

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**Arthur de Paula Ribeiro**

**O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: REPERTÓRIOS DE VIOLÊNCIAS DE  
ACESSO PERPETRADAS À POPULAÇÃO LGBTQIA+ E AOS TRABALHADORES DA  
SAÚDE**

Juiz de Fora

2025

**Arthur de Paula Ribeiro**

**O acolhimento na Atenção Básica: repertórios de violências de acesso perpetradas à  
população LGBTQIA+ e aos trabalhadores da saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profª. Dra. Juliana Perucchi.

Juiz de Fora

2025

de Paula Ribeiro, Arthur.

O acolhimento na Atenção Básica : Repertórios de violências de acesso perpetradas à população LGBTQIA+ e aos trabalhadores da saúde / Arthur de Paula Ribeiro. -- 2025.

150 f.

Orientadora: Juliana Perucchi

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

1. Atenção Básica. 2. Saúde Pública. 3. População LGBT. 4. LGBTfobia. 5. Acolhimento. I. Perucchi, Juliana, orient. II. Título.

**Arthur de Paula Ribeiro**

**O acolhimento na Atenção Básica: repertórios de violências de acesso perpetradas à população LGBTQIA+ e aos trabalhadores da saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Juliana Perucchi (Presidente)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos (Titular interna)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Brune Coelho Brandão (Titular externa)  
Universidade Salgado de Oliveira

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia Lima (Suplente externa)  
Universidade Federal do Pará

---

Prof. Dr. Anderson Ferrari (Suplente interno)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho aos meus pais, aos meus amigos e amigas — essas bixas todas. É para vocês que eu sempre retorno. Sem esse amor gracioso — e incisivo, quando eu mais precisei — eu não estaria aqui.

## AGRADECIMENTOS

É curioso como aprendemos, desde muito cedo, a incluir a palavra “obrigado” em nosso vocabulário. Muitas vezes, eu diria, de modo irrestrito e quase que automático. Repetimos esse vocábulo com tamanha frequência que o significado e a potência por trás do gesto se perdem; nos escapam com a mesma facilidade com a qual o repetimos e repetimos, sem pensar, em tantas oportunidades. Que eu possa, com toda a honestidade que me couber, fazer neste momento aquele em que coloco como prioridade toda a minha gratidão. Me permitam, então, repetir “obrigado” mais algumas vezes.

Obrigado aos meus pais, Regina Márcia de Paula Ribeiro e José Antônio Ribeiro, pela melhor coisa que poderiam ter feito por mim: vocês existem. A dádiva, a sorte e a alegria de ser filho de vocês, crescendo nesse lar regado de amor, é algo que eu jamais poderei retribuir com a devida importância que eu sinto que vocês merecem. Minha jornada é também por vocês. Amo-os do modo mais verdadeiro possível — com tudo o que há de bonito e complexo no ato de amar.

Obrigado a toda a minha família extensa, desde meus avós a meus primos e minhas primas, minhas tias e meu tio. Você們 deixaram um pouquinho de cada um transbordar em mim, transformando-me no que sou hoje. Todas as brincadeiras no quintal, todas as partidas de *videogame*, as confidências trocadas e as festas que celebramos e celebraremos. Ter vocês como referencial e inspiração está entre as coisas mais incríveis que me aconteceram e acontecem, diariamente.

Obrigado aos meus amigos que, por algum feliz acidente do destino, me fizeram privilegiado de poder contar com colos fraternos tão necessários. Enche-me de alegria poder olhar ao meu redor e enxergá-los — mesmo que vocês estejam espalhados pelos quatro cantos do país. Quero agradecer à Tatiany Melo, Gabriel Motta, Daniel Guichard, Raquel Rocha: vocês, mais do que ninguém, souberam me dizer “sim” quando nem era necessário; “não” quando eu precisei parar um pouco e respirar; acima de tudo, vocês permaneceram para poder me ouvir quando achei que eu não tinha mais voz pra dizer qualquer coisa que fosse.

Obrigado aos meus professores! Todos vocês, do maternal à pós-graduação, apontaram caminhos para o mistério que é se propor compartilhar o conhecimento. Nos momentos mais fascinantes, foram vocês que me mostraram que a pedra angular desta prática está no dom de saber que, na verdade, pouco sabemos... e, ainda assim, muito me ensinaram. Cito, sobretudo, os queridos Leonardo Martins e Taisa Serpa, que me provaram que, para ensinar verdadeiramente, é preciso sempre estar disposto a aprender com todos e todas que se dispõem

a nos ouvir; que eu possa sempre me recordar dos valores que vocês tão solidariamente compartilharam comigo dentro e fora da sala de aula.

Obrigado aos colegas de pós-graduação que, mais do que ninguém, sabem de todas as aflições e euforias de estar aqui. Esse fazer científico e essa construção de sujeitos são, sobretudo, jornadas coletivas. Cada segundo de troca com vocês foi, e é, primordial. Em especial, um sonoro — mas cuidadoso, como elas sempre foram — “obrigado!” para Caroline Nazar, Taynara Batista e Fernanda Zeloschi. Minha mais honesta e gigantesca gratidão aos estagiários e estagiárias do Núcleo de Pesquisa em Processos Psicossociais em Saúde da UFJF: Eduarda, Júlio, Wesley, Amanda e Júlia, saibam que sem a dedicação de vocês este processo seria duplamente (ainda) mais árduo.

Obrigado aos trabalhadores e às trabalhadoras da saúde por me receberem tão bem em seus espaços de trabalho; por pararem durante alguns minutos preciosos, dentro das rotinas tão turbulentas, para poder dialogar. Para tentar entender um pouco mais de aspectos que nos parecem tão naturalizados. Minha admiração pela garra diária, e por toda a sabedoria compartilhada.

Obrigado à Tallýz Mann Pereira e Sofia Favero, cujas palavras articulam-se tão bem quanto se propõem a destruir tudo aquilo que se nomeia enquanto *indestrutível*. Em seus escritos, pude encontrar forças de me arriscar em meus próprios achados. Agradeço, sobretudo, pela possibilidade de convocar lentes teóricas muito mais *monstruosas* para dar conta desta tarefa titânica que é se aventurar no mundo da pesquisa.

Obrigado à minha orientadora, Juliana Perucchi, por me lembrar que é possível ter calma até mesmo nos momentos mais virulentos. Você ter topado acreditar em mim, e investir nessa empreitada, me faz esperar com uma boa dose de entusiasmo (e baixando a ansiedade, sempre que possível) por todas as portas que prometem se abrir daqui pra frente.

Obrigado ao Jerfferson Madeira, meu namorado e amigo, parceiro e cúmplice, por construir um amor que é tão nosso — e vital para toda essa aventura acadêmica, às vezes tão dura. Você me inspira e me reconecta com partes de mim que eu às vezes tendo a esquecer. Seu carinho, paciência e ternura estão sempre comigo.

Obrigado às divas pop, ao cinema e à literatura de ficção que, nos momentos em que eu fraquejava e me via cambaleando sem saber muito para onde ir, acenavam caminhos recheados de beleza e assombro; foram injeções de fantasia, funcionando como antídotos à dureza da realidade.

Por último, mas definitivamente não menos importante, desejo escrever sem qualquer dose de ironia que o “obrigado” que talvez mais tenha me custado a aprender a proferir vai para

você, Arthur de Paula Ribeiro. Para mim. Obrigado por não recuar mesmo quando houve tanta dor (você sabe quais); obrigado por persistir e insistir em se reconectar consigo e sonhar em ser o mais “você” que você pôde ser (afinal, sabes quem és); obrigado por ser irritantemente cheio de convicções e por acreditar que há beleza até mesmo nos mais feios dos machucados. Obrigado por se perdoar. Obrigado por chegar até aqui — e boa sorte com tudo aquilo que virá!

O temor pelo sangue tende a evocar o temor pela carne.

*Silent Hill (1999).*

## RESUMO

Esta pesquisa investiga os desafios enfrentados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no atendimento à população LGBTQIA+ em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Juiz de Fora, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa, de caráter qualitativo e exploratório, utiliza uma metodologia inspirada na etnografia, tomando como bases — epistêmicas e metodológicas — a (auto)bixar-grafia, como proposta por Tales/Tallýz Mann Pereira, e os saberes localizados na perspectiva de Donna Haraway. A discussão adota, também, a psicologia suja e a ética *pajubariana* de Favero, trazendo à tona as subjetividades tanto dos entrevistados quanto do pesquisador. As perspectivas da psicologia crítica e interseccional de Nogueira e Butler fornecem-nos apporte para o aprofundamento do debate. O foco central está em como as violências estruturais e culturais que afetam a saúde pública brasileira impactam diretamente o atendimento e, por consequência, o acesso da população LGBTQIA+ aos espaços de saúde. A precarização do SUS, agravada pelo sucateamento e pelo negacionismo político, compromete a qualidade da Atenção Básica (AB) e dificulta a implementação efetiva de políticas de saúde equitativas, como a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais (PNSILGBT). A análise baseia-se nas entrevistas realizadas com profissionais de saúde das UBSs, investigando como estes desafios interferem no acolhimento e no suporte oferecidos à população LGBTQIA+, considerada vulnerável devido a múltiplas formas de violência que perpassam tanto o nível individual quanto o institucional. Além disso, este trabalho incorpora uma reflexão crítica sobre o papel do pesquisador na produção de conhecimento, utilizando metodologias e arcabouços teóricos advindos das teorias *queer* que articulam experiências pessoais com o processo investigativo. Essa construção epistemológica é informada por estas metodologias, valorizando a produção de conhecimento a partir de referências que atravessam as subjetividades LGBTQIA+. O estudo também faz uso da análise do discurso foucaultiana para entender como as normatividades e os regimes de poder são reproduzidos ou contestados no cotidiano das práticas de saúde. Os achados desta pesquisa evidenciam que pessoas LGBTQIA+ em Juiz de Fora seguem enfrentando barreiras no acesso à saúde, marcadas por preconceito, desigualdade e ausência de políticas atualizadas. Também se identificou a precarização das condições de trabalho das equipes, o que impacta diretamente no cuidado oferecido. Por outro lado, práticas de acolhimento mostraram-se caminhos potentes para resistência e transformação no cotidiano dos serviços.

**Palavras-chave:** Atenção Básica; saúde pública; população LGBT; LGBTfobia; acolhimento.

## ABSTRACT

This research investigates the challenges faced by Family Health Strategy (ESF) teams in providing care to the LGBTQIA+ population in Primary Healthcare Units (UBS) in Juiz de Fora, within the context of the Brazilian Unified Health System (SUS). The study, qualitative and exploratory in nature, employs a methodology inspired by ethnography, taking as its epistemic and methodological bases the (auto)bizar-grafia, as proposed by Tales/Tallýz Mann Pereira, and situated knowledges in the perspective of Donna Haraway. The discussion also adopts Favero's "dirty psychology" and pajubariana ethics, bringing to light the subjectivities of both the interviewees and the researcher. The perspectives of critical and intersectional psychology, as developed by Nogueira and Butler, provide theoretical support for deepening the debate. The central focus lies on how structural and cultural forms of violence that affect Brazilian public healthcare directly impact the quality of care and, consequently, the access of the LGBTQIA+ population to health services. The precarization of SUS, aggravated by underfunding and political denialism, undermines the quality of Primary Care (AB) and hinders the effective implementation of equitable health policies, such as the National Humanization Policy for Care and Management in the Unified Health System (PNH) and the National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Travestis, and Transsexuals (PNSILGBT). The analysis is based on interviews with healthcare professionals from UBSs, examining how these challenges interfere with the welcoming and support offered to the LGBTQIA+ population, considered vulnerable due to multiple forms of violence that operate both at the individual and institutional levels. In addition, this work incorporates a critical reflection on the role of the researcher in the production of knowledge, employing methodologies and theoretical frameworks drawn from *queer* theories that articulate personal experiences with the investigative process. This epistemological construction is informed by these methodologies, valuing the production of knowledge from references that intersect LGBTQIA+ subjectivities. The study also employs Foucauldian discourse analysis to understand how norms and regimes of power are reproduced or contested in the daily practices of healthcare. The findings of this research show that LGBTQIA+ people in Juiz de Fora continue to face barriers in accessing healthcare, marked by prejudice, inequality, and the absence of updated policies. The study also identified the precarization of working conditions among healthcare teams, which directly impacts the care provided. On the other hand, practices of welcoming and reception proved to be powerful pathways for resistance and transformation in the everyday life of healthcare services.

