o pênis?”. Sabe, umas perguntas idiotas que não precisavam ter sido feitas? (Apêndice B).*

Participante 2: *Acho que se perguntarem se compartilha objeto sexual é uma coisa, agora a utilização em si, acho que não é necessário. Fora o pré julgamento, você dizer que você é e eles já pré julgarem antes de tudo. Então como ela falou, se não tinha o estereótipo e falar: ah é? Não parece. Só falta falar isso daí... (Apêndice B).*

Participante 4: *Eu resgatei agora uma coisa aqui, que é bem complicado, a partir do momento que você fala que teve relação sexual com uma mulher, você ser erotizada. É bem constrangedor, acredito também que por ela, talvez essas perguntas, eu deduzo assim, não eram necessária e ele quis aprofundar dentro da relação sexual delas, talvez mais por curiosidade, fetiche, um despreparo. (Apêndice B).*

Quando os profissionais são surpreendidos, agem com curiosidade e fazem perguntas invasivas, as quais geraram constrangimento e possível barreira para o vínculo de cuidado entre médico e usuária. Essa curiosidade denota uma ignorância sobre práticas sexuais entre mulheres, configurando a ininteligibilidade dessas práticas, portanto uma invisibilidade. Ademais, a situação pode caracterizar a erotização dessa sexualidade, afinal, a inteligibilidade sobre o feminino é de objeto sexual para homens. Essa especulação configura um exercício de poder entre o médico e a usuária na medida em que as perguntas realizadas não fazem parte daquele cuidado em saúde (Brasil, 2014). Ou seja, não têm uma finalidade específica de orientação e cuidado.

Com isso, a sexualidade lésbica é considerada apenas como fetiche. Assim, ela deixa de ser uma informação importante para a organização do cuidado da usuária e passa a ser uma informação útil para as especulações fetichistas do médico. O desfoco é, portanto, a supressão da importância da informação (como nos primeiros exemplos) ou a deturpação (perversão) de sua significância (como no caso da fetichização).

Quando se trata da bissexualidade, observamos também esse movimento.

6.2.2 Mulheres bissexuais e a monossexualidade imposta

Oficinas com mulheres lésbicas e bissexuais

Participante 3: *A minha eu acho que passa bem pelo constrangimento mesmo. Então eu acho que um lugar que acontece isso várias vezes é no ginecologista né? Eu fui na ginecologista uma vez e aí eu era mais nova, mas eu já tinha, tava namorando uma menina na época, e aí tem aquelas perguntas de praxe: “ah, relação sexual e tal”, e aí eu fui e falei que eu namorava uma menina e eu tinha relação sexual com ela, foi meio ingênuo assim. Não, eu*

tenho relação sexual com ela e ai? Ai ela falou, mas e com homem, você tem? Ai eu: não, eu não estou tendo uma relação com homem, mas eu também não sou completamente lésbica, eu posso vir a ter. Ai, o constrangimento foi meio que depois disso... é claro, eu fiquei constrangida em falar, mas quando ela falou, porque foi meio que uma indiferença, ela falou: não, então, quando você estiver em uma relação com homem tem que fazer isso, isso e isso. Completo descaso. Primeiro que ela não informou do que eu deveria saber sobre ter relações com mulheres, talvez, por ela não saber, também ela nunca ter estudado sobre, sei lá, falta de preparo. É não sei, ou por preconceito, por achar que era só uma fase, entendeu? Porque foi bem claro: Não, então se você tiver com homem ai tem que fazer isso, aquilo, tomar anticoncepcional. Meio que ela não esteve muito ai com o fato de eu estar tendo relações com uma mulher e ai é isso, acho que cabe tudo, cabe constrangimento, falta de preparo, indiferença e é, foi bem chato, bem chato. (Apêndice B).

Participante 6: *Uma vez, ano passado, teve aqueles ônibus que vão na UEM para fazer exames de sangue, e quando eu tive que preencher o questionário também, eu falei que eu era bissexual e o moço conduziu toda a entrevista me tratando como heterossexual, ele não se importou nada com a minha relação com as mulheres e ficou tipo, tratando... apesar de eu ter falado ele completamente me ignorou e ficou me tratando como heterossexual, apesar de eu ter falado, e eu sai de lá me sentindo assim... porque ele não se importou. (Apêndice C).*

Nos trechos acima, quando as mulheres apresentaram sua bissexualidade, esta foi ignorada e a atenção das/os profissionais se voltou apenas para a relação delas com homens. No primeiro caso, a participante 3 buscava obter informações sobre prevenção na relação sexual entre duas mulheres. Já no segundo, a participante 6 disse de sua bissexualidade durante a entrevista para doação de sangue.

Os profissionais desconsideraram essas práticas no encontro com as usuárias, ignorando a informação e o pedido de esclarecimentos sobre o cuidado em saúde. Ao inserir, na relação de cuidado, a informação da não heterossexualidade, apesar da interrupção do sistema sexo/gênero/desejo, ainda permanece acionado o saber normativo de gênero e a heterossexualidade compulsória. Isto é, a mulher sexualmente passiva e heterossexual. Dessa forma, as práticas sexuais de mulheres só são legitimadas se forem com homens, reiterando a ideia de que o corpo da mulher é voltado à procriação e não ao prazer.

O que ocorreu foi o desfoco da bissexualidade e o direcionamento do olhar apenas para um dos aspectos: a relação já conhecida pelas (os) profissionais da saúde, que é a relação heterossexual.

Neste jogo do que é visto ou não visto, notamos uma visibilidade seletiva no que se refere à sexualidade das mulheres. A orientação sexual lésbica foi ignorada, bem como as especificidades das práticas sexuais entre mulheres. Nos encontros mencionados, o que se tornou visível foram os procedimentos habituais de cuidado com a saúde da mulher, que pressupõem, entre outras coisas, que a relação terá penetração e, a partir disso, foram pedidos

exames considerados invasivos para quem não tem essa prática, causando dor ou considerando a dor em si como “pouca”. Será que não havia a possibilidade de não sentir dor?

Ademais, quanto às mulheres bissexuais, a própria bissexualidade foi invisibilizada pela recusa em falar sobre ela e sobre os cuidados em saúde na relação entre duas mulheres. Tornou-se visível a relação delas apenas com os homens.

O que podemos perceber é a forma como a sexualidade das mulheres é vista, ou melhor, quando ela é vista: na relação com um homem e nas práticas sexuais comumente associadas a heterossexualidade.

Isso nos remete ao que diz Wittig (1980), que a lésbica não é uma mulher, pois ser mulher é estar inserida na lógica heterossexista. Isso é evidenciado quando os cuidados em saúde para mulheres são direcionados aos cuidados de mulheres heterossexuais. Exemplos disso podem ser vistos quando um médico não sabe como ocorre o sexo entre mulheres, portanto não orienta sobre essa prática; e quando não se considera o uso da tecnologia disponível para realizar exames em mulheres que não tem prática de penetração.

6.3 Deslegitimação

Deslegitimação consiste na recusa da (o) profissional em considerar elementos específicos da transexualidade quando apresentada, assim ela/ele não a legitima. Em outras palavras, é negada a sua existência, senão dentro de critérios específicos. O que está em jogo é o uso de categorias diagnósticas que formatarão o que é ou não a verdadeira transexualidade. Diferente do desfoco, aqui, a transexualidade só é possível se atender aos requisitos médicos, caso contrário, ela pode ser negada.

6.3.1 Manual da “verdadeira transexualidade”

Para dar início ao processo transexualizador no SUS, as/os usuárias (os) precisam passar por uma avaliação da equipe multiprofissional que acompanhará essas pessoas durante todo o processo. Essa avaliação se concentra, sobretudo, no diagnóstico médico de transexualidade. Para isso, é feita uma exaustiva avaliação que vai desde o histórico completo do caso até a obrigatoriedade de dois anos de acompanhamento psicológico.

Alguns documentos orientam a construção desse diagnóstico, os quais são a CID e a Resolução nº 1.955/2010 do Conselho Federal de Medicina. Esta resolução tem, em seu texto, o seguinte:

CONSIDERANDO ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio; **CONSIDERANDO** que o diagnóstico, a indicação, as terapêuticas prévias, as cirurgias e o prolongado acompanhamento pós-operatório são atos médicos em sua essência;

Art. 3º Que a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:

- 1) Desconforto com o sexo anatômico natural;
- 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- 4) Ausência de outros transtornos mentais. (Onde se lê “Ausência de outros transtornos mentais”, leia-se “Ausência de transtornos mentais”)

Art. 4º Que a seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo os critérios a seguir definidos, após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto:

- 1) Diagnóstico médico de transgenitalismo;
- 2) Maior de 21 (vinte e um) anos;
- 3) Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia. (*Resolução nº 1.995, 2010*).

Dessas partes, podemos concluir que, para a medicina, a/o usuário/a transexual é portador de um desvio permanente de sua identidade sexual; que é da medicina a responsabilidade de dar esse diagnóstico (transexualidade); a definição de transexualidade tem alguns critérios mínimos que incluem a rejeição do sexo anatômico dito “natural” e o tempo mínimo, comprovado, de dois anos desses “distúrbios”; e o diagnóstico médico de transgenitalismo para a cirurgia. Isso nos remete à luta pela despatologização das identidades trans, que não só buscam a dissociação da transexualidade e a patologização como o deslocamento da decisão sobre o próprio corpo e da legitimação do que é transexualidade para as pessoas transexuais.

Com relação à Psicologia, tem-se a nota técnica sobre o processo transexualizador, que orienta:

2. A transexualidade e a travestilidade não constituem condição psicopatológica, ainda que não reproduzam a concepção normativa de que deve haver uma coerência entre sexo biológico/gênero/desejo sexual.
3. Na Portaria MS nº 1.707/2008, a psicoterapia é requerida, consistindo no acompanhamento do usuário no processo de elaboração de sua condição de sofrimento pessoal e social, antes e após a tomada de decisão da cirurgia de transgenitalização e demais alterações somáticas. O processo psicoterapêutico não se restringe, portanto, à tomada de decisão sobre cirurgias de transgenitalização e demais maneiras de modificação corporal. (Nota Técnica CFP, p. 2).

Posto isso, o Conselho Federal de Psicologia ORIENTA que:

3. A assistência psicológica não deve se orientar por um modelo patologizado ou corretivo da transexualidade e de outras vivências trans, mas atuar como ferramenta de apoio ao sujeito, **de**

modo a ajudá-lo a certificar-se da autenticidade de sua demanda, englobando todo o seu contexto social. (Nota Técnica CFP, p. 3, **destaque do autor**).

Apesar de ir na contramão do que vem sendo apresentado pela medicina, buscando não patologizar a transexualidade e travestilidade, ainda aparece como papel da Psicologia o auxílio a essas pessoas na veracidade de suas decisões.

Os dois documentos apresentados orientam quanto ao diagnóstico e à autenticidade dele. Para Bento (2006), existem duas vertentes científicas que categorizam a transexualidade: uma biologista, que a entendia como um transtorno que reside na estrutura biológica do corpo; e a psicanalista, que considerava o papel da socialização primária na constituição da identidade de gênero, entendendo a transexualidade como desvio da socialização “correta”. Assim, a transexualidade é construída como um transtorno e é dividida entre transexuais verdadeiros ou não.

Acompanhando o que Bento (2006) nos diz sobre a construção do diagnóstico, quando o saber da medicina afirma “transexual”, ela cita uma concepção muito específica do que é o/a transexual, apagando a pluralidade existente na vivência trans, pois coloca em funcionamento um conjunto de regras existentes em protocolos (ex.: CID), que categorizará o/a “verdadeiro/a” transexual. Ao nomear o que é a verdadeira transexualidade, inauguram-se suposições e pressuposições apropriadas e as não-apropriadas que as pessoas transexuais precisam confirmar em suas práticas. O que se configura, portanto, é um contexto de avaliação de um processo definido do que é a “verdadeira” vivência transexual.

Esse termo, “transexual verdadeiro”, cunhado por Benjamin em seu livro *The Transsexual Phenomenon* (1966), que já foi citado por nós, em sua categorização do que é a verdadeira transexualidade – tipo 6: transexual de intensidade alta -, tem as seguintes características:

- 1) vive uma inversão psicossocial total; 2) pode viver e trabalhar como uma mulher, mas apenas vestir as roupas não lhe dá alívio suficiente; 3) intenso mal-estar de gênero; 4) deseja intensamente manter relações com homens e mulheres normais; 5) solicita a cirurgia com urgência; 6) odeia seus órgãos genitais (Benjamin, 1966/1999, p. 45).

Este texto orientou a construção da transexualidade no imaginário social e nos manuais que categorizam e orientam o diagnóstico médico. Assim, a transexualidade verdadeira é heterossexual e rejeita seus órgãos genitais. Desse modo, as pessoas transexuais, para serem aceitas no processo transexualizador no SUS, precisam se adequar ao que foi construído como transexualidade.

Borba (2016), em seu texto, faz uma análise de 5 encontros entre uma mulher transexual e uma psicóloga em um serviço de saúde. Para o autor, nessas consultas, o foco terapêutico recaiu no desacerto entre as narrativas de vida e apresentação corporal daquela mulher transexual e o modelo diagnóstico da “transexualidade verdadeira”. Durante os atendimentos, o que se observou foi a tentativa da profissional de Psicologia de ensinar à usuária o que é a transexualidade, alinhando a narrativa que ela tinha de si mesmo aos critérios que orientam o serviço de saúde. Para Borba,

A necessidade do diagnóstico impõe às interações entre profissionais de saúde e usuários/as trans estruturas interacionais e posições discursivas nas quais tais profissionais atuam como juízes das performances identitárias dos/as usuários/as. Nas consultas, profissionais de saúde oferecem a seus/suas interlocutores/as um vocabulário para que possam satisfazer as demandas narrativas (COUPLAND ET. AL., 2005) exigidas pelo CFM (Borba, 2016, p. 68).

Assim, o que podemos compreender é que os/as profissionais não estão ali apenas para acompanhamento terapêutico do estado emocional das/os usuárias/os, mas também para que ocorra a avaliação se é uma demanda “real” ou não e se há adequação dessas pessoas às categorizações prévias de transexualidade.

Nos trechos a seguir, é possível ver esse movimento acontecendo:

Oficina com homens *gays* e bissexuais

Participante 5: *engraçado que, ao mesmo tempo ignoram que mulheres trans podem ser lésbicas também né, as estatísticas já excluem. (Apêndice E).*

Oficinas com transexuais e travestis

Participante 2: *É aquela coisa: você acha que você é trans? Um psicólogo olhou pra mim e disse que eu não ia conseguir a cirurgia porque você não tem a aparência desse menino aqui. Na minha cara. Você pode até ser gay, mas trans você não é. (Apêndice H).*

Participante 4: *Mas o problema é que assim, eu acho né que nesse âmbito aí do profissional de psicologia principalmente, não vai ser aqui dentro, em qualquer lugar que você for procurar psicólogo vão ser poucos os psicólogos que vão conseguir entender essa... é... esse fundamento ali sabe, de você ser trans, de dentro pra fora, de fora pra dentro. Eu já falei isso pro... eu falei pro psicólogo que eu tenho sorte por ter uma aparência feminina, mas eu sei que muitos trans não tem a aparência... como acontece com os trans homens, entendeu? Às vezes é mais difícil para a transição. E acaba acontecendo, e acontece e a pessoa é trans ela não deixa de ser trans pelo fato de ela não parecer ser o sexo que ela se identifica. É difícil pros profissionais de saúde psicólogos, ou psiquiatras que são héteros conseguirem chegar nesse cerne da questão. (Apêndice H).*

Participante 2: ... assim essa visão de olhar a trans de fora pra dentro que enquanto for verdade o que a psicóloga falou que se você não parecer mulher você não tem o seu direito eu te pergunto o que eu tô fazendo aqui? (Apêndice H).

Participante 4: então, isso entra inúmeras questões, porque eu posso ter aparência feminina e posso querer me relacionar com mulheres, ou ser bi, ficar com homem, com mulher. Essa diversidade é muito grande, por isso nós somos transgêneros... na realidade assim, isso que é a transexualidade que é heterossexual, bissexual, homossexual. É difícil identificar tudo isso e a pessoa que está aqui dentro talvez vocês tenham que levar pra frente, que as pessoas que entrarem no serviço elas vão seguir obrigatoriamente seguir uma cartilha de vou ter que estudar, vou ter que ir atrás disso, vou ter que entender esses pacientes sem julgar eles, porque assim eu já percebi que tem algumas psicólogas que querem que a gente seja super feminina no jeito de ser. Eu posso ter a aparência feminina, mas eu tenho que ser feminina, eu não posso ser um pouco masculinizada e não existe isso, porque existem mulheres muito mais masculinizadas do que nós trans. Então nesse sentido é complicado você parar para analisar tudo isso, então o profissional que estão ali a gente espera que ele tenha mais conhecimento do que todas nós, entendeu? (Apêndice H).

Participante 3: em São Paulo eu tive uma situação parecida porque eu cheguei a denunciar uma psicóloga porque ela não tinha.. uma psicóloga olhar pra minha cara e dizer que eu não sou trans só porque eu continuo gostando de mulher? (Apêndice H).

Nesses trechos, são relatadas situações onde as/os profissionais da saúde negaram a possibilidade de que essas pessoas pudessem ser transexuais devido a sua aparência ou para quem se direcionava sua afetividade. As/os profissionais de Psicologia, em específico nesses trechos, disseram que a transexualidade não era possível, uma vez que as usuárias não preencheram os requisitos.

Consideramos que aquilo que orienta o que foi construído como transexualidade advém do que já apontamos como sendo as construções normativas de gênero. Para essas construções, existem brincadeiras tipicamente masculinas e tipicamente femininas. Existem, ainda, vestimentas que se adequam ao que é de homem e de mulher. Ademais, de acordo com o DSM-V, por exemplo, aos meninos, são reservadas brincadeiras agressivas e competitivas, portanto, para ser uma mulher transexual, a rejeição a esses comportamentos é fundamental.

As usuárias apontaram que existe uma dificuldade das/os profissionais perceberem a transexualidade “de fora para dentro”, ou seja, de acordo com aquilo que elas chamaram de aparência, definir que aquela pessoa é ou não transexual. Outra usuária disse que elas não podem ser “masculinizadas” e retruca que existem mulheres (cis) mais masculinas do que elas. Nesse sentido, parece-nos que, para ser uma mulher trans, por exemplo, essas pessoas precisam performar o feminino de modo mais alinhado possível ao que se espera de uma performance tipicamente feminina, pois sua feminilidade será sempre colocada à prova por não terem “naturalmente” o sexo que lhes outorgaria esse *status*.

Isso nos remete à necessidade de inteligibilidade social daquilo que construímos com nossa performance. Em outras palavras, o que fazemos, como nos referimos a nós e aos nossos atos, para se tornar uma performatividade efetiva, necessita ser lida como tal pela sociedade, uma vez que a performance ao mesmo tempo em que constrói aquilo que busca performar, é construída pelo que socialmente é disponível para sua efetivação. Ela é uma atualização constante das normas que constroem as descrições de gênero.

Considerando a importância do que “é visto” e do que “pode ser visto” dentro das práticas identitárias, um conceito que pode nos auxiliar na compreensão desse jogo relacional é o *passing*. Não iremos utilizá-lo traduzido, mas ele pode ser entendido como “passar por”, “passagem”.

Olhamos o mundo pela lógica da continuidade, e aquilo que vemos representa a construção social do que é visto. Uma mulher é a construção social do ser mulher e é assim que eu a vejo. O *passing* vem chamar atenção para a performatividade e para a natureza contingente das identidades tidas como “naturais”.

Passing, como prática, questiona a suposição comumente segura de que visibilidade é necessariamente positiva, agradável e sempre desejável. De fato, ao invés de funcionar simplesmente como uma vigilância de fora ou um ardil, um método engenhoso de proteção ou uma auto-defesa, *passing* também pode, ao que parece, ser experienciado como uma experiência exclusivamente agradável, que negocia os segredos da erótica e revelação. Ao mesmo tempo, *passing* pode ser fundamentalmente conservador: pode, muitas vezes, representar o progresso social para um indivíduo, que geralmente mantém hierarquias sociais firmemente no lugar²³ (Sanchez & Schlossberg, 2001, p. 3. **destaque nosso**).

Desse modo, *passing* pode ser entendido como as possibilidades que temos de jogar com o que se tornará visível ou não de nossa identidade. Trata-se de adequarmos ou não ao padrão identitário. De falarmos “não” a um modelo imposto ou, ao contrário, podermos reforçá-lo.

Em relação a raças, por exemplo, podemos pensar como o *passing* (passar por/como) branco, em diferentes momentos históricos e em diferentes localidades, era a pré-condição para não só a manutenção de *status*, mas para alcançá-lo.

Nesse sentido,

²³*Passing as practice questions the commonly held assumption that visibility is necessarily positive, pleasure, even desirable. Indeed, rather than simply functioning as a cop-out or a ruse, an ingenious method of protection or self-defense, passing can also, it seems, be experienced as a uniquely pleasurable experience, one that trades on the erotics of secrecy and revelation. At the same time, passing can be fundamentally conservative: although it may often represent social progress for an individual, it generally holds larger social hierarchies firmly in place.*

Patrícia Williams diz: “Pessoas brancas vêem o mundo todo além de mim, mas não a mim. Eles estão pisando em mim com força e rapidez; eles não me vêem. Eu poderia forçar minha presença, a eu verdadeira contida nesses olhos, em cima deles, mas poderia ser esmagada no processo”. Ela chama atenção para a tensão entre ser visivelmente marcada como negra e sendo socialmente “invisível” como mulher negra. Esta é a diferença entre ser visível e ser vista. Para Williams, é precisamente a sua maior visibilidade como um sujeito (sic) negra que – suficientemente paradoxal – faz com que ela seja invisível como sujeito social com direitos e desejos²⁴ (Sanchez & Schlossberg, 2001, p. 5).

Esse paradoxo entre ser visível como uma marca social e ser invisível como alguém desejante é muito interessante para pensarmos as relações que se estabelecem com aquilo que é visto ou, em contrapartida, invisibilizado. Essa citação traz o exemplo de pessoas negras. O *passing*, para elas, não aparece como escolha, mas recai como uma imposição. O que se pode fazer, como foi feito em alguns lugares, incluindo o Brasil, é o branqueamento da população negra, criando-se categorias: mulato (a), moreno (a), pardo (a). Uma tentativa de *não ser tão negro (a) assim*, aproximando-se do *passing* branco e de tudo que lhe acompanha, buscando, dessa forma, alcançar os privilégios que as pessoas brancas têm.

Com as pessoas transexuais, seu *passing* é constantemente colocado à prova, pois se adequar aos padrões de gênero para ser considerada (o) pertencente àquela categoria identitária requer a vigilância contínua do que lhes enquadrarão naquilo que é da transexualidade verdadeira ou não.

Algo que também foi apontado pelas usuárias é a impossibilidade de ser uma mulher trans e continuar tendo seu desejo direcionado às mulheres. Isso vai de encontro ao proposto por Benjamin de que as pessoas transexuais comumente são heterossexuais. Novamente, a heterossexualidade compulsória alinha sexo/gênero/desejo, assim, para que a usuária seja vista e considerada uma mulher, seu desejo precisa se orientar para um homem.

Dessa forma, consideramos que, nesse jogo de visibilidade e invisibilidade na relação entre as psicólogas e as pessoas trans, houve um esforço de apagamento da transexualidade. Nesse sentido, foram invisibilizadas vivências da transexualidade que não se adequam ao protocolo do que é considerada “verdadeira transexualidade”, tendo, como consequência, o emudecimento do que as pessoas trans vivem e dizem de si mesmos.

²⁴ Patricia Williams writes that “white people see all the worlds beyond me but not me. They come trotting at me with force and speed; they do not see me; I could force my presence, the real me contained in those eyes, upon them, but I would be smashed in te process,” she calls attention to the tensions between being visibly marked as black and being socially “invisible” as black womam. This is the gap between being visible and being seen. For Williams, it is precisely her heightened visibility (or readability) as a black subject that – paradoxically enough – causes her to be invisible as a social subject with rights and desires.

Isso se torna uma violência ao passo que, para terem acesso ao sistema de saúde, essas pessoas terão de se enquadrar em um diagnóstico prévio e terão suas necessidades legitimadas ou não por alguém que irá dizer por elas e sobre elas. Um fator importante sobre isso é que essa violência é institucionalizada, uma vez que é garantido pelo processo transexualizador o diagnóstico e, conseqüentemente, a avaliação se aquela pessoa está adequada ou não para dar início ao tratamento.

6.4 Extrapolação

Chamamos de extrapolação aquilo que se produz em um relação de cuidado em saúde que ultrapassa as fronteiras do pertinente ao campo do cuidado profissional. São conselhos que não dizem respeito, necessariamente, à relação de cuidado e prevenção em saúde, mas que se relacionam apenas à orientação sexual dos usuários, no caso, homens *gays*, associando novamente a homossexualidade masculina às DSTs.

6.4.1 A homofobia vestida de “boas intenções”

Oficina com homens *gays* e bissexuais

Participante 12: bom, primeiro eu preciso me identificar como soro positivo, segundo que quando eu descobri, o dia que eu descobri o, lá era plano de saúde particular quando eu descobri, há 4 anos eu faço atendimento pelo SUS, enfim, o que para mim é muito bom, aqui nesta cidade. No dia que eu descobri o doutor, ele, que é um infecto, não é um gastro, ele é conhecido da família, minha família é religiosa e etc, apesar de ter aceitado, todos sabem numa boa, enfim, nunca julgou isso, tanto a minha homossexualidade quanto a minha sorologia, em questão, misturando religião, enfim, mas, ele pegou e falou para mim assim “é, bom [nome] agora que você vai passar por essa situação e tudo, não seria a hora de você rever em relação à sua sexualidade e tudo”, tipo, aí eu parei, interrompi ele, sabe e “deixa eu entender, você está querendo falar para eu parar de ser gay?” daí ele “é, de repente esse seria o momento, sua família, sua avó e tudo”, eu falei “não, não, não é nem questão disso, meu problema é saúde e eu cuido da minha vida”, enfim, mas, e na época eu também tava, eu sou bocudo, causador né, como eu tinha falado, na época se eu tivesse um pouco mais de, eu tava muito atormentado com o que estava acontecendo no momento tanto é que hoje eu estou tranquilo, mas, se não eu tinha metido um processo ali. E eu, teve acontecimento, eu namorei um cara, todos os caras com quem eu me relaciono assim, de, de conhecer, de estar ficando, enfim, é, eu conto, enfim, daí ele foi fazer o teste, só que ele errou o lado, ele foi para o UPA, não foi para o CTA, eu sempre acompanhei, eu sempre levei, né, eu quis estar junto, mesmo porque se você está comigo vamos lá ver se você não tem antes, por que tipo, eu não quero ter esse risco de passar para alguém... e ele estava indo sozinho e enfim, e ele tem estereótipo, é, de tipo, não normal assim, ele é todo tatuado, então ele é uma pessoa que realmente chama a atenção na rua, por onde passa. E ele foi, e eu dissipei isso, porque assim, olha como são as coisas, apesar de eu não ter ido junto, ele estava lá sozinho, ele comentou que tinha um guri que era soro positivo e a enfermeira lá do UPA, que não quis me falar o nome, pediu pra ele terminar comigo “sai dessa enquanto está cedo” e não sei o que... e ele muito bem resolvido

falou assim “eu não vim aqui pedir sua opinião, eu vim aqui só fazer o teste”, então foram algumas situações assim. (Apêndice E).

Neste trecho, o usuário descreve o momento em que o médico da família, ao saber que ele havia contraído o HIV, sugere que ele reveja a sua sexualidade com o intuito de não causar mais sofrimento à sua família.

O profissional, ao sugerir isso, coloca, para o usuário, a pressuposição de que sua sexualidade é um problema e que ela está associada ao HIV, assim, ele sugere que o usuário “*pare de ser gay*”.

Ao dizer “*pare de ser gay*”, parece-nos que o médico faz um apelo para que o usuário abandone suas práticas homossexuais e se oriente para a sexualidade “correta” e “limpa”, que supostamente estaria longe dessas doenças, como já apontamos anteriormente. Outra questão é como o médico associa o fato do rapaz ser *gay* a um suposto sofrimento que ele traz à família, agora com o agravante do HIV.

Sedgwick (2007), ao descrever as consequências da saída do armário, aponta a relação que isso estabelece com o social. Nas palavras de Sedgwick,

Quando pessoas *gays* se assumem em uma sociedade homofóbica, por outro lado, talvez especialmente para os pais ou cônjuges, é com a consciência de um potencial de sério prejuízo provavelmente nas duas direções. O próprio segredo patogênico até pode circular contagiosamente **como** segredo: uma mãe diz que a revelação de seu filho adulto para ela a mergulhou, por sua vez, no armário em sua comunidade conservadora. Na fantasia, mas não só na fantasia, contra o medo de ser morto (ou desejado morto) pelos pais numa tal revelação, é provável que ocorra a possibilidade, muitas vezes imaginada com maior intensidade, de que a revelação **os** mate. Nada garante de que estar sob a ameaça de uma faca de dois gumes é uma posição de mais força do que segurar o machado, mas é certamente mais desestabilizador (Sedgwick, 2007, p. 39, **destaque da autora**).

Isso diz respeito a algo que homossexuais comumente ouvem quando assumem sua sexualidade: “você vai matar seus pais de desgosto/preocupação”. O discurso se desloca para o que revelar a sexualidade causará às relações, às outras pessoas dessas relações. Trata-se de um deslocamento interessante, pois negligencia-se o sofrimento, as dificuldades de quem se coloca na posição de “revelar-se”, para colocar os holofotes sobre o sofrimento de quem irá conviver com aquela revelação. Ignora-se o que produz o sofrimento na família que tem alguém que é homossexual ou transexual e coloca as pessoas LGBT como culpadas. Entretanto, comumente, quem morre são as pessoas LGBT.

No mesmo trecho, outra profissional da saúde tenta dar um “conselho” ao rapaz que mantinha um relacionamento com o participante da oficina e diz para ele “*sair dessa enquanto ainda é cedo*”. Nessa fala, podemos pensar em duas coisas: a profissional quis

orientar que o rapaz deixasse de se relacionar com alguém soropositivo ou deixasse de ser *gay*. Em ambos os casos, o pedido ultrapassa os cuidados em saúde, uma vez que a orientação é sobre a prevenção com as práticas sexuais e não com quem tem essas práticas.

O que pudemos observar é a relação estabelecida, no trecho, entre homossexualidade e HIV e as orientações da e do profissional que visavam, entre outras coisas, uma “cura *gay*”. Isso nos diz da pressuposição da heterossexualidade como a sexualidade desejável e a homofobia camuflada de “boas intenções”. Ademais, isso reflete uma “liberdade” ou “direito” que o profissional de saúde dá a si mesmo. A relação, portanto, é da posição de poder que estes profissionais têm e do uso feito para regular as formas de vida – aqui, na forma de conselho –, entretanto, não é apenas um conselho, mas um conselho dado por alguém que ocupa um lugar de saber/poder a respeito de nossas vidas.

Sobre essa relação estabelecida, Foucault (1979/1996), no capítulo “O nascimento da Medicina Social”, contrapõe a ideia de que, com o capitalismo, deu-se a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada. Para ele, foi justamente o contrário: a medicina moderna é social e tem, como plano de fundo, uma certa tecnologia do corpo social. Desse modo, o controle do social sobre o indivíduo não se opera somente pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no corporal que investiu a sociedade capitalista, e, portanto, a medicina é uma dessas estratégias biopolíticas. Para Foucault, com a medicina moderna, as pessoas tendem a perder “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem” (Foucault, 1979/1996, p. 96). Com isso, perde-se a autonomia sobre a determinação de seu modo de vida e de sua conduta (Martins, 2004).

Ora, como já vimos, o corpo ideal é aquele generificado de acordo com os padrões binários e tendo a heterossexualidade como orientação sexual. Assim, é esse o padrão que a medicina científica comumente impõe aos corpos, e é a partir desse viés que promove suas intervenções.

Para Martins (2004), a medicina contemporânea se diz “científica” e se orgulha disso. Ao reivindicar o *status* de científica, a medicina – e as/os médicas(os) – conclamam a ciência para respaldar suas afirmações e suas intervenções.

A ciência, a grosso modo, opera por generalizações e universalizações a partir de métodos pré-estabelecidos que produzem o que comumente se entende como a Verdade sobre o fenômeno. Ou seja, aquilo que é cientificamente comprovado é a Verdade, logo habitualmente correto e bom. Entretanto, como Martins aponta, a crença na ciência tende a levar as e os profissionais que a ela aderem a assumir uma posição de onipotência diante do/a

paciente, e ele/ela deve, necessariamente, submeter-se à sua tutela. “Algo da ordem de uma abdicação temporária – enquanto for ‘seu paciente’ – de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo” (Martins, 2004, p. 25).

Entretanto, para o autor,

[. . .] sempre que a Medicina desejar ser terapêutica, tratar um ser humano, considerando-se apenas ‘científica’, isso não será vantagem nenhuma, mas uma enorme desvantagem, pois o médico que assim sentir e praticar a Medicina certamente estará limitando sua compreensão do processo de saúde e doença, e provavelmente encontrará e mesmo poderá provocar inadvertidamente problemas de ordem psicológica na relação com o paciente, o que tenderá a agravar as condições de saúde deste. Como também o risco de o seu sentimento de onipotência prejudicar sua própria atuação e eficácia estritamente técnicas (Martins, 2004, p. 24).

Na literatura médica, esse dano causado pelo/a médico/a ou pela equipe de profissionais de saúde as/aos usuárias (os) é chamado de iatrogenia (Tavares, 2007). Isso significa dizer que, na relação de cuidado em saúde, erros técnicos ou atitudes e palavras podem promover o agravamento da situação ou ainda a produção de novas problemáticas no que diz respeito à saúde dessas pessoas. Para Tavares (2007), usuárias (os), ao procurarem o serviço de saúde, idealizam a equipe de cuidado e depositam confiança, sobretudo na figura do médico. Desse modo, as atitudes e palavras da equipe pelo lugar que ela ocupa na vida das/os usuárias (os) podem ser vetores de danos à saúde e de violências e preconceitos.

Nos trechos apresentados, o médico e a enfermeira colocam a sexualidade dos usuários como um problema – não como foco do cuidado, pois não prescrevem um tratamento para ela. Assim, o que foi dito se deslocou para o campo do conselho – como se não fosse algo que estivesse sendo dito por ele e ela como profissionais da saúde –, mas, ainda assim, tem esse potencial iatrogênico, pois falam de um lugar de autoridade.

Na relação, construiu-se como visível a associação entre homossexualidade e HIV e homossexualidade e o erro/desgosto/problema. Nessa relação, os profissionais negligenciaram a necessidade de conversar com os usuários sobre os cuidados com a saúde dada à constatação do HIV; formas de não transmitir a doença; como a vida não acaba com o HIV; acolhimento do usuário acerca de sua situação; orientações ao companheiro sobre formas de prevenção etc.

A violência se caracteriza por culpabilizar o usuário por suas práticas sexuais no que se refere à sua homossexualidade e pela opressão velada que orientou o julgamento do que seria melhor para a vida daquelas pessoas, sem, contudo, elas terem dado abertura para tal opinião.

6.5 Pressuposição

Como pressuposição, estamos compreendendo os momentos, na relação de cuidado em saúde, em que a sexualidade da usuária é pressuposta como heterossexual necessariamente. Identificamos, nas oficinas, relatos apenas de mulheres, o que não quer dizer que os homens não sofrem com a heterossexualidade compulsória, mas sim que ela incide sobre homens e mulheres de formas diferentes.

Também, diferente do que acontece na deslegitimação, as usuárias não apresentaram uma identidade de gênero que foi negada pela equipe de saúde – como acontece com as mulheres trans -, mas a orientação sexual delas foi presumida antes mesmo das usuárias falarem algo de si mesmas. A pressuposição também se diferencia do desfoco, pois as mulheres não chegam a tornar visível sua bissexualidade ou homossexualidade para que ela seja ignorada. Essa possibilidade é ignorada desde o começo no caso da pressuposição.

6.5.1 Heterossexualidade compulsória e os atendimentos em saúde de mulheres

Oficinas com mulheres lésbicas e bissexuais

Participante 4: *Na verdade já veio essa ideia de algumas vezes que eu fui ao médico né, e não houve um questionamento, por exemplo, no ginecologista da minha orientação sexual.. também não sei até que ponto isso seria necessário. Mas, também como tem outras áreas médicas, como em nutricionista, de ela falar coisas sobre eu ter um namorado, sem parar para refletir ou simplesmente perguntar qual era a minha orientação ou se eu tinha um namorado, porque não estava em questão se eu tinha ou não uma relação com alguém. Então acho que esses estereótipos estão muito nas relações entre paciente e o médico. (Apêndice A).*

Participante 4: *Atrapalha porque a gente se sente assim... não diria constrangida, porque acho que seria uma palavra forte.. mas você fica: eu corrijo, não corrijo [a pressuposição do médico que ela é heterossexual], é necessário ou não. Bate uma certa dúvida de como lidar. (Apêndice A).*

Participante 3: *eu tava conversando com a Participante 4, e o que eu acho que é um dos motivos de constrangimento é o profissional já vir quase embutido a sua orientação sexual. Se você não preenche o estereótipo de lésbica, ser machinho e gay ser afeminado, se você não preenche esse estereótipo, já está embutido que você é hetero, sabe? E aí é.. no meu caso, que foi o caso mais enfático, esse da ginecologista.. Inclusive depois em outras vezes, em outras consultas, eu não lembro se estava namorando ou não, mas eu sempre evitava de comentar, sabe, se eu tinha tido alguma relação com menina, se eu estava namorando, eu não comentava mais. Mas, enfim, é, eu acho que como já está embutido no pensamento deles, o constrangimento é de você precisar quebrar isso, não, não, eu não sou hétero. E é ruim, porque isso carrega um monte de situações que vão acontecer, de estranhamento, de curiosidade e de perguntas indesejadas. Acho que o constrangimento vem mais daí. Porque é algo que é tão natural pra você, se você já naturalizou isso, pras outras pessoas você tá lá pra uma coisa bem específica, você não quer ser abordada desse jeito, você não quer que alguém*

fique fazendo uma entrevista com você de perguntas que você não quer responder.. e é isso.. (Apêndice B).

Participante 1: *comigo sim. Eu estava com uma infecção urinária, e eu normalmente uso o SUS porque eu não tenho plano de saúde, mas aí o único lugar que eu ia pelo SUS, mas aí eu já tinha ido e o médico não tinha nem olhado na minha cara, não fez exame, então não resolveu. Aí eu tava com febre, muito mal, procurei o número de um urologista na internet, paguei super caro na consulta e cheguei lá e foi super constrangedor. Ele me perguntando se eu tinha parceiro fixo ou não, mas de um jeito super opressivo. Aí ele fez piada com a situação, tipo: “aí isso é porque você está transando”. Aí ele perguntou se eu contei pra minha mãe isso, se eu contei pra minha mãe que eu transava. Olha isso, sabe? Foi tão horrível que eu sai de lá desesperada e nem marquei o retorno. Em relação a ginecologista também, no sistema público, porque é sempre as perguntas muito invasivas assim, de um jeito muito constrangedor, e sempre considerando que você tem parceiros só. (Apêndice C).*

Participante 6: *às vezes uma coisa simples de perguntar assim: quantos parceiros ou parceiras você teve? Já é uma coisa.. Porque se a pessoa pergunta assim: quantos parceiros você teve? Você fala.. você já se sente mal, já reduz um pouco. Aí ele pergunta se você usou camisinha com todos eles. Aí você fica, poxa como eu vou responder isso. (Apêndice D).*

Participante 3: *Instruções sobre a sexualidade LGBT, de conhecer a sexualidade das mulheres. Conhecer a sexualidade na adolescência. Casos de ginecologista que eu fui quando era adolescente e ele pressupor o tempo todo que eu era hetero. Assim as pessoas exploram a sexualidade na adolescência também.. não tem que associar que a abstinência é a solução. (Apêndice E).*

Os trechos ilustram situações em que a sexualidade foi pressuposta como heterossexual, e não é dada a possibilidade de que a orientação seja outra senão essa. Chamamos atenção o fato de que os relatos que mencionam isso são todos de mulheres lésbicas e bissexuais em seus atendimentos médicos ginecológicos e urológicos. Ambas as especialidades se dedicam a cuidar do aparelho reprodutor, o primeiro especificamente da vulva e dos ovários e o segundo do trato urinário.

Em Foucault (1976/2015), a construção do dispositivo da sexualidade se deu por meio de algumas estratégias de governamentalidade, de sujeição dos corpos, dentre elas, a histerização do corpo da mulher. Essa técnica se dedica a controlar a sexualidade das mulheres que, de antemão, é vista como problemática – a histeria como intrinsecamente feminina – sendo assim um corpo saturado de sexualidade. A boa mulher é aquela que orienta sua sexualidade e seus prazeres à procriação e ao cuidado com os filhos. A mãe é o inverso da mulher “nervosa”, como diria Foucault.

Essa condução da sexualidade feminina para a procriação, para a heterossexualidade e para a feminilidade típica compõe o ideário de mulher que orientará os atendimentos médicos, sobretudo em especialidades que se ligam ao aparelho reprodutor feminino. Trata-se de uma

tendência a desconsiderar o prazer da mulher desvinculado dessas pressuposições, bem como a possibilidade do prazer com outra mulher. Para Junqueira (2013), as normativas de gênero, suas vigilâncias e controle não exigem, habitualmente, que as mulheres afastem a masculinidade e a homossexualidade para serem reconhecidas como mulheres. Os “crimes” femininos são outros: o aborto, a prostituição e o adultério. Assim, nessa lógica de negação e subalternização do corpo feminino e da mulher, a lesbianidade não existiria como alternativa.

Outro ponto levantado pelas usuárias é o de não preencher o estereótipo de lésbica/gay e assim ser tachada como heterossexual. Esse estereótipo diz respeito ao *passing* de cada pessoa no que tange a sua orientação sexual. Socialmente, tem-se, como indicativos de uma homossexualidade, o afastamento das normativas de gênero atribuídas ao sexo, por exemplo, uma menina que não atende ao esperado para o universo feminino. Alguns nomes são dados a isso, como “sapatão”, “bofinho”, “caminhoneira”. Desse modo, ao performar características que são atribuídas ao masculino, essas meninas são consideradas lésbicas. Trata-se do sistema sexo – gênero – desejo em que corresponder ao esperado socialmente para determinado sexo é sinônimo de uma heterossexualidade.

Assim, o *passing* pode ser tanto ativo quanto reativo. Ativo quando a pessoa é o ator social de sua identidade e diz sobre ela para as outras pessoas, e reativo quando ocorrem suposições sobre sua identidade que podem ser acatadas ou não dependendo do lugar, contexto social ou situacional em que determinada pessoa se encontra. Assim, as meninas, sendo lésbicas ou bissexuais, ao serem categorizadas, na relação, como heterossexuais, podem ou não abraçar essa identidade a depender das consequências dessa escolha entre ser o que se supõe ou não.

As usuárias indicaram a necessidade de desfazer esse pressuposto e o constrangimento gerado nesse processo de quebra de expectativa. Sua sexualidade não-heterossexual foi invisibilizada nessas relações de cuidado, ao passo que a heterossexualidade compulsória associada ao esperado socialmente das mulheres ocupou o espaço de atendimento. Essas usuárias foram, portanto, “armariadas”²⁵ na relação e precisariam “assumir” socialmente suas preferências sexuais para assim ter o atendimento em saúde de acordo com suas demandas.

Questionamo-nos o quão violento pode ser esse processo de ter a possibilidade de ser algo negada, necessitando “corrigir” o mecanismo normativo em ação que não as incluem. Esse processo de subordinação da homossexualidade à heterossexualidade ilustra como,

²⁵ O termo “armariar” é uma alusão ao armário. Quando dizemos que alguém foi armariada (o), nos referimos à situação de a pessoa ser levada de volta ao armário naquela relação pela (o) profissional de saúde, uma vez que sua sexualidade é invisibilizada e considerada apenas a partir da heterossexualidade.

ainda, os atendimentos são heterocentrados e pressupõem um modelo como padrão, normal e correto. Trata-se de uma visibilidade viciada na norma.

6.6 Ocultamento

O processo que estamos chamando de ocultamento é o movimento feito pelas (os) usuárias (os), no atendimento em saúde, de não falar sobre sua sexualidade, optando por deixá-la invisível. Nesse processo, as usuárias e os usuários deixam a heteronormatividade e as normativas de gênero agir, não corrigindo seus equívocos.

Diferente do que ocorre com as categorias anteriores, no ocultamento e na próxima categoria, ajustamento, os/as usuários(as) acionam essas estratégias como saída para as consequências das violências institucionalizadas, que mencionamos nos dois eixos. O medo faz com que haja essa antecipação por parte dos/das usuários(as), o que explícita o reflexo do preconceito com a população LGBT na saúde e como ele engendra práticas que perpetuam formas de violências.

6.6.1 Heteronormatividade enquadrando relações

Um poema²⁶ escrito pelo Lorde Alfred Douglas, em 1894, descreve dois personagens em um jardim, até que um poeta pergunta a um deles, o de aparência mais triste, quem ele é, ao passo que ele responde: “meu nome é amor”. O outro personagem toma a cena e, gritando para o poeta, diz: “mente, porque seu nome é vergonha, eu sou o amor e queria estar só neste jardim até que ele chegou, sem ser convidado, à noite. Sou o amor verdadeiro, preencho os corações de *rapaz e moça* com chama mútua”. Então, suspirando, o outro disse: “Como queira, eu sou o amor que não ousa dizer seu nome” (Miskolci, 2007). O que esse poema ilustra é o que já dizemos sobre o armário e manter-se dentro dele, ocultando sua sexualidade. Esse poema, ao falar sobre amor, fala também sobre as possibilidades de amar. O armário é da ordem do segredo, da mentira, do não-dito. Para Sedgwick (2007), o conceito de armário diz não só dos que se encontram dentro dele, mas de todas as outras pessoas que podem viver sua sexualidade abertamente, ou seja, diz de quem está dentro, de quem está fora e já esteve dentro e de quem nunca precisou dele.

As e os participantes desses trechos descrevem situações em que permanecer no armário se mostra como a melhor alternativa.

²⁶ O poema foi publicado na revista *The Chamaleon*, em 1894, e republicado em Read, 1970.

Oficinas com mulheres lésbicas e bissexuais

Participante 3: *Foi bem constrangedor, porque tinha um ginecologista na sala, e ele era homem, e ficava uma enfermeira na sala, porque ele era homem. Mas, eu não pedi pra ela ficar, eu não me importo de ficar na sala só com um homem, então eu queria falar alguma coisa pra ele e ela tava ali do lado e eu sentia que ela tinha um pensamento bem preconceituoso, foi bem constrangedor no sentido de falar.. e também porque ele não se importou em saber. Eu não sabia a princípio se eu falava ou não.. (Apêndice A).*

Participante 6: *[. . .] Uma vez quando eu fui no médico eles ficaram me perguntando [se ela havia tido relações sexuais] o tempo todo perto dos meus pais, eu não ia responder e eles ficaram perguntando disso, e eu só estava com dor de garganta. E a pergunta ser aberta, quando o ginecologista, ou o médico não colocar a heterossexualidade como a única possível e reagir bem, não ficar assim tipo: “ah sério?”. (Apêndice C).*

Participante 4: *[. . .] porque as vezes o médico leva em consideração só a sua heterossexualidade porque ele também não sabe te dizer como se prevenir. Como um casal lésbico vai se prevenir de uma doença? Às vezes o próprio médico não sabe te dizer isso. Ai a gente acaba não falando, o médico não pergunta e quando pergunta a gente não fala porque não tem confiança. É isso. (Apêndice C).*

Participante 4: *Ter medo de contar para o médico, porque vai que ele conta para a família, se for o médico da família. Além de passar confiança pra gente conseguir contar, passar a confiança de que realmente ele vai ser sigiloso. E perguntar sobre a orientação sexual sem constrangimento. Foi isso que foi dito. Perguntar para a mulher sobre a sexualidade dela, sem que ela se sinta constrangida. (Apêndice C).*

Participante 1: *Parece que em relação aos constrangimentos em relação as perguntas né. Parece que... não que a sexualidade não seja importante, até dependendo se for um ginecologista assim, mas parece que é um reconhecimento da sexualidade, mas sem que... tipo... é.. seja reconhecido, mas não que seja julgado sabe. Que seja aberto. Que nem a gente tava conversando aqui: “quantos parceiros sexuais você teve?”. Já considerando que você é hétero, não tem discussão. Ai você vai: “então eu sou lésbica”. E ai, né, como ele vai reagir com isso? E muitas vezes as mulheres não tem coragem de falar, e ai acabam respondendo as perguntas como se fossem parceiros. Então assim que o profissional esteja aberto para perguntar, mas também aberto para escutar uma resposta se a pessoa for bi ou não. Ou perguntar, mas ter um julgamento ou constrangimento depois. (Apêndice C).*

Oficinas com homens gays e bissexuais

Coordenadora: *Acho que vou mudar um pouco a pergunta para facilitar: influencia vocês falarem da orientação sexual de vocês para que vocês tenham um bom atendimento?*

Participante 5: *Ah sim com certeza, eu entrar e sair de boca calada: legal. (Apêndice D).*

Participante 2: *Antigamente assim eu tinha um pouco de receio, porque eu tinha uma doença chamada epilepsia, mas eu nunca cheguei a chegar pra eles e falar “eu sou gay”, porque tinha medo de levar represália, homofobia. Hoje em dia eu estou mais de boa, o reverendo e a igreja me ajudaram muito, agora eu chego falo, em entrevista também que eu sou bi, agora eu estou bem mais tranquilo, mas antigamente eu tinha receio sim. (Apêndice D).*

Participante 3: *Essa pessoa se sentiu muito mal. E me impactou porque sendo público LGBT é uma coisa que eu não quero pra mim, se eu tiver um problema eu não quero trazer que eu faça parte desse público, pra não ser encaminhado diretamente pra DST.*

Coordenadora: *é essa a imagem que você tem: que a medicina encaminharia imediatamente para serviços que cuidam de DST?*

Participante 3: *Isso, isso.. (Apêndice F).*

Nesses trechos, as e os participantes apontam o medo de falar sobre sua sexualidade para as/os profissionais de saúde. Medo de represálias, de homofobia, de que outras pessoas fiquem sabendo – como a família, por exemplo -, de que a partir da sexualidade exposta outras coisas sejam pressupostas, levando a outros tipos de discriminações, como já discutimos nos itens analisados anteriormente.

Essa possibilidade de *passing*, tornando visível ou invisível certos elementos na relação, é composta pela autopercepção quanto a própria identidade e da percepção dos outros (Renfrow, 2004).

Nas interações sociais cotidianas, assumimos diferentes identidades que, de algum modo, formam aquilo que somos. Nossa profissão, a posição que ocupamos dentro da família – ou se temos ou não família –, a qual raça e etnia pertencemos, nossa classe social e, por fim, nossa sexualidade. A “leitura” dessas identidades é feita a partir de expectativas sociais construídas e reafirmadas dia-a-dia a partir de nossas performances. Elas, as performances, são socializadas, moldadas e, ao mesmo tempo em que expressam as normas identitárias, atualizam-na em sua ação. Renfrow (2004) afirma que, conhecendo essas normas, os sujeitos manipulam estrategicamente símbolos para moldar as impressões das outras pessoas a seu respeito.

Algumas identidades atuam como “lentes” por meio das quais vemos todas as outras características de uma pessoa. Desse modo, considerando a sexualidade como uma dessas “lentes”, assumí-la publicamente, ainda que em um contexto privado de atendimento médico, resultará no acionamento de uma série de suposições a respeito daquela pessoa, como apontado pelo participante 3 (apêndice 6), que esconde sua homossexualidade para não ser encaminhado diretamente para tratamento de DST e ser marcado por esse estigma, pois, como vimos em “Sobreposições” e em “Extrapolação”, a homossexualidade masculina é associada às DSTs.

Nos trechos acima, as/os participantes não desfazem a pressuposição da heterossexualidade, uma vez que essa identidade assumida lhes trará menos desconforto durante o atendimento. Esse *passing* reativo, em que o outro da relação interpreta erroneamente a sexualidade das/os participantes, colocam-nas (os) em posição de obter acesso

a algo que, até então, era-lhes negado, no caso, um atendimento não constrangedor e sem situações homofóbicas. Eles e elas abraçaram a identidade que lhes foi endereçada como uma tentativa de minimizar os danos. Entretanto, corresponder ao equívoco perpetua, ao invés de desafiar, um estereótipo, o que tornam ainda mais complexas essas situações em uma relação de atendimento: a/o usuária/o, ao ocultar sua sexualidade, adequa-se às normas e foge da homofobia, mas atualiza as normas que pressupõem a heterossexualidade e colocam como desvio a homossexualidade.

Assim, o que podemos compreender do *passing* é como ele é usado estrategicamente por algumas pessoas para ter acesso aquilo que deveria ser garantido sem o *passing*. Contudo, o *passing* tem efeitos para além do indivíduo – ainda que seja bom para ele que tenha seu atendimento garantido, é ruim para todos, na medida em que coopera com a construção normativa e com a exclusão.

Ocultar a sexualidade se adequando à heteronormatividade traz consequências negativas, como apontado, nos trechos, no que diz respeito ao próprio atendimento, que não irá considerar aqueles determinantes sociais da saúde; e para a população LGBT que continuará tendo sua sexualidade invisibilizada, negligenciada e associada ao erro em decorrência do medo da homofobia que acompanha os atendimentos em saúde.

Nesses encontros, a própria sexualidade foi invisibilizada e, com ela, todas as suas nuances. Já a heteronormatividade tomou conta desses atendimentos, sendo visibilizada. Podemos questionar, a partir disso, os efeitos desse silenciamento da homossexualidade. O atendimento estaria sendo realizado integralmente ao negligenciar aspectos que compõem a identidade daquelas pessoas? Quão violento é precisar ocultar partes de si para não sofrer violência?

6.7 Ajustamento

Por ajustamento, estamos compreendendo o processo feito pelos usuários e usuárias de adequação à heteronormatividade nos encontros de cuidado em saúde com o intuito de evitar situações de violência homofóbica. No item anterior, as/os usuárias (os) optaram por não expor sua sexualidade. Nesse item, ocorre o ato de se ajustar às exigências heterossexuais para não ter sua sexualidade colocada à prova.

6.7.1 O processo de se adequar as normas

Oficina com transexuais e travestis

Participante 2: *na verdade, essa minha decisão de me assumir faz muito pouco tempo, faz só dois anos, aí pode falar nossa, mas faz só dois anos e já estão no [nome do serviço] eu comecei a entender de verdade o que era a transexualidade no [nome do serviço]. Por mais que eu não me sentisse o que a sociedade diz o menino perfeito, mas eu fui casado nove anos. O meu filho mora comigo hoje, ele tem 15 anos. Então assim, eu não tenho.. se eu falo qualquer coisa eu vou estar sendo incoerente ou dando uma informação falsa, mas é, o SUS em si eu não precisei, eu precisei de particular por causa da minha empresa. Quando você se obriga a negar para não perder o emprego, então você troca sua vestimenta pra ir no médico da empresa, trocar sua roupa pra ir ao médico senão você pode ser mal visto, mal interpretado. Se o médico olha e vê que você tem o seio desenvolvido ele fica.. você percebe o ar de preconceito, o ar de que se tá assim é porque está se drogando. Isso aqui, eu comecei a tomar aqui.. aí você fala “já tá desse tamanho?”. Não, é que eu tive um grave acidente de carro e tive um tumor de hipófise e essa célula necrosou, então eu não tenho produção de hormônio masculino, facilitou um pouco.. mas foi assim que aconteceu. (Apêndice H).*

Participante 2: *porque assim, isso é o convênio da empresa era extremamente preconceituosos, então para eu assumir que era gay já foi uma dificuldade muito grande. Eu usava brinco, eu era auxiliar administrativo onde eu trabalho e não podia usar brinco, não podia deixar o cabelo crescer, não podia pintar a unha.. não podia, não podia, não podia.. (Apêndice H).*

Os dois relatos acima são da mesma participante: uma mulher trans que já havia dado início ao processo transexualizador no SUS. Ela relata a época em que não havia assumido sua transexualidade e ainda era considerada um homem gay. Ela nos conta de seu esforço para não parecer com uma mulher no que diz respeito aos pressupostos do que seja uma mulher, como usar brinco, ter cabelo comprido, pintar as unhas.

Nesse sentido, Renfrow (2004) aponta que são acionadas algumas estratégias de *passing* em situações que se faz necessário lidar com identidades marginalizadas, socialmente indesejadas. Ele as chama de “Movimentos de distanciamento” e “Alinhando Movimentos”. A primeira se trata de esconder informações que identificam identidades que se prefere manter oculta, ao passo que a segunda diz de exibir explicitamente marcadores sociais consistentes com determinada identidade. Ou seja, em uma, busca-se o afastamento daquilo que é associado comumente a um tipo de identidade, já a segunda refere-se a performar as características que constroem determinada identidade.

Distanciamento e alinhamento podem trabalhar em conjunto, como no caso da participante acima, que buscou se afastar daquilo que remetia ao feminino, alinhando-se com o esperado para o masculino.

As expectativas sociais das pessoas enquadram as estratégias que usamos para nos apresentar aos outros. Essas estratégias orientam os desempenhos, distanciando-os ou alinhando-os com identidades particulares ou dividindo o mundo social em regiões

clandestinas e abertas. Ou seja, existem espaços sociais onde as pessoas se sentem mais ou menos seguras de performarem determinadas identidades. Algumas vezes, a família é um espaço de cuidado, em outros, de propagação de violências. Isso acontece em muitos outros espaços de convívio social, como os locais de atendimento à saúde.

Como já foi apontado, os serviços de atendimento à saúde são atravessados por discursos, saberes que organizam a percepção das e dos profissionais de saúde em relação à sexualidade e ao modo de cuidado dos corpos. São percepções construídas a partir de pressupostos heteronormativos que são estruturantes das expectativas sociais referentes a gênero e sexualidade. Assim, para fazer parte ou ingressar em certos locais, as pessoas usualmente moldam suas identidades recorrendo às estratégias mencionadas.

O custo desse ajustamento pode ser alto, uma vez que características que compõem determinada identidade precisam ser negadas em prol de outras, e esse processo indica que algumas identidades são mais aceitas e corretas do que outras, e a elas são reservadas não só a legitimação social de sua existência, mas também a possibilidade de existir sem medo e sem precisar lutar por sua existência.

A visibilidade que observamos, nesse processo, são das estratégias de ajustamento às normas sociais, uma vez que fazer parte desta e não daquela identidade lhes garantirá a possibilidade de ser bem atendida (o) no serviço de saúde. Torna-se invisível, contudo, as múltiplas identidades que compõem o que é a sexualidade e o gênero, bem como os determinantes sociais da saúde que acompanham essas sexualidades, pois como essas pessoas se ajustam a determinados tipos de identidades, as identidades não hegemônicas se tornam invisíveis na rede pública e são, assim, tomadas como não existentes, o que causa uma espécie de buraco na universalidade e integralidade do acesso.

Portanto, o que se percebe é que heteronormatividade dos atendimentos leva as (os) usuárias (os) a se adaptarem ao esperado para não sofrer preconceito, e isso, além de trazer consequências negativas às/aos usuárias (os) no que diz respeito à propagação do preconceito que sofrem cotidianamente, o cuidado em saúde deixará de ser integral e universal, pois as demandas que chegarão não contemplarão a população LGBT.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho, lançamos olhar sobre modos de relações entre profissionais e usuárias (os) da saúde que produzem violências. Chamar essas relações de violentas é, sobretudo, uma tentativa de legitimá-las como tal, pois elas se assentam em um modelo social heteronormativo que produz um jeito de viver a sexualidade como o correto, colocando as outras formas possíveis em uma relação de subalternidade. Desse modo, as ações em saúde se orientam para o cuidado com corpos heteronormativos e quando essa lógica é quebrada de alguma forma, há um esforço de correção por parte de profissionais em normatizar aquilo que foge de seu campo de inteligibilidade. Ademais, a construção identitária LGBT, como vimos, é marcada por associações, estigmas e relações de saber/poder que tornam essas pessoas inteligíveis a partir de certas marcas.

A heteronormatividade constrói os modelos de ação em saúde. Ela se associa, ainda, à construção de um lugar de poder de profissionais de saúde. Desse modo, com as categorias que construímos, podemos questionar o modo que esses atendimentos vêm sendo direcionados, uma vez que, ocupando esse lugar de saber/poder, as e os profissionais se colocam em posição de saber (sobre as necessidades, os cuidados, o corpo do/a outro (a)) e não precisam ouvir o que a outra pessoa no atendimento tem a dizer.

Esse lugar ocupado por profissionais pode ser compreendido nas categorias construídas, bem como sua relação com esse modelo heteronormativo e com as associações comumente feitas com a sexualidade LGBT. Vejamos.

Na categoria “Sobreposições”, a homossexualidade masculina, ao se tornar visível, visibiliza a associação, por parte de profissionais da saúde, de homossexualidade masculina e DST/AIDS. O mesmo ocorre com as mulheres transexuais e travestis. Ainda, é impossibilitado a esse público a doação de sangue, portanto, o visível da sexualidade torna visível a normativa do Ministério da Saúde que impede a doação por parte de homens que fazem sexo com homens. Ademais, a transexualidade, ao se tornar visível, sobrepõe todas as outras características que compõem aquele corpo e o atendimento fica prejudicado. Desse modo, o que temos é a hipervisibilização da sexualidade de homens *gays* e mulheres transexuais e travestis, sobrepondo e invisibilizando outras necessidades possíveis em saúde.

Diferentemente, as mulheres lésbicas e bissexuais ora tem sua sexualidade pressuposta como heterossexual – como visto na categoria “Pressuposição” –, ora sua orientação sexual voltada para mulheres é ignorada e continuam sendo tratadas como heterossexuais – como visto na categoria “Desfoco”. No primeiro, “Pressuposição”, o que se torna visível é a

heterossexualidade pressuposta, ao passo que ser lésbica ou bissexual é invisibilizado. Como dissemos, a visibilidade é viciada na norma e, portanto, negligencia os cuidados que se relacionam a um corpo não-heterossexual. No “Desfoco”, a sexualidade bissexual e lésbica é apresentada e é ignorada, sendo visível apenas a relação de mulheres com homens. Ainda dentro dessa normatização de gênero e de orientação sexual, tornou-se visível a possibilidade de erotização da relação entre duas mulheres. Ou seja, ela se torna visível apenas e a partir do olhar de satisfação do desejo masculino e fetichista.

Tanto na “Pressuposição” quanto no “Desfoco”, o que vemos é a sexualidade da mulher sendo construída a partir da heterossexualidade compulsória. O que, nos relatos, não foi visto acontecer com a homossexualidade masculina. Entretanto, podemos considerar alguns pontos quanto a isso, uma vez que a heterossexualidade compulsória atinge todos e todas: nas relações de cuidado em saúde, os homens *gays* não têm seus atendimentos, geralmente, focados no aparelho reprodutor. Sendo assim, eles podem permanecer no *passing* heterossexual, por exemplo. Já com as mulheres, o *passing* não funciona, pois elas são “forçadas” a lidar com a dissonância de percepção entre sua sexualidade e a heterossexualidade compulsória devido ao fato de estarem sob maior vigilância do corpo – maior foco das intervenções médicas no corpo reprodutor feminino. As mulheres são orientadas, por exemplo, a fazer um exame preventivo, todo ano, desde a adolescência. Fazem Papanicolau e mamografia de rotina. Essas intervenções favorecem a produção, nas mulheres, de uma dúvida sobre a saúde de seus corpos ligada ao modo como usam o aparelho reprodutor e vivem sua sexualidade. Já os homens não passam por isso. O que acontece é o exame de próstata sendo colocado como exame de rotina depois dos quarenta anos, e só aí começam a duvidar da saúde da próstata, mas sua sexualidade não entra em jogo, uma vez que apenas se sua próstata não estiver saudável é que um homem se verá compelido a interrogar-se sobre o modo como vive sua sexualidade.

Assim, o aparecimento desse questionamento da compulsoriedade heterossexual, nas oficinas, surge na voz de mulheres, porque são elas que, discursivamente, foram feitas para vigiar seus corpos e sexualidade, temendo a perpétua possibilidade de adoecerem. Quando um médico pressupõe sua heterossexualidade, ela não pode gozar dos benefícios do *passing*, porque (ao contrário dos homens) tem que lidar com o medo (em formato de dúvida) de que alguma informação importante para a sua saúde está sendo desconsiderada.

Outro aspecto em relação à homossexualidade masculina e feminina se relaciona com a categoria “Extrapolação”. Nela, novamente torna-se visível a associação da homossexualidade masculina com as DSTs, como na categoria “Sobreposições”. Ou seja, a

sexualidade homossexual masculina não é invisibilizada na relação, ela é extrapolada e a partir dela desdobram-se outras coisas, até mesmo o conselho para deixar de ser *gay*. Portanto, parece-nos que os homens sentem vividamente os prejuízos de não serem heteros, enquanto as mulheres são forçadas ao *passing* pelo desfoco e pressuposição.

Com relação a essas diferenças, entre homossexualidade e bissexualidade feminina e a masculina, as normativas de gênero que constroem a heteronormatividade agem como mecanismo condutor dos atendimentos, alocando os homens nessa hipervisibilização de sua sexualidade, e as mulheres tendo suas práticas vistas apenas pelo viés heterossexual. Ademais, aos heterossexuais, é reservada a possibilidade de práticas sexuais consideradas seguras e livres de DSTs. Os cuidados em saúde são traduzidos para a norma heterossexual e as mulheres bissexuais e lésbicas têm suas especificidades negadas e invisibilizadas.

O atendimento sendo organizado a partir da heteronormatividade leva, em grande parte, ao “armariamento” da sexualidade LGBT por parte dos usuários e usuárias em saúde, como exposto no item “Ocultamento”. Essa volta ao armário pela população revela o medo do preconceito homofóbico e a escolha por não quebrar a expectativa criada pela heterossexualidade compulsória. Assim, a própria sexualidade é invisibilizada pelo usuário ou usuária frente ao olhar de profissionais de saúde em um jogo estratégico com a finalidade de tentar garantir o cuidado em saúde.

O ocultamento foi algo exposto na fala de usuários e usuárias homossexuais ou bissexuais, uma vez que a sociedade constrói a hierarquização sexual e deixa as margens para as sexualidade dissonantes – o que fortifica a opção pela possibilidade do *passing* heterossexual por essas pessoas. Já no “Ajustamento”, o que acontece é um esforço de se alinhar ao modelo aceito de sexualidade, se distanciando do que é marginalizado. Em ambos os casos – ocultamento e ajustamento –, busca-se tornar invisível um modelo de sexualidade em um processo de adequação às normas heterossexistas.

Com a população transexual, o processo nos parece outro, já que transexuais e travestis têm frequentemente sua identidade contestada e colocada à prova. No item “Deslegitimação”, as pessoas transexuais relataram momentos em que tiveram sua identidade negada, deslegitimada por profissionais da saúde por não se encaixarem no padrão, previsto em um manual, do que é a transexualidade. Assim, elas só podem falar de si se for dentro de um roteiro, heteronormativo.

No quadro abaixo, temos a dimensão de como essas violências foram distribuídas de acordo com a população a quem se dirigiram:

Quadro 2 – Violências e distribuição por segmento LGBT

<i>Violências</i>	<i>Definição</i>	<i>Quem sofre</i>
Sobreposições	A sexualidade, ao se tornar visível, hipervisibiliza aspectos relacionados à essa sexualidade, que passam a se sobrepor às outras características da (o) usuária (o) e, com isso, invisibiliza outras necessidades em saúde trazendo consequências para a produção do cuidado em saúde.	Homens gays e bissexuais e mulheres transexuais e travestis
Desfoco	A sexualidade, ao se tornar visível, é ignorada em determinados aspectos por profissionais da saúde, e a relação entre mulheres é invisibilizada.	Mulheres lésbicas e bissexuais
Deslegitimação	A sexualidade transexual se torna visível e é negada por profissionais da saúde caso não preencha critérios específicos.	Pessoas transexuais
Extrapolação	A sexualidade visível produz, na relação de cuidado, a extrapolção das fronteiras do pertinente ao campo do cuidado profissional. São conselhos que não dizem respeito, necessariamente, à relação de cuidado e prevenção em saúde.	Homens gays e bissexuais
Pressuposição	A sexualidade é pressuposta como heterossexual, necessariamente.	Mulheres lésbicas e bissexuais
Ocultamento	A sexualidade é ocultada por usuários (as), deixando-a invisível.	Homens e mulheres homossexuais e bissexuais
Ajustamento	A sexualidade se torna visível em adequação a uma norma. A usuária se adequa ao que é, normativamente, desejado.	Usuária transexual na época em que se via como ‘homem gay’

Fonte: Autoria própria.

A população LGBT, portanto, padece da violência da sobreposição, do desfoco, da deslegitimação, da extrapolção, da pressuposição, do ocultamento e do ajustamento.

Algo comum a todos os itens analisados é a pressuposição de profissionais de saúde de como agir (ou não agir), cuidar (ou não cuidar), dispensando o que as usuárias e usuários têm a dizer de si ou desconsiderando outras possibilidades de cuidado que não as que já estão inclusas em seus modelos de atendimento.

Assim, a violência empregada nesses atendimentos se relacionam à negligência às necessidades em saúde dessa população, a invisibilização de identidades, ao “armariamento” dessas pessoas e, sobretudo, servem como dispositivo de manutenção de uma estrutura e de

uma dada regulamentação da vida social. Mantém-se uma lógica social a partir das relações de cuidado.

Ao afirmar que essas relações de violência perpetuam o modelo heteronormativo, trazemos para discussão a dimensão ética e política de profissionais da saúde e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

A política diz de aspectos técnicos dentro de um campo político formatado que leva em conta os determinantes sociais da saúde e as lutas contra as discriminações. Assim, ela busca a transformação de uma sociedade reprodutora dessas opressões. Ela tem, desse modo, um desdobramento técnico preciso que considera quais são as violências que são vistas como violências e a proibição em praticá-la (como aquelas descritas no eixo “Sobre as violências nomeadas como violências”). Entretanto, o ordenamento técnico não se dá apenas por aspectos técnicos, mas políticos da própria política.

As e os profissionais precisam ser tecnicamente qualificados, mas mais do que isso, a análise dessas violências nos faz compreender que mesmo um trabalho tecnicamente impecável pode produzir violências. Ora, profissionais que agem de acordo com os procedimentos do SUS para o processo transexualizador seguem o padrão diagnóstico e, com isso, podem violentar pessoas que não se adequam a esses padrões. Nesse sentido, a própria norma se torna violenta. O mesmo acontece com a normativa da doação de sangue.

Portanto, mais do que treinar profissionais para o atendimento, precisamos considerar qual a dimensão política buscamos alcançar no SUS. Os atendimentos, sendo heteronormativos como vimos, produzem violências e continuam reproduzindo essa estrutura que perpetua a hierarquização sexual. A construção de ações e cuidado em saúde não discriminatórias e produtoras de violência parece estar na negação dessa lógica heteronormativa que orienta a formação e os padrões de atendimento em saúde.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, J. M. (2004). *Mulher, aids e o serviço de saúde: interfaces*. (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- Almeida, G. (2009). Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 301-331. doi: 10.1590/S0103-73312009000200004
- Assis, C. L. (2011). Teoria queer e a resolução CFP n. 1/99: uma discussão sobre heteronormatividade versus homonormatividade. *Bagoas*, 6, 145-155. Disponível em: <http://www.periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2331>
- Barata, G. (2006). *A primeira década da Aids no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983 a 1992)*. Dissertação de mestrado – Departamento de História. Programa de História Social. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Barbosa, R. M. & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25 Sup 2, 291-300. Doi: 10.1590/S0102-311X2009001400011
- Benjamin, H. (1966/1999). *The transsexual phenomenon*. Recuperado a partir de: <http://www.mut23.de/texte/Harry%20Benjamin%20-%20The%20Transsexual%20Phenomenon.pdf>
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro : Garamond.
- Bento, B. A. M. (2008). *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense.
- Bento, B., & Pelúcio, L. (2012). Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos Feministas*, 20(2), 569-581.
- Berlant, L.; Warner, M. (2002) Sexo em Público. In: Jiménez, R. M. M (Org). *Sexualidades Transgressoras* (pp. 229-257). Barcelona: Içaria.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>
- Borba, R. (2016). Receita para se tornar um “transexual verdadeiro”: discurso, interação e (des) identificação no processo transexualizador. *Trab. Ling. Aplic.*, 55(1): 33-75. <http://dx.doi.org/10.1590/010318135029178631>

- Borges, L. S., Canuto, A. A. A., Oliveira, D. P., & Vaz, R. P. (2013). Abordagens de gênero e sexualidade na psicologia: revendo conceitos, repensando práticas. *Psicologia: ciência e profissão*, 33(3), 730-745.
- Borillo, D. (2010). *Homofobia: história e crítica de um preconceito*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Brasil. (2004). *Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf
- Brasil. (2006). *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Portaria nº 675/GM/2006. Revogada pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. Recuperado de http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf
- Brasil. (2008). *Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011*. 2. ed. Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf
- Brasil. (2012). *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Ministério da saúde, Brasília. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf
- Brasil. (2013a). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
- Brasil. (2013b). *Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social*. Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf
- Brasil. (2013c). *Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/projeto/PROJETO_saudelgbt.pdf
- Brasil. (2014). *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2014/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>
- Brasil. (2016). *Homens Gays e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social*. Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/08/Cartilha-Gays-e-Bi-saude-direito-part-miolo.pdf>

- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. (Aguilar, R. Trad). Rio de Janeiro: Civilização brasileira. (Original publicado em 1990).
- Butler, Judith, & Rios, André. (2009). Desdiagnosticando o gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(1), 95-126. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100006>
- Carta de Ottawa (1986/2001). Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; p. 19.
- Carvalho, M. F. L. (2011). *Que mulher é essa? Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.
- Carvalho, M., & Carrara, S. (2013). Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (14), 319-351. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872013000200015>
- Castañeda, M. (2007). *A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas*. (Hervot, B., & Filho, F. S. T. Trad). São Paulo: A Girafa.
- Cavalcanti, C. D. (2010). Práticas bissexuais: uma nova identidade ou uma nova diferença? *Polêm!ca*, 9(1), 79-83.
- Cecilio, L. C. O. (2009). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde. In: Pinheiro, R. Mattos, R. A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 117-130), Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC, ABRASCO.
- Cordeiro, C. J., & Gomes, J. A. (2015). Da alteração do prenome e do designativo de sexo da pessoa transexual como meios de efetivação do seu direito fundamental à saúde. In: Cordeiro, C. J., & Gomes, J. A. **Temas contemporâneos de direito das famílias – Vol. 2**. São Paulo: Pillares.
- Coelho, L. M. (2001). A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologistas do Ponto de Vista das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. *Revista Tesseract*, 4.

- Costa, J. F. (1983). Homens e mulheres. In: J. F. Costa (pp. 215-274). *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- Courtenay, W. H. (2000). Construction of masculinity and their influence on men's wellbeing: a theory of gender and health. *Soc. Sci. Med.*, 50(10), 1385-1401.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., Gomes, R., et. al. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface*, 14(33), 257-270. doi: 10.1590/S1414-32832010000200003
- Declaração de Alma-Ata.(1978/2001) Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; p. 15.
- Díaz, G. A. (2012). *Sexualidades: concepções de psicólogos/as de unidades básicas de saúde de Florianópolis*. Dissertação de mestrado, programa de pós-graduação em psicologia da UFSC, Florianópolis, SC.
- Dinis, N. F. (2012). Discursos sobre homossexualidade e gênero em um curso de formação em psicologia. *ETD – Educ. Tem. Dig.*, 14(1), 62-75.
- Facchini, R. (2005). *Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Figueiredo, W. S. (2008). *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária*. Tese de doutorado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Figueiredo, W.S., & Schraiber, L.B. (2011). Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. *Ciênc. saúde coletiva*, 16, supl.1, 935-944.
- Foucault, M. (1976/2015). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. (Albuquerque, M. T. C. & Albuquerque, J. A. G. Trad). São Paulo: Paz e Terra. (Original publicado em 1976).
- Foucault, M. (1979/1996). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. (Original publicado em 1979).
- Gergen, K. J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Interthesis*, 6(1), 299-325. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/viewFile/1807-1384.2009v6n1p299/10807>

- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. (Fairman, G. Trad). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Gir, E., Nogueira, M. S., & Péla, N. T. R. (2000). Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Rev. Latino-am. de Enf.*, 8(2), p. 33-40.
- Góis, J. B. H. (2000). Olhos e ouvidos públicos para atos (quase) privados: a formação de uma percepção pública da homossexualidade como doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 10(2), 75-99. doi: 10.1590/S0103-73312000000200004.
- Gomes, R. (2008). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Guimarães, A. Todas as mulheres do mundo: a construção do corpo travesti no Brasil das décadas de 1960 e 1970. In: Brasil. *Transexualidade e travestilidade na saúde* (pp.39-64). Ministério da Saúde, Brasília.
- Junqueira, R. D. (2013). Pedagogia do armário: a normatividade em ação. *Retratos da Escola*, 7(13), 481-498. Disponível em: <http://www.esforce.org.br/index.php/semestral/article/download/320/490>
- Krafft-Ebing, R. V. (1886/2001). *Psychopathia Sexualis*. (Berliner, C. Trad). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1886).
- Laurenti, R., Mello Jorge, M.H., & Gotlieb, S. (2005). Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Cienc. Saude Colet.*, 10(1), 35-46. doi: 10.1590/S1413-81232005000100010
- Lei nº8.080/90 de 19 de setembro de 1990* (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, à organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.
- Leite Jr., J. (2008). *Nossos corpos também mudam: sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico*. Tese de doutorado – Departamento de Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- Lima, M. C. P., & Cerqueira, A. T. A. R. (2008). Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: Uma comparação entre gêneros. *Rev. Bras. de Ed. Méd.*, 32(1), 49-55.
- Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 11-21. doi:10.1590/S0104-12902008000200003

- Loughery, J. (1998). *The other side of silence. Men's lives and gay identities: a twentieth-century history*. New York: Henry Halt and Company.
- Louro, G. L. (2000). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Louro, G. L. (2001). Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação. *Revista de Estudos Feministas*, 9(2), 541-553. Doi: 10.1590/S0104-026X2001000200012
- Machin, R., Couto, M. T., Silva, G. S. N., Schraiber, L. B., Gomes, R., Figueiredo, W. S., et al. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(11), 4503-4512. doi: 10.1590/S1413-81232011001200023
- Maranhão Filho, E. M. A., & Nery, J. W. Trans-homens: a distopia nos tecno-homens. In: Brasil. *Transexualidade e travestilidade na saúde* (pp. 25-36). Ministério da Saúde, Brasília.
- Martins, A. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Comunic., Saúde, Educ.*, 8(14), 21-32.
- McNamee, S. (2010). Research as Social Construction: Transformative Inquiry. Pesquisa como construção social: investigação transformativa. *Saúde. & Transf. Soc.*, 1(1), 9-19.
- Melo, A. P. L. (2010). *“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”*: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.
- Miskolci, R. (2007). Comentário [a epistemologia do armário]. *Cadernos Pagu*, (28), 55-63. doi: 10.1590/S0104-83332007000100004
- Moita, G. (2006). A patologização da diversidade sexual: homofobia no discurso de clínicos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 76, 53-72.
- Monteiro, S.S., Brandão, E., Vargas, E., Mora, C., Soares, P., & Daltro, E. (2014). Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Diálogos possíveis entre profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 137-146.
- Moscheta, M. S. (2011). *Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestir e transexuais*. Tese de doutorado – Departamento de Psicologia. Programa de pós-graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto/SP.
- Moscheta, M., Santos, J. C., McNamee, S., & Santos, M. A. (2014). Diálogo e transformação: estratégias para o trabalho com a diversidade sexual no contexto educacional. . In: Guanaes-Lorenzi, C., Moscheta, M., Corradi-Webster, C. M., & Vilela e Souza, L. (Orgs.),

Construcionismo social: discurso, prática e produção de conhecimento (pp. 265-288), Rio de Janeiro: Instituto Noos.

- Muroya, R. L., Auad, D., & Brêtas, J. R. S. (2011). Representações de gênero nas relações de estudantes de enfermagem e cliente: Contribuições ao processo de ensino-aprendizagem. *Rev. Bras. Enferm*, 64(1), p. 114-122.
- Nunan, A. (2004). Violência doméstica entre casais homossexuais: o segundo armário? *PSICO*, 35(1), 69-78.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pamplona, R. S., & Dinis, N. F. (2013). Probabilidade: discursos produzidos sobre bissexualidade. *Comunicações*, 20(2), 97-112. doi: 10.15600/2238-121X/comunicacoes.v20n2p97-112
- Paulino, D. B. (2016). *Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família*. Dissertação de mestrado – Instituto de Psicologia. Programa de pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia/MG.
- Pelúcio, L. (2009). *Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids*. São Paulo: Annablume; Fapesp. Recuperado de <http://www.ufscar.br/cis/wp-content/uploads/LARISSA-PELUCIO-Abje%C3%A7%C3%A3o-e-desejo.pdf>
- Pelúcio, L. (2011). Marcadores Sociais da Diferença nas Experiências Travestis de Enfrentamento à aids. *Saúde Soc. São Paulo*, 20(1), 76-85.
- Pereira, M. E. C. (2009). Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12, 379-386. doi: 10.1590/S1415-47142009000200011
- Pimenta, F. A., & Merchan-Hamann, E. (2011). Uso dos serviços de saúde por parte de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 5(4), 35-53. doi: 10.18569/tempus.v5i4.1056
- Pinheiro, T. F., & Couto, M. T. (2013). Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 73-92. doi: 10.1590/S0103-73312013000100005
- Prado, M. A. M., & Machado, F. V. (2008). *Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade*. São Paulo: Cortez.
- Prins, B., & Meijer, I. C. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Estudos Feministas*, 10(1), 155-167. doi: 10.1590/S0104-026X2002000100009

- Ramini, J. A. F. (1992). Insuficiente educação sexual em Medicina. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*, 38(2), 123-30.
- Ramos, S. (2004). O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 1067-1078. doi: 10.1590/S1413-81232004000400027.
- Rede Feminista de Saúde. (2006). *Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte: Autor.
- Renfrow, D. B. (2004). A Cartography of Passing in Everyday Life. *Symbolic Interaction*, 27(4), 485-506.
- Ressel, L. B., & Gualda, D. M. R. (2002). A sexualidade invisível ou oculta na enfermagem? *Rev. Esc. Enferm. USP*, 36(1), 75-79.
- Ribeiro, D. C., & Teixeira, F. B. (2015). Não é apenas um nome: a luta por reconhecimento no universo trans. In: Cordeiro, C. J., & Gomes, J. A. **Temas contemporâneos de direito das famílias – Vol. 2**. São Paulo: Pillares.
- Rodrigues, A. R. S. (2013). *(Homo) sexualidades femininas e a ginecologia: um estudo sobre corpo, gênero e saúde*. (Monografia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e ciências humanas, Porto Alegre.
- Rodrigues, J. L., & Shor, N. (2010). Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais. In *Anais, Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos* (pp. 1-11). Florianópolis, Santa Catarina.
- Rohden, F. (2002). Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 101-125. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832002000100006>
- Russo, J. A., & Carrara, S. L. (2002). A psicanálise e a sexologia no Rio de Janeiro de entreguerras: entre a ciência e a auto-ajuda. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(2), 273-290. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000200003>
- Russo, J. A. (1998). Raça, psiquiatria e medicina-legal: notas sobre a “pré-história” da psicanálise no Brasil. *Horizontes Antropológicos*, 4(9), 85-102. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71831998000200006>
- Sanchez, M. C., & Schlossberg, L. (2001). *Passing - Identity and Interpretation in Sexuality Race and Religion*. New York: NYU Press.
- Santos, L. V., Ribeiro, A. O., Campos, M. P. A., & Mattos, M. C. T. (2007). Sexualidade humana: Nível de conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(2), 303-306.