**Keywords:** Primary care; public health; LGBT; LGBTphobia; user embracement.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

SUS	Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde
AB	Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, <i>Queer</i> , Intersexuais, Assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes
PNDH	Plano Nacional de Direitos Humanos
BSH	Brasil Sem Homofobia
PNCDH-LGBT	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
ESF	Estratégia Saúde da Família
CNCD/LGBT	Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
HIV/AIDS	Do inglês, <i>human immunodeficiency virus</i> e <i>acquired immunodeficiency syndrome</i>
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
PJF	Prefeitura de Juiz de Fora
ACS	Agente Comunitária de Saúde
AD	Análise do discurso

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS .....	5
RESUMO.....	8
ABSTRACT .....	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	10
SUMÁRIO.....	11
<b>1 INTRODUÇÃO — ou leia-se: convite ao deslocamento, volume 1: REVISÃO DE LITERATURA POR (IN)CONVENIÊNCIA .....</b>	<b>14</b>
1.1 MISTÉRIOS DA CARNE .....	14
1.2 O LAMAÇAL .....	19
1.4 EQUIDADE: POR ONDE ANDA?.....	41
1.5 A DIFERENÇA QUE SE INSCREVE NA CARNE .....	49
1.6 PARA ALÉM DE UM DESMONTE: A <i>PRODUÇÃO DELIBERADA DE ATAQUES</i> .....	55
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>62</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	62
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	62
<b>3 QUEM TEM MEDO DA METODOLOGIA?.....</b>	<b>62</b>
3.1 O LABIRINTO TEÓRICO .....	64
3.2 UM MAPA PARA AS ESTRELAS: OS CAMINHOS DA PRODUÇÃO DOS DADOS DE PESQUISA.....	70
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE FONTES DE PESQUISA: DELIMITAÇÕES POSSÍVEIS.....	73
<b>4. <i>SCIENTIA SEXUALIS RENOVATUR</i>: ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS.....</b>	<b>76</b>
4.1 A ANÁLISE DO DISCURSO FOUCAULTIANA .....	76

<b>4.1.1 Os enunciados e seus campos de associação .....</b>	<b>80</b>
<b>4.1.2 O paradoxo do acolhimento: o dispositivo da PNH subjetivado às práticas individualizadas .....</b>	<b>82</b>
<b>4.1.3 “A gente não consegue parar para escutar o paciente, perguntar o problema dele”: entre o estigma e a invisibilização .....</b>	<b>91</b>
<b>4.1.4 Mecanismos de construção da abjeção .....</b>	<b>99</b>
<b>4.1.5 “A gente age normal com eles, igual eles agem com a gente. Não vejo diferença, entendeu?”: a sexualidade em pauta .....</b>	<b>112</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>128</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE DADOS: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>146</b>
<b>ANEXO A – Declaração de concordância e infraestrutura da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora .....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO B – PARERCER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>148</b>

## 1 INTRODUÇÃO — OU LEIA-SE: CONVITE AO DESLOCAMENTO, VOLUME 1: REVISÃO DE LITERATURA POR (IN)CONVENIÊNCIA

### 1.1 MISTÉRIOS DA CARNE

A visão é sempre uma questão do poder de ver — e talvez da violência implícita em nossas práticas de visualização. Com o sangue de quem foram feitos os meus olhos? (Haraway, 2009a, p. 25)

A cena já não me é muito vívida. Talvez, por isso mesmo, me chame tanta atenção. Sinto que uma série de mecanismos inconscientes (internos, emocionais, espirituais, subjetivos: chamem do que quiserem, sobre quaisquer termos psicologizantes intransitivos diretos) atuaram para que a memória fosse incorporada a todas as outras cadeias de significantes e vivências por mim produzidas para que, ao fim do dia, fosse “só mais uma”. Nada de mais. “Nada aqui, pode ir embora!”.

Mas há, não há? Há algo ali. Retomemos. O caminho para a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de minha casa, situada no Bairro Industrial (Zona Norte do município, onde sempre vivi), me é tão habitual e familiar que eu poderia, facilmente, utilizar o termo “instintivo”. Idas regulares para, assiduamente, durante minha própria infância, participar das campanhas de vacinação — quando, ainda muito pequeno, era sempre levado por mamãe. Um lugar de muito “chororô”: cacofonia de lágrimas, principalmente, das crianças (mais) pequenas que sempre preenchiam o ambiente com a agudeza de seus lamentos, tão sentidos, a cada picada de agulha. Eu, com toda certeza, já fui uma delas.

Essa memória, contudo, não se trata de um desdobramento infantil (ainda que a psicanálise nos relembrre que, de certo modo, tudo seja fundamentalmente infantil — sendo nossas vivências uma expressão contundente de uma realidade psíquica que se molda, principalmente, pela infância) (Tanus e Berliner, 2021). É mais tardia em minha trajetória, e surge no início da minha vida adulta. Jovem adulto, mais precisamente. E aqui abriremos longos parêntesis que não serão demarcados por uma grafia usual evidenciada na simbologia “()”: encarem como um parêntese metafórico que permeia, envolve e enlaça toda a dissertação. São os parêntesis, e tudo dentro deles (e nos limites de suas bordas), que colorem a minha produção científica e o meu fazer-tornar-se sujeito. Esses parênteses em elipse tratam da certeza avassaladora e constitutiva de que, ao ter a realização do fato de que aos poucos eu entrava no período de abandonar a adolescência, ao mesmo tempo eu também adquiria a certeza de que eu era bixa. Ainda que o termo “bixa” possa localizar-se num devir de certa breguice no olhar de muitas e muitos, é para ele que corro quando abraço muito daquilo que me torna este Arthur;

que faz muito disso vir a ser. Reparem: tal fato constitutivo, em uma versão anterior destas escrituras que aqui entalho, constava apenas como nota de rodapé. Agora, faço dessa constituição de sujeito o pontapé epistemológico para o (auto)bixar-grafar (Pereira, 2023).

“Aterrorizante” é um significante que, do ponto de vista foucaultiano, não dá conta do profundo assombro que é se ver atracado à abjeção. Se o significante evidencia parte das relações, e estas tornam-se significantemente verticalizadas — passando a vigorar de maneiras mais importantes, sujeitas a análises a respeito das dinâmicas de poder e dominação que se configuram ali (Foucault, 2008) —, então a minha sorte já estava lançada e o “destino” já se instituía: estaria fadado ao fracasso, deixado para prescrever nas entrelinhas como mais um rejeitado pela família católica apostólica romana; se passasse dos 50 (com muita sorte), certamente, teria em mim a marca da soropositividade que, de certo, é “o único” caminho possível para “passivas desavergonhadas que gostam de dar o rabo sem qualquer critério ou decência”. Moralidade bestializada e indigna. O assombro de todas as retóricas absorvidas diligentemente. Criança dos anos 90, viado dos anos 2000, bixa de todas as eras.

E é com isso tudo que se entra, em todo espaço que se vai. A bixa — eu, e apostaria que tantas outras somente nesta rua, onde estou neste minuto, digitando estas palavras — que estuda, que trabalha... a bixa que procura atendimento no postinho de saúde mais próximo possível; é com essa materialidade, inscrita na carne advinda dos referentes que se simbolizaram no próprio corpo (Foucault, 2008), que se chega no acolhimento. Sendo com essa materialidade bruta e tatuada por cada poro que, em alguma tarde daquele início de jovem-aduldez, busquei acolhimento, de fato, na Unidade Básica de Saúde situada no meu bairro, na minha comunidade.

Circunscrevo aqui tal experiência como ponto de partida para a reflexividade proposta por Neves e Nogueira (2005), e autorizo (engraçado: como se eu precisasse; a reverberação está posta, em cena) que ela se imbua em toda esta dissertação como forma de localizar-me. Na UBS, atendido num primeiro momento por profissionais do serviço social, me recordo de queixar-me, naquela circunstância, acerca de algo possivelmente relacionado à minha sexualidade; um desconforto oriundo de uma IST — infecção sexualmente transmissível (na minha cabeça, decerto, a primeira e única opção diagnóstica)? Sintomas de conversão de ordem absolutamente ansiosa? “As cartas estavam na mesa e eu, vidente desesperado, revirava cada uma delas buscando pela resposta mais apropriada para meus anseios”, pensava, em devaneio.

E, ali, o acolhimento se iniciava enquanto dispositivo pautado pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, que, de forma ousada e, arriscaria dizer, precursora, aponta para uma política de assistência em saúde que priorize também a instituição de procedimentos colaborativos e coletivos que desmantelam

determinadas relações de poder produtoras de desumanização (Ministério da Saúde, 2013a). O fato é que, como nos relembra Foucault (2008), as relações de poder se emaranham no cotidiano e por toda parte; se fazem notar e forjam condições de existência dos sujeitos de modos não necessariamente explícitos (apesar de, muitas vezes, o serem). Naquele dia, na recepção da UBS, num primeiro momento, o que se forjou foi um tratado de “não anuência”; percebam que não estou antagonizando trabalhadores e trabalhadoras e sim reconhecendo, em retrospecto, que minhas angústias e meus questionamentos, completamente relacionados ao meu lugar no mundo — bixa, viado, “passiva” (“agressiva!”, diriam alguns de meus amigos mais íntimos) —, foram sumariamente colocados em segundo plano. “Alguma virose ou ansiedade”? Chama o médico. “Aguarda um pouco, você será chamado”. Serei chamado? Quem será chamado, e para quê?

Pode parecer um grande exagero perceber o não-acolhimento como uma primeira instância de violência de acesso — as quais, para os propósitos deste trabalho, definiremos como o termo designado para tratar dos registros de violência que impedem o acesso de direitos humanos básicos (Paredes, Cesar & Azevedo, 2024), como o próprio o direito à saúde. Tais autores e autoras ainda nos chamam atenção quanto ao entendimento de que a violência não pode ser percebida singularmente dentro do olhar estereotipado do flagelo físico; tendo a concordar, e não apenas do ponto de vista do sujeito pesquisador que aqui redige um relato de investigação a partir de experiências múltiplas, mas também como alguém que, sumariamente, vivenciou tais experiências em sua própria história.

A ausência do acolhimento, enquanto dispositivo sistematizado e operacionalizado de acordo com as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização, representa, de antemão, esta violência que aqui caracterizo: a negação daquele e daquela que se apresentam, então, como um "outro" — somada a ausência de uma promoção de saúde articulada que vise a integrar as tecnologias disponibilizadas pelo equipamento ao fator humano (o vínculo, sobretudo) (Pelisoli, Sacco, Barbosa, Pereira & Ceconello, 2014). É exatamente isso que descrevo aqui enquanto possibilidade de violência: não houve escuta, sequer houver qualquer relacionamento. O que se deu foi, de fato, o encaminhar para o campo de uma questão biomédica e nada mais me foi perguntado. Outras possibilidades não foram conjuradas; não fui visto sob qualquer ótica. Qual ponte entre tecnologia e relacionamento humanizado teria se efetivado, ali? O que fica é o evidenciado por pesquisas como a de Pelisoli et al. (2014), que já apontavam, mais de dez anos atrás, o essencialismo médico-centrado das relações pautadas nos espaços de saúde, principalmente no âmbito da atenção básica nos momentos de acolhimento. O essencialismo leva à invisibilização que, por sua vez, respalda processos que apagam os

sujeitos e suas especificidades em saúde: essa é a violência de acesso. Afinal, enquanto dispositivo, Pelisoli et al. (2014) apontam que o acolhimento deve, no momento em que ocorre, incluir

o atender, o responder, o personalizar, o orientar, o envolver-se, o explorar, o compreender e o agir. Quando eficaz, o encontro entre profissional e usuário é capaz de proporcionar o estabelecimento de uma relação de ajuda, na qual são mapeadas as demandas e as expectativas deste último. (Pelisoli et al., 2014, p. 227)

Entendidos quanto ao uso do termo violência de acesso, proponho alguns questionamentos: como essas violências continuam se perpetuando nos espaços de saúde? Por quais vias elas ocorrem e quais mecanismos/aparatos perpetuam a sua manutenção? Quais demandas estão propositadamente *aparecendo* e quais deixam fazê-lo? Afinal, como se dá o acolhimento, na perspectiva deste enquanto dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH)? Para dar lastro à discussão, entendo que precisamos ir além. E, para ir além, é preciso retomar: a própria HumanizaSUS nos alerta para a compreensão das dinâmicas entre usuários e usuárias, trabalhadoras e trabalhadores, equipes e territórios como uma forma de implementar “planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde” (Ministério da Saúde, 2013a). Logo, humanizar é também incluir as diferenças no ato de cuidar. Incluir as diferenças no ato de cuidar é, por sua vez, a própria prática da equidade.

Os atendimentos e acolhimentos por nós vivenciados (em conversas com outros amigos bichas e sapatões, ou ainda em pesquisas realizadas na época da graduação) são relatos compartilhados; desenrolaram-se numa dimensão primeira em que não se admite a possibilidade de uma livre expressão sexual, advindas do tabu quanto ao(s) gozo(s); mas, a partir do momento em que a sexualidade entra em cena, as regras para que esse diálogo aconteça ainda estão sufocadas por uma série de pressupostos heteronormativos que, por si só, já se configuram como uma primeira instância de violência a corpos e desejos que não se submetem a essa lógica. A violência de acesso nos retira a possibilidade de *ser*, imediatamente barrando qualquer perspectiva de elaboração que se paute, neste caso específico, nas dissidências sexuais enquanto modo de produção de subjetividades. A não-acolhida, jogando toda uma história para escanteio, pode representar a interrupção de uma produção de cuidados em saúde que deveria ser específica a cada sujeito.

Um primeiro fator, conforme explicitam Bernardes, Souza, Aoki, Silva e Unsain (2024), que já se promulga como ponto de partida para violentar possibilidades de acesso equânimes da população LGBTQIA+ é, sem dúvida, o temor de sofrer uma série de condutas e práticas de cunho vexatório e preconceituoso. O recorte do diferencial a essa população já se manifesta,

então, inicialmente pelo medo; confere-se toda uma noção de estratégias múltiplas para que não percebam, não notem, não "reparam" no "quão viado" alguém pode ser; no quanto os signos de masculino e feminino encontram-se bem ou mal representados no corpo de alguém pelas suas vestimentas, escolhas de maquiagem, pelos seus trejeitos e modos de simplesmente *existir* no mundo. Esse fenômeno da passabilidade (e suas repercussões manifestas) será discutido com maior profundidade no capítulo de análise. Contudo, está posto que uma série de anulações, muitas vezes autoimpostas como mecanismos de defesa para lidar com um possível outro LGBTfóbico, já constituem por si só uma instância de violência de acesso.

O medo dos/as usuários/as acaba misturando-se aos inúmeros fatores que comprometem a escuta qualificada daqueles e daquelas que se encontram nas linhas de frente do atendimento, acarretando instâncias de revitimização dos pacientes já, possivelmente, em sofrimento (Bernardes et al., 2024). Mas, neste ponto, há uma série de condições que se estabelecem para que tal escuta torne-se comprometida, e são essas que, ao longo desta dissertação, analisarei. Neste momento, importa a compreensão de que essa lacuna no atendimento não versa integralmente nas costas de "trabalhadores preconceituosos"; a violência se perpetua, mas por mecanismos mais complexos do que uma afirmação tão simplória — e é uma violência que, ademais, atropela também os/as profissionais da saúde submetidos a uma série de desmontes e sucateamentos.

A perpetuação do que venho chamando de violências de acesso também se faz possível quando pensamos que, historicamente, pessoas LGBTQIA+ passaram por severos processos de institucionalização baseados numa franca patologização de suas existências (de Araújo, Penna, Carinhanha e Costa, 2019). Nesses casos, não houve sequer uma fagulha de acesso a meios de produção de saúde, e sim um completo movimento para renegar todo traço de humanidade na condição de sujeito dissidente sexual. Recorro a Foucault (2019) para exemplificar essa institucionalização: pessoas *queer*, devido ao uso de seus prazeres e à forma como tal uso se desenrolava — lógico, na contramão da dogmática cristã —, foram taxadas como desprovidas de "sanidade" e, no que o autor denominou de Grande Enclausuramento, foram enviadas para instituições que se estabeleceriam enquanto sanatórios; todo esse movimento remonta desde, ao menos, o século XVII. Assim, tratam-se de construções literalmente seculares cujas repercussões são, até hoje, sentidas. Suas ramificações desembocam, dentre tantos efeitos, na percepção de que as sexualidades LGBTQIA+ e suas expressões são *anormais* — "anormalidade" essa a ser abordada, em densidade, no capítulo de análise dos dados produzidos. De todo modo, nota-se como a violência vai se instaurando pelas vias da segregação historicamente consolidada.

Assim, a história vem nos apontando as diversas instâncias nas quais o acesso à saúde fica comprometido devido ao juízo de valor moralizante e vexatório atribuído às práticas afetivas de determinadas pessoas não conformadas à prerrogativa da heteronorma (Moraes, Ferreira, Pontes, Sousa, & Moreira, 2023). Esse acesso comprometido, fragmentado, que já se coloca como um entrave a partir do momento em que tais pessoas se reconhecem enquanto pertencentes à população LGBTQIA+, figura, por si só, enquanto violência. A violação de direitos está posta: a saúde, a saber, é um direito universal constitucionalmente garantido a todos os cidadãos e as cidadãs (Brasil, 1988).

E assim, mediante a ameaça de iminentes práticas discriminatórias, a pessoa LGBTQIA+ com frequência se encontra frente a um paradoxo cruel: a obrigatoriedade de "revelar" sua "verdadeira identidade", dada a presunção da heterossexualidade empregada pela cisheteronormatividade e, por essa razão, ser discriminada ou discriminado; ou, então, omitir sua orientação e suas identidades para passar pelo atendimento de modo mais "seguro" — o que, de todo modo, configura-se como uma impossibilidade do atendimento transcorrer de modo integral, equânime e considerando todas as nuances necessárias da vida *queer* (Moraes et al., 2023). Para se defender de práticas possivelmente violentas, a armadura que reveste a população LGBTQIA+ possui navalhas em seu interior; uma casca para tornar a sua presença mais palatável, aniquilando partes preciosas de si. As fissuras em seu exterior revelam, por fim, indivíduos em sofrimento habitando esses invólucros.

Volto a perguntar: quais processos, ou ausência destes, criam as condições de possibilidade para que os sujeitos que trabalham nos equipamentos de saúde desconsiderem aspectos das demandas dos usuários que se identifiquem como dissidentes da heteronormatividade? Que mecanismos sustentam as violências de acesso das quais falamos? Sobretudo: as práticas de enfrentamento das relações de poder estão se efetivando e, ainda, os trabalhadores sabem de sua existência na política de humanização do SUS?

## 1.2 O LAMAÇAL

Favero (2020a) aponta que o conceito de um “lugar de fala” não deve esgotar-se somente na autodeclaração de certas características pessoais por exemplo, afirmar o meu lugar de homem cisgênero, gay (ou, melhor, de pesquisador-viado), sudestino, branco, classe média baixa; é um trabalho que requer abordar a produção acadêmica e científica a partir de minha(s) história(s) de vida: cerne este que alicerça um lugar muito específico e, sim, parcial de conhecimento — e que nem por isso torna-se desprovido de valor epistêmico. É entender

também que existe uma dialética permeada no “ser” do sujeito que está pesquisando: minha existência, específica e com todas as suas nuances, permite que eu possa observar de um lugar que é unicamente meu, mas, também, impede que eu alcance perspectivas outras, em dados momentos. Favero questiona:

Quais são os impactos do ‘eu’ naquilo que pesquiso? Como o ‘eu’ me permitiu ir até o campo? De que maneira pude acessar, circular e dialogar a partir desse ‘eu’? Muito mais do que identificar ‘quem é aquele que escreve’, o fundamento de uma escrita posicionada se desloca para seus encontros. Assim, o ‘eu’ não detém tanta relevância, mas as trocas que são estabelecidas com ele passam a ser organizadas em centralidade. [...] Uma escrita situada, consequentemente, é uma escrita que se dá nos intervalos. No espaço artificial do ‘entre’ é que se torna possível emergir uma política que reconhece os efeitos dos atores e atrizes em cena (Favero, p. 13-14, 2020a).

Ainda que se faça necessário considerar os motivos que levam um sujeito a pesquisar determinada temática, é imprescindível que as reflexões e práticas se voltem também para os possíveis efeitos que hão de se produzir com determinadas pesquisas: afinal, se sou um homem *queer* e pesquiso políticas públicas voltadas para essa população, por que as atenções deveriam se ater apenas às razões que me fizeram chegar até aqui? Há de se atentar, prioritariamente, aos impactos que esse local corporificado (Haraway, 2009a) *surtir-há* nessa “fazedura” científica.

Haraway (2009a) traz à tona a relação entre o corpo — sua (co)existência no campo do que se comprehende como *mundo real* — e a linguagem para nos provocar com a ideia, talvez “aterrorizante”, de que é nessa relação que se fabricam as realidades e tecnologias. Compreender a permeabilidade através da qual a linguagem se infiltra nos sujeitos e em suas produções é condição *sine qua non* para estabelecermos, cá entre nós, que nada se produz pelas vias do descolamento asséptico de lugares *a priori* aos próprios cientistas/pesquisadores e pesquisadoras: sempre haverá uma história, e nessa história sempre existirão modos de perceber o mundo subjetivo — até mesmo para os que julgam produzir uma objetividade incontestável. O que venho dizendo, e arrisco também ponderar que tudo aquilo que ainda irei dizer, está posto à indagação; eu a acolho, na verdade. Duvidem do que for dito, e remanejem estes escritos de modo a possibilitar um amálgama nos modos de perceber o que há ao redor. Se a verdade é, afinal, corporificada, que façamos o abrir de caminhos para as objetividades que acolham propostas dotadas de criticidade e, até mesmo, de paradoxos (Haraway, 2009a).

Se todo o argumento de Haraway é um empuxo a um conhecimento que ela denomina como “situado e responsável”, é porque esse é um saber que está apto a ser contestado: o conhecimento sempre pronto a uma convocação de que se explique e “preste contas” (2009a). O conhecimento situado não ousa autodenominar-se irrefutável ou intransponível: é um saber

que, ao nascer de experiências frequentemente associadas à exclusão e a rejeição, empregam a desconstrução e a humildade científica como conjuntura primordial.

Não se trata de um desprezo pelas ciências tidas como “naturais” ou por dogmáticas que preguem a objetividade científica, mas sim da crítica aos paradigmas imputadores de uma noção de que sempre haverá uma única equação; um infalível estratagema para dar conta de simbolizar e explicar tudo o que há — construindo, assim, uma série de hierarquias que definiriam todos os conhecimentos que, dentro desses jogos de poder, fossem considerados válidos (Haraway, 2009a). De certo,

[...] poderíamos fazer uso de algumas explicações confiáveis, aplicáveis, sobre as coisas, que não fossem redutíveis a lances de poder e a jogos de retórica de alto coturno, agonísticos, ou à arrogância científica, positivista. Esta proposta se aplica quer estejamos falando a respeito de genes, classes sociais, partículas elementares, gêneros, raças, ou textos; aplica-se às ciências exatas, naturais, sociais e humanas, apesar das ambiguidades escorregadias das palavras objetividade e ciência conforme circulamos pelo terreno discursivo. (Haraway, 2009a, p. 17).

Como alternativa às soluções totalizantes ou explicações ontológicas superlativas, almejemos, aqui, as construções epistemológicas fundamentadas em princípios solidários de compartilhamento de saberes; democraticamente reconhecendo que há espaço para o contraditório e que o saber produzido sempre será calcado numa série de conexões e redes com outros debates. Os saberes situados provocam, inclusive, o deslocamento a respeito daquilo que compreendemos sobre o que seriam os *objetos* de pesquisa — não seria esse, afinal, um conceito um tanto quanto determinista e, em última instância, referencial de propensões específicas notoriamente associadas ao modo hegemônico de se pensar o *fazer científico*? Entender o fenômeno pesquisado enquanto *objeto* é reduzi-lo àquilo que interessa às formas dominantes de científicidade. Haraway (2009a) tensiona:

Por exemplo, "sexo" como objeto do conhecimento biológico comumente aparece sob a capa do determinismo biológico, ameaçando o frágil espaço do construcionismo social e da teoria crítica, com as possibilidades que os acompanham de intervenção ativa e transformadora, postas em prática por conceitos feministas de gênero como diferença localizada socialmente, historicamente e semioticamente (Haraway, 2009a, p. 35).

Reducir uma fonte de estudos, uma cena ou fenômeno a um mero *objeto* é transigir num alinhamento às práticas de nomeação do desconhecido a partir de lentes apropriadas ao neoliberalismo. É impossibilitar a apropriação do conhecimento pelas vias da pluralidade dos sujeitos e das experiências. É lutar para manter o dom de falar sobre o outro, sobre o mundo e sobre as coisas nas mãos daqueles que tão frequentemente detêm o poder da nomeação; para

Haraway (2009a), estruturalmente, é reduzir todo o universo de agentes (de transformação, de renovação, de produção científica) ao estatuto de *coisas*. Portanto, reafirmo o compromisso de sustentar a agência das temáticas, das pessoas e dos elementos que enfoco: sua possibilidade transformadora, suas capacidades de reflexividade e dialética. *Objetos* enquanto atores materiais-semióticos (Haraway, 2009a), não reduzidos ao meu intento enquanto detentor de qualquer saber maior, mas sim autênticos fomentadores de produção epistemológica.

A pesquisa torna-se um exercício consciente a partir desse lugar, com potência para produzir tais saberes situados, que retornam e me identificam ao longo de toda a discussão que aqui proponho. Parte indispensável desse arcabouço (e lente fundamental utilizada para enxergar, analisar e codificar as informações que busco) são as ferramentas propostas por Favero (2022) relacionadas à “psicologia suja”. Favero posiciona a sujeira como algo que se inscreve no íntimo, desde o momento em que se nasce; faz um paralelo interessante entre a tentativa constante de assepsia e a reconfiguração narrativa para apontar que a defesa de uma psicologia suja pode, sim, ser considerada como uma bagunça dos processos que se instituem como normas a serem inevitavelmente seguidas; é também um ataque direto e uma estratégia de sobrevivência que se faz na convocação a uma não-neutralidade — contra a hegemonia, também, dos espaços acadêmicos e seus discursos de dominação. A autora endereça de modo contundente o reconhecimento de que, talvez, a psicologia suja não se inscreva nesses espaços. Contudo, como a própria Sofia aponta, faço da palavra a munição: reconheço a sujeira inscrita em minha pessoalidade enquanto viado-pesquisador e abro (ou tento, ao menos) espaço para produzir a partir desse lugar opaco.

Vocês devem estar se perguntando, a essa altura, o que seria produzir de um lugar “opaco”, e os mil porquês de se falar tanto em sujeira. Pois bem: no que possa, talvez, ser percebido como um “spoiler metodológico”, adianto que o compromisso ético-político (e estético) desta pesquisa se dá, justamente, em entrelaçar o subjetivo à produção do conhecimento — e, com frequência, ouvir o outro a partir de um lugar, e sobre esses lugares, percebidos por tantos como sendo de abjeção. É, necessariamente, sujar-se por inteiro. O que chamamos de sujeira, como venho reiterando, é tudo aquilo que a cena acadêmica impetuosamente insiste em tentar limpar. Produzir de um lugar opaco é apostar que, de fato, talvez nem todos apostem junto comigo nesta empreitada: este escrito talvez se recuse a ser demasiadamente duro e excessivamente axiomático ou megalomaníaco em produzir “a evidência perfeita”; é reconhecer que os métodos utilizados para falar do outro — e invariavelmente, de mim — sejam aniquilados e brutalizados para, ao fim da dissertação, propor mais questionamentos do que respostas assertivas; é não temer a carne subjetiva que treme de

dor e de gozo, ou o sangue que jorra quando se abrem as feridas ou o coração; é, antes de mais nada, a recusa em me explicar repetidamente (já que, foucaltianamente, *não se pode dizer tudo a todo tempo*), pactuando as minhas intenções científicas como uma lógica mortífera e epistemicida (Santos, 2004) para os que não estão dispostos a sujar-se comigo ao longo desta leitura. A nossa intelectualidade está a favor de quem? Para quais sujeitos essas produções acadêmicas, esses trabalhos estão endereçados — e quais vozes estamos fazendo falar ao publicar um artigo? Uma dissertação ou tese? *Quem* estamos calando, sufocando?

Não seria pertinente propor novos dispositivos de produção/apreensão de conhecimentos que contemplam novas formas de habitar a realidade acadêmico-científica, e dizer de fenômenos desse novo lugar? Em quais outras instâncias, dentro da produção científica, adotamos esse tipo de postura? Adequar nossas lentes para entender o mundo e buscar novos meios de se fazer ciência tornariam essas novas ferramentas, então, automaticamente menos valiosas e capazes de produção genuína do que as metodologias “clássicas” e “tradicionais”, já mundialmente conhecidas?

É preciso que pensemos as ciências psi como meios para não fortalecermos processos de neutralização, de supressão: tentar encarar a homofobia, a lesbofobia, e bifobia, a transfobia, o racismo de modo a apenas dizer ao outro homofóbico e racista e transfóbico o que ele pode ou não pode dizer é, basicamente, entrar num jogo de psicologização, com características proeminentes de uma psicologia estadunidense muito afável ao capitalismo e à “modelagem” comportamental. A psicologia suja, verdadeiramente compromissada com a ética, deve se fazer através daquilo que Favero nomeia de atuação perturbante: ir pelas fissuras, entender a sujeira como ferramenta contra assepsia total de corpos e vivências — e ser crítico a essas posturas, disputando os processos de subjetivação. Isso significa que ser crítico a essas posturas é questionar as relações de poder que permitem que certos enunciados se façam presentes, ao passo que também provocamos certa ruptura e certo deslocamento nos mesmos.