- Sedgwick, E. K. (2007). A epistemologia do armário. *Cadernos Pagu*, (28), 19-54. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332007000100003>
- Seffner, F, & Parker, R. (2016). Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 293-304. Epub February 16, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>
- Seffner, F., & Terra, C. P. (2010). Epidemia de significações e ressignificações: desafios da prevenção à aids no âmbito municipal. *Revista Tempus Acta em Saúde coletiva*. 35-51
- Silva Junior, A. M. (2013). As minorias sexuais e as políticas públicas do governo federal: entre avanços e retrocessos. *Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)*, 1(2), 21-54
- Simões, A. J., & Facchini, R. (2009). Na trilha do arco- íris- movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo.
- Soares, A. S. F. (2011). A homossexualidade e a AIDS no imaginário de revistas semanais (1985-1990). *fragmentum*, 29, parte I, 13-20. doi:10.5902/21792194
- Sobral, V. R. S. (1994). *A purgação do desejo: memórias de enfermeiras*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem Anna Nery UFRJ: Rio de Janeiro.
- Souza, E. S. S., Viana, A. J. B., & Vale, J. M. V. Os homens trans e a corporeidade: o complexo fenômeno da busca do sujeito social masculino. In: Brasil. *Transexualidade e travestilidade na saúde* (pp. 111-128). Ministério da Saúde, Brasília.
- Spargo, T. (2006). *Foucault e a Teoria Queer*. (Freire, V. Trad). Rio de Janeiro: Pazulin; Juiz de Fora: Ed. UFJF.
- Spink, M. J. (2004). *Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez.
- Suess, A. (2011). Despatologización trans y práctica arteterapéutica. *Art y políticas de identidade*, 4, 107-126. Recuperado de <http://revistas.um.es/api/article/view/146031>
- Tavares, F. M. (2007). Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), 180-185.
- Teixeira, F. B. (2009). Armadilhas da (re)solução: (in)visibilidades na construção do processo transexualizador. *Série Anis*, Ano IX (68), 1-11.

- Teixeira, N. B. V. (2014). *“Cura gay é o meu caralho!”: a normalização da homossexualidade e a resolução CFP 1/99*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-graduação em sociologia, Goiânia.
- Teixeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Roseni Pinheiro & R. A. Mattos (Eds.), *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 89-111). Rio de Janeiro: IMS/UERJ CEPESC ABRAPSO.
- Toledo, L. G., & Pinafi, T. (2012). A clínica psicológica e o público LGBT. *Psic. Clin.*, 24(1), 137 – 163.
- Trevisan, J. S. (2000). *Devassos no paraíso*. Rio de Janeiro: Record.
- Valle, C. G. (2002). Identidades, doença e organização social: um estudo das “pessoas vivendo com HIV e AIDS”. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 179- 210. doi: 10.1590/S0104-71832002000100010
- Wittig, M. (1980). *O pensamento hétero*. Disponível em: https://we.riseup.net/assets/134062/Wittig,+Monique+O+pensamento+Hetero_pdf.pdf

APÊNDICES

A- Oficina com mulheres lésbicas e bissexuais

Maringá – 4 Participantes

Coordenadora 1: Agora vamos distribuir crachás para colocarmos nossos nomes.

Coordenadora 2: Vocês podem colocar do jeito que vocês quiserem. Como quiserem ser chamadas.

Coordenadora 1: Gostaríamos de frisar a importância da participação de vocês, por isso agradecemos vocês terem vindo até aqui. Aqui também não há a ideia de certo ou errado, iremos levar em consideração tudo que vocês disserem e gostaríamos que vocês também considerem isso de que o que vocês estão dizendo não é certo e não é errado, então qualquer divergência que possa aparecer que seja tratada com respeito. A gente também gostaria de frisar da importância da conversa entre todas, que todas possam falar e que seja respeitada a vez de fala de cada uma de vocês, inclusive para nos auxiliar na posterior transcrição das oficinas. Já falamos sobre o sigilo, mas queríamos pedir para que caso vocês venham a comentar sobre algo que tenha acontecido nessa oficina, não citem nomes nem nada que identifique nada de vocês. Se vocês forem compartilhar algo que seja do conteúdo da oficina ou do que vocês sentiram participando dessa conversa. Existe mais alguma regra que vocês gostariam de colocar?

Participantes : Não.

Coordenadora 2: Vamos começar nos apresentando, então eu gostaria de propor que vocês falem seus nomes, uma característica sua com a primeira letra do nome e completem a frase: para mim ser lésbica ou bissexual é... vou começar. Meu nome é [...] e eu sou espontânea. Para mim ser lésbica é.. Bom.

Coordenadora 1: Meu nome é [...] eu sou divina e para mim ser lésbica é ser livre.

Participante 1: Estou pensando... Meu nome é [...] eu sou vitoriosa e para mim ser lésbica é ser livre.

Participante 2: Meu nome é [...] eu sou negativa às vezes.. ser lésbica para mim é algo ótimo.

Participante 3: Meu nome é [...] eu sou jovem e para mim ser lésbica é [inaudível].

Participante 4: Meu nome é [...] eu sou criativa e para mim ser lésbica é ser livre.

Atividades da Oficina

Conversa Final

Coordenadora 1: após essas atividades gostaríamos de conversar com vocês sobre o que vocês escreveram, o que conversaram. A gente quer saber o que tocou vocês.

Participante 1: sobre o estereótipo né, porque eu não tinha pensado nisso até então. Até porque eu nunca passei por isso, nas minhas idas até o médico. Não sei como.. Como seria isso, como eu iria reagir se eu fosse e ela me tratasse diferente pela minha orientação.

Coordenadora 1: estereótipo no sentido do que é ser lésbica?

Participante 1: É do médico ou a médica perceber que eu sou lésbica e me tratar diferente por isso... eu imagino que me sentiria muito mal, mas não sei qual é a escala.

Coordenadora 1: O que te fez pensar nisso do estereótipo?

Participante 1: Ah foi o que nós ficamos conversando.. ela teve a ideia disso e eu parei para pensar.. Nunca tinha pensado nessa parte.

Participante 4: Na verdade já veio essa ideia de algumas vezes que eu fui ao médico né, e não houve um questionamento, por exemplo, no ginecologista da minha orientação sexual.. também não sei até que ponto isso seria necessário. Mas, também como tem outras áreas médicas, como em nutricionista, de ela falar coisas sobre eu ter um namorado, sem parar para refletir ou simplesmente perguntar qual era a minha orientação ou se eu tinha um namorado, porque não estava em questão se eu tinha ou não uma relação com alguém. Então acho que esses estereótipos estão muito nas relações entre paciente e o médico.

Coordenadora 2: Você diz dessa pressuposição primeira de que você é hetero?

Participante 4: uhum.

Coordenadora 1: Vocês acham que isso atrapalha?

Participante 4: Atrapalha porque a gente se sente assim... não diria constrangida, porque acho que seria uma palavra forte.. mas você fica: eu corrijo, não corrijo, é necessário ou não. Bate uma certa dúvida de como lidar.

Coordenadora 1: O que você fez quando isso aconteceu?

Participante 4: Eu não lembro da última vez.. mas normalmente eu corrijo, porque não deixo as coisas passar.

Coordenadora 2: Isso já aconteceu alguma vez com vocês?

Participante 3: Já.. Eu não fui muitas vezes ao médico, mas eu lembro da primeira vez que eu fui ao ginecologista depois de me assumir lésbica e da última vez que eu fui.. mas é sempre assim, eles não consideram a possibilidade de que você não seja hétero, que você não transe com um cara e isso me incomoda. A primeira vez que eu fui no ginecologista foi terrível, porque eu queria falar, mas não sabia como ele iria me tratar se eu falasse, mas eu acabei falando. Agora, já faz bem mais tempo da última vez que eu fui, a primeira coisa que eu falo é que eu sou lésbica, já falo de cara, porque pra mim é importante. Não sei, ginecologista é uma coisa estranha, eles não consideram que você vá ao ginecologista porque você tem um corpo e porque você precisa de cuidados, mas como se você fosse ao ginecologista só quando você está transando com alguém, sei lá..

Coordenadora 1: Na primeira vez que você foi que você disse que tinha medo de contar e de como ele iria te tratar e mesmo assim você contou. Como foi?

Participante 3: Foi bem constrangedor, porque tinha um ginecologista na sala, e ele era homem, e ficava uma enfermeira na sala, porque ele era homem. Mas, eu não pedi pra ela ficar, eu não me importo de ficar na sala só com um homem, então eu queria falar alguma coisa pra ele e ela tava ali do lado e eu sentia que ela tinha um pensamento bem preconceituoso, foi bem constrangedor no sentido de falar.. e também porque ele não se importou em saber. Eu não sabia a princípio se eu falava ou não..

Coordenadora 1: E você sentiu necessidade de falar por quê?

Participante 3: Porque pra mim era diferente.. porque tinha relação com isso e porque você não vai ao ginecologista só porque você transa, mas porque você tem um corpo que precisa de cuidados também.

Coordenadora 1: E nessa segunda vez, como foi?

Participante 3: A nessa foi mais tranquilo.. ele foi mais atencioso também. E não sei também, porque pra mim é diferente você.. não sei em que sentido, mas é diferente você transar com homem e transar com mulher.

Coordenadora 2: Como é isso para vocês? Vocês já sentiram essa dificuldade em algum atendimento?

Participante 2: Hum.. o ano passado eu fui várias vezes ao médico e teve uma situação assim que eu considero horrível, que eu não gostaria que nenhuma pessoa passasse por isso que eu passei. Eu levantei a noite porque eu queria beber água e tinha que passar pelo corredor e nesse corredor tinham duas enfermeiras conversando e falando de tal menina de tal quarto, e eu sabia que era eu porque era o único quarto que tinha naquele corredor.. e uma das enfermeiras se negava a me dar remédio e disse: eu não vou, você viu o que ela é? Tipo, me tratando como se eu fosse um bicho.. eu fiquei realmente muito mal no momento, tanto que eu nem fui beber água, fui no banheiro e deitei e fiquei lá. Demorou um tempo e elas vieram me trazer a medicação, a que se negou não veio, realmente, veio a outra e eu não contei pra ninguém, tanto que a primeira pessoa pra quem eu contei foi para a [**Participante 3**] agora na nossa conversa. E sei lá...

Coordenadora 1: A gente fica feliz que você tenha compartilhado isso com a gente.. E o que te leva a não compartilhar isso com outras pessoas? Por exemplo, há a possibilidade de fazer uma denúncia disso no hospital que você estava..

Participante 2: Quanto a isso teria só eu né, minha mãe estava dormindo, então o que ia adiantar? Ia ser a minha palavra. Já teve situações de eu falar pra minha mãe que algo aconteceu e ela ir perguntar pra pessoa sabe? É a mesma coisa de chamar a polícia e falar que alguém roubou e a pessoa falar que não. Não ia adiantar nada.. eu simplesmente deixei quieto, acho melhor esquecer do que sair contando.

Coordenadora 2: O que você diria para essa profissional que falou algo sobre você, em um corredor de hospital? O que você acha que falta para essa profissional ter um atendimento melhor?

Participante 2: Acho que falta treinamento né? Como a gente tava falando.. eles fazem um juramento, então essas coisas devem ser levadas a sério. Uma profissional dessa deveria ser afastada, então acho que um treinamento mais rigoroso, ainda mais hoje em dia.. Palestras para ensinar que aquilo na idade média era considerado.. como que era.. na idade moderna era crime, na média era pecado e agora doença.. sendo que não é nada disso.. a gente nasce assim.

Coordenadora 2: E para vocês, o que vocês acham que ajudaria a melhorar esses atendimentos?

Participante 3: Acho que isso deve ser mais na base ali da formação.. Acho que só capacitação não seria suficiente..

Participante 2: Poderiam selecionar melhor essas pessoas né? Não sei se seria necessário ter médicos só para heterossexuais e médicos só para LGBTs, mas seria um pouco bom também, porque a gente se sentiria mais a vontade.. mas eles poderiam ver realmente se essa pessoa faz distinção de tal coisa ela não poderia trabalhar nessa área. Sendo enfermeira, médico, o que fosse..

Participante 4: Talvez ser usado até como critério de seleção, na saúde pública, por exemplo, vai fazer uma prova para contratação de médicos colocar umas questões que abrangem a saúde da população lgbt, sabe? Colocar umas questões focadas nisso. [inaudível] muitos tipos de violência que as pessoas sofrem, violência simbólica né? Então, é acho que seria interessante também [inaudível].

Coordenadora 1: É.. a partir do momento que coloca isso no concurso o profissional procura por aquilo e está presente na graduação também.

Participante 4: Eu gostaria de compartilhar também uma questão que eu tinha colocado ali em relação ao pré-natal, numa questão mais ampla da mulher mesmo né, o meu período que eu fui atendida pelo SUS que eu tava grávida do meu filho foi terrível, tanto que eu fiquei uns dois anos até três em choque sem conseguir refletir sobre o que passou. O que acontece no sistema público é totalmente desnecessário o que uma mulher sofre nesse período. Tudo bem que existe hoje implantada essas discussões e essa coisa toda, mas como que tem sido feito isso. Acho que deveria haver uma investigação.. Em um dos atendimentos que eu fui, faltava acho que uma semana e eu já estava sentindo contração. Então eu já fui ao hospital porque já era noite e o posto de saúde não estava aberto. Quando eu cheguei no hospital tinham estudantes de medicina fazendo estágio, não sei, alguma coisa, e eu estava lá exposta, com um grupo de estudantes que eu não consigo nem lembrar quantos que tinham, mas imagino que fossem uns 10, analisando cientificamente a minha genitália. Eu não queria aquilo, porque eu tava grávida de uma criança que tava pra nascer, podia nascer naquele dia podia nascer no outro dia e aquela confusão que eu tinha de estar ali grávida e ainda toda aquela coisa de pessoas em volta de você te olhando em uma situação que você não queria aquilo.. foi muito constrangedor. Muito constrangedor.. entre outras situações também que eu ouvi falas de médicos muito assim, antiéticas. Nesse mesmo dia eu estava lá, um médico que me atendeu, que se meu filho nascesse naquele dia seria atendido por ele, ele me disse que como eu tô pelo atendimento público, pelo SAMA né, sendo atendida pelo sistema público, tinha uma mulher que era de Igreja, que me atendia assim, de voluntária né, ai ela me dava algumas consultas, olhava como tava o meu bebê e tal. Quando eu falei isso pra ele, que eu estava sendo atendida por essa doutora também ele me disse que uma pessoa não pode servir dois senhores, tirando

da bíblia porque também ele era evangélico, como se um médico fosse um Deus, se colocando num patamar de Deus e como se eu tivesse a intenção de servir os dois, sendo que eu que estava de certa forma sendo servida, enquanto paciente. Então foi uma coisa que no momento eu não soube lidar, nem responder, eu não tive força interior e acho que nem conhecimento mesmo.. então foi um momento que eu levei muito, deixei a coisa me violentar mesmo, fui deixando me violentar, acho que até pela condição de estar grávida.. enfim..

Coordenadora 1: Não foi pedida sua autorização em momento nenhum praquilo acontecer e nem teve nenhuma conversa sobre aquilo depois?

Participante 4: não, não, nenhuma autorização e nenhuma conversa.

Coordenadora 2: Hoje como você reagiria nessa situação?

Participante 4: ah hoje eu reagiria diferente.. até por ter alguma leitura nessa área, hoje com certeza eu reagiria diferente, eu só não saberia dizer como.. até porque tinha toda a questão de estar grávida e de envolver toda a questão hormonal, mas com certeza eu teria uma reação mais de confronto né.

Coordenadora 1: você disse sobre ter leituras.. vocês acham que falta informação ao usuário de saúde sobre seus direitos, os canais que pode procurar para realizar denúncias, essas coisas?

Participante 3: com certeza..

Coordenadora 1: porque o SUS prevê a participação e o controle social, inclusive pra participar das reuniões que tem nas Unidades de Saúde.

Participante 3: acho que isso das reuniões eu sabia, da minha cidade, porque tinha um posto que era central então lá tinham atividades e tudo mais.. mas aqui em Maringá eu não sei como funciona, das unidades básicas.. mas eu também não sabia que existia uma política nacional para a população LGBT, eu não sabia disso.

Coordenadora 2: alguém quer falar mais alguma coisa?

Coordenadora 1: então só para falar um pouco do que aconteceu aqui, falamos sobre pressupor que as pessoas são heterossexuais, sem perguntar a respeito de sua orientação sexual. Até foi levantada a questão de se é necessário perguntar. Vocês acham que é necessário perguntar? Em quais momentos?

Participante 3: para mim é necessário em toda relação paciente médico, independente do tipo de exame que vou estar fazendo, se vou na nutricionista...

Participante 1: porque não muda nada.. só a critério de informação mesmo..

Coordenadora 2: uma questão mais humanizada de conhecer o seu paciente, de o vê-lo como humano.. falamos de estereótipos também..

Coordenadora 1: falamos sobre o atendimento a mulher, no caso essa apropriação indevida do seu corpo, por parte dos médicos e dos estudantes.

Coordenadora 2: falamos também que talvez os profissionais precisem de mais capacitação, de mais formação para que situação como as que a [**Participante**] viveu não se repitam.

Participante 3: é aquilo de conversem sobre isso, por favor, não tratem como se fosse uma coisa à margem, sei lá..

Coordenadora 1: Vocês querem falar mais alguma coisa meninas? Então para finalizar eu gostaria de pedir para que cada uma resumisse essa oficina em uma palavra ou frase.. Pode começar.

Coordenadora 2: acho que liberdade..

Participante 4: importância de se falar sobre..

Participante 3: diversidade.

Participante 2: você se sentir bem para falar as coisas..

Participante 1: possibilidade de analisar em conjunto as coisas, porque sozinho às vezes você não consegue.

Coordenadora 1: acho que gratidão pela confiança de vocês.

Fim da Oficina.

B - Oficina mulheres lésbicas e bissexuais

Maringá – 4 Participantes

Coordenadora 1: Então gente, essa oficina, ela tem a intenção de conhecer as experiências de vocês em atendimentos em saúde. Então, quanto mais experiências vocês puderem contar pra gente, mais histórias vocês puderem contar, mais rica vai ser essa nossa conversa. Eu gostaria de pedir que a gente falasse uma de cada vez e pode ser que apareçam opiniões divergentes então vamos respeitar todas as opiniões, certo? E.. vocês podem ficar aqui até as nove, no máximo? Tudo bem? Alguém precisa fazer alguma ligação? Então eu peço que vocês desliguem os celulares ou coloquem no modo avião..

[Participantes guardam o celular]

Coordenadora 1: Não existe certo ou errado para o que vamos conversar aqui, tudo bem? Levaremos todas as histórias de vocês em consideração e consideramos a participação de vocês aqui extremamente importante. A gente pede em relação ao sigilo, caso vocês queiram comentar o que aconteceu aqui com alguém a gente pede que vocês não digam quem disse e nem nada que possa remeter as **Participantes** dessa oficina. Existe mais alguma regra que vocês gostariam de colocar? Mais alguma coisa?

Participantes: Não..

Coordenadora 1: Vamos entregar os crachás então, coloquem os seus nomes, como vocês gostariam de ser chamadas aqui.

[Participantes escrevem seus nomes nos crachás]

Coordenadora 2: Então eu vou pedir para que vocês se apresentem para nós, peço que vocês digam o nome de vocês, uma característica, com a inicial do nome de vocês, se for muito difícil pode ser uma característica marcante de vocês e completem a frase: para mim ser lésbica é... Vamos começar pra dar uma... Você começa **Coordenadora 1**?

Coordenadora 1: Bom, meu nome é [nome] eu sou uma diva, e para mim ser lésbica é ser livre.

Participante 1: Meu nome é [nome] uma qualidade com a letra B tá difícil de lembrar..

Participante 2: bonita?

Participante 1: Eu sou modesta [risos].. Ah me considero uma pessoa bondosa e para mim ser lésbica é ser corajosa.

Participante 2: Meu nome é [nome] eu sou inteligente e para mim ser lésbica é natural.

Participante 3: Meu nome é [nome] eu sou legal e para mim ser lésbica é uma possibilidade.

Coordenadora 2: Meu nome é [nome] eu sou autêntica e para mim ser hétero é ser feliz.

Participante 4: Meu nome é [nome] eu sou meio Lerda [risos] e para mim ser lésbica é resistência.

Coordenadora 1: Agora gente, vamos conversar sobre os serviços de saúde. Vou pedir para que vocês levantem, por favor.

Atividade [concordo, não concordo, tenho dúvidas]

Atividade [um atendimento marcante]

Conversa final

Coordenadora 1: Agora vamos conversar sobre o que aconteceu aqui na oficina e eu queria ouvir de vocês, o que tocou vocês de tudo que vocês ouviram aqui.

Participante 2: Realmente falta um preparo maior para os profissionais de saúde saberem lidar com o público GLBT. Muitas vezes a gente acha que é só com a gente, mas compartilhando você vê que é uma coisa meio que geral. Aquele olhar de espanto quando fala.. Essas coisas que acabam deixando você desconfortável em estar buscando a saúde.

Coordenadora 1: E você percebeu isso pela conversa que você teve?

Participante 2: Pelas conversas e pelas experiências.. Compartilhando informação, é diversas situações em que teve até um erro de escrita lá de um exame que na minha condição eu não poderia fazer, então tive que brigar para fazer um exame, que no caso seria um exame intra e que o meu não era aquele, foi errado no papel, então cheguei lá despreparada para aquilo e eles falaram que era aquele e eu falei não, não é esse aí não tem porquê fazer esse aqui, não é o que está pedido para mim. Então assim, a minha médica pediu correto, mas o pessoal da equipe do exame estava fazendo errado.

Coordenadora 1: e como foi? Você pode contar pra gente?

Participante 2: eu cheguei assim.. é, porque tava escrito, no plano.. pago né? A ginecologista solicitou aquele exame para ver como tava o útero para ver se tinha ovário policístico e tudo mais e ela já sabia da minha condição e também porque eu não tinha relações com homens, então os exames seriam um pouco diferente. E eu cheguei lá no médico ele pediu para eu colocar a roupa, eu fiquei achando estranho, mas coloquei a roupa.. não sei né? Você não sabe, nunca tinha feito.. depois ele falou ó vai ser por baixo, aí eu: por quê?.. Ah tá aqui no exame. Não, não.. eu tive que brigar, teve todo um constrangimento, era um médico homem que ia fazer esse exame, então muito desconfortável essa situação. E no plano particular que você espera que vai ter um atendimento um pouco melhor. Foi constrangedor.

Coordenadora 1: deixa só eu ver se eu entendi.. pra sua ginecologista, ela sabia que você era lésbica e que por isso não tinha relações com homens, então ela pediu o exame que não iria precisar né..

Participante 2: isso, exato.

Coordenadora 1: E quando você foi falar com o médico você precisou explicar tudo isso pra ele também?

Participante 2: Eu tive que repetir, porque era o que tava lá na guia que o plano já tinha aprovado. Eu falei que não ia fazer uma coisa que não tinha porque eu fazer. A médica deu a guia né, e a pessoa que foi escrever no momento de solicitar a guia escreveu errado. Então eu tive que explicar até o momento que eu falei: olha, não tem como fazer, porque não tem porque ser por baixo e eu não tenho essa necessidade e eu não vou fazer, vou sair daqui.

Então eu tive que ir lá no plano, falar novamente do exame, eu tive que marcar de novo pra fazer e tive que vir outro dia.

Coordenadora 1: Como que foi essa conversa com o médico, com a equipe quando você explicou e falou que não ia fazer daquela forma?

Participante 2: Eles queriam saber porque que não era.. eu não queria falar.. simplesmente falei que não era o que a médica tinha pedido. Ah mas tá aqui.. Ai eu falei, foi um erro, liga lá no consultório pra gente ver. Ah, mas por que você não pode? Ai eu tive que expor, novamente, que não era pra fazer porque eu era lésbica e não tinha relações. Então, foi bem chato. “Ah, então tá bom, mas não é tão dolorido”. A enfermeira falando, porque o médico ia realizar a ultrassom e uma enfermeira que acompanha, então, né.

Coordenadora 2: Constrangimento foi algo que apareceu em vários momentos aqui do que vocês escreveram, alguém mais tem outra história?

Participante 3: A minha eu acho que passa bem pelo constrangimento mesmo.. Então eu acho que um lugar que acontece isso várias vezes é no ginecologista né? Eu fui na ginecologista uma vez e ai eu era mais nova, mas eu já tinha, tava namorando uma menina na época, e ai tem aquelas perguntas de praxe.. ah, relação sexual e tal, e ai eu fui e falei que eu namorava uma menina e eu tinha relação sexual com ela.. foi meio ingênuo assim. Não, eu tenho relação sexual com ela e ai? Ai ela falou, mas e com homem, você tem? Ai eu: não.. eu não estou tendo uma relação com homem, mas eu também não sou completamente lésbica, eu posso vir a ter. Ai, o constrangimento foi meio que depois disso... é claro, eu fiquei constrangida em falar, mas quando ela falou, porque foi meio que uma indiferença, ela falou: não, então, quando você estiver em uma relação com homem tem que fazer isso, isso e isso. Completo descaso. Primeiro que ela não informou do que eu deveria saber sobre ter relações com mulheres, talvez, por ela não saber, também ela nunca ter estudado sobre, sei la, falta de preparo. É não sei, ou por preconceito, por achar que era só uma fase, entendeu? Porque foi bem claro: Não, então se você tiver com homem ai tem que fazer isso, aquilo, tomar anticoncepcional. Meio que ela não esteve muito ai com o fato de eu estar tendo relações com uma mulher e ai é isso, acho que cabe tudo, cabe constrangimento, falta de preparo, indiferença e é, foi bem chato, bem chato.

Participante 1: O meu foi, quase igual, parecido com o dela.. Em 2013 eu comecei com uns problemas de urina e isso estava me atrapalhando muito. Só que, foi, logo no começo do ano e eu tava numa época que eu tava terminando a graduação, então era uma época bem turbulenta.. Ai isso foi agravando meu problema de urina. Só que eu achava que esse problema de urina não era psicológico, somático e tal, mas sim por algum problema ginecológico ou urinário. Fui no público, em um postinho lá perto de casa, e eu passei por um ginecologista, homem, e eu falei da minha situação pra ele, o que estava acontecendo e tudo mais, falei que eu tinha uma namorada, ele fez cara que parecia que eu era um alienígena, eu achei muito, parece que ele não entendia o que eu falava e ele fazia umas perguntas assim.. que dava pra ver o despreparo dele, completamente sobre aquilo, parecia que ele tava com um alienígena e ele não sabia com lidar com aquilo. Eu achei aquilo lá horrível, e ele me receitou alguns exames, de urina, ultrassom e tudo mais e alguns ginecológicos, pra ver se não era alguma DST. Porque eu tinha namorada, então, podia ter tido alguma contaminação. Ele perguntou como que era nossa relação sexual, uma coisa que eu achei que né, não precisava, naquele momento e tudo mais, mesmo. Achei, umas coisas assim, absurdas sabe. Coisas tipo:

ah, mas como que é? Vocês lavam a mão? Tipo, ai, vocês fazem higiene? Não sei o que lá.. ai ele me receitou alguns exames internos, evasivos.. muito desconforto, horrível. Ai eu falei pra ele: eu nunca tive relação com homem e nem quero ter.. entende? E eu tenho uma namorada. Eu nuncce tive relação sexual com homem pra precisar um exame interno, pra detectar aquilo lá. Eu fiz esse exame uma vez, não deu nada, e tive que repetir. Eu continuei com as mesmas coisas e tive que repetir. Cinco meses depois eu consegui ser encaminhada para um psiquiatra e dai eu comecei com um.. porque nos dois não deram nada, ai eles me encaminharam pra um psiquiatra, ai eu fui tomando remédio tarja preta, e fui tomando remédio controlado.. então, esse meu problema assim foi mais psicológico.. mas, esse despreparo dele foi enorme assim, desde as perguntas até os exames que poderiam ser.. nada.. por todas as informações que eu dei a ele, eu achei, horrível assim a maneira que ele indicou que ele me tratou e foi bem.. feio, assim. Até quando eu fui fazer o exame a mulher falou assim: você nunca teve relação com homem, nunca teve penetração? Ai eu falei não. Ai ela: ah tá, então não sei porque ele indicou esse exame para você, porque eu senti muita dor, foi horrível mesmo.

Coordenadora 1: você citou algumas perguntas que ele te fez que te incomodaram. Tem mais alguma coisa que ele te falou..

Participante 1: que ele falou não, mas teve uma outra situação que eu fui dor sangue, sou O negativo, então sou doadora universal, ai fui fazer os exames pra doar sangue. Ai primeiramente eles fazem um monte de perguntas pra gente, eu sabendo que gay não poderia doar, mesmo sendo o grupo de risco, porque eu sei que o masculino, sendo gay é proibido, eu falei que eu tava namorando um menino e tal e a nossa relação era assim, que eu só tinha relação com ele e tal, e na época eu namorava a [nome] já a um ano e meio e eu tive que mentir para poder doar sangue sabe, então eu menti, omiti, pra poder fazer alguma coisa sabe que eu penso que não poderia ser esse o fator dominante pra você doar sangue ou não e foi complicado assim, você omitir alguma coisa que é normal..

Coordenadora 2: não precisava ter passado por isso, desnecessário né..

Participante 4: no meu caso a situação foi mais de desrespeito mesmo, não no atendimento, o atendimento eu fui pro [nome] eu precisava.. eu sofri uma intoxicação com água sanitária, e ai eu fui atendida tranquilamente, porque não perguntaram também sobre questão sexual e ai eu precisava de alguém para ir embora, ai eu liguei para a minha namorada que era a única pessoa que estaria disponível para me buscar, porque eu tava dopada de remédio ne, não tinha nem como dirigir. E ai no momento que ela chegou na recepção, afobada e falou: eu sou a namorada da [nome].. ai eles não quiseram deixar ela entrar. Como assim você é namorada dela? Sabe aquela típica atendente de recepção que quer te deixar constrangida, quer causar, quer fazer pergunta não porque é pro atendimento, mas por curiosidade e parece que é por pirraça assim. Não, então você não pode entrar, não pode ser namorada tem que ser alguém responsável. Ela, não, mas eu sou responsável por ela. E ai ela teve que bater boca e tal, depois que deixaram ela entrar, acho que escutaram da recepção esse murmúrio assim e a hora que ela foi me buscar já olharam pra gente assim de maneira.. eu achei muito constrangedor assim, não precisava daquilo. Então acho que foi isso mais, um desrespeito da pessoa não saber se portar diante da situação. Você é namorada dela? Então ok, ela está em tal e tal lugar, simples né? Natural não. Agora não, quer criar uma bola de neve onde não precisava.

Coordenadora 1: e esses olhares vieram da equipe, das pessoas, de quem?

Participante 4: do segurança que ajuda a guiar ela onde eu estava e das pessoas que estavam no corredor comigo, porque eu já estava no corredor esperando ela. Acredito que ele falou assim: ah sua namorada veio te buscar. Ai os olhares foram tá, tá, tá, tá, tá. Automático, ficou olhando pra mim.

Coordenadora 1: o constrangimento foi algo que uniu a fala de vocês.. eu gostaria de saber o que deixa vocês constrangidas, além do que vocês citaram.. é um certo medo de falar sobre a orientação sexual de vocês, as práticas, por qual motivo?

Participante 3: eu tava conversando com a **Participante 4**, e o que eu acho que é um dos motivos de constrangimento é o profissional já vir quase embutido a sua orientação sexual. Se você não preenche o estereótipo de lésbica, ser machinho e gay ser afeminado, se você não preenche esse estereótipo, já está embutido que você é hetero, sabe? E aí é.. no meu caso, que foi o caso mais enfático, esse da ginecologista.. Inclusive depois em outras vezes, em outras consultas, eu não lembro se estava namorando ou não, mas eu sempre evitava de comentar, sabe, se eu tinha tido alguma relação com menina, se eu estava namorando, eu não comentava mais. Mas, enfim, é, eu acho que como já está embutido no pensamento deles, o constrangimento é de você precisar quebrar isso, não, não, eu não sou hétero. E é ruim, porque isso carrega um monte de situações que vão acontecer, de estranhamento, de curiosidade e de perguntas indesejadas. Acho que o constrangimento vem mais daí. Porque é algo que é tão natural pra você, se você já naturalizou isso, pras outras pessoas você tá lá pra uma coisa bem específica, você não quer ser abordada desse jeito, você não quer que alguém fique fazendo uma entrevista com você de perguntas que você não quer responder.. e é isso..

Participante 1: é bem constrangedor mesmo né, pela sua prática sexual eles determinarem uma coisa. É desconfortável assim você falar isso sabe, eu acho muito desconforto. Por exemplo, dessa vez que eu fui no ginecologista, falar da relação sexual. Você não perguntaria isso para uma pessoa heterossexual: “você faz relação com o pênis ou sem o pênis?”. Sabe, umas perguntas idiotas que não precisavam ter sido feitas?

Participante 2: Acho que se perguntarem se compartilha objeto sexual é uma coisa, agora a utilização em si, acho que não é necessário. Fora o pré julgamento, você dizer que você é e eles já pré julgarem antes de tudo. Então como ela falou, se não tinha o estereótipo e falar: ah é? Não parece. Só falta falar isso daí..

Participante 1: a heteronormatividade deixa todo mundo como heterossexual né.. então você quebrar esse estereótipo né, de ah, não parece, mas eu sou, não precisa parecer. Até uma vez uma fala de uma professora, ela foi até bem pontual em dizer que ela tem que se reafirmar mesmo, eu sou casada com fulana e tenho uma filha. Eu sou lésbica, porque se eu não falar isso a heteronormatividade vai achar que todo mundo é heterossexual. Então, o que foge é a lésbica macho e o gay afeminado, ou então aquela trans que não parece. Ela também vai ser enquadrada como heterossexual.

Participante 4: Eu resgatei agora uma coisa aqui, que é bem complicado, a partir do momento que você fala que teve relação sexual com uma mulher, você ser erotizada. É bem constrangedor, acredito também que por ela, talvez essas perguntas, eu deduzo assim, não eram necessária e ele quis aprofundar dentro da relação sexual delas, talvez mais por curiosidade, fetiche, um despreparo.

Coordenadora 1: então vocês acham que se os profissionais fossem mais preparados as perguntas seriam outras?

Participante 2: com certeza. Eu acho também que deveria poder ter a escolha, se você quer ser atendido por um ginecologista mulher ou homem. Na privada da pra fazer essa distinção, mas na pública não. Mesmo que seja um senhor de idade.. que ele seja médico, os valores deles são os valores deles e podem ser meio arcaicos..

Coordenadora 1: Bom, a gente falou bastante dessa pressuposição de que as pessoas são todas héteros, pela questão de pedir exame às vezes, que seriam feitos por mulheres que tem relação com homens ou pelo menos que tenha um pênis presente, não precisa ser um de verdade, ou que tenha a penetração. E falamos bastante em relação ao despreparo desses profissionais e do constrangimento que esse despreparo causou à vocês. Tem mais alguma coisa que vocês gostariam de compartilhar?

Participante 1: acho que o que falamos ali no cartaz: cadastre em sistema a orientação sexual. Isso já evita muita coisa, já evita ter que passar por muita coisa. Pra não ter que ficar falando.

Coordenadora 1: ter um campo de orientação sexual?

Participante 1: Isso. Porque as pessoas falam que não tem preconceito, mas ali na prática é diferente.

Coordenadora 1: Mais alguma coisa gente? Bom, pra encerrar nosso encontro eu gostaria que vocês descrevessem a oficina em uma palavra, quem não conseguir pode ser em uma frase.

Participante 2: Acho que um passo à frente.

Participante 3: Oportunidade.

Participante 1: para mim é dar voz para quem é raramente ouvido, ou não é ouvido, então dar essa visibilidade, dar voz para que a gente possa falar e nos manifestar, a fim de que melhor, contribuir para isso, porque a gente vê como as coisas são complicadas pra gente, então essa oficina é muito válida, pena que só vieram quatro.

Participante 4: Bom, se for uma palavra seria avanço. Acho que assim complementando, eu acho muito interessante, dentro da saúde os grupos LGBT se fortalecer assim, porque eu não sei, mas, eu nunca vi uma pesquisa como essa, nem em psicologia nem medicina, nem nada que nós tivéssemos oportunidade de dizer como nos sentimos dentro desses atendimentos assim. Acho que, avanço.

Coordenadora 2: eu achei muito rico, apesar de apenas quatro, talvez o fato de ter um número reduzido, a gente tenha historias mais ricas, com mais detalhes, por conta do tempo, então eu gostaria de agradecer muito a disponibilidade de cada uma, as histórias de vocês com certeza vão ajudar muito na nossa pesquisa e ajudar vocês também, porque é algo que estamos fazendo em prol do público de vocês e agradecer mesmo, porque eu achei as histórias muito válidas.

Coordenadora 1: Pra mim é, coletivo, seria uma palavra. E eu gostaria de agradecer muito a confiança de vocês em trazerem essas histórias pra gente e confiar que a gente vá fazer algo com elas.

C – Oficina com mulheres lésbicas e bissexuais

Maringá – 8 participantes

Coordenadora 1: A gente vai se apresentar. A primeira letra do nome a gente vai falar uma qualidade. Por exemplo, Jéssica, jovial. Ai você vai completar a frase, de acordo com o segmento que você se identifica. Para mim ser lésbica é: encorajador. Alguma dúvida?

Participantes: Você pode repetir a ordem?

Coordenadora 1: Posso sim. Nome, uma qualidade com a primeira letra do nome. Pra mim ser lésbica é. Pra mim ser bissexual é. Alguém quer começar?

Participante 1: Meu nome é com K, então é um pouco difícil. Meu nome é [nome], e uma qualidade...

Coordenadora 2: Pode ser uma qualidade que você se identifica também.

Participante 1: Hum.. companheira.. É... ai que difícil.. Pra mim ser bissexual é motivador.

Participante 2: Meu nome é [nome].. também não sei uma qualidade com K, então eu vou.. acho que eu sou muito sincera. Uma das minhas qualidades. E pra mim, ser lésbica é libertador.

Participante 3: Meu nome é [nome], então.. pra mim ser bi é valente, porque eu enfrento qualquer coisa, e não tenho preconceito algum.

Participante 4: Eu sou a [nome].. a palavra é confiança e pra mim ser bi é liberdade.

Participante 5: Meu nome [nome], minha qualidade é carinhosa.. e pra mim ser bissexual é inovador e é a gente se conhecer mais, porque temos a opção de se conhecer mais.

Participante 6. Meu nome é [nome] minha qualidade é linda e para mim ser bissexual também é libertador.

Participante 7: Eu sou [nome] sou meiga.. eu não sei se identifico como bissexual, porque estou em um relacionamento hetero agora, mas eu não gosto muito de rótulos.. então pra mim é liberdade de escolha mesmo.

Coordenadora 2: eu sou [nome] eu sou feliz e para mim ser hétero é ser eu mesma.

Participante 8: Eu sou a [nome] uma qualidade acho que é o companheirismo e eu também não me identifico em nenhum rótulo ainda, e pra mim ser bissexual é ser quem você quer ser e tomar o rumo da sua vida.

Coordenadora 2: então pessoal, agora vou pedir para vocês se levantarem um pouco, a gente vai se movimentar agora e fazer uma atividade.

Atividades da Oficina

Conversa Final

Coordenadora 2: Agora gente eu queria que vocês comentassem assim o que mais tocou vocês, durante essa oficina. O que vocês podem comentar daquilo que vocês leram. Se tem coisas parecidas.

Participante 1: Parece que em relação aos constrangimentos em relação as perguntas né. Parece que... não que a sexualidade não seja importante, até dependendo se for um ginecologista assim, mas parece que é um reconhecimento da sexualidade, mas sem que... tipo... é.. seja reconhecido, mas não que seja julgado sabe. Que seja aberto. Que nem a gente tava conversando aqui: “quantos parceiros sexuais você teve?”. Já considerando que você é hétero, não tem discussão. Ai você vai: “então eu sou lésbica”. E ai, né, como ele vai reagir com isso? E muitas vezes as mulheres não tem coragem de falar, e ai acabam respondendo as perguntas como se fossem parceiros. Então assim que o profissional esteja aberto para perguntar, mas também aberto para escutar uma resposta se a pessoa for bi ou não. Ou perguntar, mas ter um julgamento ou constrangimento depois.

Participante 4: E que ele seja instruído... é procure instrução de como instruir as lésbicas e os gays se prevenirem a se cuidarem, porque as vezes o médico leva em consideração só a sua heterossexualidade porque ele também não sabe te dizer como se prevenir. Como um casal lésbico vai se prevenir de uma doença? Às vezes o próprio médico não sabe te dizer isso. Ai a gente acaba não falando, o médico não pergunta e quando pergunta a gente não fala porque não tem confiança. É isso.

Coordenadora 2: Já aconteceu com vocês alguma situação assim?

Participante 1: comigo sim. Eu estava com uma infecção urinária, e eu normalmente uso o SUS porque eu não tenho plano de saúde, mas ai o único lugar que eu ia pelo SUS, mas ai eu já tinha ido e o médico não tinha nem olhado na minha cara, não fez exame, então não resolveu. Ai eu tava com febre, muito mal, procurei o número de um urologista na internet, paguei super caro na consulta e cheguei lá e foi super constrangedor. Ele me perguntando se eu tinha parceiro fixo ou não, mas de um jeito super opressivo. Ai ele fez piada com a situação, tipo: “ai isso é porque você está transando”. Ai ele perguntou se eu contei pra minha mãe isso, se eu contei pra minha mãe que eu transava. Olha isso, sabe? Foi tão horrível que eu sai de lá desesperada e nem marquei o retorno. Em relação a ginecologista também, no sistema público, porque é sempre as perguntas muito invasivas assim, de um jeito muito constrangedor, e sempre considerando que você tem parceiros só.

Coordenadora 2: que perguntas que você considera constrangedoras?

Participante 1: Então, eu acho que as perguntas são necessárias para te orientar e conseguir entender as coisas, mas as vezes as perguntas são assim: quantos parceiros sexuais você teve no último ano? Dependendo da resposta, você vai se sentir constrangida em falar, porque não é a pergunta de quantos parceiros sexuais no intuito de pensar os riscos de ter pego uma DST e coisa assim. Parece, vamos preencher esse questionário aqui apenas, e ai você fica com medo e com vergonha de falar. E às vezes, por exemplo, a você usou preservativo na sua orientação sexual? E ai você fala, por exemplo, não. Ai eles tem que orientar né, são profissionais da saúde, mas não orientar: Como assim, não usou? É muito constrangedor isso, ai às vezes mente, tipo um parceiro sexual só.

Coordenadora 2: E vocês meninas, o que vocês me dizem, tem alguma situação parecida? O que vocês gostariam de acrescentar?

Participante 6: Uma vez, ano passado, teve aqueles ônibus que vão na UEM para fazer exames de sangue, e quando eu tive que preencher o questionário também, eu falei que eu era bissexual e o moço conduziu toda a entrevista me tratando como heterossexual, ele não se

importou nada com a minha relação com as mulheres e ficou tipo, tratando.. apesar de eu ter falado ele completamente me ignorou e ficou me tratando como heterossexual, apesar de eu ter falado, e eu sai de lá me sentindo assim.. porque ele não se importou.

Coordenadora 2: como você esperava que ele conduzisse essa entrevista então?