Retomo aqui a produção de Monique Prada (2018), que nos adverte quanto a necessidade de prostituir os saberes, promovendo o fim da higienização das palavras que, isoladas, acabam por não terem força num contexto em que vidas marginalizadas, como a das “putas”, sofrem cotidianamente com a vicissitude de um apagamento que não cessa; trata-se ainda de um esforço para que vivências marginalizadas sejam capazes de dizer desses saberes por meio de um deslocamento que, ao mesmo tempo que almeja certa revolução — principalmente por abalar as estruturas academicistas e elitistas envolvidas no discurso da produção científica —, traz consigo doses de apelo à empatia: a pessoa marginalizada, numa condição de não-viver, pode se tratar de alguém que se senta à mesa contigo e com quem se

reparte o pão. Por que não admitir os saberes daqueles e daquelas cujas vozes não queremos ouvir?

É valioso trazer também para este lamaçal teórico — onde, apropriando-me da escrita suja, busco manchar a teoria com o que há de mais potente nos saberes *queer*, entendendo a sujidade como força motora não-asséptica — a noção de que falar das vivências LGBTQIA+ é, como pressupõem Nery e Maranhão (2017), comprometer-se com o desordenar de uma multiplicidade de preconcepções lançadas sobre as práticas corporais e subjetivas de pessoas *queer*. Assim, a própria existência de sujeitos cujas sexualidades acabam apreendidas no campo da dissidência, do *sujo*, tensiona para que o jogo de saberes que se ordena às voltas de construções teóricas/no meio científico e acadêmico seja, enfim, abalado; nessa cena, a ordem dos fatores altera, sim, o produto: um produto que sempre foi, hegemonicamente, historicamente destituído de olhares voltados para os seres aos quais esse mesmo sistema taxa como menores, desimportantes e não dignos de dizerem de si.

Favero nos sugere a mudança no cenário da chamada “produção intelectual” ocorrida nas últimas duas décadas, exponencialmente afetado pelo transfeminismo: as travestis e mulheres trans, antes em posição de objetos de pesquisa e alvos de inúmeras teorizações — de modo não infrequente, sugere, pela perspectiva de sujeitos pactuados à cisheteronormatividade —, passam a assumir posições de produtoras do saber (2020a). Há uma metamorfose significativa, nesse sentido, uma vez que passam a tornar-se não somente detentoras de um léxico, um repertório para falarem de si, mas também reivindicar que falar desse lugar específico (até então abnegado) produz, por consequência, novos repertórios e linguajares científicos. Percebo tais lugares por ela propostos de modo muito mais interessante, mordaz e sensível, inclusive. Retomando a proposição desafiadora de não tomar o lugar de fala apenas como ferramenta sintomática-identitária ou uma demarcação de território sem aprofundamento, a ética pajubariana (Favero, 2020b) nos propõe, afinal, que esse *lugar* do qual se *fala* seja metodologicamente interligado à pesquisa que se desenvolve através do reconhecimento de que esse é um lugar historicizado: possui relação com o todo sobre o qual a pesquisa se produz.

A utilização do lugar de fala num percurso metodológico compromissado com a subjetividade não deve, meramente, esvaziar-se num ato de contrição e testemunho — uma vez que, como observa Favero (2020b), é notório que pessoas operando a partir da cisheteronormatividade raramente sejam convidadas a falarem de si pelas vias desse lugar particularizado; às populações marginalizadas, então, sobra o uso do *falar de seu lugar* que, perigosamente, esbarra numa constante revitimização. Se compartilho aqui a minha história é, como evidenciado no título de minha *Introdução*, um convite para a passagem ao ato de

deslocarmo-nos: me autorizo a retirar-me do subterfúgio da *vítima* e convido-os a fazerem o mesmo, através de suas próprias epistemes — com o que puderem levar desta leitura.

E aí está a sofisticação em compreender o local de fala para além do que se autodeclara, *autodemarca*: é a partir desse local que se efetivam investigações a respeito das relações características daquilo que se investiga — de uma cena (Favero, 2020b). A vivência subjetiva do sujeito-pesquisador deixa de ser somente um dado coadjuvante que colore superficialmente os seus escritos; o local de fala passa a fornecer, a partir dessa concepção, instrumentos para que se esmiuce *como* o conhecimento se constitui. É tomar as sabedorias advindas de todos os campos facilmente descartados pelo aço gelado da dita “ciência tradicional” — esta, por si só, capaz de viabilizar sucessivas instâncias de marginalização. Assim, o

objetivo, portanto, é o de avançar em uma política articulatória, que pensa o relato não como uma evidência autorizada, mas enquanto resultado de uma troca que tem estrada. Ou seja, que deve ser historicizada. [...] Por fim, o desafio é o de criar uma postura literária capaz de recorrer ao corpo para a fabricação de saídas criativas, que consigam conjugar a violência estrutural, que ainda permeia muitos campos investigativos, em uma gramática poderosa — não seria esse o caso de um dialeto das esquinas? (Favero, 2020b, p. 19-20).

O ato de reconhecer-se *queer* adquire, deste modo, o status de ferramenta para a não cooptação, impulsionando-nos para criar uma linguagem, uma *identidade* que é só nossa. Pasmem: uma que não dependa da leitura de mundo heteronormativa até mesmo para a produção de saberes. Ainda que seja necessário jogar o jogo e buscar por aquilo que é fundamental, devemos desconfiar das lentes que, simultaneamente, operam de dentro da lógica capitalista, cristã e heterossexual — incluindo as que penetram de modo insidioso, também, os programas de pós-graduação e seus *fazedores de objetividade científica*.

Identidades LGBTQIA+ sempre foram alvo do interesse das ciências psi — que, por sua vez, colaboraram e muito para que uma série de violências se perpetuassem. Favero (2022) aponta que seriam as ciências psi as da “proibição” e que muitos daqueles que ocuparam (e ocupam) posições de “ouvintes” especializados, com uma escuta que deveria ser voltada à subjetividade e à singularidade, continuam a considerar determinadas práticas e modos de vida como inumanos, impróprios, imorais. O mesmo pode ser dito, penso, quanto à psicologia especificamente — enquanto campo científico, e também em sua aplicação clínica: não é raro deparar-se com falas de profissionais da área, ou até mesmo nos espaços em que a psicologia é lecionada, que não assumem o próprio compromisso ético das ciências psicológicas de encarar o mundo a partir de perspectivas críticas e sintonizadas não somente com a cultura e o momento atual, mas com a construção de outros simbólicos que sempre se renovarão. Ao destituirmo-nos

de qualquer postura e apelarmos para a neutralidade, tornamo-nos cúmplices não somente da criação, mas também da manutenção de lugares de sujeição. Por isso, apelo aqui à subjetividade radical: é deste lugar que pesquiso. É *deste* lugar que falo, observo, ouço. É deste lugar que escrevo. O *meu* lugar de bixa-pesquisadora, viado-cientista.

Contudo, não basta identificar aquele que escreve este texto e esperar que as coisas parem por aí. A própria noção do que seria, de antemão, um "lugar de fala" nasce a partir do momento em que se assume a pluralidade de discursos para além do hegemônico pregado pela branquitude, pelo heterocentrismo e por uma dita noção daquilo que seria o "masculino" (A.O. Pereira, 2018). Assim, passa a ser não somente uma demarcação epistemológica identitária esvaziada, mas uma ferramenta crítica para o desmantelar de discursos vigentes que, de modo muito característico, parecem sustentar muitas das opressões que se embrenham no cotidiano; é um apelo para olharmos, de modo coletivo, para outros modos de produção de saberes que superam o empobrecimento teórico advindo de focar-se única e exclusivamente em modos tão rígidos de dizer da realidade, de participar da ciência. Multiplicar as vozes em condições de serem ouvidas é, também, multiplicar a potência e a diversidade científica.

Um dos primeiros movimentos a valer-se do lugar de fala enquanto dispositivo e estratégia de enfrentamento foi o feminismo negro, entendendo que a restituição daquilo que é mais humano e singular das histórias de mulheres pretas era fundamental não somente de um ponto de vista humanitário: era fundamental, também, enquanto oposição a um sistema hierárquico de saberes e intelectualidades que considera somente a importância científica do saber branco, fundamentado no cristianismo (A.O. Pereira, 2018). Assim, retomar essas narrativas e demarcar a produção intelectual a partir de um ponto de vista que não desconsidera, mas celebra as vivências das mulheres pretas, suas nuances, suas dores, suas alegrias e saberes compartilhados passa a agregar um valor fundamental que se sustenta pelo fato de que aquele lugar é ocupado por aquelas pessoas — e, por mais que tentem falar sobre tal lugar, o valor da experiência vivida é inigualável e não pode ser descartado.

É importante pontuar que problematizar a noção de lugar de fala abre espaço, também, para complexificar a discussão, considerando que, ao atribuirmos essa noção de "lugar" a uma determinada "fala", estamos dizendo também de um deslocamento para repensarmos que há, sim, contingências para que se elenquem aqueles sujeitos que podem falar e quais são os sujeitos que se calam (A.O. Pereira, 2018). Ou seja: não basta dizer quem se é, para falar livremente. Foucault (2012) observa que, antes mesmo de se falar qualquer coisa, há uma "voz sem nome" que precede tal fala; bastaria então ser encadeado, levado por isso — mas os processos de interdição, presentes na própria ordem do discurso, se cruzam, criando uma grade complexa

que não se cansa de se modificar para autorizar o que se diz, quando se diz. O lugar de fala, somente, não garante que um sujeito possa vir a dar conta de tudo dominar, ou conter todo um saber; sempre existirão lacunas.

É somente demarcando essas lacunas, evidenciando essas limitações, que o conceito de lugar de fala se apropria de maior efetividade e não cai na redundância — ou, até mesmo, numa farsa epistemológica que acaba por atuar quase como um axioma reducionista para quem afirma partir desse lugar autoproclamado. De tal modo, não se sobrepõem identidades para legitimar outras, ainda que todas estejam em condição de vulnerabilidade; a disparidade nas questões que compõem os cenários não homogêneos de cada experiência vivida é o que garante que o lugar de fala possa se firmar enquanto agenciador de mudanças sociais significativas, reiterando as responsabilidades individuais e coletivas (A.O. Pereira, 2018). Por essa razão, minha afirmação enquanto bicha branca sudestina, obviamente cercada tanto de privilégios quanto de uma boa dose de sofrimento, não me torna necessariamente "especial" frente à vasta gama de outros corpos e suas experiências igualmente vivenciadas — ou, melhor dizendo, vivenciadas de modo que, ainda que similar aos meus caminhos e à minha trajetória, dizem de outro lugar. De outras possibilidades. Este lugar, do qual falo, não pretende alcançar todas as realidades, nem ser subterfúgio para negar tudo aquilo que percebo enquanto equivocado. Este meu lugar de fala reafirma um pactuar compromissado à minha história, à história do meu território e a uma produção científica que espera poder dizer de nuances com as quais outros e outras se identifiquem; uma produção capaz de gerar, pelas suas similaridades e diferenças, novas possibilidades.

Em última instância, reconhecer as limitações do lugar de fala — e suas potencialidades — é evitar cair numa armadilha propiciada por essa vontade de saber; por essa vontade de uma "verdade", que nos diz respeito, que nos é única, da qual só nós sabemos e agenciamos. Da qual só nós, e somente nós, poderíamos falar. A vontade de verdade é, em si, vontade do desejo e do poder (Foucault, 2012). Essa vontade de saber também é um processo de exclusão mantido por um suporte institucional: sabemos que o saber, por si só, é difundido e repartido, socialmente falando, de maneiras específicas: o que se sabe e quem detém o saber? Quem são os sujeitos que acessam a produção deste saber e quais valores se atribuem a essas informações? Esse jogo de articulação de saberes passa a ser também, então, um jogo de poderes.

Se a sexualidade esbarra em campos, para muitas pessoas, que dizem de lugares mais frequentemente associados ao indizível, por outro lado pensar em sexualidade para outros sujeitos significa levar em consideração modos de subjetivação que determinam de maneira dramática suas condições de existência — ou a impossibilidade desta; afinal, quando refletimos

sobre gênero e sexualidade, os conhecimentos e discussões propulsionados durante o século XX nos forneceram arcabouços que permitiram a elaboração da concepção de que esses construtos são produzidos sócio-historicamente, incidindo sobre nós de modos distintos e multifacetados: o discurso, a linguagem, o entorno sociocultural e nossas trocas com o mundo produzem o que se entende por “gênero”, por “sexualidade” (Favero, 2022). Mas como? Quais dispositivos operam de modo que a sexualidade produzida na condição percebida de “normalidade” seja a sexualidade de pessoas cisgênero, heterossexuais? E, mais urgente ainda, o que isso significa para todas as pessoas não contempladas por essa violenta (suposta) inerência cisgênero? Como os trabalhadores dos espaços de saúde, imersos num contexto cultural notadamente não-receptivo às sexualidades dissidentes, recebem e percebem essas vidas?

É pensando na existência da palavra enquanto força viva que Favero aponta o quanto a psicologia suja convida-nos à um estardalhaço, uma revolta no emaranhar de produções acerca de vidas que com muita frequência não são convidadas a falarem de si, produzirem (no sentido de agência) sobre si mesmas; pessoas trans cujas vivências são enquadradas em moldes pautados por modelos biomédicos que atuam como dispositivos de autorização mediante à sociedade (“atendes aos critérios; logo és isso”) ou produções acadêmicas buscando os sentidos e as práticas de cuidado de si acerca da transexualidade sempre a partir de pesquisadores e pesquisadoras cisgênero (Favero, 2022).

Aqui, circunscrevo apontando que é esta a potência da sujeira proposta por Favero, à qual me apego: viado, cisgênero, branco... lugares a partir dos quais muitos outros já falaram, talvez inclusive reproduzindo aparatos de purificação que silenciaram e extermínaram outras possibilidades de vivência; não é o que busco. Não é o que desejo. Quero encarar a sujidade que carrego, em todos os seus afetos. Se falo de um lugar do qual observo privilégios, que esses não sejam desperdiçados pelas vias da inércia, ou apenas do mero reconhecimento de sua existência: que eu possa utilizar deste espaço constituído estruturalmente para falar das violências por mim sofridas, mas também me haver com as inúmeras instâncias em que a cisgeneridade e a branquitude (e aqui, dizendo também do quanto elas se manifestam no coletivo) me posicionam em espaços de modo em que eu, possivelmente, poderia ser também aquele que violenta o outro — e romper com eles através da produção subjetiva (acadêmica, pessoal, política) repercutida deste trabalho. Afinal,

lutar pela sujeira é lutar ativamente pela vida, e falar sobre o sujo faz com que consigamos estabelecer diferenças. Sujar é oportunizar que a linguagem possa ter algo do real. Fala sobre a nossa capacidade de enlaçar uma palavra. Não temê-la. [...] Advogo por uma psicologia avessa ao ideal de pureza, limpeza, imparcialidade e progresso. Contrária a esses significantes vazios, a psicologia suja é um acúmulo de relações de poder.

Percebê-las, desmantelá-las, antagonizá-las, talvez seja o que há de mais *queer* em nós. (Favero, 2022, p. 87).

Posicionar-se criticamente significa, sim, também causar incômodo — uma vez entendendo que, por si só, a destituição da heteronormatividade como única forma de existência e de percepção do mundo requer o estremecimento de bases e raízes que, com frequência, insistem cruelmente em manter estanques e aprisionados todos aqueles e aquelas que delas ousarem dissidir. Que a pesquisa e a academia proporcionem sempre deslocamentos intensos e incômodos com os quais nos deitamos e acordamos; que não seja somente egóica, ouroboros: fechada em si mesma, eternamente engolindo a própria cauda.

### 1.3 O QUE TERÁ ACONTECIDO À BABY-GÊNERO?

Venho falando tanto sobre populações sexualmente dissidentes, LGBTQIA+, mencionando a palavra “gênero” a torto e a direito... talvez seja este o momento de descortinarmos o palco e permitir que ela, a protagonista de tantas retóricas fascistas (Mattos, 2018), assuma seu lugar neste *mise-en-scène*: a tão proclamada “ideologia de gênero”. Acontece que o que a retórica ultraconservadora não assume para si (não ouso dizer que “falham em perceber”: *sabem e percebem*, e usam esse saber ao seu favor), nem para o todo social, é que já vivemos numa “ideologia de gênero”. Ela está posta, é binária e cisgenderista: privilegia os sujeitos percebidos por ela como *normais*, empurrando todos aqueles não contemplados por esse bê-á-bá normativo para um campo de marginalização; são os *desviantes da norma*. Dissidentes. Mas calma: vamos dar um passo atrás, e entender tais construções por uma perspectiva histórica e crítica, uma vez que os preconceitos e as violências não brotam (e não somem) do nada.

Cabe, neste ponto da escrita, uma retomada contextualizada das percepções da sexualidade e suas mais variadas facetas ao longo da história. De certo, este continuum poderia se dar a partir de basicamente qualquer ponto, desde os primórdios civilizatórios; contudo, cabe estabelecer um campo temporalmente limitado; este campo específico deterá os discursos que interessam ao recorte proposto para esta dissertação, corroborando com a análise do discurso realizada (Foucault, 2008). Com essa delimitação em mente, importa de modo prioritário o fenômeno de grande interesse para a psiquiatria que, com o advento da psicanálise ao final do século XIX, ganha nuances de importância fundamentais não somente no meio médico, mas para a sociedade no ocidente de modo generalizado: a histeria (Foucault, 1988).

A histeria é percebida, na leitura foucaultiana, a partir de Freud, como o resultado de uma série de repressões imbuídas no âmbito sexual e de gênero — sobretudo, às mulheres; era o signo mais virulento de uma estrutura social completamente pautada na misoginia e na reprodução de condições de impossibilidade para o que se entendia enquanto o “feminino” (Foucault, 1988). Para além disso, ainda de acordo com o mesmo autor, era a consequência de uma pressuposta moralidade em torno da sexualidade, que se firma de modo veemente na Era Vitoriana, com muito de suas dogmáticas encrustadas no século XX, e continua a repercutir com força substancial, quase como resposta à livre expressão sexual observada no século XVII, por exemplo — quando as práticas ocorriam a olhos vistos, sem os julgamentos repressivos que viriam a demarcar as eras seguintes.

Essa repressão tão contundente, com interesses deliberados (o controle dos corpos e a produção de seres menos ou mais importantes, aos olhos dos sujeitos que ocupam a posição que lhes possibilita tal julgamento; que lhes dá, enfim, poder), abre espaço para uma dinâmica discursiva que, com efeito, torna o próprio ato de falar da sexualidade num ato de subversão: falar de algo tão imoral, sujo e abnegado é, afinal, transgressor (Foucault, 1988). A própria constituição deste texto se dá, talvez, nesta lógica; o disruptivo vem do simples fato de que, ainda, as sexualidades (e não qualquer sexualidade: aquelas vistas como menores, desimportantes e repreensíveis) ainda são alocadas na lógica da impossibilidade. Mesmo que pretensamente se constate a evolução da sociedade cá e lá, nota-se que ainda parece muito incômodo atestar que determinadas vidas — de pessoas LGBTQIA+<sup>1</sup> — são tão importantes e dignas de direitos humanos básicos quanto todas as outras vidas. Retomar, justamente, suas diferenças e sua pluralidade, retirando-as do campo da indignação e do abjeto, para uma esfera em que tais características são percebidas e celebradas, sempre parece um ato de bravura daqueles com condições para fazê-lo.

A associação do sexo ao pecado é importante para que os modos de funcionamento da repressão sejam explicitados em sua complexidade. Isso porque a associação da sexualidade ao pecado reverbera de muitos modos e cria, também, uma concatenação na qual ao mesmo tempo em que não se fala do sexo, este passa a ter forte apelo na sociedade: quando adquire tons de proibido, ganha também o desejo de se falar a respeito — e a religião cumpre esse papel no âmbito dos confessionários do catolicismo, onde tudo pode e tudo deve ser dito (Foucault, 1988). A proibição gera curiosidade e a igreja católica domina não somente o discurso

---

<sup>1</sup> E também de pessoas não-brancas, das mulheres, das pessoas em situação de rua, refugiadas... enfim, a lista dos que *não se conformam e não são conformados* à estrutura de privilégios que interliga o patriarcado ao racismo estrutural, à LGBTfobia e, por fim, ao capitalismo neoliberal é longa, muito longa.

repressivo, mas também doutrina seus representantes para que ocupem a posição daqueles que possam vir a falar da sexualidade e ouvir seus fiéis — os pecadores — enunciando sobre o sexo. Percebe-se, então, que a lógica judaico-cristã passa a condenar os pecados da carne, mas também entende a importância dessa noção de “pecadores”, criando aparatos sofisticados de controle que não terminam na condenação: sabem como dominá-la. O discurso sexual enquanto acontecimento de poder *acontecendo* de modo efetivo, pelas vias do pecado confessado. Assim, historicamente, os estudiosos da teologia e indivíduos proeminentes do cristianismo passam a construir a figura daqueles que detinham os “vícios contra a natureza”, fazendo alusão a uma naturalidade construída pelas vias do divino: uma moral cristã (Borrillo, 2010).

Enquadradadas nessa diferenciação da heterossexualidade, as vivências LGBTQIA+, pecadoras e impuras, passam a ser escrutinizadas. Ao longo dos anos, com o avanço da tecnologia e das discussões, tornam-se alvo das ciências — a medicina, o direito, a psicologia... e, então, elaboram-se ferramentas da doutrina heterosexista que não somente prega a ideologia de superioridade da heterossexualidade (pautada na “diferença natural” dos sexos), como também que aqueles que não se inscrevessem nessa lógica seriam uma ameaça real à sociedade; afinal, há um projeto político e uma motivação maior: a ordem patriarcal, racista, cisheteronormativa e misógina (sustentáculo do capitalismo) não poderia ser aviltada, sob nenhuma hipótese, por aqueles que desafiam tal organização social (Borrillo, 2010). Por isso, reafirmo: a ideologia de gênero está aí para os que quiserem percebê-la e detectá-la, exterminando e *abjetificando* as vidas que ousarem escapar do roteiro pré-estabelecido.

Em momento mais oportuno — na discussão e análise dos dados produzidos — irei me debruçar com maior afinco no que tange à “ideologia de gênero”; neste momento, contudo, cabe pontuar que, sendo esse um “conceito” fabricado no âmago da religiosidade cristã, discursivamente, é através da noção de “ideologia de gênero” que a política/esfera pública e a religiosidade são vinculadas numa atuação que passa a sobrelevar qualquer proposta de um “Estado laico” no contexto brasileiro (Silva, Josephine, & Nejaim, 2023). Torna-se, tão logo, ferramenta potente para instaurar distorções acerca de temáticas de gênero no consenso da população, já doutrinada por anos e anos por discursos, como pontuado até então, advindos de dogmáticas muito anteriores a qualquer um de nós; a semente perfeita em solo fértil para a desinformação.

Venho apontando e nomeando a cisheteronormatividade pois a categoria de *cisgeneridade* — não identificada com um sujeito apenas, mas como mais um modo de ser e estar no mundo — criou condições para que identidades trans e travestis pudessem sair do escopo da psicopatologia, da doença, do estigma; ao definir a cisgeneridade não como aquilo

que é “natural”, “biológico”, “originário”, mas sim como uma outra possibilidade de existência, uma outra categoria dentre tantas, é possível que entendamos que existem, também, outros meios de nos relacionarmos com o mundo em que habitamos e com nossas identidades (Favero, 2022). Gênero é algo que se imprime no corpo dos sujeitos; não está posto, não vem do nascimento. A crítica que a autora faz é também direcionada àquelas e aqueles que insistem em tratar a denominação “cis” como mais um binarismo, sendo que esta tenta dar conta de fenômenos que são específicos da vivência de gênero.

Para começarmos a pensar em possibilidades mais afetuosas e sensíveis para com o outro, seguiremos pactuando, a partir daqui, um entendimento: não há um sujeito único que abarque todas as condições de existência, representação e/ou características definidoras para representar um coletivo; as identidades se constroem a partir de experiências que, ainda que compartilhadas, fazem-se únicas àqueles que às experienciam. Butler (2019) nos aponta que as teorias feministas trazem tal provocação ao questionar que não existe, por exemplo, somente “a mulher”, sujeito corporizado e representado por um único modo de ser ou apresentar-se enquanto sendo, em todas as suas nuances, mulher. Não há uma só representação afinal pois, antes de o sujeito se denominar enquanto tal, uma infinidade de esferas perpassa aquele corpo, dando conta de moldar na língua e na cultura tudo aquilo de material e simbólico que, em instância última, constitui o que se denomina de sujeito. E se não há essa representação/identidade única, isso se dá pelos modos como o discurso atua de modo terrivelmente singular em cada um de nós; os sujeitos falam e os discursos se proliferam indefinidamente — já que a produção do discurso é, ao mesmo tempo, controlada, selecionada e organizada para ser, enfim, redistribuída por procedimentos que conjuram ou dominam o discurso (Foucault, 2012). Tais procedimentos reverberam de modo plural, o que rompe com a noção de que os modos como se materializam possa vir a ser únicos: é inviável dizer que há somente um modo de ser “mulher”, de ser “homem”, de ser “viado”, “ser trans” etc., já que as condições operam para cada indivíduo de modo absolutamente peculiar. Uma única existência não pode, e não irá, dar conta de todas as outras. Do mesmo modo, a representação única de uma identidade não captura todas as outras.

Ainda, quem está proclamando *quais* identidades *são o quê*? E a quais objetivos/destinos estariam encaminhadas? Se essas proclamações, quase como certezas, estão sendo vociferadas através de discursos LGBTfóbicos que, como citei momentos antes nesta dissertação, geralmente partem de pessoas em posições de poder alinhavadas com a liderança religiosa nas instâncias públicas, pode-se afirmar que tais discursos sobre essas identidades — sobre “o que é ser um homem de fato”, o “que é ser uma mulher de fato” (ou o que faz com que

pessoas não possam ser consideradas um ou outro, por exemplo) — possuem *autores*. E nisso há demasiada importância. Para Foucault, o autor de um discurso também pode ser considerado um dos fatores que contribuem para que este seja transpassado por um efeito de “rarefação”: transmuta, se redobra e assume novas características que se distanciam de outras, na medida em que o comentário — a repetição — o reitera (2012). Na perspectiva foucaultiana, um autor não é necessariamente um indivíduo único, sujeito personificado que prontamente “fala” ou profere um discurso; o autor seria considerado a unidade de origem discursiva, onde os sentidos, simbolismos e significados se aglutinariam e de onde partiria a sua lógica — que, dependendo de onde se está e qual posição se ocupa, pode mudar. O autor não é o sujeito pessoalizado, e sim uma posição que se ocupa. Quais posições os líderes religiosos, os parlamentares da extrema direita e as figuras neoliberais ocupam e o que suas afirmações discursivas sobre as identidades propiciam? Suas vozes não ecoam como meras falas individuais, ainda que em uníssono, ou pessoalizadas: tornam-se um coletivo de posições para a enunciação; discursos cujos efeitos culturais, políticos e sociais se inscrevem na vida de muitos e muitas, frequentemente com sangue.