Participante 6: às vezes uma coisa simples de perguntar assim: quantos parceiros ou parceiras você teve? Já é uma coisa.. Porque se a pessoa pergunta assim: quantos parceiros você teve? Você fala.. você já se sente mal, já reduz um pouco. Ai ele pergunta se você usou camisinha com todos eles. Ai você fica, poxa como eu vou responder isso.

Coordenadora 2: mais alguma coisa meninas? Mais alguma experiência? Vocês podem ler o que vocês colocaram então?

Participante 2: mulheres lésbicas ou bissexuais não devem ser discriminadas por sua orientação. Mulheres lésbicas não precisam realizar exames invasivos. Eu vi que tem uma lei que se a mulher é lésbica e fala que não tem sexo com penetração, ela não precisa realizar tal exame. Eu vi que tem essa lei. Consulta mais específica. Que nem as meninas estavam falando, falta uma instrução mais específica para orientar mulheres lésbicas ou bissexuais. E métodos para proteção.. porque a gente não sabe qual tem e acaba não se protegendo.

Participante 5: Perguntar a mulher sobre sua orientação.

Participante 6: Perguntas sobre a sexualidade deveriam ser feitas de modo mais reservado e menos constrangedor. Perguntas que não consideram a heterossexualidade como a única opção. Primeiramente a orientação sexual em alguns casos não devem ser tão pertinente aos atendimentos que diferem da sexualidade. Por exemplo, se você vai ver a garganta ou alguma coisa que difere da sua sexualidade. Uma vez quando eu fui no médico eles ficaram me perguntando o tempo todo perto dos meus pais, eu não ia responder e eles ficaram perguntando disso, e eu só estava com dor de garganta. E a pergunta ser aberta, quando o ginecologista, ou o médico não colocar a heterossexualidade como a única possível e reagir bem, não ficar assim tipo: “ah sério?”.

Participante 3: Instruções sobre a sexualidade LGBT, de conhecer a sexualidade das mulheres. Conhecer a sexualidade na adolescência. Casos de ginecologista que eu fui quando era adolescente e ele pressupor o tempo todo que eu era hetero. Assim as pessoas exploram a sexualidade na adolescência também.. não tem que associar que a abstinência é a solução.

Participante 4: Ter medo de contar para o médico, porque vai que ele conta para a família, se for o médico da família. Além de passar confiança pra gente conseguir contar, passar a confiança de que realmente ele vai ser sigiloso. E perguntar sobre a orientação sexual sem constrangimento. Foi isso que foi dito. Perguntar para a mulher sobre a sexualidade dela, sem que ela se sinta constrangida.

Coordenadora 2: Entendi.. Vocês gostariam de falar mais alguma coisa? Mais algum comentário? Não? Então gente vou desligar o gravador.

D - oficina com homens gays e bissexuais

Maringá – 9 participantes

Coordenadora: O objetivo da oficina é ver como que é a experiência de vocês com o SUS, então nós teremos atividades durante ela e vamos conversar a respeito delas, pra gente saber como é para vocês o atendimento no SUS e como vem sendo a experiência de vocês. Ela teria a duração de cerca de duas horas. Agora é sete e quarenta, você teriam a disponibilidade de ficar aqui até cerca de nove e meia mais ou menos?

Todos: Sim, podemos.

Participante 1: Não posso, tenho que sair oito e meia.

Coordenadora: tudo bem por vocês ele ficar até as oito e meia?

Todos: Sim..

Coordenadora: Alguém precisa tomar água? Ir ao banheiro? Alguma coisa do tipo? Pois depois que começarmos não poderemos ser interrompidos. Vou pedir para vocês desligarem os celulares, darei um tempinho pra isso.

Coordenador: Se alguém precisar fazer alguma ligação antes, pode fazer antes de iniciarmos.

Participante 2: Sai da sala para fazer uma ligação.

Coordenador: Tem mais alguma coisa que vocês queiram colocar no contrato? Alguma regra?

Coordenadora: Gostaria de falar para vocês que aqui não existe certo ou errado, o que for dito aqui nós vamos respeitar e vamos levar em consideração, a intenção aqui não é julgar as práticas de ninguém e nem as experiências de vida de vocês. Gostaria de frisar a importância de conversarmos entre todo mundo e que haja respeito nessa conversa, que a gente respeite a opinião do próximo, que fale um de cada vez, por favor, e respeitar o tempo de fala para que todos tenham a oportunidade de falar, até gostaria de pedir licença para interromper caso alguém esteja se delongando para avisar. A gente vai respeitar o sigilo, não colocaremos o nome de vocês nem nada que possa identificar.

Coordenador: então vamos começar com uma apresentação rápida, então cada um vai falar o seu nome e uma característica individual que comece com a primeira letra do nome, ou se achar que é muito difícil encontrar essa característica, pode ser alguma coisa mais próxima. E depois dessa característica completar a frase: para mim ser *gay* é. Então eu vou começar para dar um exemplo. Meu nome é [nome] eu sou rechonchudo e para mim ser hétero é ser eu mesmo. Então a gente vai começando, cada um fala o seu nome a característica e completa a frase, ta bom?

Coordenadora: Meu nome é [nome] eu sou determinada e para mim ser lésbica é ser livre.

Participante 2: eu sou [nome] sou risonho, gosto de rir muito, e a palavra é verdade, eu sou verdadeiro, quando eu almejo uma coisa eu tento ir lá tento buscar, buscar a verdade.

Participante 3: sou o [nome] minha letra J, eu gosto de ser justo e para mim ser *gay* é ser livre, nunca tive problema com isso.

Participante 1: sou [nome] a palavra é amigo e pra mim ser *gay* é tudo.

Participante 8: o nome [nome] sou bissexual, nunca tive nada contra ninguém e gosto de ser feliz e livre.

Participante 7: meu nome é [nome] e a palavra é lento (risos). Sou bissexual e para mim é ser livre.

Participante 6: nome é [nome] pra mim é respeito e ser *gay*.. é bom.

Participante 4: Meu nome é [nome] eu sou carismático e ser *gay* para mim é ser normal.

Participante 9: Meu nome é [nome] e vou citar o mesmo exemplo, justo. Para mim ser *gay* é em termos, podemos dizer, não é bem assim uma doença, mas depende da pessoa.

Participante 5: Meu nome é [nome], eu sou lindo ser *gay* pra mim é uma luta todo dia.

Coordenadora: Pessoal para nossa próxima atividade gostaria de pedir para vocês se levantarem.

Atividades da Oficina

Conversa final

Coordenadora: Bom gente agora nós vamos fazer uma conversa sobre tudo que a gente viveu aqui até agora. Gostaria que vocês me dissessem o que vocês sentiram com essa oficina, o que vocês acharam do que conversaram com suas duplas, o que a gente leu.

Participante 3: Pelo que eu percebi nos cartazes as dúvidas, as angústias das pessoas é quase todas as mesmas, sabe, sobre o melhor atendimento nas consultas especializadas, treinar pessoas para atender a população LGBT, porque o único lugar que eu sei que aqui em Maringá o pessoal foi treinado foi o pessoal do CTA em atendimento de LGBT, eles tratam as transexual e as travestis pelo nome social e nos outros postos não. Eu já acompanhei caso de travestis em que eles pra queimar elas, eles chamam, vê que é uma mulher e chama fulano de tal, com o nome masculino sabe. Já queimaram a fichinha. Pelo que eu percebi as mesmas angústias que eu tenho, eles tem e todo mundo tem.

Coordenadora: E você conseguiu perceber isso inclusive na conversa que você teve com a sua dupla?

Participante 3: Sim, eu acho que as mesmas angústias que a gente sente.. Embora eu acho que tá melhorando bastante o SUS, porque já foi bem mais difícil.

Participante 4: Olha eu acho interessante essa questão do conhecimento dos profissionais sobre a comunidade LGBT e entender que existem pessoas dentro da área da saúde que às vezes vinha perguntar: LGBT é lésbica, *gay*, bissexual e transexual, ou travesti. Eles esquecem de entender que o LGBT é um leque, e quando você abre ele tem um.. porque existem o trans homo, existe o HSH, existe *goy*.. é uma diversidade. As pessoas não conseguem entender ainda dentro da diversidade sexual, acham que *gay* é *gay* e lésbica é lésbica.

Participante 3: E o bissexual é o *gay* enrustido né..

Participante 4: Tem também o transgênero que as pessoas não conseguem entender o que.. é travesti ou transexual? Tem muita confusão. Eu tenho pessoas lá que eu convivo e assim, eu não generalizo os posto de saúde, porque o nosso lá aprendeu muito com a gente e procurando cada dia mais melhorar, eles procuram informação e pedem: oh o que a gente não sabe vocês trazem pra nós, a gente quer entender, quer aprender e mudou o atendimento. No começo não era assim, havia uma resistência, chacota. Ai com a mudança de uma enfermeira a gente percebeu que ela conseguiu espalhar ali o conhecimento, chamando as pessoas como nós para ir lá sentar com os profissionais e expor um pouco da experiência, do que é ser *gay*, porque eles acham que ser *gay* é só ser homem que pega outro homem e age só dentro da palavra homossexualidade achando que o *gay* só pega outro homem para fazer sexo, esquece a parte [conversas paralelas].

Participante 3: Ainda usa homossexualismo..

Participante 4: Isso, ai complica mais às vezes, e nem a homoafetividade, achando que o ser humano homossexual não tem afeto. Então a gente vê essa necessidade muito grande, às vezes até mesmo oficinas seriam importantes dentro desses postos de saúde com as pessoas da comunidade LGBT que se dispõe a estar indo lá e falar um pouco da sua experiência.

Coordenadora: Como você acha que esse preparo que você está sugerindo as equipes poderia influenciar no atendimento a população?

Participante 4: Acho que dá um pouco mais de tranquilidade, porque uma pessoa ela já chega assustada, né, um transexual por exemplo já chega assustado, será que ele vai me chamar pelo nome ou não vai? Se ele tá preparado, se a equipe técnica tá preparada é lógico que ele vai chegar lá e vai ter um bom atendimento, porque a primeira impressão é a que fica né e a pessoa sendo bem atendida ela vai voltar e falar pros outros usuários: ó pode ir tranquilo que você vai ser bem atendido. Sai um pouco do teórico e vai pra prática, a pessoa vai falar como foi atendido né.

Participante 3: Só que Maringá é uma cidade muito provinciana. Eu milito na questão LGBT e de AIDS já tem 16 anos e nós tivemos uma ONG muito boa aqui em Maringá, só que enquanto o ministério da saúde apoiava a gente a ONG funcionou e a gente tava em tudo quanto é canto. A gente dava palestra em postos, corria atrás. A gente fazia trabalho de

prevenção nas ruas, com mochilas nas costas, com preservativos.. Só que o município de Maringá não apoia. Tinha verba pra fazer, tinha, mas eles não apoiavam. Eu acho que tinha que começar.. Não adianta você querer preparar a população se a cabeça não ta preparada.

Participante 4: Tem que ter uma mente aberta..

Participante 2: Tem muito preconceito, eles pensam muito no “eu” deles e esquecem a comunidade LGBT.

Coordenador: E pros demais, como é essa questão? Foi falado na dificuldade do atendimento, desse preconceito. Como é para vocês, se vocês já sofreram isso nas histórias que vocês contaram entre vocês.

Participante 5: A o problema de procurar uma vaga pra saúde é.. não julgando os que estão, acho que se você ta com dor você ta com alguma doença transmissível, se você tá com febre você ta com alguma doença transmissível, com uma conjuntivite.. Tudo é relacionado, tudo que você passa para ele que você tem ele vai e joga que você ta assim porque deve ter contraído alguma doença sexualmente transmissível e você é promiscuo. Se você ta doente é porque você é promiscuo.

Participante 3: Se você se declara *gay* o primeiro exame que eles pedem é o de HIV.

[conversas paralelas]

Coordenadora: Gente, gostaria de pedir pra que falasse um de cada vez, senão não conseguimos nos ouvir e posteriormente não conseguiremos entender o áudio.

Participante que disse que precisaria sair às 20h30min se levanta e sai dizendo que foi muito gostoso participar até ali.

Participante 5: Essa é uma das grandes dificuldades que eu vejo, quando você chega lá e fala o que você tem a primeira coisa que vão achar é que vão julgar você como promiscuo e todo e qualquer tipo de sintoma que você tiver, tudo é relativo a essas duas coisas. Tenho caso na família da pessoa ser muito saudável e chega pra consultar, fala que tá com uma dor e quando fala que é *gay* ele fala: ah é *gay*? Vai pedir um HIV e hepatite, como no meu caso que tava com pneumonia.

Coordenadora: Então você chegou com pneumonia, com sintomas de pneumonia? Como foi?

Participante 5: A o médico olhou e falou que ah é batata vamos fazer só pra comprovar, por causa dos sintomas, pediu hepatite e HIV. Ai voltei, dai.. fui no plano de saúde e o resultado saia em cinco dias, fiz lá e não deu nada, ai eu voltei lá a noite, o médico consultou o pulmão e tudo, ai foi lá e fez um raio-x ai ele viu que era pneumonia. Toda vez, se você entrar com uma coceira, o médico desconfiou que você é *gay*..

Participante 3: E eu não sei se mudou a portaria do ministério da saúde, até alguns anos atrás na doação de sangue também, se você se declarava *gay* seu sangue era excluído de imediato. Muitos não passavam nem da entrevista, eles falavam que não iam coletar o sangue. Não sei como ta isso. Ainda o pejorativo, o promíscuo, os galinhas eram tudo os viadeiro sabe. Desculpa a palavra, mas com a militância a gente aprende.. E outra coisa que é muito séria também é o telefone sem fio dentro dos hospitais. Esses dias um amigo meu tava com problema de lactose, ele foi pra um plano de saúde particular, nisso o médico pediu para ele exame de HIV. Já tinha um outro cara lá dentro da enfermagem, já passou pros outros “fulano tá aqui fazendo exame de HIV”. Ele ficou tachado e o exame dele deu negativo.

Participante 2: Muitas vezes também o médico pra te atender ali, que eu falo de melhorar o atendimento dos médicos mais capacitados, é que com essa questão agora do celular né, como ta tudo tão modernizado, às vezes o médico ele ta te atendendo e ele não sabe se olha pra você ou se olha ali pro celular. Igual eu fui consultar uma vez e eu estava queimando de febre e ele me perguntou ‘o que você tem’, ele lá mexendo no celular nem olhou pra mim, ai eu falei se eu soubesse o que eu tenho eu não teria vindo consultar com uma pessoa capacitada pra me ajudar ne. E ele lá, continuou mexendo.. Nada a ver..

Participante 4: Ontem nós fomos no UPA (Unidade de Pronto Atendimento) , eu levei meu companheiro no UPA, ele colocou a situação da saúde dele, entrou dentro do consultório o médico nem olhou né, ele só falou o que tava sentindo e ele já mandou a benzetacil. Ele nem sequer olhou. Não passou um remédio pra ele. Ele colocou a situação da saúde dele, quando eu vou eu também coloco. Acho engraçado que quando eu chego em um consultório médico, eu já chego falando: olha eu sou soropositivo, estou sentindo falta de ar.. Já fica todo mundo assustado. Eu acho ridícula a reação que a pessoa tem quando você fala que tem HIV, a pessoa já assusta, arregala os olhos desse tamanho como se fosse um bicho que ta entrando lá dentro. A última vez a primeira coisa que a moça fez foi me mandar colocar uma máscara. Eu disse tudo bem, se você ta pedindo.

Participante 5: No caso ali a moça já foi com um pano de álcool limpando por onde eu passava.

Participante 4: Então, ai ele tomou a benzetacil e foi pra casa e ele não tinha condições nem de trabalhar, porque estava difícil todo dolorido. O médico nem sequer olhou, só receitou e mandou tudo rápido. E as outras vezes que eu fui era isso também, celular.. Porque você sabe que quando a pessoa está no whatsapp fica naquele vício. Então acho que tem que ter, sei lá, uma fiscalização.

Participante 3: Porque é um descaso.. Vai na promotoria de saúde.. As pessoas acham que não é aberta né, vai lá e faz denúncia. Cansei de fazer isso já e deu resultado. Os hospitais em Maringá estavam pedindo exame de HIV pros funcionários. Nós detonamos com isso, fomos lá, protocolizamos uma denúncia e foi carta para todos os hospitais.

Coordenador: Isso que eu ia perguntar, se vocês quando são tratados desta forma, se vocês se sentem a vontade para reclamar, para falar. Como vocês se sentem nessas situações.

Participante 5: Aqui no UPA quando eu fui atendido e a doutora estava com o celular eu procurei a assistente social para falar e disseram: “Ah ela não se encontra”, nunca se encontra pra fazer uma denúncia, você nunca encontra o responsável. Ai esse tempinho atrás eu fui na mesma hora, tinha uma moça praticamente desmaiada no corredor, chamaram a reportagem e a reportagem chegou debochando da cara, tipo ai ta fingindo que tá morrendo. A reportagem, as meninas do posto olhando pra menina e dando risada. Tratam a pessoa como um lixo na verdade.

Participante 4: Engraçado que tem um papel escrito pra não desacatar funcionário da saúde..

Participante 3: É uma lei ultrapassada de 60 e...

Participante 4: Você não pode.. Você tá lá e não pode manifestar um “a” porque você pode ser preso. Se a pessoa tá lá ela não tá em condições de saúde nem psicológica e nem física. A pessoa não está bem né.

Coordenadora: E pessoal, já teve algum atendimento que vocês.. Agora perguntando uma coisa boa, já teve algum atendimento que foi bom, que vocês saíram e falaram nossa, essa pessoa esta realmente preparada, me atendeu muito bem, respeitou minha orientação sexual, me tratou da forma que eu mereço ser tratado?

Participante 3: A mudança que eu falei do posto de saúde do nosso bairro lá, pelo menos em relação a isso, com as pessoas que a gente tem um abrigo que cuida dessas pessoas que são expulsas de casa por causa da sua orientação sexual, ou se é porque é soropositivo.. Mudou, teve bastante resultado, de eles terem aquela.. se dispor de sair lá do posto e ir lá em casa pra ver como que tá as pessoas, ver como que tá o atendimento. Se preocuparem mesmo com o pessoal que tá ali. Não sei os outros bairros, mas o meu bairro e postinho de saúde que eu frequento. Você chega já tá todo mundo sorrindo pra você, tratando você bem, perguntam se tá faltando alguma coisa, se precisa de alguma coisa. Mudou, mudou muito, quando eu cheguei a quatro anos atrás não era assim. Na questão do nosso trabalho ali no bairro acho que influenciou também um pouco o nosso grupo a nossa comunidade ali né, *gay*. A gente cuidou de um rapaz, com 22 anos, que infelizmente faleceu, era soropositivo, deu câncer e o posto foi lá, levou tudo que a gente precisava, ajudou a limpar as feridas dele, ajudou a cuidar. Eles tinham um amor e uma preocupação muito grande que não tinham antes. Antes era meio que escasso.

Participante 4: Eu comecei.. bom, sou soropositivo também há 16 anos, graças a Deus sempre tive saúde boa, nunca tive nenhum internamento, mas nesse meio já vi muitas pessoas irem embora. E nesses 16 anos pra cá eu falo que nós estamos no céu, porque eu fui de uma época que você pegar medicação e fazer tratamento era conhecido como o corredor da morte. E muita gente ia lá pra ver quem pegava ou não pegava os coquetéis pra depois sair dando com a língua nos dentes falando quem era soropositivo e quem não era. Inclusive na época nós conseguimos tirar um médico, que ele falava na cara das pessoas que tava enjoado de atender viado e travesti e dai nós conseguimos formalizar uma denúncia na promotoria de Maringá e nós conseguimos tirar ele. Dai que começou a mudança mesmo, que começou a humanizar tudo. Uma vez eu acompanhei uma travesti lá, ela estava com sarcoma, ele olhou pra minha cara e falou “não tem jeito”, eu olhei pra ele e falei como não tem jeito, tem jeito

sim. Eu catei ela e levei pra outro médico. Ela ta ai, acho que ainda está trabalhando nas ruas de Maringá. Ainda falta muito, mas perto do que nós pegamos a princípio ta muito bom, pessoalmente o zona sul lá onde o serviço com o ambulatório de AIDS. A equipe de lá é muito boa, muito boa mesmo.

Participante 5: Eu já fui largado pra morrer lá no corredor do hospital municipal, porque eu tava fazendo tratamento a princípio como gastrite e eu tava com apêndice estourada. Então ai quando eu desfaleci no posto de saúde, me mandaram pra lá e fiquei largado no corredor, ai passou uma profissional da enfermagem e começou a conversar com o meu pai, correu atrás até conseguir internação pra eu subir pro quarto e lá eu fui ter atendimento. Ai veio uma médica que disse que ia pegar o meu caso até o final, ai ela descobriu o que era, fez o tratamento, fiquei internado lá 15 dias em isolamento. Quando eu sai o pessoal da unidade de saúde foi em casa ver como eu tava e tudo mais..

Coordenadora: Acho que isso diz muito do que vocês estavam falando de eles não olharem e não perguntarem..

Participante 5: Ainda assim, quando pegaram a autorização do meu pai pra fazer, não acreditaram no resultado, ai fizeram de novo, três, quatro exames.

Participante 3: Na verdade às vezes os enfermeiros, técnicos de enfermagem eles fecham melhor o diagnóstico do que muitos médicos.

Coordenadora: Vocês se sentem a vontade para falar nos atendimentos que são *gays*, bissexuais, se isso for relevante no atendimento?

Participante 4: Eu falo nem por questão de se sentir a vontade, mas pra ser irritante mesmo, pra tentar fazer com que outros tenham um pouco mais de respeito e acesso ao atendimento, então eu sou até meio briguento, então eu já falo mesmo. Se alguém falar alguma coisa eu já falo, não, você vai ouvir o “bê-a-bá” agora, vai entender o que é ser *gay*, ser lésbica, ser bissexual, ser transexual, o que é ser soropositivo, o que é tudo isso. Eu sou um ser humano, tenho isso tenho aquilo, então eu já falo mesmo, chego e falo. Nunca tive problema, vergonha, sempre fui de chegar em qualquer lugar, trabalho, entrevista, em qualquer lugar, a primeira coisa que eu falo: sou homossexual, sou soropositivo. Precisa de alguma informação eu explico, ai eu dou site, dou link, do tudo, mando estudar. Porque a melhor ferramenta do ser humano é o conhecimento. Então pega pra estudar, tenha paciência pra ler antes de sair falando né.

Participante 5: Eu já falo e vi profissional que depois que me atendeu sair lavando a mão. Eu já ouvi profissional dizendo que “atendi um viado, se tivesse me furado eu tava ‘fodido”.

Participante 3: Não é no caso de todo mundo, mas a gente sendo soropositivo a gente tem que falar, qual a medicação que eles vão dar pra você, eles tem que ter conhecimento pra saber qual medicação vão dar, qual você toma, pra evitar os efeitos colaterais. Então é bom você falar, porque evita outras perdas pra gente né.

Participante 2: Antigamente assim eu tinha um pouco de receio, porque eu tinha uma doença chamada epilepsia, mas eu nunca cheguei a chegar pra eles e falar “eu sou *gay*”, porque tinha medo de levar represália, homofobia. Hoje em dia eu estou mais de boa, o reverendo e a igreja me ajudaram muito, agora eu chego falo, em entrevista também que eu sou bi, agora eu estou bem mais tranquilo, mas antigamente eu tinha receio sim. O fato do nordeste também, como eu sou paraibano, o preconceito lá é bem mais assim rígido. Quando eu mudei pra cá, eu fiquei um pouco com medo, por ser uma cidade mais avançada e tudo mais, mas meu primo disse pra eu ficar tranquilo que aqui era uma cidade mais tranquila comparada com lá.

[conversas paralelas]

Participante 4: É uma questão de autoconfiança em certas ocasiões.

Participante 2: É que lá se eu confessasse minha opção sexual, primeiro iam me matar, iam me condenar e meus pais, mas aqui não, aqui eu me senti mais livre.

Participante 4: Tem pessoas lá no nosso abrigo que a gente leva pra fazer o atendimento na saúde, vai na prefeitura e vê tudo quanto é lei pra poder ajudar na área social, ai eles falam que os abrigos tem que ser masculino ou feminino e eu falo, pois é, eu cuido dos que estão no meio e ai como é que fica? Então a gente está nessa briga, 4 anos tentando conseguir recurso, a gente tira do que não tem para poder manter lá o abrigo e quando a gente sai pra pedir ajuda a gente ouve que vai ter ajuda pra juntar tudo na casa e tacar fogo. Quantas vezes eu já não escutei isso. É essas coisas que a gente escuta, falando que isso ai tinha que morrer tudo e ainda muitas vezes é das pessoas que se dizem cristãs.

Participante 3: Outras instituições que dizem que ajudam, que a gente sabe que recebe uma grana boa não ajudam em nada.

Participante 4: Mas na saúde a gente vê que a população LGBT ainda tem muita dificuldade de ser atendido com confiança, vai já com medo. Eu acredito assim, eu vejo muita gente indo, não dizendo o que é ou não muitas vezes por ser soropositivo e não fala por medo também, acaba tomando um remédio que não poderia nem tá misturado com o que ele toma.

Participante 3: Tem alguns que não podem de jeito nenhum.

Participante 4: Então eu acho que se essa comunidade de técnicos que cuidam da saúde tiverem mais informações, estiverem mais preparados, terem mais conhecimento, busca pra se abrir pra isso, pro diferente, assim diferente numa igualdade, eu falo diferente porque nos tratam como diferentes né, mas somos todos iguais, mas o tratamento é diferente né. Assim acho que realmente tinha que ter uma cartilha LGBT com o profissional de saúde né.

Participante 3: Só que nós somos tachados como barraqueiros viu, tipo lá vem a militância.

Participante 4: Faze o que né [risos] dane-se, vamos lá pra reivindicar.

Coordenadora: Participante 6, você está quietinho, gostaria de compartilhar alguma coisa?

Participante 6: A praticamente o que o pessoal falou é o que eu penso e acontece também...

Coordenadora: Quem ainda não compartilhou nada conosco, sintam-se a vontade para falar, perguntar e também para não falar, caso não queiram.

Participante 7: A questão que tinham falado do banco de sangues para doar sangue, as pessoas em questão de ser *gay* ou lésbica. Eu fui esses tempos atrás doar sangue, o pai de um amigo meu estava precisando de doador de sangue e o mesmo sangue dele era o meu, eles não aceitaram, por eu ser *gay*.

Participante 4: É que é grupo de risco né, eles falam..

Coordenadora: Então como foi?

Participante 7: Eu falei que era homossexual eles já.. nem preenchi ficha nem preenchi nada eles já falaram que a gente não aceita. Eles falaram que não iam nem coletar.

Coordenadora: Foi a sua primeira experiência doando sangue?

Participante 7: Não eu já fui tentar outras vezes e todas as vezes que eu fui foi rejeitado por eu falar que era *gay*.

Participante 4: Teve um amigo nosso que doou tantos anos e nunca falou que era *gay*. Ai a última vez que ele foi doar ele perguntou como era o sangue dele eles disseram que sempre foi muito bom, então ele disse, durante todo esse tempo foi sangue *gay* que vocês pegaram. Ai não doou mais.

Participante 3: E isso é uma burrice, porque tem o teste rápido que sai em 20 minutos o resultado, se bem que tem a janela imunológica, mas hoje em dia acho que já conseguem detectar também. Vai chegar uma época que eles vão ter que aceitar, pior tá as hepatites por ai.

Coordenador: O que vocês acham que poderia mudar nessa questão da doação de sangue?

Participante 3: Ah ai vai ter que mexer na base, mudar lá em cima. Porque é uma portaria do ministério da saúde né.

Coordenadora: Eles chegam a perguntar a sua orientação sexual ou é na hora das práticas sexuais?

Participante 5: Eles perguntam das práticas sexuais, quantos parceiros e perguntam se você é homossexual, então fica aquela coisa do falo ou não falo se sou. Você sabe que não tem nada e fica naquela dúvida se eu vou doar ou não.

Participante 6: Chega lá um *gay* e fala que entrou em uma caminhonete com vários homens, ele não vai poder doar. Se chega um heterossexual e fala que entrou em uma caminhonete com várias mulheres, ele doa. A promiscuidade existe em muitos lados.

Participante 5: Nós somos tachados todos promíscuos, independente o tipo de relação que você tem. Heterossexuais, homens e mulheres, podem fazer o que quiser, ficar com quem quiser, o *gay*, pode ser casado, fiel, vai ser sempre tachado de promíscuo e portador de alguma doença.

Coordenadora: Então essa pergunta (orientação sexual) talvez não fosse uma pergunta que seria necessária de ser feita? É isso?

Participante 3: Acho que a pergunta deveria ser só sobre as práticas pras pessoas declararem com bom senso, se está transando sem camisinha, está se prevenindo, mesmo fazendo sexo com vários parceiros. Não rotular, o *gay*, a lésbica o transexual ou travesti, porque hoje em dia o que é grupo de risco hoje em dia.

Participante 5: Grupo de risco é aquele que a gente sabe que não usa mesmo, mas tá lá, é hetero então tudo bem.

[conversas paralelas]

Coordenadora: A gente ainda tem alguns minutinhos de conversa, alguém quer comentar mais alguma experiência que teve com atendimentos no SUS?

Participante 4: Mais um caso que teve, desse menino, no posto de saúde o dentista não quis atender ele porque disse que o caso dele tinha que ser atendido no CTA e não tinha nada a ver. Ele poderia ter sido atendido lá, da mesma forma, todo mundo na casa quase voou em cima do dentista lá. Foi lá em casa, deu uma escovinha pra cada um do abrigo e disse que quando for caso de HIV, pode procurar lá o CTA ai dissemos não senhor, o senhor vai atender as bonitas e os bonitos lá do mesmo jeito. Ai ele ficou meio assustado que o pessoal começou a ficar meio nervoso lá com ele e ele foi embora. Eu mesmo não vou no posto consultar com ele por causa disso, eu lembro das palavras dele e penso que tipo de atendimento ele vai me dar. Então eu prefiro ir pelo CTA.

Participante 3: E como o posto tá em reforma lá, o CTA, tá todo mundo indo pras unidades básicas e disseram que com o tempo vai ser descentralizado, diz que a gente vai ter que fazer tratamento nas unidades básicas da gente, então esses profissionais vão ter que aprender a lidar, o dentista vai ter que aprender, tem que parar com isso.

Participante 5: Ainda dependendo do lugar que você está e pede atendimento eles não te atendem, porque você tem que ir na sua unidade básica, então você muitas vezes tem que sair dali e ir pro UPA.

Participante 4: Coisas que acontecem na saúde, não tem muito a ver com nós, mas eu fico olhando assim, você pode entrar como acompanhante em qualquer lugar com pessoa idosa ou deficiente, mas a pessoa que tá naquela situação de doente ele não quer ficar sozinho, eu sei que cria tumulto, mas eu acho que a saúde tinha que ter espaço para acolher todo mundo para que a pessoa que está sendo atendida tenha alguém do lado dela. Porque é ruim, eu já vi caso da pessoa entrar sozinha, porque é maior de idade, e a pessoa ta com dor, quer ser amparada,

ela quer ter alguém pra segurar na mão e tudo. Eu acho muito exclusivista, exclui, só o idoso, menor de idade ou deficiente. Igual meu companheiro, fui com ele, ele tava quase caindo e eu não pude entrar com ele, porque ele é de maior. Porque eu não posso estar com ele? Eu deveria estar com ele, é de mim que ele está precisando ali na hora. Então acho que deviam ter uma mudança nisso ai também. Ainda eu burlei a segurança, entrei e fiquei lá na porta vendo ele tomar a injeção, porque eu vi que ele tonteou, então fiquei ali pertinho dele.

Coordenadora: A gente tirou sugestões aqui para melhorias na saúde em geral, não somente da população LGBT. Vocês falaram em relação ao olhar, não só para a orientação sexual, pois muitas vezes a pessoa chega pra atendimento e ela é tratada como heterossexual e talvez ela não seja. Falaram desse olhar diferente, que é um diferente que não exclui, mas que considera as diferenças. Falamos também da necessidade do preparo desses profissionais em lidarem não somente com a diversidade sexual, mas com pessoas que são soropositivas. Como tratar essas pessoas, como não excluí-las. Tem mais alguma coisa, que vocês falaram aqui e que eu não falei?

Coordenador: Mais diretamente a população LGBT, qual o atendimento que vocês gostariam de ter?

Participante 6: Cuidado né, dedicação e também nos resultados dos exames né. Às vezes demora demais.. Nossa, os resultados demoram demais. O tempo que você tem que esperar para pegar o resultado, 3, 4 horas.. As vezes 5.

Participante 3: Acho que tinha que ser mais preparado também pra não perder o material de coleta, algumas vezes eles perdem e tornam a chamar você pra fazer a coleta de novo. Isso entra pra população em geral.

Coordenadora: Acho que vou mudar um pouco a pergunta para facilitar: influencia vocês falarem da orientação sexual de vocês para que vocês tenham um bom atendimento?

Participante 5: Ah sim com certeza, eu entrar e sair de boca calada: legal.

Participante 4: Às vezes não precisa nem falar né [risos]... Uma coisa que seria legal é criar informativos sobre a população LGBT. Sobre a igualdade humana. Por que é tão difícil colocar a foto de dois homens lá, duas mulheres, na saúde somos todos iguais? Essas coisas, a gente não vê isso. Vejo assim campanha de prevenção, HIV e AIDS e uns folhetinhos isolados.

Participante 3: Eu acho que acima de tudo o primeiro passo que tem que ser dado é os homossexuais, as travestis, os transexuais se unirem. Existe ainda muito preconceito dos homo, pras travestis, tem um olhar muito diferenciado, até dentro dos postos de saúde sabe. Enquanto a gente ficar querendo defender só o da gente, a gente tem que olhar como um todo. Eu vejo nos serviços de AIDS quando as travestis estão lá esperando para ser atendidas, elas ficam lá de cantinho. Por que esse preconceito? Às vezes a gente aponta o serviço, mas a gente também precisa parar pra olhar pra gente né. A gente quer se proteger tanto, já levamos tanta “burduada” na vida que a gente se fecha. Precisamos aprender a lutar pelos direitos. Assim, com força, não fazer barraco no posto, pega o nome do profissional, vai lá e denuncia.

Esses dias eu tava na fila de espera lá pra fazer os exames, uma moça pegou o pai dela lá e passou na frente de todo mundo, eu falei epa, pode passar na frente? Ela disse: “não é isso”, eu disse que ela tava cortando fila, peguei o nome dela e denunciei. Ela me olha torto até hoje. Agora se a gente ficar calado tipo, deixa, é o pai dela, deixa, não vai funcionar. Se você não ter força pra brigar, vai ser sempre massacrado. A gente tem que se unir.

Coordenadora: Eu fico muito curiosa para saber como está a saúde da população no país todo, pois vão ocorrer oficinas como essa no nordeste, no norte, eu fico pensando nas histórias que vamos ter.

Participante 4: Pois é, lá na casa tem uma transexual que trabalha com a gente a um tempo, e ela sempre ia no postinho e fazia um barraco para ser atendida pelo nome social dela. Despertou o interesse no posto de saber, de fazer as mudanças e ela tá lutando pra trazer o ambulatório aqui para Maringá, junto com o pessoal lá de Curitiba. Porque é uma cirurgia por dia lá em São Paulo de transexual, porque essa dificuldade toda? Podia ter em Maringá, em Curitiba que poderiam dar suporte. Ficar dois anos na fila passando por tratamento psicológico, e tem gente que burla isso viu, já vi gente que não faz e já tá com o nome lá enfiado na fila pra fazer a cirurgia. Acho que essa atenção a transexual que já se entende e sabe o que precisa, deveria ser mais rápido. Essa transexual lá da casa, vai no psiquiatra, no psicólogo e eles ficam procurando algum transtorno nela, a gente brinca que ela tá transtornada de tanta espera. A gente vê a angústia que ela tem porque ela não consegue aceitar o que ela tá passando, ela diz que só vai ter paz quando conseguir a cirurgia e conseguir se olhar. A espera já está pra mais de um ano. Então eu acho que a questão da saúde do transexual devia ser algo muito mais adiante.

Os abrigos aqui que recebem recurso do município, ligam para a gente falando que estão com travesti lá, com transexual e tentam mandar pra gente, mas não tem verba pra gente, e nos outros abrigos eles não atendem. Não tem no Brasil um lugar assim, em São Paulo tem uma ala em um albergue, mas é só uma ala e já faz mais de 4 anos que estamos nessa briga e a prefeitura fecha os olhos.

Coordenadora: Estamos encaminhando para o fim pessoal, alguém tem mais alguma coisa a contribuir?

Participante 5: Depois quando surgem as cotas o pessoal reclama né, eu vejo lá onde eu trabalho, uma transexual foi reprovada porque o cara falou, como eu vou contratar uma transexual, vou ter que fazer um terceiro banheiro? Então onde elas vão encontrar trabalho? Vão ser cabeleireira ou vão pra rua.

Coordenadora: Pessoal então estamos finalizando e eu gostaria de agradecer a participação de vocês, muito obrigada e se puderem divulguem a realização das oficinas, para que tenhamos mais pessoas participando.

E – oficina com homens gays e bissexuais

Maringá – 12 participantes

Coordenador 1: bom gente, então a gente vai começar assim, primeiro vou fazer um contratinho para essa oficina, qual é o objetivo dessa oficina? É a gente conversar sobre as experiências de vocês em saúde, as histórias que vocês têm sobre atendimentos em saúde que vocês vivenciaram ou que vocês conhecem alguém que vivenciou, tá, esse é o objetivo nosso aqui. A duração, como eu falei é de 1 hora e meia, acho que no máximo 1 hora e meia. Alguém precisa ir ao banheiro antes de a gente começa? Porque é importante a participação de vocês já desde o começo, né, sem a gente interromper, se alguém precisa ir ao banheiro pode ir que a gente espera, alguém precisa ir? É, celulares também, vou pedir para vocês desligarem também, se alguém precisar fazer uma ligação antes pode ir fazer, a gente pode aguardar...

Coordenador 2: quem não quiser desligar pode pôr no silencioso, sem o vibra, sabe? Ou no modo avião

Coordenador 1: outra coisa também muito importante é a gente considerar, eu vou voltar então para a daí a gente continuar, é importante todos estarem para fazer esse acordo, essa nossa conversa. Então, como eu falei, a importância da participação, importante frisar também que não existe certo nem errado, tá, e a história de vocês, é a vivência de vocês com relação aos atendimentos em saúde que vocês tiveram ou que vocês conhecem alguém que teve. Então a gente vai presar aqui pelo respeito mútuo também, procurar falar um de cada vez, para termos uma conversa mais tranquila, de repente levantar a mão quando estiver, fazer... vai coordenando, avisando a gente. E também eu gostaria de saber se vocês querem adicionar mais uma regra para essa, para esse nosso contratinho, se tem algo que vocês querem colocar a mais, se ficou bem claro para vocês, se vocês têm alguma dúvida em relação a alguma coisa... tranquilo?

Todos: uhum

Coordenador 2: eu acho que é importante, é, ficar na oficina também, a experiência, principalmente a nomeada dos outros, em respeito a todos que estão aqui hoje e, han e eu esqueci o que eu ia falar. Bom, acho que a gente já fez um contrato verbal interessante, se alguém tiver alguma dúvida pode interromper, não tem problema nenhum. E agora que a gente já está com nossos crachás lindos maravilhosos eu vou convidar vocês para a gente se apresentar, fazer uma apresentação específica, bem legal, onde a gente vai dizer o nome, uma qualidade nossa que comece com a primeira letra do nosso nome, falei que era legal né

Todos: [risos]

Coordenador 2: e em seguida a gente completa a frase “para mim, ser gay é...” ou “para mim, ser bissexual é...”. exemplo: meu nome é Guilherme, eu sou guerreiro e para mim ser gay é amar os homens, tá? De acordo com como cada um se identifica. É alguém de vocês gostaria de começar?

Participante 1: eu posso começar, é, meu nome é [nome], eu sou passional e para mim ser gay é ser eu mesmo

Coordenador 1: pode ir na sequência assim? Vocês querem..

Participante 2: pra lá é melhor...

Todos: [risos]

Participante 3: eu?

Coordenador 1: pode ser

Participante 3: vai ser difícil einh?

Coordenador 1: se você não conseguir encontrar por ser com outra letra do seu nome ou...

Coordenador 2: uma característica marcante sua

Participante 3: ai que nervoso... bem, meu nome é [nome]

Um dos participantes: faz com “C” ué

Coordenador 2: não precisa ser a primeira letra do seu nome, pode ser uma qualidade, uma característica marcante sua.

Participante 3: nossa... é, amigável, digamos assim, e ser gay para mim é amar, amar gente

Coordenador 2: obrigada. Han, meu nome é [nome] me considero batalhadora, e para mim ser bissexual é, é legal.

Participante 5: eu sou [nome], eu sou fofo

Todos: risos

Participante 5: eu pensei em feliz, mas... e para mim, ser gay é resistir

Participante 6: eu sou a [nome], com “N” gente... pensei em eu sou namorável

Todos: risos

Participante 6: e, eu não sou gay né, sou travesti, então para mim ser travesti é transcender um gênero

Participante 7: meu nome é [nome], eu sou amável, que amável eu não sou e para mim ser gay é travar uma luta todos os dias

Participante 8: meu nome é [nome], mas eu sou [apelido], então eu não sei que que eu vou falar, deixa eu pensar

Todos: risos

Participante 8: é que para mim nenhuma das características coincidem com as iniciais, então eu vou dar uma de (P3) e não vou usar a letra. Eu sou... como é que chama a palavra? É, aguerrido

Coordenador 2: como?

Participante 8: aguerrido, tem no dicionário

Risos

Participante 8: e ser gay para mim é uma expressão de liberdade

Participante 9: eu sou [nome], não tenho nenhuma qualidade com “W”, mas enfim, é, daí eu vou para a letra “E”, é, extrovertido, e acho que para mim ser gay é libertador, sabe.

Coordenador 1: bom, eu sou [nome], eu sou responsável

Risos

Coordenador 1: no gravador não aparece a nossa cara, a nossa expressão, e para mim, ser hetero é ser eu mesmo

Participante 10: eu sou [nome], eu sou inteligente e para mim, ser gay é uma expressão de liberdade

Participante 11: eu me chamo [nome], sou uma pessoa muito feliz do jeito que eu sou, e para mim ser gay é, é tudo, amar outra pessoa

Participante 12: meu nome é [nome], mas mais conhecido como [apelido], é, com “C” eu pensei causador

Risos

Participante 12: é, me orgulho de ser homossexual

Participante 4: eu sou [nome], vou usar o responsável dele também, e para mim ser gay hoje em dia é também um ato político

Participante 2: é, eu sou [nome] não pensei em nada aqui que começasse com “A” que não soasse falso ou arrogante, acho que arrogante não vale. Acho que mais político, se isso for uma qualidade, e para mim ser gay é uma desconstrução do que eu aprendi e uma reconstrução de quem eu sou

Coordenador 2: legal gente, obrigada por esse momento. Eu agradeço também a presença de vocês que é muito importante para a gente, para a realização dessa pesquisa, não tem sido muito fácil realizar essas oficinas. Então, é realmente muito, muito importante vocês estarem aqui hoje, tá, não só para a gente, mas também para contribuir para o atendimento, para o acesso em saúde melhor para toda população

Coordenador 1: e a qualidade né. A ideia da pesquisa é essa, trazer todas essas experiências e buscar atendimentos de maior qualidade, melhor atenção, é, então, agora eu vou pedir para vocês...