Essa inscrição que deixa marcas, que se faz ver e se faz falar, pode ser lida através da perspectiva foucaultiana de biopoder, entendendo o Estado enquanto propiciador e principal fonte de sustentação do controle das populações, não somente através de condutas excessivas e diretamente opressivas, mas, sobretudo, por técnicas muito mais sofisticadas de apreender, cercear e regular a individualidade das pessoas e seus corpos (Foucault, 1988). A saúde e a sexualidade, por exemplo, das quais estamos particularmente dizendo nesta pesquisa, são dois grandes campos facilitadores dessa regulação. O quanto uma população adoece? Quem são esses doentes? Como e onde os indivíduos fazem sexo? Com quais pessoas? Como se organizam em torno dessa sexualidade? Quem está se reproduzindo? Todas essas perguntas e, consequentemente, suas respostas obtidas por meio da estatística tornam-se elementos chave para o controle social que, na disputa dos jogos de poder, é entendido como *biopoder*. Assim,

se a estatística tinha até então funcionado no interior do quadro administrativo da soberania, ela vai revelar pouco a pouco que a população tem uma regularidade própria: número de mortos, de doentes, regularidade de acidentes, etc.; a estatística revela também que a população tem características próprias e que seus fenômenos são irredutíveis aos da família: as grandes epidemias, a mortalidade endêmica, a espiral do trabalho e da riqueza, etc.; revela finalmente que através de seus deslocamentos, de sua atividade, a população produz efeitos econômicos específicos. Permitindo quantificar os fenômenos próprios à população, revela uma especificidade irredutível ao pequeno quadro familiar. A família como modelo de governo vai desaparecer. Em compensação, o que se constitui nesse momento é a família como

elemento no interior da população e como instrumento fundamental. (Foucault, 2018, p. 169)

Logo, é impossível pensar-se uma estratégia de governo — ou até mesmo o próprio ato de governar, enquanto instância de exercício do poder — sem que se considere a família enquanto instituição fundamental a respeito da qual o Estado refletirá e operará; os fenômenos sociais do território/da população são indissociáveis da família enquanto unidade de governo: a família passa a ser uma ferramenta, um instrumento a serviço do ato de governar (Foucault, 2018). O que se deseja saber, desde a sexualidade de alguém, seu status matrimonial, quem essa pessoa de fato é e onde trabalha, como ela opera no mundo: tudo perpassa e atravessa o núcleo familiar. Deste modo, é importante atentar para que esses atos de visibilização das questões territoriais não se transformem, no fim, meramente em condutas de regulação e controle.

O citado acima fica evidente a partir do século XVIII, quando observamos de modo incisivo o início de múltiplas campanhas promovendo o casamento, a conscientização em relação às vacinas e as campanhas que advertiam contra a mortalidade (Foucault, 2018). É a compreensão das necessidades da população e das relações que ali se desenrolam entre seus constituintes e os objetos, as “coisas”, que se possibilita o exercício da regularidade discursiva do Estado.

Não à toa, a família torna-se central no que tange ao imaginário que intenciona-se construir pelos propagadores da ameaça da “ideologia de gênero”: a família é a ameaçada; é a configuração familiar — pais, mães, filhos e filhas — e sua estrutura de “base sólida” e com valores “irreparáveis” que estão em jogo; a ideologia de gênero torna-se o principal armamento para o exercício de um biopoder que não perde de vista a estratégia de sua regulação e, portanto, é também biopolítico (Silva, Josephine, & Nejaim, 2023). O governo, ao garantir o aumento da população e o seu prosperar, evidencia a *família tradicional* como sendo o seu objetivo final — pois, ao mesmo tempo, é também o seu artifício para a governabilidade. Daí partem tantos esforços neoliberais e conservadores para manter vivo o conceito heterossexual e tradicionalíssimo de unidade familiar — conceito esse, evidentemente, ameaçado por todos os viados, sapatões e travestys que ousam abrir a boca ou as pernas: o apocalipse está, enfim, localizado, no imaginário popular, a um cu de distância. O biopoder *faz viver* ou *deixa morrer*.

Cria-se uma subordinação e hierarquização sustentada por essa dicotomia e que atende a interesses patriarcais e capitalistas muito específicos: “homens” ocupando “posições de poder”, em múltiplos sentidos, encabeçando famílias heterossexuais capazes de consumir e, eventualmente, gerar novos consumidores; admitir a existência de sexualidades dissidentes que colocam em cheque essa dicotomia originária seria abrir espaço para o ruir de toda essa

organização social e cultural que prioriza determinados sujeitos e famílias, por exemplo, em detrimento de outras configurações de existência. Contudo, essa própria diferença biológica, tida como natural e imutável, foi atribuída; estabelecida convenientemente num dado momento histórico: ela não se dá num espaço descontextualizado, e não surge do nada. Não seria, então, também ela, artificialmente fabricada — e, assim, passível de desmantelamento?

Segundo Butler (2019), para além do aspecto biopsicossocial, há o poder jurídico enquanto grande instituinte e responsável por fabricar os sujeitos que, muitas vezes, alega simplesmente representar; não infrequentemente, é através dessas mesmas instâncias de poder que se observam vias de exclusão e repressão constante, ao passo que é também por essa mesma via jurídica que populações oprimidas buscarão algum tipo de emancipação. Afinal, então, qual é o sujeito LGBTQIA+ representado e, então, sumariamente produzido pelo Estado brasileiro? O “descaso” frente às violências, a dificuldade mediante os escassos recursos judiciários e legislativos que se voltam para promoção de saúde e bem-estar de pessoas de identidades de gênero e orientações sexuais dissidentes ou para a proteção/interrupção de brutalidade LGBTfóbica... percebam que não se trata apenas de um desmonte ou de retrocessos: há uma *produção* de realidades, avanços que acenam para um cenário específico onde a existência de determinados corpos e vidas estará quase sempre associada aos modos específicos desses mesmos corpos de sofrer, padecer e morrer perante ao “abandono” do Estado. Mas não se trata de abandono, e sim de uma necropolítica (Medeiros, 2019).

Contemplar esses modos de produção de sujeitos mediante a lógica do suposto “abandono” significa, inequivocamente, revermos a própria fundamentação que estabelece o *que é o gênero* — já que é por meio desse construto que, muitas vezes, as discussões e os meios de dominação se estruturam e solidificam. Aqui, proponho justamente o contrário: repensar o gênero através de sua desestabilização: o gênero inalterável, de notória estabilidade e sem fricções não passa de uma narrativa que encontra alento somente na realidade do prisma cisheteronormativo (Butler, 2019). O sistema binário não dá conta de sustentar a sua própria (literal) *ficção-científica*. Um sci-fi deveras desinteressante e igualmente antiquado, na minha opinião; pactuou-se a imutabilidade da biologia para, enfim, promulgar-se a inevitabilidade da violência a todas aquelas e todos aqueles não contemplados pela verdade absoluta estabelecida através do golpe de um malhete científico. A questão, justamente, é que tal *verdade* não dá conta de toda a trama. Butler (2019) vai nos provocar, questionando se haveria então uma

[...] história de como se estabeleceu a dualidade do sexo, uma genealogia capaz de expor as opções binárias como uma construção variável? Seriam os fatos ostensivamente naturais de sexo produzidos discursivamente por vários discursos científicos a serviço de outros interesses políticos e sociais? Se o

caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio constructo chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nula (Butler, 2019, p. 27)

Por isso, quando “remexo na ferida”, afirmando de certo modo categórico que já existimos e coexistimos numa ideologia de gênero vigente, é pelo constatar de que apontar o contingente cultural como o soberano responsável por imprimir determinadas condições para que o gênero se construa é algo bem limitado; hoje, ainda se espera que uma série de signos, comportamentos e ideais culturais seja atribuída ao que se entende como *masculino* e como *feminino*. Para Butler, fica a provocação de que se, a todo tempo, reiteramos que o gênero é a significação cultural do *sexo biológico*, esquecemo-nos que a cultura heterocêntrica e cis-orientada já está tão posta e cristalizada quanto a biologia (2019).

Pensem: se os ideais de masculino e feminino são tão prevalentes, fixos na mentalidade do senso comum (ainda que venham passando por um longo e constante processo de destituição de seu lugar de norma — ou, ao menos, tenta-se destituir), apelar somente para a cultura é correr o risco de atrelarmos o construto de gênero a uma categoria, também, fixa e constrita. O gênero, na verdade, trata-se da ferramenta discursiva, e que surge mesmo antes da cultura, para definir-se o que seria a “natureza sexuada” (Butler, 2019, p. 27); a cultura atuará incidindo no gênero. Assim, convido vocês a um exercício. Pensem num corpo, a partir do que se convencionou pela verdade originária, inescapável, *divina-cosmológica-biológica* do sexo. Um corpo qualquer. Provavelmente, esse corpo imaginado já foi automática e sumariamente significado enquanto “masculino” ou “feminino”, antes de qualquer outro dado relevante; onde esse corpo nasceu, como ele se identifica, quais adereços e apetrechos quer usar, como se porta ou fala... nada disso importa: é impossível pensar num corpo sem que este já tenha sido capturado por elementos que o denominam, simbolicamente, como masculino ou feminino. A biologia e o sexo são tão “culturais” quanto o gênero. A ideologia já está em jogo, desde sempre; afinal, é o “gênero desde o começo” (Butler, 2019, p. 29).

O discurso de ódio não recai somente sobre a identidade, como bem sabemos. No recorte desta pesquisa, cabe trazer as origens da homofobia que, por sua vez, foi originalmente cunhada como terminologia nos anos 70, utilizada com frequência para descrever atitudes e sentimentos negativos — dentre os quais (mas não limitando-se a estes) aversão, repulsa e pavor — voltados especificamente a indivíduos que se identificavam (ou que eram assim percebidos) como homossexuais; de fato, alcançou difusão mundial ao explicar esse conjunto de ideias negativas a respeito de pessoas LGBTQIA+ como um todo (Borrillo, 2010). Contudo, com o avanço dos movimentos políticos organizados liderados por pessoas de múltiplas sexualidades dissidentes,

percebeu-se que tal termo abarcava de modo particular as relações entre indivíduos e/ou grupos homofóbicos, de modo endógeno — excluindo, assim, o papel indissolúvel das instituições, da cultura e da sociedade como um todo de tais processos fomentadores de violência e exclusão. Borrillo (2010) sugere, então, um resgate do entendimento de como a homofobia se institucionaliza de modo basilar no tecido social, principalmente através do elemento discursivo no qual elenca-se a heterossexualidade de modo compulsório. Forja-se assim essa bandeira de suposta normalidade — da qual todas as outras possibilidades de vivência e experiência do desejo e da sexualidade desviariam.

Lopes M. M. e Castro (2022) refinam ainda mais essa proposição e adensam as possibilidades de entendimento quando retomam que a cisheteronormatividade é, sim, a ordem social que vigora, sustentada por muitos alicerces — alguns dos quais (o Estado, a religião, o jogo de poderes) pude elencar até aqui; não somente impondo uma normativa, é a perspectiva centrada no sujeito cisgênero e heterossexual que autoriza o emergir de uma série de exigências e requerimentos que reiteram o estatuto daquilo que todos deveriam ser: heterossexuais, ou ao menos acomodar espaço suficiente na vida de cada um de nós para admitir a supremacia da naturalidade e da coerência heterossexual. Ou seja, a cisheteronormatividade não se indigna com a inclinação para objetos de desejo, vontades, liberdades individuais ou direitos básicos de existência. Ela não se comove e não se desloca para acomodar: força sua entrada, violenta os corpos que não se colocam dispostos para recebê-la. Se é uma ordem, *ordenar* ela o faz — e com veemência.

Com isso, a homofobia torna-se um instrumento fundamental para a manutenção da ordem social aqui citada. O que se constitui, assim, é a homofobia enquanto ferramenta — um conjunto de práticas, atitudes, culturas — de instrumentalização da dominação, além de manter essa lógica estrutural, cuidando para que o que está ordenado assim continue: ao reiterar o lugar de inospitalidade que vidas dissidentes devem ocupar, garante que pessoas LGTBQIA+ não sejam, ao menos, consideradas, enfim, "pessoas". São o "Outro indesejado". Sobre isso, Tavares e Sousa (2022) alertam que é como

[...] se pessoas LGBTQIA+ não merecessem ter uma vida plena, com seus direitos assegurados, pois não lhes cabe o papel de sujeitos. A violência se estende desde o âmbito material até o campo simbólico: assim como são assassinadas e excluídas socialmente, vidas LGBTQIA+ também são ora excluídas ora relegadas a segundo plano no nível discursivo (Tavares & Sousa, 2022, p. 431)

Apesar do trabalho de Borrillo (2010) comumente associar a homofobia como um modo de preconceito e atrelá-la especificamente às vivências de homens gays e mulheres lésbicas, a

discussão proposta pelo autor serve-nos para compreender os mecanismos que tendem a produzir os marcadores de diferença (tendo em mente que é a partir dessa diferença, dessa estranheza artificialmente fabricada com interesses próprios que servem à cultura e ao capital, que se materializam as artimanhas da exclusão) a todas as sexualidades e identidades consideradas desviantes da norma cis-hétero; ainda, é de grande importância a ressignificação epistemológica empregada pelo autor, uma vez que este propõe o estudo da homofobia em si enquanto fenômeno complexo e multicausal, e não das “razões para a homossexualidade” — estabelecendo as sexualidades dissidentes, dessa maneira, como legítimas e fora de qualquer categorização/comparação a partir de suas diferenças quando analisadas à sombra heterossexualidade.

A homofobia — a LGBTfobia — se institui de modo ideológico: existe um consenso social, cultural, econômico e político que permite com que práticas LGBTfóbicas se materializem, mesmo que pelas vias do *invisível*, uma vez que tais vivências são escamoteadas para o campo do impensável, do alheio e do estranho à ordem social, aqui já discutida, nesse sentido. Há o duplo significado da norma, referindo-se ao fato de que, ao normatizar-se a heterossexualidade e a cisgeneridade como “naturais”, cria-se um espaço para que tudo aquilo que escape dessa lógica seja organizado, como já sugeriu, em categorias de marginalização. Ou seja, a violência *começa* pela normalização, uma vez que a reiteração do que seria considerado “normal e “natural” “é tão eficaz que mantém o eixo da cisheteronormatividade, em que ‘homossexuais e transexuais’ são considerados menos humanos”, e por isso devem ter menos direitos (Tavares & Sousa, p. 426, 2022). É preciso atenção, nesse sentido, para a falácia de que os discursos e mecanismos estariam, supostamente, invisíveis — uma vez que, como aponta Foucault (2008), estão sempre a olhos vistos: nada se esconde; a linguagem parece ser sempre demarcada por uma ausência que se faz constantemente presente. Parece, a todo tempo, existir um elemento inalcançável, que se encontra ao longe. É por isso que os enunciados, então, estão sempre no limite da linguagem, sempre visíveis — ainda que os sentidos não se produzam de imediato, sendo sempre sustentados por uma série de funções enunciativas. A normalização, pensando nesses pressupostos, enuncia a violência a olhos vistos, quando a apenas uma forma de existência é prescrita a prerrogativa de ser *normal*.