Realizada atividade das afirmativas e dos cartazes “concordo”, “discordo” e “tenho dúvidas”

Realizada a atividade “um atendimento marcante em saúde”

Conversa sobre o atendimento marcante e as dicas a e aos profissionais.

Coordenador 2: vou pedir para nos organizarmos para todos conseguirem se enxergar

Coordenador 2: está legal assim para a gente conversar? Bom, então, agora que a gente já conversou, escreveu sugestões, conheceu as sugestões dos outros eu queria saber de vocês, como que foi fazer essas atividades, o que vocês acharam das sugestões.. eu vi que algumas

peessoas colocaram a questão de humanizar, de saber mais sobre identidade de gênero e orientação sexual, alguém de vocês tem alguma experiência, alguma história de repente para trazer para a gente?

Coordenador 2: pode falar [nome]

Participante 12: bom, primeiro eu preciso me identificar como soro positivo, segundo que quando eu descobri, o dia que eu descobri o, lá era plano de saúde particular quando eu descobri, há 4 anos eu faço atendimento pelo SUS, enfim, o que para mim é muito bom, aqui nesta cidade. No dia que eu descobri o doutor, ele, que é um infecto, não é um gastro, ele é conhecido da família, minha família é religiosa e etc, apesar de ter aceitado, todos sabem numa boa, enfim, nunca julgou isso, tanto a minha homossexualidade quanto a minha sorologia, em questão, misturando religião, enfim, mas, ele pegou e falou para mim assim “é, bom [nome] agora que você vai passar por essa situação e tudo, não seria a hora de você rever em relação à sua sexualidade e tudo”, tipo, aí eu parei, interrompi ele, sabe e “deixa eu entender, você está querendo falar para eu parar de ser gay?” daí ele “é, de repente esse seria o momento, sua família, sua avó e tudo”, eu falei “não, não, não é nem questão disso, meu problema é saúde e eu cuido da minha vida”, enfim, mas, e na época eu também tava, eu sou bocudo, causador né, como eu tinha falado, na época se eu tivesse um pouco mais de, eu tava muito atormentado com o que estava acontecendo no momento tanto é que hoje eu estou tranquilo, mas, se não eu tinha metido um processo ali. E eu, teve acontecimento, eu namorei um cara, todos os caras com quem eu me relaciono assim, de, de conhecer, de estar ficando, enfim, é, eu conto, enfim, daí ele foi fazer o teste, só que ele errou o lado, ele foi para o UPA, não foi para o CTA, eu sempre acompanhei, eu sempre levei, né, eu quis estar junto, mesmo porque se você está comigo vamos lá ver se você não tem antes, por que tipo, eu não quero ter esse risco de passar para alguém... e ele estava indo sozinho e enfim, e ele tem estereótipo, é, de tipo, não normal assim, ele é todo tatuado, então ele é uma pessoa que realmente chama a atenção na rua, por onde passa. E ele foi, e eu dissipei isso, porque assim, olha como são as coisas, apesar de eu não ter ido junto, ele estava lá sozinho, ele comentou que tinha um guri que era soro positivo e a enfermeira lá do UPA, que não quis me falar o nome, pediu pra ele terminar comigo “sai dessa enquanto está cedo” e não sei o que... e ele muito bem resolvido falou assim “eu não vim aqui pedir sua opinião, eu vim aqui só fazer o teste”, então foram algumas situações assim que tipo... mas, quando eu descobri, que eu fui no particular, na mesma semana eu descobri que o SUS tinha acompanhamento, tudo e fui para lá, até porque o gasto, só nos primeiros exames, tipo, eu gastei muito dinheiro, enfim. E eu tenho o meu médico mesmo que me acompanha até hoje, ele é muito bom e faz atendimento pelo SUS e particular, o acompanhamento ali foi muito bacana, por mais que eu tenha falado para todo mundo, meus amigos, minha família inteira sabe, eu quis não só aquele conforto amigo assim, sabe, eu quis ter aquele acompanhamento psicológico ali no CTA, eu até coloquei [*nas dicas para as e os profissionais*] “capacitação para acompanhamento psicológico”, capacitação no sentido de gênero, sentido... porque assim, é uma mulher assim, muito gente boa, mas era mais minha colega do que tipo, sabe... não sei, enfim, que era o que eu já fazia com meus amigos, era para contar, só que era uma pessoa desconhecida, acho que capacitação no sentido psicológico mesmo, do estudo, que ela estudou para aquilo, etc

Coordenador 1: você fala para todos os profissionais assim, no sentido de... o acolhimento

Participante 12: o acolhimento, tem o médico, lógico, mas mais no sentido psicológico, como eu não fui atrás do teste, não descobri através de teste, comigo foi diferente, mas como todos os meus amigos, não são poucos, eles sempre me falaram assim, eles sempre me contam isso assim sabe, cada dúvida deles eu tive que estudar muito sobre para poder, quer dizer assim “eu estou com ...” eles vem, eu falo “eu não sou médico”, bate foto no whats e manda, sabe, tipo, coisas desses tipo, a gente ajuda como pode e tipo, “meu, vai ver”, o pessoal tem bastante medo. Mas, esse acompanhamento, capacitação mesmo né. Eu tive sorte assim, é, por isso teve os momentos que eu fiquei sozinho né na “concordo” “não concordo” assim sabe, mas também tive experiências ruins, mas hoje, se for analisar, todo mundo me conhece no CTA, então eu chego ali, quando é urgente mesmo eu sou atendido na hora, entendeu.

Coordenador 2: você comentou que nesta cidade o atendimento...

Participante 12: é, eu morei numa capital, uma capital, fortíssimo o índice de soro positivo e péssimo, péssimo, péssimo, eu não lembro de lugar especializado, tipo um CTA como tem aqui, remédio, muita falta de remédio, eu não usava medicação lá, quando eu voltei eu comecei a usar, enfim, bem complicado.

Coordenador 2: então foram 2 situações de intervenção de profissionais de saúde...

Participante 12: com opinião pessoal e baseada uma em religião e outra em sei lá o que, mas aqui no CTA eu sempre fui muito, muito bem respeitado. Meu, uma vez, a primeira pessoa que eu fiquei eu tive medo porque eu não sabia que “ai a gente se beijou, vamos levar você, tem o prep”, não se se vocês já ouviram falar do prep, resumindo o prep é tipo, como pílula do dia seguinte, mas tomada com 28 dias, quando você tem contato com alguém soro positivo sem camisinha, enfim, ou contato com sangue, etc e tem [inaudível] de chance de não passar. E eu fiquei com medo, falei para o cara e ele foi, tomou remédio, e aí assim eu liguei para o CTA, para as meninas, tipo 7 horas da manhã, as 9 horas eu estava lá com ele, entendeu? Passou na frente. Eu talvez tenha as minhas vantagens, entendeu, mas enfim, faço parte da [inaudível] de jovens também, é, nacional, de jovens e adolescentes que vivem e convivem com HIV AIDS.

Coordenador 2: alguém de vocês vivenciou ou conhece alguma experiência de intervenção nesse sentido? Com esse viés?

Participante 2: tem mais ou menos a ver, porque assim eu tenho [inaudível], que é uma doença autoimune e eu já tive experiência, eu pego as minhas medicações na regional de saúde porque são medicamentos muito caros pra eu comprar do meu bolso. E já aconteceu mais de uma vez de eu estar conversando com a atendente e falar que eu tenho uma doença autoimune e já te olha meio esquisito, tipo, “ah então você tem AIDS”, é, daí eu até comecei a fazer o teste e confesso que eu me divirto um pouco quando eu estou conversando com alguma pessoa desconhecida que eu precise falar que eu tenho essa doença, eu apenas falo que eu tenho uma doença autoimune, tipo assim “vamos ver o seu nível de preconceito”, e a pessoa já, a maioria das pessoas olham torto já olham esquisitas ou assustadas e eu não consigo não relacionar isso com o estereótipo de a pessoa ser gay, não ser hetero nem cis, é grupo de risco ou, já automaticamente tem AIDS, isso foi uma coisa que, eu já não foi uma pessoa discreta, digamos, ficar um pouquinho, para quem me conhece sabe que eu não sou, uma coisa que já me identifica como gay e acaba associando qualquer tipo de doença que eu tenho com HIV e já aconteceu muito quando eu me assumi na adolescência e depois, a partir

do momento que eu perdi minha virgindade e a partir do momento que as pessoas começaram a descobrir que eu era, e essas questões de saúde e não sei o que, de qualquer problema que eu tinha, comigo, já achavam que eu tinha pegado AIDS. É, eu tenho também síndrome do pânico, então também eu acho que isso já ajuda um pouquinho também, aquela coisa de qualquer coisa eu já relacionava com isso e eu precisei de uma certa desconstrução aí para aprender que, primeiro se tivesse eu teria que tratar, eu não poderia fazer nada além de tratar e aceitar isso, e também muito medo de aceitar esse começo de vida ativa, sexualmente ativa, de ter coragem de ir e fazer um teste. Até o momento em que uma professora minha falou “olha [nome], você fazer ou não o teste não vai mudar o fato de você ter ou não, então você prefere não saber ou não [inaudível]”. Foi o que me fez ir atrás

Coordenador 2: e aí você foi fazer?

Participante 2: fui fazer, e aí eu fazia normalmente a cada 6 meses, agora eu não faço porque eu já faço acompanhamento médico continuado a cada 3 meses por causa da doença autoimune, então eu faço diversos tipos de exames que apontariam, então eu não preciso mais fazer o teste específico.

Coordenador 1: [nome], você comentou dessa, desse teste que você faz com a pessoa... isso já se passou em algum serviço de saúde, com algum profissional de saúde, tipo de você dizer que tem, ou de a pessoa perguntar e você dizer que é uma doença autoimune e ter esse viés de já relacionar com HIV, alguma coisa?

Participante 2: o máximo foi a atendente do regional de saúde de quando eu vou pegar remédio

Coordenador 2: como que foi?

Participante 2: foi apenas, porque assim, a maioria das pessoas não conhece porque é uma doença bem rara, são 6 pessoas a cada 5 mil, se eu falar eu tenho que explicar o que que é, então eu acabo dando a explicação antes de falar o que que é, daí eu falo “ah, doença autoimune, não sei o que”, e, o que eu percebi foi um desconforto, não foi, tipo, aquele olhar torto dramático assim cinematográfico, o que eu percebi mais um desconforto na expressão, sabe aquela coisa tipo contendo uma expressão facial? Foi mais ou menos isso e o que eu achei mais esquisito disso tudo é porque a pessoa está trabalhando num centro de saúde pública, deveria estar no mínimo preparada para receber todos os tipos de público diferente, e aí independentemente da pessoa que é, que tenha doença sexualmente transmissível ou de não ter, de qualquer tipo de doença, a pessoa deveria estar capaz de saber lidar com isso e ter desconstruído os preconceitos ao ponto de atender as pessoas.

Participante 12: e são critérios, são coisas bem simples assim, já aconteceu comigo, eu tive que me explicar e eu não queria falar porque tinha gente perto, eu não ligo de falar mas tinha muita gente perto, enfim, aqui na secretaria de saúde, por causa da vacina da gripe, era só a vacina que eu queria, entendeu e eu tenho direito né, enfim, eu já fiz parte, no começo, quando descobri, até uns anos atrás, é, a gente ia tentar reunir e eu sempre fui mais novo, pelo menos o que deu a cara entendeu, pessoal mais velho, pessoal mais simples também, até ali dentro, família, saúde “mas ah, você é tão novinho”, meu deus, tem idade? Ou tem tipo assim “ah, mas você é gordo”, ou, você queria eu magrelo? Eu era ignorante, eu era totalmente ignorante, quando descobri foi tipo “morri, cazuzá, já era”, aí uns dias depois “uou, não é bem assim”.

Coordenador 1: quem mais, gente?

Participante 7: eu tenho uma história, eu, só que não foi um atendimento aqui, mas um atendimento em saúde. Quando eu vou para a minha cidade, eu sou do interior de São Paulo, eu sempre faço os testes, mesmo que eu tenha um relacionamento estável é bom, manter essa vigilância, e aí eu fui fazer a ‘sagrada’ entrevista e aí as perguntas consistiam assim, aí nome, rg e tal, isso são coisas que eu sei que é padrão, orientação sexual, enfim, aí foi tipo assim, nome [nome], rg, tal, você, orientação sexual, eu sou homossexual, “ah, você teve relação com quantas pessoas?”, uma, “só uma?”, só uma, “por que você quer fazer?”, eu quero fazer por preventivo, “ah”, aí ela colocou que era um homem, aí eu falei que é uma mulher, aí ela falou “ah, como assim você é gay e é uma mulher?” aí eu falei “é uma mulher trans”, “ah, ele é uma mulher trans?”, “ela é uma mulher trans”, “e ele faz programa?”

[Reações de revolta e espanto “nossa”]

Participante 7: e eu falei “faz, programa de iniciação científica”

Risos

Participante 7: aí ela olhou para mim e falou assim “ah, e você faz programa?”, “não, moça”. Aí, foi isso, tipo, é “ele” e “ah, é porque é travesti faz programa né”, é isso, esse tipo de situação.

Coordenador 2: como que você se sentiu nessa situação [nome]?

Participante 7: ah, eu senti que ela reforçou todo juízo de valor que eles costumam usar no atendimento né, por exemplo, eu já fui doar sangue e olharam para mim, nem fizeram a entrevista e falaram “você não pode”, tipo, eu tenho que me declarar homossexual, você não pode declarar que eu sou homossexual no seu papelzinho, né. É um juízo de valor que rola.

Participante 5: aqui em Maringá?

Participante 7: não, no interior de São Paulo.

Coordenador 2: que você foi doar sangue foi também lá?

Participante 7: sim

Coordenador 2: e o profissional de saúde falou que você não podia doar?

Participante 7: que eu não podia doar

Coordenador 1: você teve alguma experiência nesse sentido aqui em Maringá? Ou o oposto a isso...

Participante 7: aqui em Maringá eu sempre fui bem atendido, é porque geralmente eu faço atendimento ali na [unidade] e eu acho que eles têm, não se por estar dentro da [localização] eles têm uma cabeça um pouco diferente assim do público que rola ali.

Participante 5: eu já passei pela situação dele daí aqui em Maringá, daí eu acho importante falar né. Uma mãe de uma amiga precisava de sangue e o meu tipo era correspondente ao dela e foi pro questionário e daí eu não me lembro, queria até saber de vocês como isso é hoje, ou o que a gente avançou em termos de lei, é, pra tipo, foi assim, eu não lembro se ela perguntou dos parceiros antes ou se ela já perguntou da orientação sexual, mas, no momento que ela já

perguntou, automaticamente eu já fui, digamos assim, eliminado de fazer, né, então assim, eu não lembro, enfim, se foi antes ou depois de eu falar dos parceiros, mas o fato, se isso continua hoje, de a gente dizer que é gay, que a lei ainda é... até a médica ela foi muito gentil de explicar, de ela colocar “olha, é, eu estou subordinada a legislação, eu não posso fazer isso”, é claro, é um sistema de cima para baixo, é a lei e o médico só cumpre o que está ali, né, então assim, ela falou que a lei é totalmente contraditória, a lei é contraditória e o que que a gente avanços nesse sentido, porque a gente já sabe que tem testes moleculares que são muito instantâneo para fazer isso né, como está sendo isso hoje? A orientação sexual ainda é um agende silenciador

Um dos participantes: *siiiiim.*

Participante 7: é porque o sistema molecular entrou em vigor em 12 de novembro do ano passado aí só entrou esse ano em vigor, então ninguém falou “ah, tem molecular agora ó, eu veado posso doar sangue, então tá assim ainda. Tá faltando alguém escrever e dar a cara a tapa.

Coordenador 2: mas, você falou que você percebeu que a médica comentou que ela é subordinada, o atendimento dela com você, o que você sentiu do atendimento?

Participante 5: que ela foi compreensível, não manifestou nenhum juízo de valor, ela só explicou a informação, ela não me violentou, ela não fez um julgamento, um juízo de valor

Coordenador 2: ela só explicou que em função da lei ela tinha que agir daquela forma

Coordenador 1: é, se em termos de legislação ainda é essa, existe essa orientação antiga, não tem nada de novo, não mudou absolutamente nada, pelo menos até onde eu vi não tinha mudado nada e tem essa coisa né, essa cultura assim

Participante 8: esse estigma né

Coordenador 1: esse estigma, ainda tem muito isso

Participante 1: mas o teste molecular ele é muito recente né e essa lei foi feita justamente porque existia janela imunológica do teste sorológico, que a janela imunológica é relativamente grande no teste rápido de 35 dias, 45 dias dependendo da marca. Então assim, se você pensar numa janela desse tamanho você não pode confiar de que você não tem, não tenha tido contato realmente com soro positivo nesse período com uma confiabilidade 100%, então a gente precisa pensar também no outro lado, de que esse sangue vai para uma pessoa que está precisando, ela já não está sadia, se você insere uma doença que é imunossupressora você pode prejudicar essa pessoa ao invés de salvar a vida dela

Participante 8: que vale pra hetero também né gato

Participante 1: que vale para hetero também, exatamente por isso que tem todo o questionário na coleta de sangue, além do questionário da sexualidade tem o questionário de quantos parceiros inclusive para hetero, é feito todos os testes inclusive para hetero, então assim, não é uma coisa que não tem fundamento, hoje existe sim uma possibilidade de discussão sobre esse assunto, com certeza, eu acredito que isso vá acontecer, mas eu não acredito que seja tão rápido, porque infelizmente as leis no Brasil não são nada rápidas

Participante 7: e tem aquela, na resolução não é você ser homossexual que te desclassifica, é você ter mantido relação sexual dentro de um ano, então se você for gay, só que em um ano você não transar você pode, claro que vai rolar um juízo de valor na hora, eu acredito

Coordenador 1: é, acho que existem profissionais que fazem uma leitura, é, fechada da legislação e aí, como você falou, que anteriormente existia aquela coisa do grupo de risco né, é, então acho que ainda tem profissionais que fazem essa leitura e profissionais que fazem uma outra leitura, que está presa a essa questão da legislação mesmo e que, é, por exemplo, eu doei sangue por muito tempo e fazia esses questionários, então em todo questionário eles sempre fazem, tem profissionais que fazem as perguntas e tem profissionais que vão olhar com juízo de valor e “ah, você é hetero” e já marca tudo, então pode, já nem faz as perguntas, se você teve relações com mais de 2 parceiros em menos de 1 ano, esse tipo de coisa. E tem profissionais que fazem tudo isso e tem profissionais que não.

Participante 1: ainda é de risco promiscuidade, promiscuidade é 3 parceiros em um ano, então a gente tem que considerar que realmente, inclusive heteros, a grande maioria não tem essa, está dentro do grupo de risco, não é porque eu sou gay que eu tenho 3 parceiros por ano, muito heteros têm mais parceiros que eu.

Participante 1: tanto orientação sexual quanto identidade de gênero, tem muito profissional que ainda não avançou nisso né, que está estagnado naquela coisa, antes, anterior né.

Participante 6: o que particularmente me preocupa não é uma questão de estagnação, é, por exemplo uma leitura fechada ou uma leitura aberta, mas a formação cultural desses profissionais. Em um episódio nós tivemos a oportunidade de ir em um congresso em Londrina que estava falando, era de saúde em geral, era sobre Ecoli, mas tinha uma oportunidade em que um profissional que era referência na cidade estava falando sobre o tratamento de pessoas soro positivas, então por exemplo assim, a palestra que nós assistimos para conhecer, na verdade assim, mais como são os profissionais que falam sobre o tema, mais direcionada a outros profissionais que atendem pessoas soro positivas, o juízo de valor da apresentação daquele médico, eu não tenho certeza se ele é professor, porque influenciava muito mais do que a pesquisa dele, porque por exemplo assim, ele se dedicou a colocar um material que não tinha referência para outras pessoas pesquisarem, para as pessoas que estavam assistindo falando primeiramente sobre o histórico da doença, daí ele falou que a doença surgiu na África, veio através dos navios no Haiti e pelo turismo sexual gay chegou até os Estados Unidos, segundo a versão dele, nesse momento ele falou assim, porque as pessoas do Haiti, elas são pobres, porque um povo receptivo para os gays e são bem dotados, daí a sala caiu na risada

Participante 7: vou uma violentação em massa

Um dos participantes: inclusive histórica né

Participante 6: aí, a gente estava assim né, aí uma pessoa levantou e perguntou “que horas que é o melhor horário para tomar o coquetel?”, daí ele falou assim “depende muito do cotidiano da pessoa, por exemplo uma pessoa que trabalha ele vai tomar ou de manhã ou à noite, sempre no mesmo horário, o travesti toma de manhã, porque ele trabalha a noite né”

Todos: nossa

Um participante: “o” travesti

Participante 6: e eu assim né, se eu trabalho a noite que que eu estou fazendo lá?

Risos

Participante 6: daí eu levantei a mão assim e falei “qual que é a referência do senhor?”, daí ele fez assim, ele fez um pouco caso da minha pergunta e eu fiquei lá com a mão levantada e perguntei “qual é a referência do senhor?”, ele falou, “ah é o livro histórico de uma doença”, eu nunca achei esse livro, se eu achasse eu ia queimar

Risos

Participante 6: porque imagina, o que me preocupa é que é uma pessoa referência, entende? Qual que é a forma que o travesti vai, que é uma pessoa bem dotada? Ele só reforça esse estereótipo que foi por um turismo sexual gay, e a gente distribui, a população distribui o vírus de uma forma assim, indiscriminada e que de alguma forma assim, “ah, não tem problema ser homossexual, mas óbvio que é uma doença gay né”, por exemplo assim, tipo, cadê as porcentagens de pessoas heterossexuais que não fazem o teste? E as mulheres heterossexuais? E travesti que entra dentro de homem? Porque definir essas pessoas como homem que fazem sexo com homem, eu estava lá no homem que faz sexo com homem, travesti lésbica eu estava lá no homem que faz sexo com homem, não existe, existe homem e existe mulher e quem tem a doença é o homem e é o gay e a travesti, mas como se isso não fizesse diferença

Um participante: isso numa plateia enorme...?

Participante 6: ah, um auditório cheio, e só nós três

Participante 7: só nós três nos posicionamos, eu, ela e uma outra amiga.

Participante 12: é, na rede de jovens que eu ia, vai até 29 anos, mas eu conheci muitas pessoas, muitas crianças que nasceram com, muitas mulheres, muitos casais, muitos gays, até lésbicas que, olha o preconceito, mas que a gente sabe que é mais difícil, mas também está aí. E dentro da rede, dentro desses eventos passa, passa assim, entre nós né, nós somos talvez os mais preocupados em saber, né, enfim, mas sobre a porcentagem de heteros que vivem na cadeia, desculpa, cadeia não, pessoas usuárias de drogas, enfim

Participante 7: mulheres nem entram na estatística, mulheres lésbicas, pelo menos alguns trabalhos daqui a gente em professoras que não colocam.

Participante 12: as que eu conheço, duas se eu não me engano, nasceram com

Participante 5: engraçado que, ao mesmo tempo ignoram que mulheres trans podem ser lésbicas também né, as estatísticas já excluem

Todos: uhum

Participante 1: é automático né, eles já descartam assim

Coordenador 2: e vocês que não falaram gente? O P8, o p9, o P10, P11

Participante 8: você quer que a gente diga?

Risos

Coordenador 2: se vocês tiverem alguma coisa para dizer... podem falar

Participante 10: bom, eu vou falar, eu tenho uma experiência que, aconteceu com a minha mãe, ela é soro positivo, ela foi casada, hoje ela não é mais, bom, tá um rolo, ela conheceu um cara, e ela tá com esse cara e depois de 10 anos que eles estavam juntos, aí ela decidiu terminar com ele depois desse tempo todo, aí ele pegou e falou “olha, se você terminar comigo eu vou contar para todo mundo que eu sou soro positivo, eu sou soro positivo há muitos anos, eu peguei porque”, ele era usuário de drogas e disse que pegou usando droga injetável na veia, tipo, ela ficou meio assustada sabe? E eu até entanto eu não tinha muita informação sobre isso, nem ligava, aí ela pegou e ficou meio abalada e contou para minha irmã né que é mais, é menor e depois minha irmã me contou. Ela achou que sei lá, que a gente ia, sei lá, rejeitar ela e tal. Aí a parti desse momento eu comecei a pesquisar, a me informar mais, assistir mais, entendeu, e começando a falar para ela que ela não ia morrer, que se ela procurasse um atendimento ela ia viver para sempre, não para sempre assim né, mas que ela não ia morrer, que é uma vida normal, ela tem uma vida normal, entendeu, tem certos tipos de coisa, ela toma medicamento, e ela é uma pessoa saudável, ele, ela nunca imaginou que ele era soro positivo, porque ele é uma pessoa forte, entendeu, nem aparenta, porque ah é soro positivo é magro, tá morrendo, não não é assim, e hoje ela trata, normal. Mas assim, tem receio de falar, então, tipo as únicas pessoas que sabem sou eu, minha irmã e meu cunhado, a mãe dela, os irmãos dela não sabem entendeu? Que ela é soro positivo que ela toma os medicamentos

Coordenador 2: e esse receio

Participante 10: ela tem receio, eu apresentei algumas séries para elas sobre soro positivo, expliquei para ela, aí eles tinham terminado, ela tipo meio que entrou em depressão, eu falei assim “você acha que só porque você é soro positivo, você acha que você só porque é soro positivo não pode arrumar outra pessoa? Existem casais soro discordante que vivem numa boa entendeu, “não é porque você é soro positivo que você vai ficar sozinha para o resto da vida, espera um pouco, depois você vai atrás, e se você achar uma pessoa legal e você sentir de contar que é soro positivo, qual é o problema?” entendeu

Participante 12: 95%, tinha até mais na verdade, nesses eventos costumam participar umas 300 pessoas, 150, dependendo da proporção dele e assim, 95%, 97%, a maioria das pessoas não se aceitam, no máximo assim no ambiente familiar e olhe lá, o da sua casa quem sabe, muitos tem relacionamentos, eu conheci muita gente que tem relacionamento e não conta para namorada, pro namorado, é que é muito diferente de mim entendeu, eu quando descobri comecei a contar na segunda semana, eu nem tinha descobrido direito e, isso faz parte de mim, entendeu. É uma coisa assim, sou [nome], sou adotado, sou soro positivo, pardo, sou, enfim, sou [inaudível], tudo isso faz parte de mim, tudo isso é característica

Coordenador 2: as pessoas reagem de maneira diferente

Participante 10: e minha mãe é heterossexual e tem 6 anos que ela sabe que ela é soro positivo se não me engano, e ela não conta, ela tem medo, medo de alguém saber, ela cuida saúde dela, ela cuida

Participante 12: e acompanhamento psicológico nesses

Participante 10: não, ela nunca teve acompanhamento psicológico, ela foi lá, descobriu, fez o teste, começou a tomar medicamento e só. Eu que quando vejo ela, é muito raro mas a gente se vê, mas eu sempre converso, sempre mostro série, dou livros para ela ler entendeu, pra ela, mas ela não, ela aceita e não aceita entendeu, as unias duas pessoas que tem que saber é eu e minha irmã e pronto, só, mais ninguém

Coordenador 2: entendi

Participante 8: eu falo então C2.

Coordenador 2: fica à vontade

Participante 8: ok. No final, acho que no meio do ano passado acordei pela manhã e fui ao banheiro e tinha uma secreção não tranquila no meu pênis, eu era casado, a gente tinha uma relação

Participante 6: não era tranquila, era agitada né [risos]

Participante 8: [risos], eu era casado, tinha uma relação monogâmica, la la la, e depois que nós fizemos vários testes decidimos não usar mais preservativo, usar aquilo é chato, eu confesso, é necessário, mas é chato. Então relação monogâmica, preservativo, viva todo mundo. E a gente sabe, por favor né, um pênis no ânus né, a gente não vai ser besta de que não vai se contaminar com bactérias, coliformes fecais, e batatinha quando nasce, fui para ser atendido no [unidade de saúde] por conta do [plano de saúde], num sábado, num domingo à tarde, meu esposo na época levou e o médico, cheguei, expliquei para ele a situação, ele não se levantou, ficou do outro lado da mesa, falou “isso é uma doença venérea, você sabe o que é isso?” eu falei “sei o que é uma doença venérea”, “isso é gonorreia”, mas, assim? Sem tocar, sem olhar, sem cheirar né? Que médico fantástico, falou “isso é gonorreia você e seu parceiro vão ter que tomar medicamento”, e passou, eu falei “mas não”, “tá aqui”, beleza, foi uma odisseia, ele passou um medicamento que ele não explicava na receita que tinha que ser fracionado e a ampola era vendida o dobro da dosagem que ele queria que nós tomássemos, nenhuma farmácia aceitou fracionar porque não estava na merda da receita, tivemos que voltar para Sarandi, falamos “oh, fulano você não pediu para fracionar, o farmacêutico não vai fazer isso sem estar na receita, aí ele pegou a receita, colocou na parece e rasurou e entrou no consultório, eu esperei outro paciente sair, bati e falei “fulano, você acha que algum farmacêutico vai fracionar uma receita rasurada? Eu penso que não”, aí ele olhou pra minha cara, fez outra receita, explicando que tinha que fracionar e a gente foi ser feliz e tomar aquele bando de antibióticos e sei lá mais o que. Mas é, é essa ideia de que nós, com esses estigmas todo, homossexuais, gays e afins e não afins e não binários, sei lá o que já carregamos doenças né, ele não olhou, ele não viu, não pediu exames e já inferiu que era gonorreia, uma doença venérea. Não passou pela cabeça dele que simplesmente poderia ter sido uma contaminação por conta de uma relação sem preservativo, é um despreparo, precisa de preparo.

Participante 1: eles acham que os gays, as travestis, são portadores de qualquer tipo de doença, entendeu, eles veem mais o gay, então, por exemplo, a população LGBT tem mais, são mais, tem mais doenças sexualmente transmissíveis que o heterossexual, sempre vê isso, tipo, é que faz tempo que eu não vou, mas uma vez eu fui doar sangue e, nossa, a atendendo fez um questionário, tipo “ah, você é gay, não então você não pode doar sangue”, mesmo que

meu sangue seja todo certinho, não você não pode porque você é gay, tira lá, mas seu sangue foi descartado porque você é gay, mesmo você levando exames que você fez recente

Coordenador 1: vocês percebem que, todas as histórias têm muito a ver com essa questão do estereótipo, a falta de preparo no atendimento, na atenção, ou, inferir coisas né, tem muito a ver essa ideia de estereótipo né que se tem de...

Coordenador 2: e é o que vocês trouxeram né que tem mais de um cartaz de sugestões com a questão do juízo de valor

Participante 10: e a gente não está falando de qualquer pessoa, de um José da esquina, a gente está falando de uma pessoa que estudou, 6 anos, para começar, no caso que ela contou ali, ele estava falando, ele estava formando opinião né, e de um público enorme

Coordenador 1: tem a ver com a formação, acho que leva essa questão do juízo de valor

Participante 6: queria fazer uma outra contribuição, que isso foi numa palestra, mas a gente teve aula com uma professora, que inclusive fala também de, acho que a formação dela é farmacêutica, não é médica, mas ela dá aula para os cursos de saúde e ela tava falando, por exemplo assim, ela, acho que era sobre contaminação de resíduos em geral, ela tava falando que, por exemplo assim, não podia deixar a criança brincar em um campo de areia que fosse aberto porque entra, entram materiais contaminados, pessoas ou animais que sejam contaminados, ela poderia ter parado por aí, mas ela falou, por exemplo assim “o que vai de mendigo, cracudo, usar aquela areia pra fazer cocô, vocês não tem ideia. E fora que a gente está falando”, aí ela começou a dissertar sobre o assunto né, “e fora que, por exemplo assim, a gente trabalha com AIDS, e ali, a pessoa chega a gente não pode falar nada pra ela, eu, por mim, contava pra todo mundo que era, porque a pessoa não pode sair por aí espalhando, imagina! Porque, vai que né” e daí ela falava, o que me incomoda é que eles falam isso para as pessoas rirem entende? Isso foi em forma de uma piada “por mim eu saia contando pra todo mundo, porque imagina, vai que pega, né”

Coordenador 1: uma forma de exclusão

Participante 6: é, então assim, eu notei um padrão, né, essas pessoas que formam opinião elas costumam desconstrair dessa forma e o quanto isso para os profissionais da saúde, pra nós, por exemplo que a gente estava numa turma de [curso de graduação], sabe? Todo ano vi em escola falar de sexualidade, e as pessoas, os alunos em geral, nossos colegas, eles têm a péssima mania de falar que sexualidade é falar sobre DST, só, e sobre AIDS colocar aquelas fotos horríveis e aquilo não ajuda em diagnóstico algum, pelo contrário, então, por exemplo assim, o quanto foi importante essa professora ter falado isso e o quanto isso influencia nas palestras de sexualidade que esses alunos vão fizeram naquele mesmo ano, eu ouvi esse tipo de comentário dos colegas durante a palestra, e o quanto foi nocivo

Participante 9: eu só estava na dinâmica do pensar, eu não tenho muito a contribuir aqui, no caso, aqui de Maringá, porque eu vim de fora, tem 1 ano e pouco que eu estou aqui, mas já aconteceu uma situação em que eu precisei fazer um exame, desse assim específico e eu precisei ir até o postinho, mas só que daí o meu amigo foi, só sei que eu ele fala assim chegou lá para o atendente, mostrou o documento e ele gritou o nome da doença para todo mundo ouvir, tipo “ah, eu não sei qual é essa doença, você sabe qual é o procedimento?” e não sei o que, então

Coordenador 2: um profissional gritou para outro?

Participante 9: um profissional gritou para o outro enquanto estava todo mundo ali esperando ser atendido, tipo, foi o que a gente colocou, precisa ter um cuidado quanto a isso, por mais que assim, ele não esteja trabalhando num lugar específico, como o CTA, ele tem que ter cuidado, é uma área ali, e ele tem que ter uma ética profissional ali que tem que ser mantida

Participante 7: expôs a pessoa né

Participante 9: e pra que? Vai ganhar aplausos?? Foi pra ganhar atenção ali naquele momento

Participante 7: e era uma DST?

Participante 9: aham

Coordenador 2: só deixa ele falar um pouquinho que tinha pedido antes e daí já. Pode falar

Participante 11: saindo um pouco do assunto de DSTs mesmo, não aconteceu comigo mas eu tenho acompanhado um pouquinho porque um dos meus melhores amigos é um homem trans e ele estava pensando, esses tempos, em começar a fazer o processo de readequação de gênero e pelo SUS tem um monte de regras, são 2 anos de terapia e ele acabou desistindo do processo porque além de ser extremamente cansativo existe muito menos, assim, o conhecimento de transgeneridade no sistema de saúde público é praticamente nulo dos profissionais, conhecimento sobre questões de homens trans é mais ainda. O que ele sempre fala, o meu amigo sempre brinca que, se ele deveria usar os poderes dele de invisibilidade para o bem ou para o mal né, porque ele praticamente não existe, muitas cirurgias ainda são experimentais e existe todo um receio de... e outra coisa que ele sempre reclama, eu acompanhei em algumas consultas sobre isso, o uso do nome de registro ao invés do nome social da pessoa, agora o sus tem a carteira com o nome social e tal, mas as vezes a pessoa não tem a carteira, não conseguiu ainda fazer os processos para mudar o documento e acaba sendo chamado de um nome que não corresponde ao nome que a pessoa se identifica, gera um constrangimento na pessoa e isso é que ele mais reclama, assim, essa questão de falta de tato. Ele não mora mais em Maringá, agora está morando na Bahia e falou que agora teve um caso de uma, que ele estava uma vez no postinho e a menina olhou a foto e resolveu chamar ele perguntar o nome ao invés de anunciar, não sei o que, então você vê assim, tem uma pessoa no meio com certa sensibilidade mas são coisas que deveriam ser mais difundidas entre os profissionais e além da questão dos profissionais o que eu sinto vendo esse processo dele é a dificuldade de conseguir passar por esses processo para conseguir se sentir mais confortável consigo mesmo, porque, são 2 anos de terapia que obrigatoriamente tem que fazer, daí são 2 anos a mais de disforia que ele está tendo que sofrer, então assim, são todas questões que vão do nível mais alto para o mais baixo tá muito precário, eu acredito que nessa questão da transexualidade o SUS é mais despreparado que na questão apenas de orientação sexual

Coordenador 2: é, tem discussões hoje sobre o assunto, para mudar, legislação, luta para mudar, mas realmente é bem complicado nesse sentido, tanto por ser compulsório quanto de tempo, né, bem ruim mesmo e para homem trans é menos conhecido ainda entre os profissionais de saúde. Você queria falar?

Participante 11: Então é, ele estava falando a respeito, isso aconteceu essa semana, eu moro ali do lado do CTA e fui fazer exames normais, que fazem lá, e chegou um menino, tipo, meio apavorado, tinha umas 4, 5 pessoas para serem atendidas e ele descobriu que ele tinha sífilis e tal e ele não queria, ele não sabia que ele tinha que marcar uma consulta com o médico para o médico passar benzetacil para ele, e ele foi e pediu orientação para uma mulher, só que ao invés de ela chamar ele num canto, não, falou para todo mundo assim, eu ouvi e todo mundo ouviu “não mas você tem sífilis, isso resolve com benzetacil e não o que”, e ele meio nervoso, sabe? Que ele descobriu que tinha sífilis e tal, eu achei isso ridículo, ela deveria chegar e “vamos ali, eu vou te explicar, olha... você tem que marcar uma consulta, mostrar para o médico o exame de que você tem sífilis e ele vai te indicar qual das benzetacil você tem que tomar e qual volume da benzetacil”, não ficar falando pra todo mundo, e ele ficou meio, nossa, ele saiu de lá, tipo, muito constrangido, e ela falou e todo mundo ouviu

Coordenador 2: o que eu vi nos cartazes e que vocês comentaram tem essa questão da discricção e do cuidado com a pessoa

Participante 11: sim, por exemplo, se eu sou soro positivo ou tenho sífilis, ela deveria me chamar numa sala pra fazer orientação e falar assim “olha, isso e isso”, e não gritar para todo mundo, e gritava, ele estava muito constrangido

Participante 12: é, eu não posso falar muito não porque eu chego lá já falando assim “oi, oi”, todos me conhecem né, mas teve poucas vezes que eu já vi, até comigo “aí, você veio buscar remédio?” sabe? Entendeu, mas

Participante 1: eu acho que fica claro em todas essas discussões a falta de preparo das pessoas e principalmente a ausência de capacitação que nós temos na área da saúde, não só para os profissionais, que é uma coisa que acaba acontecendo com mais facilidade, os profissionais qualificados para estar em uma área de saúde, que são os profissionais de saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de farmácia e farmacêutico, que também falta, mas falta ainda mais para as ACSs, porque elas são pessoas que tem uma formação de ensino médio, técnico no máximo e nas atendente de administrativo de unidade básica, que, na maioria dos casos que foi falado, do caso que ele falou e outro falou é exatamente isso, que, a recepcionista ela passa num concurso para a prefeitura para administrativo, ela não sabe que ela vai trabalhar numa unidade básica de saúde, ela acha que ela vai trabalhar dentro da prefeitura, sentar bonitinha lá dentro e não atender ninguém na vida dela, e aí quando ela é alocada para trabalhar numa unidade básica na conxinxina, ai eles tem que pegar dois ônibus, vocês sabem como é difícil aqui, e aí chega lá naquele lugar, ela chegam com nível estresse altíssimo porque ela sonhou em passar num concurso para trabalhar na prefeitura no centro da cidade, aí ela tá está lá no fim do mundo, ela já está “p” da vida, aí ela está totalmente despreparada para estar lá, porque ela não sabe atender uma pessoa doente e ela não sabe atender a diversidade de doenças que ela vai se deparar, e é isso que mostra para mim, é claro a ausência de capacitação, que as organizações governamentais de saúde, tanto municipais, estaduais e federais não dão, nem para os profissionais de saúde nem para os profissionais que trabalham em saúde, porque é muito diferente a capacitação que você tem que dar para um profissional de saúde, que apesar de todos os problemas que a gente tem, juízo de valor, como já foi dito, um profissional de saúde, eu espero sinceramente que não fale nesse tipo de tom e esse tipo de coisa relacionada a doenças, vamos colocar venéreas aí, mas o como é

difícil conseguir com que uma pessoa que está insatisfeita naquela localização de trabalho entenda toda a necessidade do local de trabalho dela

Um dos participantes: E a recepcionista lida como pessoal recém diagnosticado, meu deus [*inaudível começam a falar mais de uma pessoa ao mesmo tempo*]

Participante 1: e acaba com a pessoa né?

Participante 12: sim e o médico “se acalma, vai passar”

Um dos participantes: é a primeira pessoa que a gente vê, né

Participante 1: exatamente, eu vejo isso nas unidades que e trabalho como estagiário, eu vejo lá, eu trabalho na [nome da unidade] como estagiário e na [nome da unidade], a [nome unidade] é dentro da [instituição de ensino], que que a gente espera? Um atendimento de excelência, e não é diferente, e para piorar a situação o funcionário da recepção é particular, é um acordo com a prefeitura, então o profissional ele está ali e foi contratado pela empresa e acha que vai trabalhar num lugar e aí está atendendo numa unidade básica, você está atendendo gente com tudo que é tipo de doença, asmático tossindo na sua cara, você não sabe se a pessoa tem tuberculose ou não, elas ficam desesperadas. Elas chegam em nós enquanto aluno “aí, eu não o que que eu faço com aquele paciente que está ali na frente tossindo sangue”, eu falo “nada, fica calma, ou espera o médico atender ou manda para o UPA”, sabe? Elas não têm preparo nenhum

Um dos participantes: não, nenhum, eles têm que, que eu vejo assim existe “ah, olha, eu sou cristão, então, a partir do momento que eu entro para trabalhar eu tenho que deixar, eu tenho que atender a pessoa como ser humano, independente se é gay, lésbica, travesti, preto, branco, eu vou atender ele, “aí não, você é travesti, você é gay, aí você tem doença”, entendeu? Não! Você está trabalhando com pessoas, igual ele comentou “ó, tá na hora de você mudar e tal, você tentar virar hetero”

Participante 12: é, essa minha experiência foi no particular. Repito, ali no CTA em Maringá, comigo..