A LGBTfobia então demonstra seu efeito direto na reprodução da ordem social; ela define quem são os e as dignos e dignas de tratamento humanizado, contemplados e contempladas por políticas e legitimados/as socialmente, e diferencia os e as que se percebe como inadequados e inadequadas, aos quais renegam-se os direitos básicos — como o direito à própria existência. Cria-se uma hierarquia cuja natureza se sustenta no aspecto sexual, mas que

não termina neste: ao constituir um outro que é abjeto e passível de controle e/ou extermínio, a LGBTfobia em muito passa a se assemelhar (e concatenar, operando em muitos níveis em conjunto com estas) a práticas como o racismo, o antisemitismo, a misoginia. Articula-se a um sistema político e ideológico a partir do qual se segregam grupos a partir de suas características particulares, identitárias e culturais — enquanto coletivos ou sujeitos individuais —, seguindo um projeto de superioridade de determinadas pessoas e seus semelhantes sobre outras. Ou fecharemos os olhos para o que está ocorrendo em Gaza<sup>2</sup>, por exemplo? O genocídio se perpetua, dentre outras instâncias, a partir da segregação desumanizante: não estão exterminando pessoas, e sim *abjetos*. Corpos já não mais vistos em sua humanidade.

O dispositivo LGBTfóbico se sustenta também, como já pontuado, pela manutenção da crença na “diferença natural”: a de que, fisiologicamente, a partir das genitálias e aparelhos reprodutores, *machos* e *fêmeas* seriam dessemelhantes e complementares, concedendo-lhes naturezas e atitudes específicas de acordo com esses corpos biológicos; *machos* naturalmente só poderiam desenvolver-se e identificar-se como homens, assim como *fêmeas* cresceriam para tornar-se mulheres (Borrillo, 2010). Essa interpretação, que cola pressupostos biológicos a comportamentos e identidades, soa tão absurda quanto parece: é impossível atribuir fenômenos tão múltiplos quanto os processos de formação de identidades — histórias de vida, afetos, gostos, desejos, dores — a processos puramente bioquímicos e orgânicos; os papéis de gênero, como venho sustentado até aqui, são forjados nos encontros (e, por tantas vezes, nos desencontros) e nas trocas com o outro.

O alicerce que a biologia finca nesse discurso da “naturalidade” é o de manter que sujeitos deveriam corresponder às expectativas que lhes foram atribuídas desde o nascimento, baseando-se em formulações e dogmas biomédicos/religiosos que, em sua construção, séculos atrás, também atenderam a projetos de sociedade e visões hierárquicas do jogo das sexualidades muito específicas. Haraway (2009b) nos convida a refletir que, pelo menos desde o fim do século XX, com suas máquinas operadas por seres humanos de modo quase simbótico ou, até mesmo, implantadas como parte do corpo dos sujeitos, a discussão do natural versus artificial deveria avançar para camadas um tanto mais complexas; a abrangência encontrada nas mais diversas formas de funcionamento de chips, próteses, assistentes de locomoção, marcapassos etc. e o quanto estas imbricam-se em nosso cotidiano tensiona para de fato provocar-nos: até onde se é organismo e até onde se é máquina? Como o “natural”, enquanto ordenador social e

---

<sup>2</sup> O genocídio da população palestina no território de Gaza, intensificado a partir de outubro de 2023. A ofensiva militar israelense, com seus bombardeios contínuos, ocasionou deslocamentos forçados em massa e colapso absoluto das condições de sobrevivência.

discursivo, opera nesses corpos? Se somos todos *ciborgues*, em um nível ou outro, estamos também enveredando para alocar sujeitos que passaram por procedimentos cirúrgicos de inserção de partes “não naturais” em seus corpos, enfim, na categoria dos *anormais*? Ou isso está reservado somente quando dizemos de pessoas cujas sexualidades e existências não são dignas de comoção ou sequer do reconhecimento de sua humanidade?

Pessoas *queer*, ao sustentarem tal dissidência de modo prático, no jogo discursivo — muitas vezes empuxadas ao ato de se “assumir”, atendendo muito mais aos desejos de enquadramento da cisheteronormatividade (“preciso que diga quem és, para que possa te tratar de acordo”) —, provocam rupturas nesse *framing* dicotômico, sustentáculo de hegemonias violentas com todas as outras existências que não as tradicionalmente binárias. Como dominar o que não está no campo da dominação proposta inicialmente? O “assumir-se” dissidente traz quais consequências — por exemplo, ao fazê-lo durante o acolhimento em espaços de saúde?

Mesmo quando se pensa em “sexo biológico”, essas conceituações se evidenciam fruto de um raciocínio que, certamente, diz de seu tempo; sendo assim, ao analisarmos as inúmeras denominações e os inúmeros apontamentos sobre o que seriam *homens* e *mulheres*, *masculino* e *feminino*, é possível constatar que tais categorias mudaram com frequência ao longo do tempo. Dito de outro modo, o biológico é, também, um construto alicerçado em ideias muito específicas — e, até hoje, no caso das sexualidades, ligadas às genitálias dos corpos. A constituição da diferença sexual, adotada pela ciência e incorporada na cultura, cria também um dispositivo de hierarquia sexual, não presente naquilo que se convencionou denominar de natureza. A hierarquia é fruto das relações sociais interseccionais em contextos históricos, culturais, políticos e econômicos. Há um diálogo a se estabelecer aqui com a importância da interseccionalidade, uma vez que compreender como esses jogos de dominação aqui citados operam para, enfim, possibilitar (e sustentar) mecanismos de opressão e posições de sujeito privilegiadas, a também uma outra esfera: a de que, a partir do entendimento dessas lógicas complexas, cria-se a oportunidade de que se ofereça resistência ao poder que se imprime (Mariano & Santos Macêdo, 2015). Pensar em resistir a coação de mecanismos opressivos é pensar que os sujeitos, ainda que em posição de vulnerabilidade, podem operar também possibilidades de agenciamento, possibilidades de autonomia. Posteriormente, avanço a discussão do pensamento interseccional e sua importância em meus escritos.

O conceito tradicional de família, principal estandarte da diferença sexual, é indispensável para a manutenção do Estado e dos modos de produção capitalista. Afinal, a *Estratégia* é a de *Saúde da Família*, não é? Como, considerando o escrito até aqui, as políticas públicas de saúde dão conta das perspectivas de gênero? Sobretudo, já que esse construto está

acoplado, por sua vez, a inúmeros aspectos da vida e do que se entende por saúde integral. Problematizar as noções de gênero, portanto, exige ampliar o entendimento acerca de como certas violências de acesso se perpetuam às pessoas de sexualidades e identidades dissidentes devido a, justamente, como o gênero — enquanto construto, enquanto política, enquanto domínio de poder — aparece na materialidade do dia a dia: na rotina, na lida com o público que reside em dado território, na escuta dos trabalhadores. Desfazer o gênero é, também, desfazer a tecitura de uma trama que aprisiona e deslegitima; é propor novos olhares, novas sensibilidades. Assim, sobre tais violências de acesso, Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) alertam que o

[...] acesso da população LGBT ao SUS encontra dificuldades de operacionalização, uma vez que essa população não segue um padrão heteronormativo, e aquilo que os torna “diferentes” pode acabar sendo usado contra eles nos serviços de saúde. Dessa forma, o Estado acaba por incorporar a população LGBT, através da lógica dos serviços que são ofertados, enquanto comunidade de perversos, indesejáveis. Portanto, podem ter o seu direito de acesso à saúde violado, naturalizando um “não lugar” no SUS e reproduzindo fragilidades na efetivação do atendimento. (Ferreira, Pedrosa & Nascimento, 2018, p. 2)

#### 1.4 EQUIDADE: POR ONDE ANDA?

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) conta com três princípios orientadores em seus alicerces: universalidade, integralidade e equidade. Esses princípios universais fundamentam a implementação de todas as ações dentro do SUS, atuando como lentes através das quais se faz a compreensão de seu funcionamento (Lei n. 8.080, 1990). Para a pesquisa aqui posta e no *continuum* desses estudos, o princípio da equidade é colocado em evidência: implicado em suas ações, o SUS atesta a primazia do entendimento de que pessoas distintas têm necessidades distintas e, nesse sentido, os recursos devem ser distribuídos com parcimônia e isonomia, considerando os variados níveis de atenção e de necessidades em saúde a serem atendidos. Assim, consiste em reconhecer que todos os cidadãos e todas as cidadãs precisam de atenção; entretanto, essas pessoas não necessitam obrigatoriamente dos mesmos serviços ou atendimentos em saúde. Dito de outro modo, o princípio da equidade deve orientar as políticas de saúde pública brasileira, identificando as necessidades em saúde de grupos populacionais específicos e atuando para reduzir o impacto das iniquidades e diferenças no âmbito das intervenções, nos variados níveis da atenção em saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade. Nesse sentido, grupos e territórios com necessidades diversas serão tratados de modo que tais demandas sejam contempladas de forma autêntica às suas realidades, garantindo

o acesso universal ao direito constitucional à saúde, considerando a heterogeneidade de seus múltiplos recortes populacionais e sociais (Constituição, 1988).

Um dos recursos mais importantes para assegurar esse atendimento verdadeiramente humanizado, acolhedor e resolutivo no Sistema Único de Saúde foi a implementação da já citada Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH), que é também popularmente conhecida como HumanizaSUS, de 2013. A PNH institui, dentre outras diretrizes, que o atendimento deve integrar-se à realidade dos cidadãos e das cidadãs, com uma escuta que paute a resolubilidade completa das demandas (Ministério da Saúde, 2013). Sem dúvida, é também no acolhimento que a equidade, enquanto instância real e de inscrição dos sujeitos dentro do próprio Sistema Único de Saúde, se faz materializar... ou, pelo menos, deveria.

Destaco de modo importante que a HumanizaSUS, enquanto política e estratégia em saúde, vai para além do acolhimento por si só: traz propostas de enfrentamento das relações de poder desumanizantes — o *acolher*, enquanto dispositivo e ação, é apenas a ponta do *iceberg*. O site do Ministério da Saúde disponibiliza um extenso acervo voltado para a valorização da HumanizaSUS, bem como os inúmeros esforços operacionais, políticos e tecnológicos efetivados para sua implementação em todo o cenário nacional. Como o estudo que aqui realizei não se trata de uma pesquisa documental, com longos levantamentos de todos os registros disponíveis nos acervos das bibliotecas virtuais disponibilizadas pelo Governo Federal, elenco dois documentos que guiarão as discussões aqui sugeridas, sendo estes um material já rico do ponto de vista teórico, considerando os objetivos aqui propostos: a “Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS de 2013”, e o “HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS”, de 2010.

A inquietude e o não-conformismo são molas propulsoras indispensáveis ao próprio estabelecimento da PNH: parte de um lugar de deslocamento, um comum acordo entre as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde, usuárias, usuários e gestores de que o incômodo atrelado às situações de iniquidades diversas é o que levará, fundamentalmente, ao processo de mudança e construção de novos meios de se produzir saúde (Ministério da Saúde, 2013). Entende-se a angústia e faz-se dela ação material e simbólica. Compromisso assumido por todas e todos que percebem e apreendem saúde e doença como processos absolutamente dinâmicos que se tecem, também, nos pormenores do *viver*.

Neste ponto, sustentam-se os princípios que colocam a humanização em cena: esta é *transversal*, já que a prática de humanizar deve permear todos os serviços e estratégias do Sistema Único de Saúde; há a *indissociabilidade entre atenção e gestão*, referente ao fato de

que a corresponsabilidade pela produção de saúde está posta entre usuárias e usuários — implicados enquanto *protagonistas* em seus acessos à saúde enquanto direito fundamental — e trabalhadores/gestores, que opinarão diretamente e colaborarão para a confecção de uma rede de serviços construída colaborativamente (Ministério da Saúde, 2013). Através destes princípios, toda a HumanizaSUS se organizará em prol do objetivo comum voltado às práticas participativas, integrativas e humanizadas no âmbito da saúde pública e coletiva.

Reexaminar esses princípios norteadores é constatar, também, onde se encontram as fragilidades hoje existentes no sistema, como

[...] a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários. Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho (Ministério da Saúde, 2010)

Perceber essas fragilidades significa, então, valorizar de modo crítico os avanços conquistados desde a implementação do Sistema Único de Saúde ao passo que, concomitantemente, assume-se o posicionamento ético em reconhecer que os movimentos de reforma sanitária propostos pelo SUS estão precarizados — em constante mudança, incompletos e perpassados por desafios diários (Ministério da Saúde, 2010). A própria implementação de uma política como a PNH é resultado, como afirmei anteriormente, da percepção desse estado de incompletude e precariedade; onde está a equidade se, por outro lado, práticas anti-transversais, centralizadas, hospitalocêntricas e retrógradas povoam todos os níveis de atenção (que, muitas vezes, atuam isolados uns dos outros) — práticas essas que, em sua essência, apelam para profunda desconsideração das pluralidades que compõem o território nacional, sejam elas de classe social, orientação sexual e identidade de gênero, etnia ou raça?

Ao descrever a humanização em si — enquanto política permeada em todo o SUS, não somente na Atenção Básica —, o documento base nos indica que essa se constrói, dentre outras possibilidades, pelas vias do reconhecimento dos sujeitos que ocupam as dinâmicas no âmbito da saúde nacional — usuários e usuárias, trabalhadores e trabalhadoras — como cidadãs e cidadãos, participantes ativos da construção do SUS; ainda, que a saúde se dá também pelas vias de tudo aquilo que é subjetivo: imbricado no social, atravessado pela cultura (Ministério da Saúde, 2010). Assim sendo, tratar da saúde é tratar dos afetos, dos amores, da angústia relacionada a tudo aquilo que não se diz e que não se vê; tratar da saúde é tratar do tesão, do

acesso ao gozo; das relações familiares e dos amigos que são, por sua vez, a família que se escolhe e que produz novos significados, inclusive, acerca do que é ser saudável. Tratamos de saúde quando falamos do acesso (ou das coisas que o impossibilitam) a todas essas esferas da vida cotidiana, refletidas nos corpos e nas experiências — de modos completamente distintos e, por esse mesmo motivo, devem ser ouvidas de modo também distintos. Isso é equidade — é, ao menos, começar a pensar pelas vias de um prisma equitativo.