Participante 1: na verdade a gente tem sorte de ter o CTA bem estruturado em Maringá, é uma realidade exclusiva de Maringá, vamos ser sinceros em relação a isso

Participante 12: e tem a medicação, não sei se vocês já ouviram falar né, que, enfim, é, são bem organizadas, nunca me faltou remédio

Coordenador 2: é, gente, estou percebendo que não está todo mundo muito confortável por causa do calor né, e, é, até a gente estendeu um pouco o horário. Retomando um pouco o que a gente tem aqui, foi falado bastante de juízos de valor falta de descrição, falta de preparo, não só dos profissionais de saúde, mas também do administrativo, falta de conhecimento também, por parte desses profissionais, com relação à identidade de gênero e orientação sexual, esqueci alguma coisa que vocês comentaram? Foi mais ou menos isso? Alguém de vocês queria trazer mais alguma contribuição? Alguém que não falou...

Silêncio

Coordenador 1: então é isso gente... nós queremos agradecer muito a participação de vocês, a contribuição de vocês, o que vocês escreveram, o que discutiram, o que a gente discutiu aqui

desde o começo, acho que foi muito importante, vai ser muito importante daqui pra frente, a gente espera que com isso, essas questões possam ser ao menos diminuídas né, se não cessadas a gente pode pensar né, num futuro espero que não muito distante, mas eu acho que são contribuições que serão muito importantes e foram muito importantes e eu agradeço que vocês compartilharam isso com a gente tá e acho que é isso, aí se alguém tiver alguma pergunta, alguma coisa, vocês estão levando o termo de vocês qualquer coisa podem entrar em contato e aí tem um caderninho de lembrança para vocês.

F – oficina com homens gays e bissexuais

Curitiba - 3 participantes

Coordenadora: A ideia é, digamos, fazer um contratinho. Um contratinho verbal pra todo mundo ficar bem à vontade para o que a gente for conversar aqui. Primeiro eu quero agradecer a presença de vocês, por participarem da pesquisa. É muito importante. Se a gente não tiver acesso a opinião dos usuários não adianta falar em saúde da população LGBT né. Parte da gente essa ideia de dizer o que a gente precisa. O objetivo a gente explicou, tem o termo se vocês tiverem dúvida também. A duração é aproximadamente uma hora e meia. Não sei se alguém de vocês não pode ficar esse período de tempo aqui.. Precisam sair antes?

Participantes: Posso.

Coordenadora: vou pedir para vocês desligarem o celular também.

Coordenador: caso precisem fazer alguma ligação, podem fazer agora.

Coordenadora: Queria explicar também que na nossa conversa não tem certo e errado, a ideia é conhecer as histórias de vocês, a opinião de vocês, ou de pessoas que vocês conhecem. Histórias que vocês conhecem que podem ajudar a gente a entender como que tá o acesso e a qualidade do atendimento em saúde. Certo? Vou pedir pra gente falar um de cada vez, não só em função da gravação, mas também pra gente se respeitar durante as falas. E eu não sei, algum de vocês gostaria de propor alguma regra..

Participante 1: Acho que tem que ser normal né? (risos).

Coordenadora: é que a ideia do sigilo pra falar e tendo a segurança de que o nosso colega não vai expor nossa vida.

Participante 1: a ideia da gente falar né, poder falar, ser livre e não se sentir acuado. Cada um fala uma vez..

Coordenadora: e contar com o respeito do outro pra gente não expor o que aconteceu aqui dentro. Então vou convidar vocês pra gente fazer uma apresentação, diferente. E essa apresentação seria assim. A gente vai falar os nomes que a gente colocou no crachá, uma característica nossa que comece com a primeira letra do nome. Se alguém tiver dificuldade de achar uma característica com a primeira letra pode ser uma característica marcante de vocês. Por exemplo, meu nome é Gilberto e eu sou guerreiro, digamos, ai depois dessa característica vou pedir para vocês completarem a frase: para mim ser *gay*, ou para mim ser bissexual é: e ai a gente fala. Digamos, meu nome é Gilberto, sou guerreiro e para mim ser *gay* é amar os homens, digamos. Alguém de vocês quer começar?

Silêncio.

Coordenadora: querem que eu comece? Bom, meu nome é [nome] sou uma pessoa batalhadora e para mim ser *gay* é ser autêntico.

Coordenador: Passa pra mim? Meu nome é [nome] eu me considero responsável e para mim ser *gay* é ser lutador, batalhador.

Participante 1: bom, como a primeira letra do meu nome é C, fica difícil pra mim pensa. Então eu vou falar.. Meu nome é [nome] eu sou uma pessoa muito franca e para mim ser *gay* é.. bastante lutador, é ser muito lutador, ser homossexual hoje em dia, você sofre muito preconceito, não só dentro da sua casa como na rua, como em qualquer lugar.

Participante 2: Meu nome é [nome] a palavra é afeto e ser *gay* acho que significa é tudo que é normativo hoje, as regras, muitas regras, e nós estamos em um lado que se cria a doença, muito sofrimento.

Participante 3: Meu nome é [nome] eu sou guardião e pra mim ser *gay* é ser excluído.

Coordenadora: Obrigada, acho que agora que a getne se apresentou e essa apresentação por mais que trouxe uma realidade pesada de exclusão, de dificuldade, então eu vou convidar vocês para fazer uma atividade que o Rodrigo vai coordenar.

Atividades da Oficina (Afirmativas em relação ao serviço de Saúde) e Conversa

Coordenador: Penso que devo ser atendido nos mesmos locais que o resto da população..

Participante 1: eu tenho uma coisa legal para falar sobre essas questões de saúde.. Eu procurei esses dias.. esses dias eu peguei uma gripe muito forte em Curitiba, chegando ao fato de ter que ir ao hospital, com muita dor na cabeça, dor no corpo.. e a saúde em Curitiba, uma cidade de 3 milhões de pessoas não é boa. Vamos colocar aqui que de 100%, por mais que tenham vários hospitais, vamos colocar 50.. Imagina uma pessoa que tá sem 1 real no bolso.. eu fui em três hospitais para conseguir ser atendido. Três hospitais andando a pé, na chuva, com frio. Eu só consegui ser atendido no HC.

Coordenadora: Você foi direto no hospital?

Participante 1: Primeiro eu fui no hospital aqui e ele era só convênio.. liguei no 193, também não ajuda, não vem ambulância. E sabe o que é você estar mal, você não conseguir andar, só vomitar? Muito mal e.. eu acho assim que uma cidade de três milhões de habitantes como Curitiba, tinha que ter um UPA no centro da cidade. Imagina um doente, um caso mais grave. Você ligar para a ambulância você não tem como chamar o SAMU. “ah ele já está desmaiado?”. Não existe isso. Eu estava mal mesmo, de te que andar no centro até o HC.. é muito longe.. Ai eu cheguei nesse hospital o atendimento deles foi bom, isso eu não tenho o que reclamar, mas em Curitiba uma pessoa ficar doente e não ter dinheiro pra pegar um táxi, não ter dinheiro.. ela morre nessa cidade. Que nem eu que fui em três hospitais, três.. Fui na Santa Casa, passando mal. Eles não podiam me indicar uma ambulância, te dar uma assistência e não tem mais isso em hospitais. Se é particular, é particular. Se você chegar morrendo ali, se entortando todo, é ali mesmo que você morre. Numa cidade de três milhões de habitantes.. Minha cidade que é do interior de São Paulo, tem hospitais nos bairros, UPA. E você é atendido.

Coordenador: Isso te marcou bastante?

Participante 1: Me marcou bastante porque se eu soubesse.. se os números de telefone soubessem te informar, te dá uma resposta que você quer.. ah em hospital tal você tem certeza que vai atender. Se você liga 156, eles te passam a Santa Casa, te passam tal hospital e você chega lá e não pode ser atendido, sem ser por encaminhamento. Como uma pessoa fica doente ela vai ter um encaminhamento pra chegar no hospital.

Coordenadora: Não tem unidade de pronto atendimento?

Participante 1: A única unidade que tem de pronto atendimento aqui é no HC, que tem o UPA, e quem mora na cidade.. igual eu moro na cidade tem três meses. Eu não sei de nada da cidade. De verdade, eu quase morri. E eu falo pra você que eu cheguei nesse hospital e eu fui atendido rápido no UPA. O pessoal do HC é muito bom. Eu fiquei de cara, o tratamento deles.. Antes disso eu quase morri na rua procurando um hospital. Imagina você doente, com as pernas travando indo atrás de hospital, você tremer de calafrio e você não conseguir um atendimento a pessoa te olha e fala que tu não pode fazer nada.

Coordenadora: Isso nos outros hospitais?

Participante 1: Nos outros hospitais. Tanto como a santa casa aqui do centro, tanto como lá em cima também perto do HC, que é pra cima do HC. Ai você vai perguntar pro funcionário do hospital onde que tem um hospital público que atenda ao SUS e ninguém sabe te informar. E quando te passa o endereço te passa o endereço errado. Ai você doente tem que andar mais e mais porque te passa o endereço errado. E aconteceu isso comigo. Eu fui em três hospitais, no quarto que eu consegui ser atendido. No 156, 193, 192 eles não sabem te informar aonde você tem que ir.

Coordenador: Falta informação pra vocês saberem da porta de entrada?

Participante 1: Os profissionais eles não tão ocupados pra atender o telefone, uma pessoa doente pedindo informação.. eles não tão preocupados, porque eles te mandam pra um hospital que você não vai ser atendido, que é por encaminhamento. E quando a gente ta doente, ta muito mal a gente tem que achar um hospital que te atenda, porque você quer melhorar. Agora ficar pulando de hospital pra hospital como aconteceu comigo, eu acho um descaso. Não só comigo, como com qualquer outra pessoa.

Coordenador: Eu até perguntei pra você se isso foi uma coisa que te marcou bastante..

Participante 1: Marcou..

Coordenador: Então, porque o exercício que íamos fazer com vocês agora é de trazer um atendimento marcante. O [**Participante 1**] trouxe isso, então podemos passar pro [**Participante 2**] e a **Coordenadora** tem um texto pra gente ler, pra gente dar uma respirada e lembrar desses atendimentos que são coisas mais pesadas mesmo...

Participante 1: De tudo que eu passei foi até muito bom o atendimento, sabe, os médicos, maravilhosos, bem atencioso. Apesar que eu passei mal com a medicação depois, muito forte. Porque assim eu sou uma pessoa que cuida muito da minha saúde entendeu, a minha vida é tudo natural. O arroz essas coisas. Eu evito o máximo de ficar doente. Eu fiquei doente por causa de uma chuva na cara. E eu acho que a saúde nossa, a saúde no Brasil é muito ruim.

Coordenadora: Pelo que você falou até a estruturação da rede de saúde né.

Participante 1: Eu de verdade, porque Curitiba você vê na televisão, Curitiba é uma cidade, ai cidade modelo.. mentira. É uma cidade que pra mim eu acho que é fachada. A minha cidade, que é São José dos Campos, é conhecida como Curitiba também, por ser muito limpa. O sistema de saúde lá é tão bom cara, que nos bairros, todos os bairros da cidade tem o UPA. E uma cidade desse tamanho, desse porte, não tem um UPA no centro, só hospital particular no centro. Se você ficar doente aqui e não tiver condição nenhuma você se ferra.

Coordenadora: Não tem unidade básica de saúde?

Participante 1: Aqui no centro não, só nos bairros. E o HC que é o mais perto daqui sabe quantas quadras são? 10 quadras. E as quadras aqui de Curitiba não é assim essas coisinhas, é duas gigantescas. Se você não tiver 3,30, que nem eu não tinha nesse dia. Dinheiro nenhum.. eu não tinha dinheiro pra pegar um táxi. Eu tava querendo dar meu brinco, dar minha corrente de ouro pro taxista poder me levar e nem isso eu conseguia. No desespero de você procurar um médico quando você ta muito ruim. Acho que nos hospitais do centro tinha que ter uma triagem pra uma pessoa chegar, por mais que eles não atendam, dar um encaminhamento pra pessoa, olha eu não atendo aqui, mas vou dar pra você um encaminhamento pra você poder ir pra outro hospital. Que nem nos outros hospitais eles não atendiam cara. Não deixavam nem eu entrar. Barrava na porta.

Coordenadora: E vocês tem algum atendimento que foi marcante assim?

Participante 2: O meu assim não foi pelo SUS, mas mesmo em hospital particular, que foi uma emergência, eu tenho sinusite e rinite, e ai eles também fazem uma triagem e se você não tiver alguma coisa muito urgente eles passam gente na frente. Eu cheguei a ficar seis horas lá, mesmo no particular.

Coordenadora: E você disse que estava com qual problema?

Participante 2: É sinusite. É que era sintoma de gripe né.

Coordenadora: Você chegou lá pra ser atendido?

Participante 2: É eles te dão uma cor. Cada um recebe uma cor. Acho que é vermelho, azul, branco e amarelo. Como o meu não era tão grave então vai passando gente na frente. Cheguei a ficar seis horas.

Coordenadora: E quando você chegou lá eles te receberam bem?

Participante 2: Então eu queria ser atendido, tomar um remédio logo pra ver se melhora e isso não acontece, dai você vê a sala vazia e você tá lá ainda. Na saúde em geral, o particular ta quase igual, sei lá, ou pior que o SUS. Horrível também.

[Interrupção]

Participante 3: Eu não utilizo muito o sistema de saúde, porque a maioria dos problemas que eu tenho eu resolvo sozinho. Dor de cabeça, gripe.. Mas quando eu tinha 17 anos eu fui tomar vacina pra poder viajar e eu fui bem atendido. Em uma unidade de saúde.

Coordenadora: Desde a recepção até a vacinação.

Participante 3: muito bem atendido..

Coordenadora: E você tem conhecimento de algum atendimento de algum amigo, conhecido que tenha sido marcante ou que marcou você assim nesse sentido?

Participante 3: Sim. É mais de terceiros né. Tinha uma professora na faculdade que ela me contou que uma das aulas dela, e pessoas mesmo do meio que ela conhece LGBT, por procurarem atendimento médico acabaram sendo sempre encaminhadas pro tratamento de DSTs, como se esse fosse o único problema que a gente tem.

Coordenadora: e essas pessoas procuraram o serviço de saúde por qual motivo?

Participante 3: ela comentou de uma aluna dela que procurou porque tinha algumas questões relacionadas a parte íntima dela.

Coordenadora: Ginecologia?

Participante 3: Isso, ginecologia, mas não de DST.

Coordenadora: E ai encaminharam para atendimento nisso?

Participante 3: Ao invés de fazer o teste e atender as questões ginecológicas primeiro e atender tudo que a mulher precisa primeiro, não.

Coordenadora: eles encaminharam direto pro serviço de DST.. E ela não teve o atendimento ginecológico nem depois disso?

Participante 3: Eu não sei, não tive notícias disso.

Coordenadora: E você conheceu essa menina ou ela falou alguma coisa de como essa pessoa se sentiu?

Participante 3: Essa pessoa se sentiu muito mal. E me impactou porque sendo público LGBT é uma coisa que eu não quero pra mim, se eu tiver um problema eu não quero trazer que eu faça parte desse público, pra não ser encaminhado diretamente pra DST.

Coordenadora: é essa a imagem que você tem: que a medicina encaminharia imediatamente para serviços que cuidam de DST?

Participante 3: Isso, isso..

Coordenadora: eu até reparei que na afirmativa que diz “eu falo com os profissionais da saúde sobre a minha orientação sexual”, todos vocês ficaram no “não concordo”. Vocês nem sempre ou geralmente não falam da orientação sexual de vocês pros profissionais de saúde. Por que vocês não falam?

Participante 1: Tem vezes que a gente vai no médico e a gente entra na sala dele e ele nem olha na cara. Ele pega e fica no computador, assim. O que você ta sentido? Nem olha na sua cara. Quando vê que você é *gay*, não sei, a impressão que eu tenho é essa, ele nem olha pra sua cara, nem te cumprimenta. A gente acaba nem falando às vezes. Porque tem pessoas que a gente chega pra fazer um cadastro e ela já tem olha mal, já te trata com ignorância.

Coordenadora: e você percebe esse atendimento diferente para outras pessoas do que é visto pra você?

Participante 1: Porque tem pessoas que tem a voz mais fina.. hoje em dia o mundo é totalmente.. você pode estar em um hospital, você pode ser rico, ser o que for, você sendo *gay* tem pessoas que não gostam, dai elas acabam tratando você diferente. Então eu acho assim, independente da pessoa a gente tem que tratar a pessoa bem, porque a gente ta trabalhando, e quando a gente ta trabalhando a gente tem que ter um tratamento legal com a pessoa.. por mais que você tenha milhões e milhões de problemas, deixa em casa. Trabalho é trabalho. E acaba tratando diferente. Geralmente muitos médicos não olham nem na sua cara.

Coordenadora: você já passou por isso?

Participante 1: Já passei por isso também em São Paulo, no Rio também. E, de você chegar lá e ele falar “ah você tá com isso”. Te dar uma injeçãozinha. Entendeu? E não é o que eu fui procurar. Tipo, eu tava.. me deu uma alergia no Rio de cadeira de praia. Saia várias espinhas.. parecia espinha só que coçava, coçava. E também subia aqui. Ai eu fui no médico, no UPA. Ai o médico olhou pra mim e falou que era só uma aranha que passou por cima e sabe aquela alergia que você quer arrancar a pele de tanto que coça. Eu tenho as marcas até hoje.

Coordenadora: Ele te examinou?

Participante 1: ele simplesmente me passou um antialérgico. Não me pediu exame, não pediu nada. Ele foi lá, deu uma injeçãozinha e me deu [nome do remédio]. Ai voltou cinco vezes pior. Nossa parecia que eu tinha sido picado por mais de cinquenta formigas. Subia assim. Não pediu exame. E eu fui em quatro postos. Fui na Barra, Em Ipanema.. no Leblon.. As mesmas coisas. E até hoje eu não soube.

Coordenadora: você foi em quatro médicos?

Participante 1: fui em quatro médicos e os quatro falaram a mesma coisa, que era apenas uma alergia. Num sabe nem.. nem colocaram a mão, eu mostrei ai falaram “ah deve ser algum bicho que passou”. Não pediram exame.. Em São Paulo que eu fiquei sabendo.. Foi alergia da cadeira, dos fungos.. então é uma alergia do calor também que te dá umas bolinhas que você coça e ela vai aumentando. E parece sarna e é uma coisa desagradável, porque começa a coçar e você quer pegar colher pra coçar.. e no hospital não te dão.. não examinam você. Pega coloca uma luva, por mais que seja uma alergia, coloca uma luva, te examina e pega pra ver o que é.. Vai lá e só dá a injeção.

Coordenadora: E você tomou o medicamento e não resolveu?

Participante 1: Piorou. Eu tive que eu mesmo virar médico. Comprar uns sabonetes ai. Esses de enxofre pra poder melhorar.

Participante 2: Sobre o médico.. acho que tem que se falar e mesmo você não falando ele já pressupõe alguma coisa e já faz algum comentário. Uma vez que eu fui ao médico também, por causa da sinusite, eu tive que tirar a camisa e quando a médica viu que eu sou depilado aqui assim ela falou: “mas você é depilado? Isso é coisa de mulher”. Então, mesmo assim ele já incute algum comentário homofóbico, mesmo sem você falar, imagina se falar. Não é uma coisa geral, já vi profissionais que te atendem bem assim, independente se você tem a cara de *gay* ou não, mas acontece.

Coordenadora: e foi uma médica que te atendeu e fez esse comentário?

Participante 2: é porque tem que ser padronizado né, homem faz isso e mulher faz isso.. homem não pode fazer isso, porque você fica pensando o que você é..

Coordenadora: então ela fez esse comentário e..?

Participante 2: é, fez esse comentário, passou e eu fui embora..

Coordenadora: e você disse que tem profissionais que te atendem bem?

Participante 2: Sim, tem alguns que não perguntam nada, pegam na mão.. que são bem próximos. Como tem uns também.. igual semana passada que eu fiz um exame pra carteira né,

que tava vencida, ai o médico nem te olha. Cinco minutos, não tem nem paciência pra falar o que você tem que fazer. Tudo assim muito rápido. Três minutos você já fez tudo.

Participante 1: Realmente.. na triagem a gente até entende que você tem que passar pela triagem pra dai ir para o médico, mas geralmente é coisa rápida. Tem pessoas que tá mais doente que você. Mas dai o médico vai lá rapidinho atende um... atende outro.. é uma coisa assim.. não é questão disso... o que está acontecendo hoje em dia é que os novos médicos estão mais apressados... os médicos mais senhores te dão um tratamento mais especial, agora esses novos médicos mal olham na sua cara. Ainda mais se ver que você é homossexual ainda... Entendeu? Eu tenho pavor de injeção. Um enfermeiro me disse uma vez que isso ai é coisa de menina ficar com medo de agulha. Eu falei pra ele assim que: olha só, se isso é coisa de menina ou não é da minha vida, você tá aqui e tá sendo pago pra fazer o seu serviço e na hora que for minha vontade eu vou deixar você colocar a agulha em mim e eu não vou deixar você colocar a agulha em mim mais, não vou tomar mais a medicação, porque você não tem que falar essas palavras pra mim. Peguei e sai do hospital.

Coordenadora: Você abriu mão de um medicamento que você estava precisando?

Participante 1: Por causa do comentário.. Por que é o seguinte.. ali você já não ta bem. E tem pessoas que tem medo de aranha essas coisas e eu tenho pânico de agulha. Pânico, pânico. Eu quando fiquei internado no HC, pra colocar aquilo na minha veia, eu lutei comigo mesmo, porque eu precisava. E quando a medicação bateu, Deus me livre, eu comecei a me entortar todo, porque eu tenho pavor, pânico. Não foi pela medicação, porque a medicação baixa né, e a gente fica olhando aquele negócio no meu braço, quando ele fez esse comentário, a gente já não ta bem, tudo que a gente quer é chegar e ter um bom atendimento, se tranquiliza pra gente poder ir embora, pra gente poder melhorar. Ai o que faz, fala que isso é coisa de menina? Simplesmente não tomei a medicação e fui embora. Fiquei pior ainda e com raiva.

Coordenadora: você ficou com raiva?

Participante 1: Nossa com muita raiva. Entendeu? Que nem eu disse, eu sou uma pessoa muito franca. Se eu to errado eu fico quieto, se eu tô certo eu preciso falar senão faz mal a mim. Então, eu pra não ficar dentro do hospital e olhar pra cara dele, porque ele podia também.. dentro do hospital assim tem pessoas que tratam você mal e qualquer coisinha que você falar pra eles já querem te prender por desacato né. Os médicos.. eu tenho um caso de um amigo meu também que foi no médico ai ele chegou lá e um enfermeiro foi ignorante com ele, ai ele conversou lá e queriam colocar ele como desacato. Então geralmente acaba acontecendo isso. Então eu preferi não tomar a medicação e ir embora do hospital. E são coisas que acho assim.. cada um é cada um, não sei o que vocês fazem da vida, nem vocês sabem o que eu faço, quando a gente entra em um lugar pra ser atendido a gente só quer ser atendido. A gente não quer ser questionado “isso é coisa de menina, isso é coisa de não sei o quê”, porque você depilou, isso é não sei o quê. Isso não é da conta dele. A gente ta doente e a gente quer melhorar, ai o médico chega assim, olha você tá com isso, isso, isso e coloca qualquer injeção na gente. Eles nem perguntam se você é alérgico e já vão te colocando no soro. Te deixam lá de molho.

Coordenadora: o [Participante 1] disse que sentiu raiva durante esse atendimento, como você se sentiu quando a médica falou aquilo pra você [Participante 2]?

Participante 2: então, acho que ao contrário dele eu engulo muito as coisas, porque eu não sou explosivo, às vezes eu vou perceber que alguma coisa me fez mal depois de algum tempo, às vezes depois de uns 4, 5 dias que eu vou repensar aquilo e falo nossa que horror. Eu guardo a raiva, até sou somático, ai ataca a gastrite. Chegou uma época que eu cheguei a ter gastrite, esofagite e úlcera. Acho que eu vou guardando, guardando e não tenho essa facilidade de explodir, porque uma pessoa assim vai explodir e nem a facilidade de nomear na hora e perceber que tá errado aquilo ali.

Coordenadora: E você no caso, em situações e casos homofóbicos, você entende que implica nessas suas questões psicossomáticas?

Participante 2: Sim, sim. Ai, chega ao ponto da gastrite, a última delas a etapa que eu não tô aguentando mais que é a depressão. Ai eu fico deprimido, não consigo trabalhar. O final é esse né. Eu não percebo, mas o corpo, acho que entra né. O corpo já começa a dar sinais que alguma coisa tá errada. Então hoje eu presto mais atenção nesses sinais. Então se hoje eu tô com gastrite, eu fico tentando lembrar o que me fizeram. Às vezes eu não percebo, mas fizeram e tá machucando.

Coordenadora: Você disse que está com depressão?

Participante 2: Não, agora não, mas em momentos lá atrás muitas vezes chega ao ponto de eu ficar depressivo, não querer trabalhar. Hoje tá melhor isso essa situação, não ta tão acentuada do que era, mas antigamente o quadro final era depressivo.

Coordenadora: E você já teve algum atendimento em função disso?

Participante 2: Fiz terapia.

Coordenadora: Você procurou o serviço de saúde e te encaminharam?

Participante 2: Não, ai não foi pelo serviço de saúde eu já fui direto pro particular mesmo. Fiz particular.

Coordenadora: e você percebeu essa questão somática e procurou o profissional de psicologia? E como você foi recebido por esse profissional?

Participante 2: Ah.. então.. fui bem acolhido. Geralmente eu prefiro profissionais mulheres e na maioria das vezes fui bem acolhido, me deu essa sensação de acolhimento, porque acho que é isso que a gente quer né. Ser bem acolhido, que você se sinta bem, não uma coisa que vai contaminar o outro.. é isso que é a sensação ruim.

Coordenadora: você já chegou a sentir isso?

Participante 2: a sensação às vezes que passa é essa. Te olham torto, como se eu fosse uma praga a ser exterminada.

Participante 3: no sentido de que não é bem vindo, tipo pra ir doar sangue.

Participante 2: isso, também.

Coordenadora: Vocês já foram doar sangue?

Participante 3: Não, pelo motivo de não ser aberto pra doar sangue, porque tem que esperar um tempo sem ter um parceiro.. Tem que ser um ano sem relação.

Participante 2: Eu acho engraçado isso que não coloca o hétero né. Por quê? Qual a diferença?

Participante 1: Sabe o que acontece? Hoje em dia o foco são os homossexuais, porque o homossexual é isso, porque eles fazem sexo, como que fala, aquele bicho? Coelho. Porque homossexual é.. eles vê a gente assim. Hoje a gente tá com um, amanhã a gente tá com outro, depois com outro. O que falta nos hospitais hoje pro atendimento ser melhor é mais educação e respeito com o próximo. Não tem respeito. Por exemplo, se eu tô muito doente e chego no hospital e a pessoa tem esse atendimento péssimo com a gente a gente fica mais doente, porque a gente passa raiva, passa estresse. Se eu sou uma pessoa que tenho pavor de agulha e chego lá a pessoa me faz um comentário desagradável, porque às vezes a gente fica chateado.. Como que eu tomo essa medicação com agulha? Seu nervo vai estar contraído, você vai estar com raiva.. Você não vai acabar conseguindo a medicação. O que vai acontecer? A pessoa vai te furar, vai te machucar. Você já começa a pensar tudo ruim. O que falta hoje em dia é que as pessoas precisam parar de olhar pra opção sexual das pessoas e começar a enxergar que aquilo ali é um ser humano igual ela. Quando morrer, não interessa se é *gay*, se é preto, branco, amarelo. Quando morrer vai tudo pro mesmo lugar. Se é cremado, enterrado. Então as pessoas tem que parar com isso, porque assim as pessoas ficariam todo mundo bem melhor pra poder fazer as coisas. Geralmente eles estão fazendo campanha aí pra doar sangue, medula óssea, entendeu, que está precisando muito. Às vezes você está com maior vontade de fazer, aí você chega no lugar e é mal recebido, aí você acaba desistindo. A fila também de espera. Uma fila gigantesca. Então são coisas assim que acabam acabando com a gente. Eu mesmo se eu vou no hospital e sou maltratado, é que já é uma defesa minha, se a pessoa fala e eu taca de volta, porque eu não levo desaforo mesmo. Entendeu. E.. são coisas assim que.. Igual nesse hospital o atendimento é bom. Eu tô de cara com uma UPA que o atendimento foi de primeira, fui muito bem recebido, me trataram muito bem, fui bem cuidado, o médico todo atencioso, discuti o meu caso com outros médicos pra ver se eu podia sair, se eu podia receber alta.

Coordenadora: eu estava pensando aqui enquanto vocês estavam falando, que vocês relataram comportamentos diferentes diante de um tratamento que vocês dizem que não foi correto, que não foi legal né. Que por vezes teve comentário homofóbico. Vocês reagiram de formas diferentes. Você [**Participante 2**] se calou e prosseguiu com o atendimento e teve o tratamento e você [**Participante 1**] deixou de ter o tratamento...

Participante 1: falei com o cara, questionei, porque não tinha mais como..

Coordenadora: é, rebateu e não fez o tratamento. Então digamos, são reações diferentes que tem implicações diferentes, mas tem implicações. Você tratou o que precisava tratar naquele momento, mas depois você identificou que teve sintomas por ter se calado na situação. E você não teve o problema solucionado por ter falado..

[conversas paralelas]

Participante 1: Falado e também tive sintomas também né, porque a gente começa a pensar “porra eu vou no médico e tenho que ouvir isso?” A gente começa a ficar nervoso. Aí a gente fica falando sozinho “nossa que vontade de matar uma praga daquela, o que ele tem a ver com a minha vida?”. Dai a gente começa a passar por louco. Dai o povo vê a gente na rua e a gente passa por louco, porque eu saio falando “nossa da vontade de matar um ser humano desse”.

Coordenadora: é porque são consequências e implicações diferentes, mas tem consequências negativas, as duas, se formos parar pra pensar.

Participante 1: é, eu não vou julgar todos os médicos, falar que todos os médicos são assim, mas a maioria. Garanto pra você, passa por um doente, olha, inventa dez sintomas e vai em algum desses hospitais que eu fui pra ver se você é atendida. Eles vão te falar: “você tem encaminhamento”.

Coordenador: eu percebi na sua fala [**Participante 1**] que em alguns lugares você foi muito bem atendido e que uma das principais falhas, eu acho, é o acesso, é como você vai acessar esse atendimento. Se você vai em determinados lugares que ele tem uma certa qualidade. Você diz até que sai até melhor. Mas, o acesso ao atendimento nesse lugar é dificultado. Você fala que precisa de um encaminhamento para aquele lugar, ou então a UPA é muito longe.

Participante 1: Tipo assim, não tem recurso né.. pra chegar lá. Se você for uma pessoa que não tem.. se naquele momento você estiver passando muito mal e não tiver dinheiro pra nada, você não tem recurso. Porque se você vai em um hospital e estiver de frente eles não vão fazer nada por você, não vão pegar um telefone e ligar pra saber se tem uma ambulância que possa te levar. Você sai de lá pior do que você foi. Quando você chega no hospital você começa a aliviar pra você mesmo. Nossa, vou ser atendido. Ai quando você recebe a notícia que você não pode ser atendido, que é um hospital particular e a pessoa te fala ainda assim: “qual o convênio filho, qual a sua carteirinha?”. Eu falei eu não tenho carteirinha, eu tô passando mal e eu preciso de ser atendido. “Ah, a gente não atende, não tem esse serviço do SUS aqui”. Ai você vai pra outro hospital. É isso que agonia. Porque, acho tão feio uma cidade desse tamanho e eles só atendem lá no HC ou no bairro boa vista que é mais longe ainda, muito longe. Imagina uma pessoa do meu estado. Dai ligar pro médico, sabe o que o médico falou no telefone? Ah, mas que remédio você tá tomando? Ai eu falei: doutor eu não to tomando remédio nenhum, eu preciso de um hospital, eu preciso ser tratado.

Coordenadora: Se a gente for pensar nas campanhas que eles fazem pra gente não se automediar, que não é bom, ai ele pergunta o que você ta tomando.

Participante 1: Ele perguntou se eu tomei algum remédio. Ai eu falei, fala pra esse homem que eu não tomei remédio nenhum, eu não tenho dinheiro pra chegar nem no lugar.

Coordenador: Essa coisa da automedicação, é uma coisa que você as vezes até prefere, como o [**Participante 3**] disse. Nesses anos que você ficou sem ir ao médico, você teve algo mais forte que você se automedicou pra evitar procurar o serviço de saúde?

Participante 3: Não.. eu me automedico, assim como todo mundo.. Eu acho que aumentei a dose de alguns remédios que eu já tomava. Por exemplo, o [nome do remédio] eu aumentei a dose.

Coordenadora: e você não sentiu necessidade de ir ao médico pra isso?

Participante 3: Não.. eu não senti necessidade.

Coordenadora: Eu gostaria de convidar vocês para uma atividade rápida, onde a proposta é o que nós temos a dizer para esses profissionais da saúde sobre esses atendimentos. De acordo com a experiência e opinião de vocês eu gostaria de convidar para gente escrever algumas dicas para um bom atendimento aos homens *gays* e bissexuais.

[conversas entre eles para elaboração das dicas]

Participante 1: Que nem ele falou, a nossa opção sexual não vai ajudar a gente melhorar então eles não tem que fazer esse questionário. A gente tem que chegar e ser bem atendido. A gente já tem uma complicação de vida em ser homossexual. A gente tem problema familiar, tem família que não aceita. Passa as pessoas na rua e fica chamando a gente de viado. A gente tem que ouvir, porque se a gente for brigar com todo mundo a gente ta fodido. Então a gente tem que ouvir e sair do outro lado. E é isso que ele disse. Ele não tem que perguntar e falar que é uma menina. A gente tem que ser atendido e resolver nosso caso. Também acho muito..

Coordenador: é bem recorrente nas oficinas, não só as recomendações, mas também os comentários que é o de olhar pra pessoa como um ser humano, independente do que ela é, mas olhar a demanda que ela está trazendo. Deixar de lado os preconceitos, principalmente quando falamos em saúde pública né, é um trabalho que exige da pessoa um atendimento sem nenhum tipo de julgamento, porque vai atender a toda a população, porque toda a população tem acesso aquele serviço. Então como vocês falaram, às vezes evitam o serviço de saúde pra que não mandem vocês para um lugar específico de tratamento de DST. Isso também é muito recorrente nos comentários das oficinas de recomendações aos profissionais de saúde, que não é por eu ser homossexual, ser transexual que eu vou procurar um serviço de saúde por conta de uma DST. O profissional vai olhar pra mim desse jeito. São situações bem recorrentes. Tudo isso que vocês trazem, não só nos comentários, mas nas recomendações, são coisas recorrentes. E a própria pesquisa depois do seu resultado tem o intuito de informar as pessoas sobre esses atendimentos. O que a gente vem ouvindo dos usuários é isso. É claro que tem muita gente que atende bem..

Participante 1: Acho que esses funcionários deveriam ter uma capacitação pra lidar com o público GLS, porque como eles não sabem lidar, eu acho que na cabeça deles deve ser “eu trato ele como menino ou como menina?” porque ele é *gay*. Então acho que na cabeça deles é isso. Então acho que eles tinham que ter uma capacitação pra eles aprenderem a tratar o homossexual. Porque a gente sofre preconceito de chegar no lugar e eles não sabem atender. Olhar com indiferença. A gente não é besta, a gente enxerga. A gente sabe quando o negócio tá feio pro nosso lado e quando não ta. E hoje em dia o que mais mostra é que eles não gostam da gente. Não são todos, mas tem maioria de pessoas que trabalham e começam a diferenciar. E eles trabalham graças a nós né, porque nós brasileiros pagamos impostos. Se não pagássemos não teríamos um serviço de saúde básico.

Coordenadora: o que vocês acham disso que ele falou de uma capacitação?

Participante 2: Pertinente, bastante pertinente. Não sei.. essa capacitação, uma coisa seria de cima pra baixo? A mídia? Ela é manipulada pela religião, presença da religião. A tendência é que fique mais, diante da mídia, parece uma aberração.

Participante 1: E tem pessoa que não volta no hospital, se ela não é bem atendida. Ela não volta mais, porque tem pessoas que são homossexuais, porque a vida do homossexual é complicada, e tem pessoa também que qualquer coisinha, se magoa. Então a pessoa acaba não voltando. Então acho que deveria ser obrigatório os profissionais fazerem um curso de capacitação, pra começar a tratar as pessoas melhores, mais educação, porque eu acho horrível quando a pessoa vem com indiferença, de te tocar, até de pegar na sua mão.

Participante 3: E acho que não só na capacitação, na formação dos profissionais tem que ter. Eu estudo em uma instituição de saúde e não se comenta nenhuma questão LGBT. A minha instituição tem psicologia, medicina, enfermagem, biomedicina, farmácia e ninguém comenta e não tem nenhum grupo dentro da faculdade que fale disso. E os professores quando eu abordo eles, porque eu pensei em montar um grupo que fale sobre isso, eles comentam que não é falado, não faz parte das matérias, mesmo em psicologia.

Coordenadora: na sua opinião tem que ser trabalhado isso?

Participante 3: é melhor que a capacitação talvez. A capacitação é pra quem tá agora, mas a formação é pra quem vai entrar no futuro já.

Participante 1: Tinha que ter né, na formação, em medicina em todas essas faculdades da área da saúde, eles tinha que ter já essa parte. O que tá faltando é isso, ter mais educação e respeito com o próximo, não importa se é negro, branco, pardo, *gay*, travesti, não importa, são tudo a mesma coisa. Somos tudo brasileiro. O que a gente mais quer é paz. Ir num hospital, ser bem recebido, ser bem atendido, não simplesmente o médico olhar pra você, e as vezes nem olhar pra você, você fala o que ta sentindo e ele vai lá e fala uma receitinha.

Coordenador: saber que existe um espaço que quando você precisar cuidar da sua saúde você será bem atendido.

Participante 1: Com certeza. Hoje, qualquer coisa que eu ficar doente eu sei pra onde correr. Hospital das clínicas, UPA. Hoje eu sei que posso contar com eles e sei que o atendimento deles são bons.

Coordenadora: então, da nossa conversa temos em atendimentos comentários homofóbicos, alguns que foram tranquilos né, que trouxeram soluções pros problemas, conversamos sobre as implicações que esses comentários homofóbicos tiveram para a saúde de vocês e na relação com o serviço de saúde, de não querer voltar, não aceitar o tratamento.. a gente comentou da capacitação, da necessidade de capacitação, de falar sobre a temática de sexualidade na formação, algumas dicas de olha pra pessoa como um ser humano. Mais alguma coisa que comentamos?

Coordenador: Se vocês acham que tem alguma coisa que faltou comentar..

Participante 2: O que parece às vezes na sociedade brasileira é como se o *gay* não existisse. Ai quando ele se depara com uma situação de alguém que é *gay* eles não sabem como reagir.

Coordenadora: Como se tivesse uma invisibilidade?

Participante 2: Isso, invisibilidade. Ai quando tem ali “o que eu faço com esse ser?” ai eles vão ficar com medo e vão agredir.

Participante 1: Eu tenho duas questões sobre o homossexual. Porque existe preconceito por causa de nós mesmo homossexual, porque tem *gay* que grita que faz o escândalo na rua. Acho que assim, somos homossexuais a gente precisa por respeito, se a gente sai na rua gritando igual viado, chamando, mexendo com as pessoas, porque hoje em dia o preconceito é por causa disso, porque tem pessoas que não teve educação dos pais, que virou homossexual e os pais colocou pra fora ai virou revoltado e começa a fazer. E hoje em dia a maioria do preconceito é por causa disso, os *gays* saem na rua eles gritam, querem ser mulher, quer fazer inferno, quer fazer escândalo.

Participante 3: eu discordo, acho que tem que ter liberdade sim.

Participante 1: então tem que ter liberdade, mas liberdade não é você gritar, mexer com homem casado. Eu tô te falando do que eu já vivi, do que eu já vi. Eu já. Eu fui assim. Fazer inferno, gritar, mexer. Tem certos lugares, que tem pessoas que a gente não vai ficar beijando, a gente tem também que impor respeito, porque a sociedade não tá preparada ainda, pra chegar e ver. Eu não sou preconceituoso com a minha própria... porque eu sou homossexual, só que o que falta hoje em dia é mais respeito da gente, é por isso que tem o preconceito. Eu não to falando de você, nem de você, nem de mim, mas tem *gays* que é terrível, vou falar pra você, não consigo ficar perto, nem ser amigo.

Participante 3: não concordo, acho que a gente tem que ser, quem quer ser loca, afeminado tem que ser. A questão é que os opressores tem que mudar. É a mesma coisa com as mulheres. Os homens mexem com as mulheres, não são as mulheres que tem que mudar, são os homens que tão mexendo com elas.

Participante 2: sobre isso que ele tava falando eu tava esperando uma amiga minha na rodoviária, eu tava lá quieto, e tinha uma senhora, uma senhora de rua, com aqueles traços de evangélica, e eu passei, não falei nada, bem discreto, e ela começou a gritar “sai viado, sai satanás”. Eu não tava fazendo nada, e era só comigo. Ela tava me agredindo e eu não falei uma palavra. Assim, era uma situação descontrolada que eu não fiz nada. Ela percebeu algum mínimo detalhe.. Assim eles vão te agredir. Ela falou que ia chamar o segurança e eu fui bem longe, por causa dela, uma senhora de rua, agredindo.

Participante 1: Posso responder? Acho que assim, a gente pode ser o que a gente quiser, mas a gente tem que respeitar as pessoas. Vou dar um exemplo, imagina a gente em um lugar e tem eu e você, numa praça, ali tem seis *gays*, gritando, mexendo com os caras, tem pessoas que não gostam, preconceito. Vou te colocar um exemplo, skinhead, isso aconteceu comigo em São Paulo, eu e meu amigo conversando normal, tranquilo, eles começaram a fazer escândalo, escândalo, escândalo e os skinheads vieram pra cima de todo mundo, era correntada, era paulada, você acha que se a gente não tivesse em um diálogo legal todo mundo conversando, ou eles estarem em um diálogo..

Participante 3: foram eles que partiram pra agressão.. os skinheads.

Participante 1: quem partiu pra agressão primeiro foram os *gays*, se eles não tivessem gritando. Pensa só.

Participante 3: mas estavam gritando entre eles ou com os skinheads?

Participante 1: pensa só, qualquer um que passasse.. tem pessoas que não adianta, tem pessoas que assim: o gostoso. Pessoas casadas, com filho. Eles não tinham respeito. Acho assim que um cara te olhou, mexeu, eu mexo também, agora eles têm que saber. Ai passou um desses e chamou os outros.. mulher eu tive que correr.. então são coisas assim que eu to falando. Hoje o preconceito existe, mas assim, não é só eles que tem que nos respeitar, nós temos que respeitar eles também.

Coordenadora: mas nesse exemplo que você trouxe, não era o problema de eles eram afeminados ou escandalosos, mas que estava implicando na vida de outra pessoa..

Participante 1: é porque tem *gay* que as vezes junto com três, quatro amiguinhos, que grita, que é favelado, porque eu já vi.. ai começa a passar os homens, ai começa a mexer, homem casado. “Larga dela, vem ficar comigo”, as vezes, tem pessoas que são preconceituosas, mas pra mim essa atitude é ridícula.

Coordenadora: Tem uma diferença entre você ser afeminado e...

Participante 1: Acho que tudo bem você ser afeminado, mas tem certos locais que você tem que ter educação também. A gente não tem que ficar.

Participante 3: Mas o que é essa educação?

Participante 1: A gente não tem que sair gritando igual um retardado na rua.

Participante 3: Acho que grita quem quiser, contanto que não grite com os outros.

Participante 1: É por isso que tem o preconceito, por isso que ele acontece. Igual em São Paulo que os caras batem, leva paulada na cabeça, é porque eles não respeitam também.

Participante 3: Mas se a gente continuar quieto eles vão continuar batendo.

Participante 1: Não é questão de ficar quieto, querido, não é questão de ficar quieto, a gente tem que entender uma coisa, quando a gente sai eu vou ter educação, eu saio na rua e nada me acontece, eu nunca fui agredido por ser *gay*, nunca. E olha que eu viajo o Brasil inteiro.

Coordenadora: mas o [**Participante 2**] foi agredido na discricção.

Participante 1: Eu acho também, já vi evangélico fazendo isso, só que simplesmente é ridículo isso. A igreja evangélica há um tempo atrás não podia ver *gay*. Você entrava numa igreja, falava mal de macumbeiro, de homossexual. Hoje ela já aceita os *gays* na igreja.

Coordenadora: nem toda igreja..

Participante 1: Mas tem igreja aceitando..

Coordenadora: eu entendo que é uma questão bem pertinente que daria conversa para o resto da tarde não é? Mas, em função do tempo e para respeitar o combinado com vocês, porque a gente não quer se delongar, mas eu acho também que é um assunto muito importante, temos que falar sobre isso, mesmo que não haja consenso, é importante colocar nossas opiniões, mas eu gostaria de agradecer a participação de vocês, por vocês terem trazido suas opiniões, suas histórias, por terem confiado em nós como pesquisadores, e entre vocês para confiarem uns nos outros para falar de si.

Participante 1: Posso pedir desculpas? Olha desculpa tá, eu acho isso, eu sou uma pessoa que eu acho isso.. acho assim que as pessoas tem que começar a se policiar também. Não to dizendo que você faça isso, mas eu vejo outras pessoas fazendo, então tô colocando exemplo aqui que eu quero que entenda que eu não tô falando de você. Eu já fui vítima de homofobia, eu sei o que é agressão, no caso de amigo meu fazer escândalo. Eu corri procurar a polícia e a polícia não fez porra nenhuma, então eu não gosto e eu não fico perto.

Coordenador: acho que você traz uma experiência que você teve, onde as situações são diferentes, é diferente você sair gritando porque você quer e você sair gritando com outras pessoas, independente do que e de quem você é, é uma agressão com outras pessoas, que com certeza não justifica ser agredida por outras também.

Participante 1: eu fui defender um amigo e fui agredido. Sai na briga com o cara e tudo, pra ele não fazer nada com o meu amigo.

Participante 3: Eu só acho que a gente não deve ficar sempre a favor do opressor. Tomar um pouco de cuidado com isso.

Coordenador: A ideia é essa né. Não defender o opressor. O exemplo que você trouxe das mulheres é justamente isso. Os homens mexem com a mulher, não é a mulher que tem que mudar. Acho que são opiniões diferente que vamos conversando. São experiências..

Coordenadora: E como vocês se sentiram na oficina, o que vocês acharam?

Participante 3: Acho que ela é boa, ela deu condições de pensar em questões que não se tem espaço pra fazer.

Participante 1: Eu gostei muito também, porque deu como um desabafo. A gente acaba desabafando também, essas questões. E também abre mais a mente da gente sobre o que ta acontecendo pra fora daqui.

Participante 2: é muito pouco falado sobre isso ainda né, palestras e tudo mais. Então é útil, tomara que mais oficinas. Alargar isso, mudar o foco do que é ser *gay* hoje em dia.

G – oficina com transexuais e travestis

Curitiba – 8 participantes

Coordenador 1: Antes de começarmos eu gostaria de fazer alguns combinados com vocês. Temos como previsão para terminar essa conversa às 17h30, ou seja, uma hora e meia no máximo. Tudo bem para vocês ficarem até esse horário?

Participantes concordam com o tempo de conversa.

Coordenador 1: alguém tem alguma dificuldade para ficar aqui esse tempo?

Uma participante diz que precisaria sair 15 minutos antes.

Coordenador 1: então vamos estabelecer até 17h15 pra gente terminar?

Participantes: sim..

Coordenador 1: eu tô perguntando isso gente porque é muito importante que todo mundo que comece termine essa conversa, só para garantir isso. Também é muito importante que a gente fique focado no que a gente vai fazer aqui e ai eu preciso fazer umas perguntinhas. Alguém precisa ir ao banheiro, antes da gente começar?

Participantes: não..

Coordenador 1: tá todo mundo bem? Se alguém tiver sede ou quiser comer a gente já colocou a comida aqui dentro da sala por causa disso. São cuidados porque essa conversa é muito importante. E celulares, a gente pode.. é.. quem estão com celulares a gente pode desligar ou colocar no silencioso? Tudo bem? Essa oficina é dividida em algumas atividades. A primeira é de aquecimento mesmo pra gente descontrair um pouco, depois de eu ter formalizado tanto, e a gente faz assim: é uma rodada onde a gente pede para cara uma falar o nome, uma característica sua que começa com a letra do seu nome.. e..

Participante: isso é um teste ein (risos) cuidado que eu tenho CID.

Coordenador 1: (risos) e para mim..

Participante: Então, esse meu nome é um nome que ficou presa em uma pessoa do meu passado, uma pessoa que não existe mais, não é o nome que eu escolhi.. o nome que eu escolhi de alguns anos para cá é [nome]. As meninas estão acostumadas a me chamar por esse outro nome, mas essa [nome] aqui não existe mais.

Coordenador 1: não, então vamos mudar o nome do crachá. Vira o papel e coloca [nome]. Então eu vou fazer o meu para dar um exemplo para vocês de como é, tá? Eu sou [nome], eu sou.. maravilhoso.. e ai tem que completar a frase: para mim ser uma pessoa trans é..

Participante: Quanto tempo é que você é trans?

Coordenador 1: não, eu não sou (risos), mas é a frase que é pra ser completada.

Participante: não, eu entendi (risos).

Coordenador 1: para mim ser uma pessoa trans é insistir na felicidade.

Coordenadora 2: meu nome é [nome] eu sou... divina (risos) e para mim ser uma pessoa trans.. é uma vitória a cada dia.

Participante 1: Meu nome é [nome], uma palavra... um.. rebeldia. Para mim ser uma pessoa trans é uma luta a cada dia.

Participante 2: E, eu tô pensando aqui nas letras, mas não vem é nada. Meu nome é [nome]... leal.. para mim ser uma pessoa trans é ter o direito a liberdade.

Participante 3: Eu sou a [nome].. é que mais... tem várias coisas com G.. gostosa, grandiosa.. pode ser qualquer uma das duas... ser trans para mim é a minha própria identidade, eu não sei ser outra coisa. Eu não sei ser homem, não sei ser mulher, só sei ser o que eu sou. Então, para mim é você ser o que você é, não o que os outros querem que você seja, então para mim isso é a busca da sua felicidade, do seu ideal. É a tua originalidade, ser original e não ser o que não é.

Participante 4: Como eu já disse, sou a [nome], que me representa muito mais hoje em dia, bem mais do que o outro que eu vivia ilusões de uma menina que não existia. Então, esse nome hoje em dia para mim representa muito mais, por isso [nome] é ser quente, ser mais quente. O ser trans para mim é tudo isso, deixar para trás uma identidade que não me pertencia, uma vivência que não me pertencia, uma ilusão de um mundo que também não me pertencia e que eu me escondia atrás dele. Então eu não aceitava muito quem eu era, não aceitava as pessoas julgando o que eu era, então precisei trabalhar muito isso comigo. Fui convivendo com as pessoas, me identificando com elas, conhecendo a história de vida delas e percebendo que sou tão igual quanto elas. Não que isso fosse proposital, mas devido de onde eu vim, o estilo de vida que eu tinha.. eu tinha sempre que manter escondida e isso foi se tornando essa identidade de vivência minha, então precisei sair dela e criar forças pra acontecer, para sair pro mundo e me assumir.. eu sou uma mulher trans e vou sempre ser uma mulher trans, existe uma história toda minha e eu não posso mudar isso. Então o primeiro passo é a gente se aceitar, porque se eu não me aceitar eu não vou conseguir que os outros lá na frente me vejam, me respeitem e me aceitem. Então o primeiro passo é esse, respeitar sua identidade, sua constituição, sua vida né, para que eu possa garantir outros direitos.

Participante 5: Eu sou [nome]..ser trans para mim é ser uma mulher bárbara. (aplausos). E toda essa construção no decorrer de toda a minha história, não me arrependo de nada que eu fiz e faria tudo novamente, porque eu sou uma pessoa feliz, eu me identifico com aquilo que eu sou e sempre vou continuar lutando por tudo aquilo que eu quero que é o respeito.

Participante 6: Meu nome é [nome] uma palavra para me definir agora é massacrado.. e ser trans para mim é fudelância, é difícil, é uma luta diária. Eu sou uma pessoa cis e sou gay, mas a minha luta diária, o meu transativismo acadêmico é travesti e transexual.. então é uma luta diária e você tem que tirar forças de onde você não tem para passar pelos dias, todos os dias.

Coordenador 1: Legal, agora nossa próxima atividade, eu vou pedir para que vocês fiquem de pé.

Atividades da oficina.

Conversa final.

Coordenador 1: Dessa conversa e de tudo que a gente pensou até agora, o que tá tocando mais forte em cada uma de vocês..

Participante 3: Entre o que elas escreveram e o que nós né... elas marcaram ali a questão do nome social que não é respeitado.. especialidade do atendimento..

Participante 6: Se eu sou uma pessoa trans do masculino para o feminino eu preciso de um atendimento específico né, e vice versa. Se eu tenho problema no silicone que está precisando de ajuda, preciso de um especialista que saiba de uma coisa e da outra.

Coordenador 1: Então, deixa eu ver se estou compreendendo.. A necessidade dos profissionais de saúde terem conhecimento especializado..

Participante 6: Especializado.. por exemplo, o atendimento de uma mulher cis, procurando o ginecologista..

Participante 3: Isso, por exemplo, eu sou uma pessoa trans ai eu vou lá e faço a cirurgia e vou procurar um ginecologista. Independente de eu fazer a cirurgia, como a gente explica até em palestra, a gente não deixa de ser trans, você só fez uma cirurgia.

Participante 5: mas, ai eu discordo de você.. nós estamos cientes que nós fizemos readequação e é lógico que se você tiver algum problema você não vai buscar um ginecologista porque a sua vagina não é algo de nascença, ela é algo que foi construída.. e você.. eu, não iria buscar um ginecologista, eu iria buscar um médico ou um cirurgião mesmo que me indicasse um médico certo para que eu pudesse ser atendida.. mas o governo ele não tem por obrigação lá um especialista esperando que uma trans readequada buscar o serviço.

Participante 6: é isso mesmo que eu quero problematizar.. é necessário ter uma pessoa que consiga distinguir...

Participante 5: isso, distinguir qual o problema que eu estou tendo na minha vagina, que ela foi readequada.

Participante 3: é isso que eu tava falando.. não que tenha que ter (conversas paralelas).

Coordenador 1: para esse profissional conseguir distinguir... duas perguntas.. os profissionais estão conseguindo distinguir e se eles não estão conseguindo fazer isso direito ainda, o que eles precisam?

Participante 5: primeiramente vai de mim.. quando eu chegar à essa unidade de saúde, eu expor a minha identidade.. eu não sou mulher cis, pois a partir do momento que eu disser isso, ele já vai entender que eu sou uma trans readequada, que eu passei pelo processo de readequação..

Coordenador 1: e quando isso acontece.. como é que vocês percebem a capacidade do profissional realizar o atendimento em saúde adequadamente.

Participante 4: olha, eu acho assim, a gente entra em um questão assim que.. exemplo.. a gente tem os profissionais que fazem a readequação.. acho que esses profissionais poderiam entrar com outros profissionais com o tema da transexualidade.

(interrupção, chegam mais duas pessoas).

Coordenador 1: vocês querem participar da conversa? Tudo bem colocarmos elas na conversa?

Participantes novas: tudo bem a gente fica.

Coordenador 1: vamos abrir a roda e dar os crachás para vocês. Como essa conversa faz parte da pesquisa a gente está gravando, tudo bem para vocês eu dar o termo no final?

Participante 7: Sim, sim.

Participante 8: Aham.

Coordenador 1: para situar vocês na conversa.. a gente fez uma conversa em pequenos grupos sobre as experiências que elas tiveram em atendimento em saúde e aí estávamos problematizando isso. A [nome] estava falando alguma coisa e eu interrompi para fazer essa acolhida. Podemos continuar?

Participante 4: A gente tem profissionais que se especializaram em cirurgia, ok. Então tá, como esses profissionais estão na faculdade, estudando, eles teriam que dar esse assunto dentro da faculdade capacitando as pessoas, pois se a gente não pode ir no ginecologista nem no urologista, então esse tema tem que entrar na faculdade para esse novo corpo que surge.

Participante 3: que na verdade era aquilo que a gente tava conversando antes, que na verdade o problema não é lá dentro da unidade, isso tem que vir lá de fora, antes do funcionário estar lá dentro, porque depois que já tá lá, você pode fazer duzentas palestras que eles não vão mudar a cabeça entendeu, porque eles já estão acostumados.

Participante 4: falando em relação ao nome social.. há algum tempo atrás era bem diferente isso porque eu passei por situações, mas hoje assim.. eu tô falando assim, porque quem tá aqui comigo sabe o tanto que eu tô correndo em médico, indo pra cá, pra lá.. e aí eu fui no [unidade de saúde], então não podemos generalizar, desde o atendente né, porque tem atendente que atende a gente muito bem, respeita nossa identidade, então isso vai muito da pessoa, desse atendente levar o seu pessoal para dentro daquela área. Ele esquece, tem que deixar sua fobia lá fora, e nos tratar de forma igual.

Participante 3: não foi dito que na faculdade quando tá aprendendo a ser médico que isso já é dito lá.. podia falar.. reforçar isso, pra que eles fiquem cientes de que não é só homem e mulher.. que tem homem, mulher, trans.. que eles não estão ali pra definir há vou atender bem ou vou atender mal, aquilo ali é uma profissão, então não tem religião, não tem cor.. tem só o atendimento que eles tem que prestar no atendimento deles. Porque eu chego numa unidade de saúde e vem uma mulher com coque e com saião e jaleco, eu falo pronto, é a crente, vai vir aqui me descascar já.

Coordenador 1: e vocês tem percebido a influência desses aspectos pessoais dos profissionais de saúde...

Participante 3: ah é visível, eles nem disfarçam..

Participante 5: eu falo por mim.. foram poucas vezes que eu passei por situações assim que eu fui mal atendida pelo fato de eu ser travesti. Isso vai muito também da sua educação, de como você chega para ser atendida, que muitas das vezes a travesti se torna uma pessoa agressiva com a atendente. Por que a atendente tá atendendo um público e são muitas pessoas, muitas pessoas e tem pessoas que são grossas, tem pessoas que são estúpidas.. “ah porque eu quero fazer minha ficha”. Não é assim.. as pessoas estão cansadas de tá escutando mil coisas e muitas das vezes as pessoas estão estressadas, e eu conheço como é travesti, a maneira como elas são com as pessoas.. a maneira como elas agem pelo fato de elas serem travesti elas acham que precisam ser atendidas em primeiro... tem muita travesti assim.. depende muito da sua educação. Graças a Deus eu raramente tenho problema em alguma recepção de alguma unidade de saúde.

Coordenador 1: e você atribui isso a quê, [nome]?

Participante 5: eu atribuo isso à minha educação, a pessoa que eu sou, de como eu vou abordar àquela pessoa que está no trabalho dela e eu vejo a maneira de como ela vai me abordar. Quando ela pede meu documento eu educadamente “querida o meu nome é [nome]”. Ai ela só levanta, me olha.. pronto.. ai ela já coloca ali.. meu nome civil, ai entre parênteses coloca o nome social.

Participante 4: acho que isso do nome social a gente sente muito mais lá no hospital [nome].. a falta de respeito a gente sente muito mais lá.. as pessoas não estão tão capacitadas.. elas não querem saber.. você fala para eles que esse é meu nome e eles falam não eu não posso mudar.. como se a gente fosse burra e precisasse ficar explicando “eu sei que meu nome de registro não pode mudar, só tô pedindo que anexe ao lado”. “Não tem jeito, porque eu não posso mudar esse nome que tá aqui”. Eu passei por isso e foi isso que aconteceu, eu fui lá e foi assim.. nas outras unidades de saúde eu não tenho queixo por não ter tido o direito de usar o meu nome.. claro, como eu disse, tem atendentes e atendentes.. um me tratou bem e outro me tratou mal e eles tiveram as capacitações juntos. Outra coisa.. quando não tem atendente no momento eles colocam o guarda municipal.. ai você vai pro atendimento e tem o guarda municipal.. ele nem sabe como funciona o sistema de direito.. você espera pela atendente e ela não vem e ele fala que vai fazer seu cadastro. Ai você fala, mas o meu nome é tal e ele fala: não pode, isso aqui não.. é o que tá na sua identidade. Ainda pra ajudar ele: mas na sua identidade não tá aqui João Pinto sei lá o quê? Isso dai... maior constrangimento.

Participante 5: Isso gera um constrangimento.. isso aconteceu comigo.. quando eu fiz a minha carteirinha do hospital e eu falei pro rapaz, eu disse olha, eu não chamo [nome] e ele disse sim, mas eu vou usar o seu nome que está no seu RG, e eu disse sem problema nenhum, basta você colocar entre parênteses o meu nome que pra mim não vai me gerar nenhum constrangimento, desde que você me trate com respeito nós não vamos ter nenhum tipo de problema. Durante quatro consultas, tudo bem, me chamaram de [nome], e pra quem conhece o posto aquilo ali é uma loucura, e em uma dessas consultas, uma das recepcionista, porque lá eles gritam o nome das pessoas, é muita gente.. eu até entendo.. só que ai ela pegou a minha ficha, eu estava sentada naquela multidão toda e ai ela chamou [nome de registro], [nome de registro] e continuou [nome] nome social... Que profissional é essa?

Participante 3: é a mesma coisa que estávamos falando quando levamos a [nome] no [nome da unidade de saúde] porque ai viram que eles não estavam respeitando o nome social, ai de repente uma menina que está morando aqui no prédio tava com uns babados na boca ai, uns sapinhos, que não conseguia nem comer, sai correndo com ela daqui, pegamos um táxi, descemos lá. E a mulher, com toda a educação.. eu falei moça, existe uma portaria que dá o direito ao nome social, eu gostaria que ela fosse chamada pelo nome social dela.. “ah não, mas não foi me passado nada”. Eu nem questioneei, eu falei, mas tem.. pesquisa ai que tem. Ai eu voltei e falei “desculpa mana, mas vão chamar seu nome de registro então vamos prestar atenção no painel ali no canto. Depois de uns cinco ou seis minutos, a mulher veio, pediu o documento da menina de volta, chamou ela lá e perguntou “como é seu nome social mesmo?”. Entendeu? Agora, pra mim ficar louca num lugar desse, é eu saber desse direito que eu tenho e ouvir a pessoa falar para você que ela não vai fazer.. ai eu fico louca.. levanto a voz, grito.. berro.. mas ali eu não tava pra discutir, eu sabia.. ela precisa saber também. Ai ela viu, ou alguém falou que realmente tem que tratar né, e ela se redimiu.. ai eu fiquei mais tranquila, porque eu vi que a mulher teve interesse de voltar, porque se fosse outra... esse povo de atendimento em unidade de saúde precisa melhorar muito, porque não basta você ir lá, fazer um concurso e entrar pra trabalhar.. você tem que ser humano, porque você tá mexendo com gente doente e que precisa de um atendimento especial.. não pode ser tratado como qualquer um ali né. A sensação que eu entro numa unidade de saúde é que eu to pedindo favor.

Participante 4: O descaso com as pessoas é muito grande assim..

Participante 7: eu só ia explicar pra... que eu sou do comitê de saúde do município e uma das coisas que a gente tá pedindo e que vai ser feito, a partir do dia... esqueci o dia.. a gente vai fazer uma capacitação com as unidades de saúde do município e vai estar colado a resolução do ministério da saúde, vai ter o cadastro pra colocar o nome social. No computador da recepção vai estar colada a resolução do ministério da saúde.

Coordenador 1: Alguém quer falar mais alguma coisa? Vocês falaram de formação, de nome social.. a [nome] trouxe a ideia da capacitação..

Participante 8: Na verdade meu problema.. na verdade foi antes da cirurgia né, porque na época tinha a [nome da unidade de saúde] que fazia o tratamento de trans e tal.. que hoje em dia eles nem fazem mais, e depois tentamos ser atendidas pelo hospital [nome] que é um absurdo que isso aconteça, uma das maiores instituições para a questão de hermafroditismo, eles foram um dos primeiro hospitais do Brasil a tratar disso e eles não tratam de transexuais. Mesmo depois de todos os problemas que eu tive com as cirurgias, mas eu tentei ajeitar algumas coisas aqui, eles me mandavam para outros lugares: olha não foi a gente que fez então a gente não vai atender.. e mandava para o [nome do hospital], mas eles não mexeram, alegando que “olha, não vamos fazer isso, porque não é da nossa alçada né”. Mas, ai foi esse tipo de coisa. Hormônios, essas coisas eu fazia muito particular né, eu ia lá e eles me davam a receita..

Participante 3: e ela tinha direito de pegar na unidade de saúde né. A parte da hormonização.

Participante 8: já cheguei com casos graves, de infecção generalizada e eles me colocaram na fila, quando sabiam que era problema decorrente de uma cirurgia eles não tocavam a mão, mandavam embora.. então sempre foi muito complicado.. não sei hoje como funciona, mas

pelo que você me disse tá meio igual, parece que não mudou muito assim né, do que eu precisei deles, nunca eles ajudaram em nada. O atendimento melhor foi no pago né, porque você pagou é bem atendido né, eles não tem muito disso.. pagou, eles chamam de qualquer coisa, desde que você esteja pagando né, infelizmente é assim que funciona.

Coordenador 1: eu acho muito interessante isso que você tá trazendo, duas coisas: primeiro que a gente escuta muito essa recusa dos serviços de saúde a cirurgia e acho que você tá contando, uma coisa assim, eu já tinha algumas cirurgias e a recusa do serviço de lidar com alguns derivados da cirurgia, ou seja, o pós cirurgia também é recusado. E outra coisa que eu tô aqui pensando com vocês. Quando você fala do serviço público e privado.. porque uma das justificativas muito comuns que eu tenho escutado, inclusive nessas conversas dos serviços recusarem esse atendimento é a falta de treino, falta de conhecimento, então assim, o profissional fica a vontade para dizer assim: olha, eu não estudei isso, eu não conheço, então não posso te atender. Só que o profissional privado, sabe. Então ele sabe? Ele conhece? Ele faz? Então eu acho essa comparação.. quando você diz no serviço de saúde privado, mesmo pra hormônio, uma coisa que os profissionais parece que morrem de medo de fazer, quando você vai no profissional e paga, ele faz, quando você vai no profissional e não vai pagar ele diz que não sabe, que não tem o protocolo.

Participante 3: eu menina trans, se tenho algum problema, coloquei uma prótese no seio, fiz uma lipo, ai tô sentindo uma dor bem depois do pós operatório, isso não é normal, ai eu não posso ir em um clínico? Tenho que voltar lá no meu médico que me operou lá? E se eu me operei fora do Brasil, vou ter que voltar lá pra Alemanha? É um direito meu a saúde, independente se eu fiz a cirurgia ou não.

Participante 8: é uma coisa que eu fico pensando, porque dai eu penso numa questão que, é que acontece, eu já fiz isso várias vezes e sei que tem pessoas que fazem também, de não falarem, seja da sua travestilidade, da sua transexualidade, seja aquelas que trocaram de documentos e tudo.. ou seja, você não quer falar, e não é não quer falar para você ser invisível, é porque tudo a pessoa acha que tem a ver com isso né. Se você entra em um lugar com dor de cabeça, quando eu conto da minha história, ele já acha que a dor de cabeça é por causa da transexualidade, ele acha que um pé que você furou no prego é porque você é transexual, porque você furou o prego no pé. Ai eles falam “ah eu não posso te tratar”. Amigo, é só um prego no pé. Eu precisava tomar uma vacina antitetano porque pisei num prego enferrujado, dai ele “não, porque você é transexual e talvez por causa disso a gente não pode tratar, pra isso tem os consultórios de transexuais”. Eu chego nos lugares a mulher pergunta quanto tempo faz que eu não menstruo e eu respondo “vixi, nem lembro a última vez.. faz muito tempo que eu não menstruo mais”. Nossa, mas você é tão nova e não menstrua? Você não tem filhos? Não.. não, não.. Uma vez fui fazer um exame vaginal e quando vi o tamanho da pinça eu pensei nossa, vão enfiar essa pinça, e eu fortemente aguentei e ele falou assim “nossa, mas eu não acho a ponta do teu útero” e eu falei pois é.. é babado. Inclusive se você achar fotografia pra mim que eu vou querer..

Participante 3: ou então já encaminham pra teste HIV..

Participante 8: teste HIV, ou não querem mais tocar em você e já acham que o seu problema tem a ver com aquilo e coisas que você sabe que não tem a ver com nada. Essa mania de achar que qualquer coisa que a gente tem, um resfriado, tem a ver com a travestilidade. Ou tua baixa imunológica, não pode ser uma baixa imunológica por falta de vitamina e sim por que você tá doente, porque você é portadora de vírus e porque você está com alguma doença. Ai eles já

colocam duas mudas de roupa pra tocar em você, então às vezes não é o preconceito na entrada, mas no interior do atendimento. E ai é tanto no serviço particular quanto no outro, porque eu chego no particular você já vê eles colocando duas luvas, ao invés de jogar um pouco de álcool, dá um banho de álcool 70..

Participante 3: eu fui fazer um orçamento ali pra colocar ponte aqui no dente da frente ai o cara perguntou se eu tomava alguma medicação, ai eu falei que tomava o retro, ai a partir disso o homem se afastou de mim e disse que não poderia fazer, que eu precisava de uma requisição. Ai eu disse moço, eu não vim indicado por nenhum dentista, eu vim aqui contratar o seu serviço, eu quero saber quanto que custa fazer um orçamento, não tem nenhum dentista requerendo não é nada, eu quero fazer. “Ai, mas você toma não sei o quê?” Tomo, tomo isso, aquilo.. pronto, a partir dai o homem não encostou mais em mim e disse que não poderia fazer e disse que precisava de uma requisição. Eu disse que não estava ali encaminhada, mas que tinha ido fazer um orçamento para pagar um aparelho para por na minha boca. Você faz? “Não vai dar pra fazer”. Peguei minha bolsa e falei só porque sou soropositiva né?

Coordenador 1: Isso é interessante também porque se existem sim algumas diferenças como vocês apontaram entre o público e o privado existe também aspectos que parece que atravessam as duas esferas.

Participante 7: grande parte dos profissionais que atende no município também atendem em convênios, as vezes é o mesmo profissional.

Coordenador 1: Gente, eu me comprometi com vocês que terminaria às 17:15 e já é 17:18, já estou em dívida com vocês. Eu gostaria então de fazer uma última pergunta, e ai é um jeito de encerrar essa parte forma e desligar o gravador. Uma rodada: para mim, participar dessa conversa foi? Vou começar tá? Para mim participar dessa conversa foi tocante.

Participante 2: para mim foi troca de informações.

Participante 1: informativo.

Participante 5: pra mim nessa conversa a gente discutir sobre nós é sempre gratificante.

Participante 3: pra mim é bom esse tipo de conversa a gente pode tirar tudo quanto é dúvida né, sempre respeitando as opiniões, assim como a gente quer respeito, temos que respeitar. Então, pra mim de tudo isso a palavra acho que é respeito né. A partir do momento que você tem o respeito da outra pessoa, você vai dar o respeito pra ela. A gente sabe separar, eles não sabem.. eles misturam a igreja com o trabalho e esquecem que ali dentro eles são profissionais, a igreja fica de fora.. não trazer isso pra dentro.. então pra mim é a questão do respeito.

Participante 6: essencial, principalmente para a formação do profissional que vai atender. Lembrando que o profissional não pode alegar desconhecimento do dispositivo legal.

Participante 7: não participei muito da conversa, mas pelo que eu vi, foi empoderada.

Participante 8: pra mim, participar é sempre... ainda mais com pessoas que passam o que a gente passa. Para mim foi agregador, saber que a gente não tá sozinho.. saber que a gente pode.

Coordenadora 2: para mim foi um aprendizado ouvir vocês hoje.

Coordenador 1: MUITÍSSIMO obrigada pela conversa e agora temos um presentinho para vocês.

H – oficina com transexuais e travestis

Curitiba – 5 participantes

Coordenador 1: então, a primeira parte da nossa conversa é uma apresentação e a gente faz da seguinte forma: a gente fala o nome e com a primeira letra do seu nome uma característica que você acha que te identifique. Uma característica que você acha que sirva para você. Ai, a gente completa a frase: para mim ser uma pessoa trans é.. ai você completa também com uma característica que você acha que sirva. Então eu vou dar um exemplo comigo, ai podemos começar a esquerda. Meu nome é [nome] eu sou... maravilhoso (risos) e humilde.. eu sou maravilhoso... e para mim ser uma pessoa trans é.. persistir.

Participante 1: bom, meu nome é [nome], é com K então seria Kiwi (risos). Peludo por fora e (inaudível). Bom, ser uma pessoa trans é ter coragem.. persistência.

Participante 2: meu nome é [nome].. sou feliz.. e ser trans para mim é uma batalha por dia.

Participante 3: meu nome [nome] eu sou maravilhosa.. para mim ser trans é ser eu mesma. Eu discordo muitas vezes, de direito LGBT, direito isso.. não nós somos todos indivíduos com a sua essência, essa essência que temos que identificar.

Participante 4: meu nome é [nome] e.. eu sou amiga. Acho que ser trans é ser transparente.

Participante 5: meu nome é [nome].. então acho que vou complementar, corajosa porque acho que tem que ter muita coragem para chegar a esse ponto que a gente chega de fazer essas mudanças na vida. E para mim ser trans é ser o que você realmente é, o que você realmente sente, e essa é a essência de cada um, ser o que você é independente de órgão sexual, do que as pessoas veem, você ser você mesmo e ser feliz.

Coordenadora 2: eu sou a [nome] e eu poderia falar linda (risos), mas eu sou humilde (risos), então eu sou legal e para mim ser uma pessoa trans é ser autêntica.

Participante 2: mas você tinha dito outra identificação, e agora você se identifica como trans?

Coordenador 1: não.. é que eu estou falando a frase que é o tema. Eu sou um homem gay, não sou uma pessoa trans, então para mim eu estou falando o que é ser uma pessoa trans.

Participante 2: desculpa, é que eu não percebi essa informação (risos).

Coordenadora 2: então, vamos para a segunda atividade que é uma conversa sobre o serviço de saúde. Então vamos ficar de pé gente?

Atividades da oficina.

Coordenador 1: Agora a gente abre esse momento para as pessoas compartilharem, nesse momento você compartilha só aquilo que vocês quiserem.

Participante 2: na verdade, essa minha decisão de me assumir faz muito pouco tempo, faz só dois anos, ai pode falar nossa, mas faz só dois anos e já estão no [nome do serviço] eu

comecei a entender de verdade o que era a transexualidade no [nome do serviço]. Por mais que eu não me sentisse o que a sociedade diz o menino perfeito, mas eu fui casado nove anos. O meu filho mora comigo hoje, ele tem 15 anos. Então assim, eu não tenho.. se eu falo qualquer coisa eu vou estar sendo incoerente ou dando uma informação falsa, mas é, o SUS em si eu não precisei, eu precisei de particular por causa da minha empresa. Quando você se obriga a negar para não perder o emprego, então você troca sua vestimenta pra ir no médico da empresa, trocar sua roupa pra ir ao médico senão você pode ser mal visto, mal interpretado. Se o médico olha e vê que você tem o seio desenvolvido ele fica.. você percebe o ar de preconceito, o ar de que se tá assim é porque está se drogando. Isso aqui, eu comecei a tomar aqui.. ai você fala “já tá desse tamanho?”. Não, é que eu tive um grave acidente de carro e tive um tumor de hipófise e essa célula necrosou, então eu não tenho produção de hormônio masculino, facilitou um pouco.. mas foi assim que aconteceu.

Coordenador 1: Então quando você procurava.. porque a gente pode conversar sobre atendimento em convênio, não tem problema a pesquisa inclui isso também. Então quando você procurava, quando você acessava esses serviços você conta que precisava ir com outro tipo de roupa..

Participante 2: porque assim, isso é o convênio da empresa empresa era extremamente preconceituosos, então para eu assumir que era gay já foi uma dificuldade muito grande. Eu usava brinco, eu era auxiliar administrativo onde eu trabalho e não podia usar brinco, não podia deixar o cabelo crescer, não podia pintar a unha.. não podia, não podia, não podia.. mas quando eu falei que é uma batalha todo dia, você tem que se impor pouco a pouco, porque quando você administra, se você é competente, é responsável ou não, é a sua capacidade, o seu caráter.. e ai você vai conseguindo aos poucos mostrar que você é capaz, que você pode, que você faz. E cada dia coloca uma coisinha nova um pouco mais diferente. Hoje sou um pouco mais feminina, não na totalidade, não me questiono.. alguns olham torto, mas me respeitam não sei se por causa do cargo, ou entendem que você está mudando em vista do passado.. mas com o médico eu tenho problema. Não consigo ir ao médico e onde eu trabalho, não consigo.. porque não existe uma ética, quando eu recebo o relatório do que é feito em consulta.. eu recebo tipo uma pré descrição do atendimento, e isso eu não gostei. Você é exposto a administração do condomínio por erro médico.

Participante 4: desculpa interromper, mas eu acho assim.. que bom que você encontrou o [nome do serviço] agora e com o apoio psicológico é muito bom, porque a gente começa a conhecer algumas coisas que a gente não conhecia na gente, o poder que a gente tem dentro da gente. Então, assim, na realidade muito de tudo isso que você contou, eu vivenciei também, porque eu tenho 38 anos, eu vivenciei isso, claro que com uma idade menor e tudo, e quem vivenciou isso mais cedo, a gente sabe que tem que lutar muito contra a gente mesmo, antes de mais nada, temos que lutar com a gente mesmo. A partir do momento que a gente começa a aceitar algumas coisas pra você, que você olha no espelho e começa a ver aquilo que você queria ver e não aquilo que é bom pros outros né.. Isso vai começar a refletir nas outras pessoas. Quando você olhar aquilo e falar: não, isso realmente é o que eu quero para mim e é como eu me sinto confortável.. quando você se sentir confortável vai deixar de incomodar as outras pessoa, ou vai incomodar bem menos, entendeu? É a realidade entendeu? Eu falo isso porque sei que é difícil a transição, ela é muito complicada, pra cabeça da gente, entendeu.. então tô falando isso porque sei que é uma coisa que a gente precisa ter na gente.

Coordenador 1: só checando pra ver se eu entendi, você encontrou esse tipo de apoio em um serviço de saúde, quando você fala da terapia?

Participante 4: não necessariamente.. é porque na realidade, eu fiz a terapia fora daqui, antes com 16 anos quando eu falei para a minha família que eu era gay, até então, porque não se falava de transexualidade na época.. não havia isso.. e na realidade naquela época eu não me via transexual ainda, eu me via diferente, mas eu me via diferente dos gays, entendeu? É complicado tudo isso.. então ai você se sente mais perdida ainda.. uma pessoa que é gay se sente perdida, imagina quem não se sente nem gay. E naquela época rolou uma resistência muito grande da minha família e eles me colocaram pra procurar um profissional pra cuidar da minha cabeça porque eu estava doente. Ai foi quando eu comecei a ter contato com a psicologia, sou apaixonada pela psicologia, quero muito fazer ainda, mas acho que é nesse ponto que a gente, que eu comecei a me conhecer um pouco. Eu tive que parar a terapia na época porque eu não tinha grana para pagar, nem meus pais, na época eu tinha começado meu primeiro emprego, era tudo muito complicado, a minha cabeça estava a milhões por hora e ai a própria psicóloga falou pra mim que não era pra eu parar, não era o momento certo. Então foi, as coisas aconteceram na minha vida de uma outra forma, você amadurece apanhando ou não e ai acabou que eu encontrei o serviço do [nome do serviço] logo que abriu aqui, quando eles ofereceram o serviço a dois anos atrás eu já procurei aqui, porque eu nem sabia que existia a portaria, eu não sabia que existia a possibilidade de fazer a cirurgia pelo SUS, tudo isso foi informação nova para mim e que a gente ainda tá lutando por isso aqui em Curitiba, não é um serviço que é completo como em São Paulo ou Porto Alegre, em alguns lugares é melhor. Mas, enfim, é uma jornada que a gente vive, é coragem, é tudo isso que vocês falaram, mas eu acho que nesse sentido, assim sabe, quanto mais a gente se sentir melhor com a gente, mais a gente vai se sentir segura, mais a gente vai entender, se incomodar menos com o que estão falando ou não, se estão olhando torto ou não, porque isso não vai interferir na sua vida no final.

Coordenador 1: achei interessante quando você falou que seus pais te levaram para a primeira terapia eu entendi que eles te levaram no intuito..

Participante 4: de me tornar hétero (risos).

Coordenador 1: e o profissional não bancou isso?

Participante 4: não não.. a própria profissional falou assim, porque houveram dinâmicas de família e tudo, porque a princípio era uma terapia familiar, depois foi dividido por grupo e ai.. assim chegou, teve um momento que pra mim foi uma vitória, assim aquela vitória contida que você não pode mostrar pros outros.. quando ela falou bem assim olha: vocês vieram até aqui por causa do [nome] porque ele tem um problema né, que vocês acham que é um problema, mas na realidade vocês tem outros problemas muito mais sérios e o último problema é a orientação sexual dele. Tudo isso vocês deveriam trabalhar e depois reavaliar se o que vocês estão fazendo... Foi um dos primeiros pontapés para eu parar de fazer a terapia porque meus pais falaram: “gente, a gente tá pagando a mulher para ela colocar minhoca na cabeça da criança”. Mas, na realidade as coisas aconteceram de uma maneira assim e eu..

Participante 2: como eu preciso sair eu não queria deixar uma coisa pendente.. você comentou lá na sala sobre melhoras e tem uma coisa que eu acho importante.. eu acho o [nome do serviço] fundamental para as trans de Curitiba, eu não sou daqui, mas pra todos que vem até aqui, mas ai tem um grande problema, a gente vai pra onde? Quando você troca de profissional, eu me obriguei a trocar de profissional de psicologia aqui dentro, porque você é direcionado a lugar nenhum, porque não tem cirurgia no Paraná, isso não vai acontecer, então

não sei o quê, isso desanima. Eu passei por um médico, que não sei se por questão financeira, contrato, se enfiou no [nome do serviço] sem saber o que era [nome do serviço], porque se eu chego para você que é médico e falo “eu tive um tumor de hipófise, a célula necrosada”, ele precisa me ver de outra forma.. ele não pode me entupir de hormônio como ele fez.. eu fiquei quinze dias no hospital internado com começo de trombose.. Eu já não tinha testosterona, porque a hipófise não funciona, aí minha testosterona chegou a quase zero. Então ele reduziu lá embaixo o que eu quase não tinha e aumentou a carga hormonal feminina muito grande, sem dar importância ao que eu tinha falado. Eu voltei aqui, falei né.. ainda o que segura esse [nome do serviço] para mim são as meninas.. os profissionais mesmo não entendem muito bem sobre o universo trans.

Coordenador 1: Quando você falou para onde a gente tá indo.. eu não tenho certeza se entendi o que você tá falando.. eu escutei da impossibilidade de fazer cirurgia.

Participante 2: isso.. a pessoa que me falou isso já saiu, não faz mais parte da equipe, mas ela disse que não tem perspectiva de encaminhamento para cirurgia pelo [nome do serviço].. Se você pegar a lista de travestis aqui do [nome do serviço] hoje um monte já foi embora porque não leva a lugar nenhum, segundo a psicóloga..

Participante 1: o [nome do serviço] foi criado com perspectivas eleitorais. O governador se reelegeu, mas o governador depois que se reelegeu deixou de pagar todas as contas do Estado.. Dai não tem perspectiva.. enquanto estiver esse governador, não tem perspectiva de novos profissionais..

Participante 2: eu tinha atendimento quinzenal e hoje como não tem perspectiva de caminho pelo [nome do serviço] mudam a sua agenda assim, sem mais nem menos. Então acho que essa falha dos profissionais de te mandar pra lá faz com que muitas desistam.. então o número de trans.. Acho que eles não estão preparados para esse universo trans. Esse que está agora até tem uma linguagem mais aberta, mas os que passaram..

conversas paralelas

Participante 1: aquela visão do psicólogo ainda de que nós somos doentes e como doentes nós temos que ser redirecionados..

conversas paralelas

Participante 2: É aquela coisa: você acha que você é trans? Um psicólogo olhou pra mim e disse que eu não ia conseguir a cirurgia porque você não tem a aparência desse menino aqui. Na minha cara. Você pode até ser gay, mas trans você não é.

Participante 1: são profissionais que não acreditam na nossa reconstrução.

Participante 2: você chega e vê tudo isso, vê o psicólogo não te dando o suporte, aí assusta.

Participante 4: mas o problema é que assim.. eu acho né que nesse âmbito aí do profissional de psicologia principalmente, não vai ser aqui dentro, em qualquer lugar que você for procurar psicólogo vão ser poucos os psicólogos que vão conseguir entender essa.. é.. esse fundamento ali sabe, de você ser trans.. de dentro pra fora, de fora pra dentro. Eu já falei isso pro... eu falei pro psicólogo que eu tenho sorte por ter uma aparência feminina, mas eu sei que

muitos trans não tem a aparência..como acontece com os trans homens, entendeu? Às vezes é mais difícil para a transição. E acaba acontecendo, e acontece e a pessoa é trans.. ela não deixa de ser trans pelo fato de ela não parecer ser o sexo que ela se identifica. É difícil pros profissionais de saúde psicólogos, ou psiquiatras que são héteros conseguirem chegar nesse cerne da questão..

Participante 2: acho que é isso que eu falava quando questionou a respeito de até onde isso vai. Se você se propõe e se dispõe a sair do serviço, marcar um horário e tal tal, mas você não vê um direcionamento. Sabe então eu falo assim, bem o que ela falou, o [nome do serviço] não pode ser visto como um órgão politizado, só com essa visão acabou o governo, nós acabamos. Se ficar focado na política, cada um votou em um deputado, cada um tem a bancada federal pra cobrar.. assim essa visão de olhar a trans de fora pra dentro que enquanto for verdade o que a psicóloga falou que se você não parecer mulher você não tem o seu direito eu te pergunto o que eu tô fazendo aqui?

Participante 4: então, isso entra inúmeras questões, porque eu posso ter aparência feminina e posso querer me relacionar com mulheres, ou ser bi, ficar com homem, com mulher. Essa diversidade é muito grande, por isso nós somos transgêneros.. na realidade assim, isso que é a transexualidade que é heterossexual, bissexual, homossexual.. é difícil identificar tudo isso e a pessoa que está aqui dentro talvez vocês tenham que levar pra frente, que as pessoas que entrarem no serviço elas vão seguir obrigatoriamente seguir uma cartilha de vou ter que estudar, vou ter que ir atrás disso, vou ter que entender esses pacientes.. sem julgar eles.. porque assim eu já percebi que tem algumas psicólogas que querem que a gente seja super feminina no jeito de ser. Eu posso ter a aparência feminina, mas eu tenho que ser feminina, eu não posso ser um pouco masculinizada e não existe isso, porque existem mulheres muito mais masculinizadas do que nós trans. Então nesse sentido é complicado você parar para analisar tudo isso, então o profissional que estão ali a gente espera que ele tenha mais conhecimento do que todas nós, entendeu?

Coordenador 1: como se tivesse um jeito certo de ser trans?

Participante 4: exatamente, uma forma.. e não existir, porque nos héteros não existem, quem dirá..

A participante 2 vai embora.

Participante 4: quando você leu, eu pensei em duas situações, mas a última que aconteceu eu não lembro onde foi.. acho que foi aqui.. ele pediu uma ecografia da mama, porque eu não tenho silicone e só com hormônio eu consegui desenvolver, aí eu fui pro.. acabei indo pra um programa aqui que é direcionado às mulheres e tudo. Aí cheguei lá, tinha um monte de mulher, aí sentei e estava esperando, levei a solicitação ao médico e tava demorando pra eles me chamarem para fazer a ecografia, que foi um absurdo.. eu não estava precisando, mas se fosse um caso de nódulo ia perder o seio.. Então, na realidade assim é um absurdo demorar tanto tempo, mas acabou que eu fui lá e eles.. entreguei minha solicitação e na solicitação tava meu nome civil e o meu nome social. Tinha os dois, mas o nome social estava bem escondido em algum lugar, mas aí beleza, eu pensei assim... Aí ela pegou e chamou pelo nome do papel, pelo nome civil. Aí ela me chamou assim e disse: menina, tem alguma coisa errada aqui.. aí eu peguei e falei o quê? Aí ela falou assim, olha.. aqui tá o nome de registro e aqui no sistema tá.. como é seu nome? Aí eu falei meu nome social. Ah então é você que tá aqui, a gente não tava achando.. Mas você tem que mudar isso, ir na sua unidade de saúde.. mas falando assim,

daquele jeitinho super discreto. “você tem que mudar isso, porque se você morrer vão achar que você é homem”. Ai eu peguei e falei, ah tá, eu vejo isso na minha unidade de saúde quando eu for pra lá. É que assim, eu acho que é meio complicado isso, porque cada um vê de uma forma. Eu não me incomodo com as situações de que às vezes você tá lá esperando medicação, às vezes você quer tirar um sangue, e eles chegam na porta e (som) e falam.. ai você levanta e todo mundo olha. Todo mundo não sabia até então e depois todo mundo fica, “como assim?”. A enfermeira uma vez chegou a perguntar pra mim assim.. “então, o [nome de registro] tem algum problema, ele é especial, é cadeirante?” Achando que eu tinha levado tudo ali, os documentos.. ai eu falei: “olha, eu me acho super especial” (risos). Ela começou a rir e ficou vermelha, as outras meninas começaram a rir. Assim, rolou uma situação.. eu acho que a gente tem que tentar contornar a situação, porque assim, se eu criasse uma situação tipo assim “porra, como você vai falar assim”. Eu acho que ia causar mais..

Coordenador 1: Essa situação de ter o nome social não usado aconteceu também com vocês?

Participante 5: comigo, sempre. Sempre, sempre, sempre. Até hoje, diariamente.

Participante 4: até no particular.. eu tive que ir numa clínica fazer um check up em um dente ai eu tive que ir até lá e eles tiveram que fazer uma auditoria nesse dente porque parece que tinha ido das guias.. quando eu cheguei lá a atendente estava anotando meu nome civil e eu falei pra ela que é uma.. eu entrei, ela me chamou pelo meu nome civil, eu entrei e falei olha, ai não tem nenhum lugar que meu nome é [nome social]? Porque eu prefiro ser chamada por [nome social], mas eu falei de boa. E ela falou bem assim, olha, no papel seu nome tá [nome de registro] e eu vou chamar por esse nome. Ai eu falei assim, mas você sabe que dentro da área da saúde, nós temos esse direito, você precisa se informar.

Conversas paralelas..

Participante 4: isso aconteceu ali, mas dentro do serviço público a situação, eles são um pouco mais flexíveis e no particular é mais complicado. Essa é a situação que eu queria falar, que às vezes precisa de um pouco mais de preparo dessas pessoas.

Participante 5: Eles precisam aprender a lidar com esse tipo de pessoas..

Participante 1: não é esse tipo de pessoas, somos nós.. (risos).

Participante 5: porque tem homossexuais que gostam de ser chamados por um nome que se identifica.. então eles tinham que aprender a ver, olhar mais pra gente, hora que chegou uma trans ou um homossexual, pergunta: você quer que chame pelo nome? Mas, não, simplesmente eles marcam ali.

Participante 4: eu acho que deveria ser mudado pra uma senha, um número, enfim..

Participante 5: também acho..

Participante 4: porque fica mais fácil e você não precisa ficar identificando ninguém, se é trans ou não.

Participante 1: aconteceu uma vez que eu fui em uma unidade de saúde, eu falei que meu nome é esse aqui e eu gostaria de ser chamado por esse nome né, dai a moça falou assim: eu

não vou te chamar por esse nome não, eu não tenho culpa que você saiu da sua caixinha agora. Caixinha, eu fiquei tipo assim, caixinha? Eu fiquei.. bem preconceituoso. Eu não fiz o meu exame e fui embora. A pessoa não está preparada pra várias pessoas que entram no posto de saúde, por exemplo..

Participante 3: mas sabe, a gente acostuma muito, porque até uma certa idade era a coisa mais constrangedora do mundo, mas até o dia que eu realmente, tava mal mesmo, no começo de meningite, não conseguia andar, com as costas doendo.. ai um cara falou assim, pedi né, era um rapaz que estava atendendo, era o segurança do postinho. Pedi para ele me chamar pelo nome, ele falou que não, ia chamar pela identidade, e eu falei: então tá bom, vai tomar no seu cu. Ai que se dane, já não tô bem, vou ficar me estressando com esse tipo de raiva.

Participante 4: é que na realidade a ignorância pra gente nesse sentido.. a gente trocar fepas e continuar batendo em ponta de faca é pior.

Coordenador 1: o [nome] mostrou um negócio pra gente que o gravador não vai pegar.. então eu gostaria que você mostrasse pra todo mundo e falasse sobre ele..

Participante 3: é que na verdade, como eu faço tratamento em São Paulo, tudo lá, eu ia falar hoje de lá, mas como a pesquisa é mais relacionada a Curitiba.. Mas lá em São Paulo estão colando na gente a identificação.

Coordenador 1: é uma etiqueta que você cola quando está no serviço de saúde?

Participante 3: isso, coloca.. dai tá em destaque o nome civil.. Eu vou protocolar na ouvidoria lá pra as pessoas que usam nome social, pra elas não serem identificadas pelo nome civil.

Coordenador 1: porque ai tem os dois nomes né.

Participante 3: se eu tenho nome social pra me identificar, só pode me identificar por esse nome, principalmente quando estou exposta a um público diferente do meu. Durante muito tempo eu estava me recusando a usar essa etiqueta. Me da uma etiqueta de informação, de psiquiatria e pronto pra não me expor. E ontem eu fiz questão de usar essa aqui pra fotografar ela. E como eu sabia que a gente tinha.. e eu acho que isso, eu numa unidade de saúde, aqui em Curitiba eu fui muito bem atendida quando vim pra cá, diverso da unidade de saúde de onde eu vim antes.. Cascavel, infelizmente ainda tá retrógrada nessas questões de identidade e transexualidade. Não reconhece direito, não reconhece o nome social e a identidade social. Aqui em Curitiba oficialmente não reconhece, mas as pessoas me tratam pelo nome social sem problema nenhum.

Participante 5: hoje em dia a gente sempre pede com jeitinho assim, com educação. A gente pede pra chamar por esse nome, porque tem bastante gente e tal.

Participante 3: em alguns setores principalmente no financeiro, de mais idade.. essa semana mesmo, o cara foi falar da passagem e gritou bem alto: a passagem de fulano tá liberada? Falando meu nome civil. Então todo mundo ouviu, então dai pra tirar.. eu falei, não vou me estressar hoje. Ai eu engrosssei minha voz, usei minha identidade masculina e aponte pra ele e falei eu vou te processar, você sabe o que é isso. Ai virou até um negócio engraçado no ambiente. Mas, eu não deixo de dar meu recado.

Coordenador 1: Gente, e pra além.. é porque vocês estão trazendo muito essa questão que eu acho muito sensível, do acolhimento em saúde, enfim, que é o nome social, o uso do nome social. Para além disso, o que mais vocês tem vivido que tem preocupado vocês?

Participante 4: Eu acho uma questão importantíssima, por exemplo, é.. dentro dos bancos de sangue, eles não aceitam o sangue de homossexuais. Se eles não aceitam de homossexuais, de transexuais então. É uma coisa, assim que, esse tipo de coisa assim.. Porque às vezes você tem tanta ou mais capacidade pra ajudar alguém próximo de você e não pode. Eu já tentei, simplesmente falaram pra mim ir embora.

Participante 3: Antes de eu me reconhecer como trans.. oficialmente trans, mutante (risos).

Participante 4: é um pokemon em evolução.

(risos).

Participante 3: antes quando eu era aparentemente homem hétero eu não podia doar por causa da hepatite, mas eu queria me referir a questão do atendimento, pessoalmente comigo, aqui em Curitiba. Eu cheguei e falei pra atendente e falei fulana o meu nome é esse e eu preciso que conste no cadastro pra ninguém me.. porque se me chamar pelo nome civil em público eu acho que vai ter problemas. Ai ela tentou fazer e não conseguiu, ai ela me encaminhou pra gerente da unidade, dai a gerente da unidade me acolheu muito bem e falou, nossa, mas vai ser um prazer te atender aqui, vai ser a primeira trans que nós estamos atendendo e por enquanto você é a única então a gente faz questão de atender você aqui e tal. Foi muito bom, o médico me atendeu muito bem, inclusive cuidando da minha saúde em outras afeas. Ai quando eu mudei aqui pro centro eu conversei com a minha chefe da unidade, e falei ó, vou me mudar e eu queria saber onde vai ser meu atendimento. Ai a chefe falou, ah a gente gosta de você e como você é a única trans a gente vai fazer questão de continuar atendendo você. Tipo assim.. pra mim foi muito acolhedor. Eu vejo.. tem muitas trans que eu tenho contato e vejo que elas tem muitos problemas nisso, nessa questão de acolhimento nas unidades de saúde.

Participante 4: eu conheci muita gente.. quando eu fui fazer tratamento hormonal eu fui na unidade de saúde [nome] e lá tem especialidades.. era.. tinha.. fiquei sabendo logo depois que eu fui lá, fiquei sabendo de duas trans que foram lá e não foram atendidas, porque o médico simplesmente rejeitou elas, falou que não ia atender esse tipo de gente. O médico usou essas palavras.

Participante 3: esse tipo de coisa quando acontece eu aviso o profissional na hora. Se o senhor não mudar de posição eu vou gravar e levo pra justiça, pro ministério público, o profissional é obrigada a me atender não como trans, mas como pessoa, como indivíduo.

Participante 4: a doutora que me atendeu naquela época.. eu entrei, tinha levado alguns exames que já tinha sido pedidos pra mim, de testosterona.. ai eu levei e ela começou a olhar, ai ela falou bem assim, a mas tá tudo totalmente dentro a única coisa é que ela olhou pra mim e falou: você tá grávida? Dai eu falei não e ela disse, não, porque sua taxa hormonal está muito alta, como se você tivesse grávida. Ai eu falei, não, mas eu sou trans. Ela... caiu uma bigorna na cabeça dela e ai ela pegou e se perdeu inteira.. eu vim aqui porque eu sei que estou com alteração hormonal, o último exame que eu fiz a minha tireoide já apresentou problemas

e eu preciso tomar corretamente os hormônios. Ai ela falou assim: não, mas eu não sei te ajudar. Mas, você não pode me dar ao menos um parâmetro do que eu posso tirar, tomar menos ou tomar mais? Entendeu, pra mim pelo menos, tentar ajustar.. Ela ficou toda perdida e no final ela falou assim: olha, eu não vou te receitar nada, eu não vou te prescrever nada, porque a possibilidade de eu errar é grande e eu não vou fazer de você uma cobaia. Eu prefiro que você venha e fale com outro.. com o nosso supervisor, que era o cara que tinha dito que não ia atender esse tipo de pessoa.. só que até então eu não sabia que era ele.

Participante 3: o problema é que a gente não pode confiar em profissionais de saúde, principalmente médicos ou assistente de enfermagem que nos discriminem, porque estaremos colocando nossa vida em risco. Eu só trato com pessoas que eu tenho confiança.. agora existem nuances da minha saúde que se o profissional me discrimina ele (conversas paralelas).. agora quando é uma doença mais séria eu não confio em um profissional que tenha discriminação e preconceito com a gente.

Participante 4: eu acho que assim, no geral, a gente... as reclamações vão ser em torno do preconceito e do nome social.. mas existem profissionais bons.. na unidade onde eu sou atendida, as meninas me tratam super bem e acontecem os problemas que acontece com todo mundo, não é algo específico assim.

Participante 1: na verdade as vivências que elas tiveram eu também tive né, o desconforto pra se apresentar, mas eu acho que pra mim ainda foi uma pouco mais suave, porque a gente acaba se impondo mais.. porque o nome é uma coisa tão relativa, já tá tão fixo pra gente que o nome social é esse o nosso que se chama pelo nome civil.. antigamente sim, antigamente eu me escondia muito, ou se chamasse eu tava na porta do médico, pra não chamar pelo nome.. agora eu me imponho, eu tenho uma forma física, consegui.. paguei pela cirurgia e tal, hoje eu tenho uma forma mais confortável de me apresentar e também não tenho mais medo do nome.. porque a minha forma física eu já estou me satisfazendo, e o acompanhamento hormonal também. Eu acho que no meio que a gente tá, tem que ver que existem pessoas e pessoas.. pessoas que não confiam nos profissionais de saúde, no despreparo dos profissionais de saúde também.. e existe pessoas que estão lá só pra conseguir a prescrição de hormônio. Usou o hormônio por conta própria por deficiência de profissionais. Existem ainda pessoas que procuram esse sistema que pra nós é um acolhimento pra nós mesmos, é um apoio pra nós. Existem pessoas LGBT também que não tem a mesma cabeça que nós temos e que só se aproveita da situação pra conseguir um medicamento mais fácil na farmácia, mas que não faz aquele processo que a gente busca né, que é a identificação daquilo que nós somos. E isso acaba.. por exemplo, a pesquisa de vocês, acaba..

Participante 4: acho que o que o [nome] falou bem relevante no sentido de rever a portaria, porque eu acho assim, o serviço tem que ser oferecido para as transexuais que estão engajadas em serem as trans de verdade.. é que na verdade é difícil de identificar. Por que aqui.. eu não sei como está agora, mas quando eu entrei eu já fui direto pra uma psicóloga, mas eu acho que tem que ter um acolhimento bem feito antes, você já consegue fazer uma triagem.. e conseguir colocar as pessoas.

Participante 3: a portaria do ministério mudou, porque antes eram só transexuais atendidas pelo processo transexualizador do SUS. Agora a portaria parece que mudou e ela contempla também, tratamento psicológico e hormonal para travestis. De certa maneira e acho uma evolução no sentido de atender a pessoa... atender dignamente essas pessoas que sempre foram marginalizadas. Nós transexuais sempre fomos marginalizadas, mas nós temos.. acho

que a gente carrega uma característica de lutadora, de vencer todo dia, matar um leão todo dia..

Participante 5: uma capacidade de se adaptar..

Coordenadora 2: eu tenho uma pergunta pra fazer pra vocês: vocês acham que nessa questão de vocês, nesse processo, que vocês tiveram bons profissionais que ajudaram ou que vocês foram batalhadores e batalhadoras pra persistir.

Participante 1: a segunda opção.

Coordenador 1: o que temos visto é que o profissional de saúde em grande parte são ensinados pelos usuários...

Participante 3: eu quero chamar dois pontos dentro dessa pesquisa que eu quero chamar mesmo, pra vocês prestarem atenção e levar isso realmente pro ministério. A primeira questão é do credenciamento dos profissionais. Eu vejo que muitas vezes são credenciados profissionais que se intitulam psicólogos, mas que não entendem nada de identidade trans, identidade gay e identidade lésbica.. Existem profissionais que vem se credenciar no serviço sabe pra quê? Pra converter os trans, pra modificar essa orientação porque essa orientação é errada. Isso aconteceu aqui. Eu não passei por esse atendimento, mas eu percebi nas conversas com os profissionais, eu identifiquei esse tipo de conduta de algumas profissionais. Uma já foi embora... isso acontece. Pra credenciar profissionais eles precisam ser comprovados, que tenham relação com o movimento.

Participante 4: nem que eles tenham uma credencial que diga que eles estudaram o assunto, de alguma forma..

Participante 3: em São Paulo eu tive uma situação parecida porque eu cheguei a denunciar uma psicóloga porque ela não tinha.. uma psicóloga olhar pra minha cara e dizer que eu não sou trans só porque eu continuo gostando de mulher? Dá licença.. outra questão que eu quero... que o ministério da saúde fique de olho aqui, porque se for pelo governo do Paraná o [nome do serviço] vai morrer.

Participante 4: eu acho que existe.. eu assim, sou muito leiga em todo esse trâmite, formal assim das coisas, dos procedimentos, mas independente, mas quando o serviço se institui e tem procura, acho difícil ele se extinguir.

Participante 3: posso terminar? Ele foi criado com a intenção eleitoreira e faz um ano, faz mais de um ano que eu acompanho aqui e eu não vi progresso. Nós continuamos com dois psicólogos, com um endócrino de vez em quando.. temos só um clínico geral, temos só um técnico de enfermagem, uma recepcionista e uma coordenadora. Só temos isso.. ainda não temos perspectiva.. a gente ainda não sabe se vai ser credenciado um urologista, pras trans mulheres, a gente não sabe se a farmácia vai oferecer medicação, nem pras mulheres nem pros homens trans. A gente não.. muito menos perspectiva de credenciamento de centro cirúrgico. Qual a perspectiva que a gente tem? Se o ministério da saúde não bater na porta desse governador, o [nome do serviço] vai morrer. O serviço vai se extinguir, a gente só vai ficar nessas migalhas. O serviço do [nome do serviço] o atendimento é bom, tudo é bom, mas.. coisa que os profissionais que estão aqui fornecem, mas nós não dependemos só disso. Se nós

dependemos de terapia hormonal externa, com recursos próprios, então nós também podemos pagar uma consulta particular e tentar uma receita especializada.

Coordenador 1: uma coisa que a gente tem visto e que vem sendo um problema... tudo bem que nem todo mundo que procura atendimento no ambulatório está desejando fazer a a cirurgia, mas algumas pessoas estão e a gente tem pouquíssimos hospitais credenciados no país.

Participante 4: isso precisa evoluir com mais rapidez.

Participante 3: eu acho que o sistema único tem que abrir, assim com diz a portaria do ministério da saúde. Todas as cidades de referência o Governo tem que criar o sistema.

Participante 4: eu acho que o ideal seria criar uma coordenadoria pra que as coisas funcionem..

conversas paralelas

Participante 4: isso a gente já conseguiu e isso também, pras coisas funcionarem.

Coordenador 1: existe, existe uma subsecretaria dentro do Ministério da Saúde, um departamento na verdade, o departamento de gestão participativa, que cuida do que a gente chama de políticas de equidade, as políticas de saúde voltadas para a população lgbt mas tem outras: população ribeirinha, população de rua. Então esse departamento cuida dessas políticas. Dentro desse departamento tem uma secretaria específica de população lgbt e um comitê técnico. Então existe essa estrutura e é dentro dessa estrutura que a pesquisa foi criada e encomendada, justamente para fazer o diagnóstico.

Participante 5: uma época já teve, hospital pra cirurgia aqui e eu não sei porque não continuou.

Participante 3: ainda estamos vinculados a hospitais universitários para a cirurgia e nós vamos ter que dar um basta nisso, porque o ministério vai ter que cuidar dessa parte e modificar isso. Nós não somos cobaias, já passou o tempo de ter cirurgia o suficiente para formar profissionais para nos operarem.

Coordenador 1: você tem que ir né? A gente já tinha combinado esse horário.. em uma palavra como foi para você participar dessa conversa?

Participante 4: estimulante.

Coordenador 1: essa é a pergunta que eu vou fazer para vocês também falar uma ou duas palavras, a gente pode fazer a rodada final. Assim, como foi para vocês fazer essa conversa? Posso fazer um desabafo final?

Participante 3: você só vai permitir uma palavra? (risos)

Coordenador 1: esse é o meu dilema na verdade, porque eu falei pra dividir, olha como é difícil, essa conversa rende demais, e não acaba muito e eu querendo ouvir todo mundo eu fico angustiada. Esse é o meu desabafo.

Participante 1: dentro da comunidade LGBT vocês da psicologia entendem qual a diferença entre o transgênero e as outras opções?

Coordenadora 2: porque a gente não encerra e ai faz essa conversa sobre a psicologia?

Coordenador 1: pode ser? A gente faz essa rodada pra encerrar e depois conversa disso.

Participante 5: para mim foi contagiante e bem explicativo.. eu achei bacana participar, sempre vivi num mundinho só meu, sempre vivi como a única da vila então.. eu sempre fui a única da li.. queria vir mais e mais vezes..

Participante 3: eu não gostei porque tem uma pessoa que fala demais por ai.. Eu gostei.. eu espero que tenha resultado, que o ministério dê ouvidos né. Quando a [nome] me mandou o folder eu achei interessante porque pelo menos a disposição de sermos ouvidos é interessante, então é sinal que alguém tem a pretensão de fazer alguma coisa ou de que alguém tem uma movimentação mais forte do que a gente aqui.. pelo menos pensou eu, quando há um movimento de buscar informações da população há uma organização mais forte. Eu espero que a gente modifique algumas coisas. A principal coisa é que tirasse desse critério hospital universitário, que parassem de usar nossa cirurgia como apenas como procedimento instrutor, essa questão de fazer uma cirurgia por mês em São Paulo. É frustrante, eu tô a quatro anos e meio lá.. a perspectiva é até 2023, porque até 2020 meu nome não consta nem na lista. A portaria do ministério diz que são dois anos..

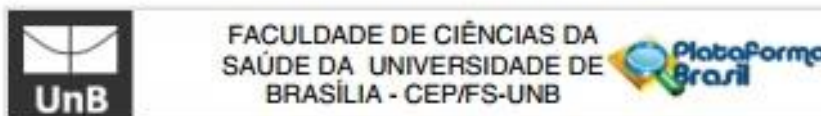
Participante 5: ainda colocam em reportagem que estão operando uma trans por dia.

Participante 3: isso é uma mentira, porque no Rio de Janeiro estavam operando esses tempos uma por semestre. Em São Paulo colocaram duas por mês, mas incluíram os procedimentos dos homens trans então nós mulheres trans ficamos com uma por mês. Já falei pra colocar nosso procedimento na fila única do SUS talvez seja mais rápido.

Participante 1: uma iniciativa boa, mas achei muito pouco tempo, muita coisa pra falar, pra mudar pra conscientizar.. bom é isso, ademais, ter um entendimento de quais são as classes e quando você senta com uma pessoa trans, não desmerecendo as outras, a gente tem um crescimento dentro de nós, o que somos é diferente de quem é homossexual, de quem é lésbica.. então a gente se transforma por dentro e por fora fica só aquela casca que é a operação.. é só isso, pelo menos pra mim.. eu sempre tive um entendimento de quem eu era desde criança. Quando começou a crescer meu cabelo eu fui lá e cortei com a tesoura. Minha mãe ficava louca. Minha mãe comprava um vestido eu ia lá e transformava, fazendo bermuda enfim. Foi uma construção e um entendimento de quem eu era desde criancinha, então minha psicologia foi se moldando, porque a gente precisa e um lugar pra se encaixar, porque a gente não se encaixa nem no meio homem nem no meio mulher, será que a gente não é de Deus, será que a gente tem algum desvio psicológico? E você pode conversar com cada um, a grande maioria são trans, tem um psicologia diferenciada e alguém que é lésbica e que é homossexual. Então a psicologia é muito diferente e a postura de se apresentar também é muito diferente. Então existe ainda, nesse meio lgbt um grande preconceito dentro do próprio preconceito.

ANEXOS

A - Carta do CONASEMS de aceite ao projeto



Continuação do Protocolo: 660.6/03

Vitória da Conquista, Recife; João Pessoa, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Teresina, Picos. No Centro-Oeste, Campo Grande, Brasília, Ceilândia, Taguatinga, Sobradinho, Goiânia. No Sudeste, Rio de Janeiro, São Paulo, São José do Rio Preto, Belo Horizonte, Uberlândia, Vitória. No Sul, Curitiba; Porto Alegre e Pelotas. A coleta dos dados será realizada por meio de um questionário eletrônico e entrevistas individuais semiestruturadas, a serem aplicadas com os gestores dos municípios, gerentes das Unidades Básicas de Saúde, profissionais das equipes de Saúde da Família, e ainda Grupos Focais com a População LGBT. A análise dos dados será mediada pelo uso dos softwares NVivo9 e Qualiquissoftware do Discurso do Sujeito Coletivo. A estimativa é de 100 participantes, incluindo a população LGBT, profissionais de saúde e gestores. O questionário eletrônico, a ser desenvolvido pelo Centro de Tecnologias Educacionais Interativas em Saúde (CENTEIAS), incluirá questões dirigidas aos gestores do SUS. As entrevistas individuais semiestruturadas, serão aplicadas aos gestores dos municípios, gerentes das Unidades Básicas de Saúde e profissionais das equipes de Saúde da Família. Os Grupos Focais (GF) serão realizados com a População LGBT, com roteiro próprio por grupo de população, e discussões registradas em meio eletrônico (áudio) e, posteriormente, transcritas. Cada grupo contará com uma participação média de seis participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Específicos:

- (1) Mapear as dimensões do acesso da população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais-LGBT nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.
- (2) Identificar e apreender as dimensões da qualidade da atenção integral nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.
- (3) Comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade identificados com as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT.
- (4) Identificar as estratégias e as redes para a atenção à saúde acessadas pela população LGBT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Embora a pesquisadora informe que não há riscos para os participantes de pesquisa, solicita-se

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3367-3799 E-mail: capla@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 663/2013

que verifique o item - Pendências – abaixo.

Benefícios:

Serão beneficiados, com este projeto de pesquisa, a população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e os gestores do Sistema Único de Saúde, no âmbito da implantação e institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dados de pesquisa podem identificar elementos relacionados funcionalmente a processos de sofrimento desta população, decorrentes de discriminação e preconceito, assim como, dados sobre como essas pessoas, cidadãos e cidadãs, promovem e produzem sua saúde e como os serviços de saúde da rede SUS integram este processo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram inseridos os seguintes documentos ao processo: (a) carta de encaminhamento da pesquisadora ao CEP-FS/UnB; (b) projeto de pesquisa com planilha de orçamento, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e cronograma; (c) Folha de Rosto, assinada pela Diretora da FS/UnB; (d) Termo de Concordância assinado pela Coordenadora de Atenção Básica de Formosa/GO e Gerente de Regional de Saúde do Norte de Formosa/GO; (e) Termo de Responsabilidade e Compromisso de Pesquisa, assinado pela pesquisadora; (f) TCLE; (g) Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa; (h) Lattes da pesquisadora responsável pela pesquisa e equipe.

Recomendações:

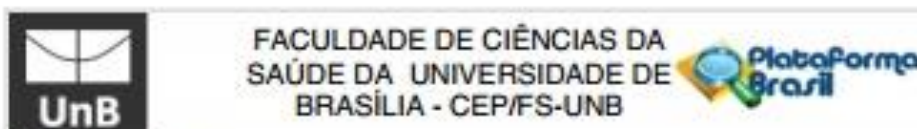
Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

(1) Solicita-se à pesquisadora que explicita os procedimentos a serem adotados caso as entrevistas, grupos focais ou questionários eletrônicos provoquem eventuais constrangimentos para os participantes de pesquisa.

Resposta: a pesquisadora esclarece que caso a aplicação do questionário provoque qualquer desconforto ou constrangimento ao participante de pesquisa, este será informado sobre a opção de não responder à respectiva questão, ou, ainda, sobre a possibilidade de desistir de participar da pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)2107-1947 Fax: (61)2007-3799 E-mail: ceps@unb.br



Continuação do Parecer: 663/Art3

(2) O cronograma da pesquisa requer atualizações.

Resposta: a pesquisadora providenciou a atualização.

(3) O projeto de pesquisa também foi submetido ao CEP-SES/DF, com os Termos de Concorrência das autoridades de saúde do DF?

Resposta: o projeto não foi submetido ao CEP-SES/DF. No entanto, será submetido à CONEP por se tratar de estudo multicêntrico.

(4) O TCLE deve incluir, além do telefone do CEP-FSA/UnB, o e-mail de contato do CEP.

Resposta: as alterações solicitadas foram efetuadas pela pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 19 de Maio de 2014

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cep@unb.br

B – oficina: Acesso e qualidade da atenção à população LGBT

Objetivo: identificar e refletir sobre o acesso da população LGBT aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida.

Participantes: 10 a 12 participantes de um dos diferentes segmentos da população LGBT

Tempo: aproximadamente 1h30

OFICINA

Apresentação (tempo aproximado de 15 minutos):

- Apresentar-se
- Agradecer a presença de todos
- Retomar os termos do TCLE (objetivo da pesquisa e condições de participação).
OBS: Caso não tenha sido feito no contato anterior com o participante, distribuir o TCLE, ler conjuntamente e pegar a assinatura
- Informar que vai ligar o gravador, após ter coletado TCLE e a ficha
- Distribuir crachás e canetinhas e pedir que anotem o nome
OBS: respeitar o nome social das pessoas
OBS: fazer cada uma dessas ações antes de prosseguir para a seguinte.
- Fazer o contrato: objetivo, duração, ir ao banheiro, desligar celular, importância da participação, não há certo ou errado, importância da conversa entre todos, falar um de cada vez, respeito mútuo, sigilo entre as pessoas sobre o que vão conversar ali, e perguntar se tem mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma conversa produtiva

Aquecimento inespecífico (tempo aproximado de 5 minutos):

Pedir aos participantes que se apresentem, um de cada vez, falando 3 coisas:

- 1) o próprio nome
- 2) uma qualidade pessoal que se inicia com a primeira letra do seu nome (ex: Ana Alegre, Beatriz Bela, Carlos Corajoso, etc), ou o mais próximo possível. Para quem tiver nomes com letras que não combinam com alguma característica, pode simplesmente falar a característica

mais marcante que tiver. Contudo, de preferência, uma característica com a primeira letra do nome.

3) e completando a seguinte sentença (de acordo com a orientação sexual/identidade de gênero do grupo da oficina): Exemplos: (no grupo com gays) “Para mim, ser gay é...”; ou (no grupo com lésbicas) “Para mim, ser lésbica é...”, ou (assim, sucessivamente) “Para mim, ser bissexual é...”, ou “Para mim, ser travesti é...”, ou “Para mim, ser mulher transexual é...”, ou “Para mim, ser homem transexual é...”

- Após explicar, dar um exemplo: “Eu sou Gilberto, sou guerreiro e pra mim ser gay é amar os homens”
- Após dar a instrução, perguntar quem quer começar.
- Seguir, até todos se apresentarem.

Aquecimento específico (tempo aproximado de 10 minutos):

- Orientar os participantes que vão conversar sobre ir ao serviço de saúde, os motivos de ir, o que acham do serviço prestado.
- Instruir que todos fiquem em pé e à medida que você ler algumas frases eles devem ir para um dos locais, conforme sua opinião pessoal de Concordo, Discordo, Tenho Dúvidas.
- Colocar, um ao lado do outro, no chão, os cartazes Concordo, Discordo, Tenho Dúvidas.

OBS: Cuidar para que façam isso de forma calma. Se estiverem correndo, muito agitados, pedir para fazerem com calma, reflexivamente. É importante que seja feita de forma calma para não ter uma quebra no ritmo com o próximo exercício.

OBS: Evitar posicionar os cartazes no chão ao mesmo tempo que faz a explicação do exercício para que não haja dispersão dos participantes e cause dúvidas.

OBS: Para fins da pesquisa, deve-se anotar para saber quantos ficam em cada item. Um dos coordenadores fica responsável por anotar na tabela, enquanto o outro conduz o exercício com a leitura das frases.

Tabela para anotação de quantas pessoas se posicionam em cada opção a cada questão.

Questão	Concordo	Discordo	Tenho Dúvida
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

- Fazer um exercício como exemplo:

Leia “Adoro rapadura” e pedir para que eles se desloquem para o local do Concordo, ou Discordo, ou Tenho Dúvidas

- Se todos tiverem entendido, passar para a leitura das outras frases.

OBS: à medida que lê cada frase e eles se deslocam, peça para que se olhem entre si e vão vendo os “resultados” de cada frase, ou seja, quantos e quem está em cada grupo. Isso vai gerando proximidade no grupo e fomentado reflexões sobre quem são eles e o que pensam.

Lista das frases a serem lidas:

14. Eu cuido bem da minha saúde.
15. Eu converso com outras pessoas sobre questões de saúde.
16. Sempre que preciso procuro o serviço de saúde.
17. Os profissionais de saúde são as pessoas que melhor podem cuidar da minha saúde.
18. Na minha opinião, os serviços de saúde estão preparados para me atender.

19. A identidade de gênero/orientação sexual* do paciente influencia no atendimento em saúde.
20. Eu sempre conto aos profissionais de saúde sobre minha identidade de gênero/orientação sexual*.
21. Geralmente tenho que explicar aos profissionais de saúde sobre minha identidade de gênero/orientação sexual*.
22. Sempre sou bem atendido no serviço de saúde.
23. Geralmente encontro respostas para as minhas questões quando vou ao serviço de saúde.
24. Acho fácil me locomover (andar, pegar ônibus, pegar carro) e chegar no serviço de saúde.
25. O horário de funcionamento do serviço de saúde é bom para mim.
26. Penso que devo ser atendido(a) nos mesmos locais que o resto da população.

*Importante: Quando a oficina for de mulheres transexuais, homens transexuais e travestis, utilizar o termo “identidade de gênero”. Quando a oficina for de gays, lésbicas e bissexuais, utilizar o termo “orientação sexual”.

- Após a leitura de cada uma das frases, solicitar que todos andem pela sala, se olhem, vão conversando e acabem por escolher alguém para montar uma dupla para o próximo exercício, em que terão que conversar sobre saúde.

OBS: caso haja um número ímpar de participantes, formar um trio.

- Checar se as duplas foram formadas e pedir para que se sentem em círculo novamente, no mesmo lugar que estavam antes.

OBS: é importante que se sentem nos lugares que estavam antes do exercício para, potencialmente, as duplas se sentarem separadas. Isso evitaria um contexto de muita proximidade que poderia dificultar o exercício da lembrança.

Desenvolvimento (tempo aproximado de 30 minutos):

- Pedir que todos respirem calmamente e profundamente por três vezes.

OBS: se estiverem agitados, pedir para respirarem mais vezes até se acalmarem.

- Contar aos participantes que esse exercício se chama “Um atendimento marcante em saúde”. Solicitar a eles que adotem uma postura confortável na cadeira, abaixem a cabeça, e façam esse exercício de lembrança:

Pedir que todos encostem as costas na cadeira, tenham braços/mãos sobre as pernas, pernas descruzadas e com os pés no chão, em paralelo, e a cabeça abaixada. Não é necessário fechar os olhos. Cheque se estão todos nessa posição. Caso alguém não esteja, repita essa instrução para todos os participantes.

- Depois de todos estarem numa posição adequada, leia lentamente, com pausas, o trecho abaixo:

OBS: A leitura deve ser feita de modo a ajudar o grupo a ir se lembrando de situações. À medida que se lê, os participantes imaginam. O ritmo deve estar adequado a esse objetivo.

“Em nossa sociedade, desde que nascemos vamos ao serviço de saúde, ao médico, por diferentes razões. Às vezes, nos levaram, outras vezes, nós decidimos ir. Assim, quando nos sentimos com algum problema de saúde, procuramos os serviços de saúde. Lembre-se das vezes que isso ocorreu e que você foi ao serviço de saúde (aguardar um pouco). Quando foi? (aguardar um pouco) Por que foi? (aguardar um pouco) Lembre de uma situação (aguardar um pouco). Agora, lembre de outra (aguardar um pouco). Agora, escolha uma dessas situações que ficou marcada na sua memória (aguardar um pouco). Por que ela ficou marcada? (aguardar um pouco) O que ocorreu? (aguardar um pouco) Quem estava presente? (aguardar um pouco) O que você fez? (aguardar um pouco) E os outros, o que fizeram? (aguardar um pouco) Como você se sentiu? (aguardar um pouco) Era o que esperava do serviço de saúde? (aguardar um pouco) Por que? (aguardar um pouco) Se não foi o que esperava, como gostaria que fosse? (aguardar um pouco). Agora, aos poucos, no seu ritmo, volte aqui para a sala”

- Pedir ao grupo: “Agora, calmamente, junte-se à sua dupla, sente-se ao lado dela, e conte o que ocorreu com você. Conte apenas o que você se sentir confortável”.
- Dar 10 minutos para que conversem.

OBS: Esse exercício pode trazer algumas lembranças desconfortáveis para algum participante, o que é esperado quando conversamos sobre saúde e doença. Eventualmente, apesar de pouco provável dado o contexto da pesquisa, isso pode gerar algumas emoções a mais. Caso a pessoa esteja sob controle (ou seja, são apenas algumas lágrimas mas ela está conversando com o outro), não é preciso fazer nada. Caso alguém se emocione um pouco mais (não consiga estar nem conversando com o outro), é importante que um dos coordenadores se aproxime da pessoa, e pergunte se ela precisa de alguma ajuda. Tipicamente, ela contará a situação promotora do desconforto. O fato de ser ouvida já promove o acolhimento suficiente para que se possa continuar o exercício. Então, é possível convidar a dupla para contar sobre a lembrança dela.

- Checar se terminaram e fazer um novo pedido.
- Entregar uma folha a cada dupla e solicitar: “Baseado nas experiências de vocês, escrevam algumas dicas para os profissionais de saúde fazerem um bom atendimento com as mulheres transexuais” (modificar de acordo com segmento que está participando da oficina.)
- Dar 10 minutos para que cada a dupla faça sua lista.

OBS: a lista deve conter sugestões dos dois membros da dupla. Elas não precisam ser consensuais. O importante é a riqueza e a variedade das dicas.
- Pedir a todos que coletem na parede essas dicas.
- Após todos terem colado as dicas na parede, convidar para que todos visitem e leiam o painel de dicas, em silêncio.

Comentários (tempo aproximado de 30 minutos):

- Abrir os comentários, perguntando o que os tocou durante a oficina.

OBS: Sempre chamar as pessoas pelo nome que consta no crachá.
- Explorar as observações dos participantes.

OBS: Sequencialmente, procure: 1) ouvir alguns participantes sobre o que os tocou; 2) identificar temas que se repetem nas falas desses participantes; 3) fazer perguntas sobre esses temas; 4) convocar os participantes a opinarem sobre esses temas; 5) encerrar a conversa, resumindo os temas mais debatidos.

- Ao final, agradecer a participação de todos.
- Apenas após esse encerramento, desligar o gravador.
- Após terminar a oficina, recolher e guardar todas as listas afixadas na parede. Eles serão material a ser analisado.

C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: Análise do acesso e da qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT no SUS, a ser realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP/CEAM/UnB, em rede de parceiros com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia, Universidade de São Paulo, Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro, financiada pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS).

O objetivo da pesquisa é analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS).

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer deste procedimento e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um grupo em formato de oficina que será gravado e posteriormente transcrito. O procedimento tem um tempo estimado para sua realização previsto em 2 horas.

Informamos que você pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Ministério da Saúde (MS) e na Universidade de Brasília (UnB) e demais instituições parceiras, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados ficarão sobre a guarda da pesquisadora responsável.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entrar em contato com o NESP/UnB em horário comercial, no período de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00, ou ainda com a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone (61) 3340-6863, no horário das 8 às 12 e das 14 às 18h.

Nome do participante / assinatura

Nome pesquisador / assinatura

_____, ____ de _____ de _____