O acolhimento atuará como dispositivo na PNH no sentido de que é através deste que se reafirmam os marcos éticos e políticos do próprio SUS, na prática — organizando o atendimento para a preservação da vida dos sujeitos que buscam os serviços de modo amplo, integral e equitativo ao convocar, assim, as redes de atendimento tanto internas quanto externas, do momento em que esse usuário chega a um serviço até a sua eventual saída (Ministério da Saúde, 2010). Acolher passa a significar a operacionalização de uma escuta que viabilize à população a plena articulação de suas demandas, corresponsabilizando os trabalhadores e as trabalhadoras (e implicando-se nessa relação de modo também responsável), buscando resolubilidade das questões que dizem respeito ao território, à sua relação com a comunidade, aos tratos sociais e ao modo integral de se conceber a saúde mediante a totalidade das dimensões que compõem a vida.

Apesar do estabelecido pelos textos institucionais, conforme apresentado até aqui, há muitas lógicas que esbarram em entraves na plena implementação dos marcos legais e operacionais por estes descritos. Um primeiro ponto a se destacar tange ao fato de que a Política Nacional de Humanização não diz, sobretudo, de uma simples ampliação do acesso à saúde em si, expandindo a rede em caráter quantitativo e de abrangência territorial: é uma política que traz, consigo, a dificuldade inicial — e observada também nas lacunas promovidas pela inadequada gestão institucional dessa política, na esfera governamental — de que o acesso à saúde se dá, antes de mais nada, no investimento das próprias práticas diárias de cuidado (Côrrea, Lira & Piffer, 2023). Ou seja, se a PNH tenta articular a promoção de alterações essenciais na práxis do cotidiano, quais subsídios o Estado tem fornecido para que profissionais de saúde, no âmbito da atenção básica, possam ser elemento constitutivo dessa mudança? Na seção de análise dos dados produzidos, será possível verificar como essas lacunas institucionais aparecem — e seus efeitos muito reais no trabalho nos serviços de saúde.

No mesmo sentido da reflexão exposta acima, é imperativo retomar que a PNH, em suas diretrizes e princípios, fomenta não somente ações voltadas para o aprimoramento do cuidado em saúde fornecido aos usuários e às usuárias que frequentam o dispositivo; a política convoca também dispositivos que prezem pela saúde do profissional de saúde de modo a garantir que a

atuação no serviço seja reatualizada (Côrrea et al. 2023). Se tal esforço se desloca para uma tentativa de fortalecimento dos vínculos dos trabalhadores com seus cargos e carreiras, bem como também da vinculação subjetiva entre e intra-equipes e, ainda, com usuários e usuárias, como pode-se esperar que isso ocorra frente ao completo desmonte vivenciado na saúde pública? Afinal, nos últimos anos, temos vivenciado uma

[...] perspectiva de desfinanciamento da saúde que certamente levará a um aniquilamento das tentativas de construção de nosso sistema universal, e especialmente de sua atenção primária. Referimo-nos, especificamente, à introdução de uma das maiores medidas de austeridade - corte drástico dos gastos públicos para alcançar um equilíbrio fiscal. [...] Sem dúvida, a escolha por essa política de austeridade tem grande efeito sobre o bem-estar imediato da população, isto é, provocando resultados negativos nas condições sociais, e na saúde em particular (Mendes, Carnut & Guerra, 2018, p. 225)

Essa vinculação harmoniosa citada anteriormente, dentro das próprias equipes de trabalho, cujos desafios multiplicam-se por questões de gestão estatal, também são dificultadas pela própria lógica dentro da qual tais equipes se organizam. Se o trabalho deveria ser, em tese, como sugere a Política, aplicado com base numa colaboração interdisciplinar — sustentada pela efetiva capacidade de comunicar-se entre os componentes dessas equipes —, existe uma cultura hierárquica dos saberes ali dispostos que acaba por centralizar a organização do trabalho em práticas médico-centradas. Preparo aqui o terreno para provocações acerca do *status quo* biomédico e como este se institui nas unidades básicas de saúde, a serem explicitadas em momento oportuno nesta dissertação.

Há uma organização do acolhimento enquanto ferramenta estratégica e dispositivo metodológico para atendimento de todos e todas que buscam um serviço de saúde; essa organização atesta a primazia do reconhecimento de situações que possam ser entendidas como mais vulneráveis e/ou de risco agravado — e, a partir desse reconhecimento, o ampliar das técnicas de escuta e resolubilidade para efetivamente dar conta das demandas e proporcionando o pleno acesso à saúde (Ministério da Saúde, 2010). Contudo, a integração entre as UBSs — principal estratégia elencada pela própria Política Nacional de Humanização para que a ampliação do entendimento de risco/vulnerabilidade ocorra no âmbito da atenção básica — é absolutamente frágil e se vê ainda mais ameaçada num cenário político atual em que o que mais se promulga e efetiva são, na realidade, contrarreformas: projetos de lei, movimentos políticos e articulações do Estado que não somente incentivam o avanço da terceirização em saúde, mas ativamente produzem uma rede fragmentada (Côrrea et al.. 2023). Isso nos sugere um trabalho em saúde que, de fato, acaba por não dialogar com políticas sociais e estratégias de promoção de qualidade de vida para populações vulneráveis.

Escutar os trabalhadores e as trabalhadoras, como é o objetivo deste estudo, trata de captar e distinguir também os entendimentos dessas pessoas acerca do que é considerada uma situação de vulnerabilidade; afinal, o Brasil destaca-se por, culturalmente, não reconhecer as mazelas e vicissitudes cotidianas na vida de pessoas LGBTQIA+ que podem (ou não) apresentar características específicas dotadas de risco — e que, por uma série de motivos e construções discursivas e simbólicas, acabam por não serem entendidas como “vulnerabilidades” propriamente ditas. Ocorre, nesse sentido, um apagamento das vivências *queer* e de sexualidades dissidentes que é amplamente difundido e emaranha-se no nosso dia a dia. Ouvir, reconhecer, interpretar e apontar esses discursos é abrir espaço para, então, propor intervenções como capacitações e projetos de educação continuada de modo a fortalecer as diretrivas da própria PNH.

Logo, o dispositivo do acolhimento converte-se em recurso incondicional dentro da rotina de trabalho em saúde, visto que se define também, para além do descrito na PNH, pela capacidade empática do ser humano de entender o outro em suas condições subjetivas, culturais, históricas e sociais, de forma particular e receptiva à trajetória individual e coletiva das pessoas (Verdi e Brehmer, 2013). As diretrivas a serem fortalecidas, conforme sugeridas pela PNH, tratam de estruturar e organizar esse acolhimento e, como já narrado, propiciar a melhor qualidade da escuta profissional direcionada ao atendimento em saúde. No entanto, dependem de uma descentralização e do exercício de uma prática horizontal dos poderes em jogo nessas unidades — algo que parece escapar à Política, ainda que cite a relevância de seu emprego na cena da prática real —; o que se verifica, no campo da atuação propriamente dita, são práticas unitárias totalizantes que deslegitimam a atuação com enfoque na transdisciplinaridade (Zancan e Cana, 2023).

Vale destacar que a Atenção Básica (AB) efetiva-se como um dos principais meios para esse acesso ao direito à saúde de caráter humanizado e equitativo, constituindo o que se convencionou chamar de “porta de entrada” do SUS, pois contempla o contato inicial com a população. Tem como objetivo a descentralização e capilaridade dos serviços de saúde, no intuito de assim ser mais resolutiva nos cuidados nesse âmbito, organizando as redes de saúde nos municípios e materializando-se, principalmente, no espaço das Unidades Básicas de Saúde (UBS); a atenção básica consiste numa série de ações e estratégias, coletivas e individuais, realizadas por uma equipe multiprofissional dentro de um território definido, tendo como foco a promoção, prevenção e recuperação em saúde de sua população adstrita (Portaria n. 2.436, 2017). Os últimos estudos quanto à atenção básica no Brasil apontam que, conforme afirma Giovanella:

O objetivo é que se torne efetivamente serviço de procura regular, com ampliação do escopo de ações; arranjos de comunicação e da troca de informações entre os serviços; comunicação direta entre generalistas e especialistas; diálogo clínico e formação continuada com participação de profissional da atenção básica e da atenção especializada; prontuários eletrônicos compartilhados. (Giovanella, 2018. p. 4)

O simples fato de um serviço de saúde ser ofertado, contudo, não garante aos usuários que o pleno acesso àquele serviço realmente ocorrerá, sem intercorrências — uma vez que, entre o reconhecimento de que há disponibilidade de uma determinada estratégia de cuidado em saúde e o real acessar de tal estratégia, existem muitos obstáculos que se entrepõem (Vicari, Lago e Bulgarelli, 2022). As condições do território, os modos como essas pessoas transitam e se deslocam até chegarem a um estabelecimento de saúde, os engendramentos e as práticas culturais, dificuldades relacionadas a questões financeiras... muitas iniquidades e condições distintas permeiam as vidas que transcorrem imersas nas realidades que circundam as UBSs; são essas mesmas vidas as que buscarão auxílio e acolhimento para suas demandas e que, para além das dificuldades que já estão quase que postas de antemão, há todo o processo a ser encarado quando, de fato, entra-se no espaço — simbólico e material — do serviço de saúde.

A partir desse entendimento é possível então fundamentar, com apoio do aporte estabelecido por Vicari et al. (2022), que o acesso passa a se constituir enquanto uma *instituição*: se faz presentificar a partir das ações e posturas das trabalhadoras e dos trabalhadores, mas também se engendra por meio das normas, leis e fundamentações que regulamentam a Atenção Básica. Esta pesquisa não se propôs a ser uma análise institucional pormenorizada dos processos de sucateamento da saúde, bem como das suas consequências. Contudo, no cenário específico abordado na pesquisa, com os elementos do acesso e do acolhimento (ferramenta fundamental de constituição desse acesso, por sua vez), venho demonstrando que os discursos que constituem, ou impedem, a materialização do acesso à saúde seriam discursos que dizem das diferenças e desigualdades interseccionais que coadunam para se tornarem, por fim, impeditivos desse acesso; obstáculos. *Violências de acesso*. Como não considerar, então, a precarização dos postos de trabalho das pessoas que atuam na linha de frente, trabalhadores e trabalhadoras, enquanto força instituinte fundamental para o pleno acesso à saúde?

Similarmente, Souza e Bernardo (2019) evocam em seus escritos que há uma cultura discursiva disseminada, sobretudo em níveis de gestão na área da saúde pública, paulatinamente mascarada de modo exuberante, atraente e idealizada; absoluta antítese, afinal, com o que se encontra na realidade ao observarmos práticas severas, pouca atenção para promoção de

educação continuada, descaso quanto a atenção à saúde dos trabalhadores e, no geral, descompromisso com todo o tipo de demanda referente às equipes que atuam na ponta dos serviços. Quando tento trazer determinadas condições enquanto possibilitadoras do acesso à saúde por parte dos usuários, creio ser possível também abranger o adoecimento dos trabalhadores e o profundo processo de sucateamento da saúde pública no território nacional enquanto, também, contingentes que não podem ser desconsiderados ao diligenciarmos pesquisas que ocorrem no âmbito desses serviços.

Essas dinâmicas de adoecimento de trabalhadores e trabalhadoras, bem como outras circunstâncias agravantes que dificultam o exercício do cuidado em saúde, geralmente tendem a ocorrer de modo gradual e, por sua vez, dissoluto (Souza e Bernardo, 2019). Ou seja, não se trata de um único evento catastrófico que prejudica de modo evidente e inegável aqueles que atinge. Ao contrário, na maior parte das vezes, as dificuldades (tanto subjetivas quanto as efetivamente relacionadas à própria condição do trabalho precarizado) acontecem em múltiplas instâncias e de modos tão insidiosos que, para muitas pessoas, são consideradas como “ossos do ofício”: inevitáveis, naturais ao exercício da profissão e irremediáveis por natureza. Isso faz com que todas e todos que se apropriem do seu estado de esgotamento, da sua falta de apoio ou de recursos para trabalhar e das dificuldades gerais no âmbito dos serviços em saúde sejam taxados como inadequados, e que as demandas por melhorias não sejam ouvidas. Ainda: especificamente, no que se refere a esta pesquisa, que algumas dificuldades acerca da escuta de pessoas LGBTQIA+, por parte dos trabalhadores e das trabalhadoras, possam vir a ser encaradas apenas como “homofobia”, como descaso. Como se não houvesse uma infinidade de razões para que esse acolhimento não seja efetivado da melhor maneira possível — razões essas que, novamente, se pensarmos na falta de investimento nos planos de formação, de educação continuada, de capacitação acerca da temática para funcionários em todos os níveis de atenção (mas, especificamente, na Atenção Básica), nos apontam para o Estado como entidade e condição faltante e, finalmente, violenta para trabalhadores, trabalhadoras e população usuária.

O adoecimento e a sobrecarga, entretanto, não são frutos apenas de políticas de desinvestimento (num sentido macro) e avanços neoliberais promulgados nos últimos anos: são, também, frutos das relações entre os sujeitos que coabitam um mesmo espaço de trabalho; das dinâmicas entre chefes/gestores e seus subordinados e suas subordinadas; das trocas que ocorrem nesses locais, dos conflitos relacionais, da divisão do trabalho (Souza e Bernardo, 2019). As histórias de vida, os anseios, as angústias: tudo isso é significativo para compreendermos os processos de escuta desses trabalhadores, como praticam o acolhimento. E é acolhendo tais inquietações, ouvindo suas histórias, dissecando esses discursos, que esta

pesquisa se propõe como possibilidade para começarmos a entender, de modo atento, como o sofrimento dos sujeitos pode gerar mais sofrimento.

### 1.5 A DIFERENÇA QUE SE INSCREVE NA CARNE

A partir do que expus até aqui, é possível entender, então, que a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), promulgada através da portaria número 2.836 (2011), representa um marco importante para o avanço rumo a um Brasil equitativo. Ao abranger reivindicações específicas da população LGBTQIA+<sup>3</sup>, como previsto na dimensão da equidade descrita na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2011), a PNSILGBT estabelece diálogo direto com a proposta de atendimento à saúde integral efetivada na atenção básica.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT é instituída pela Portaria 2836 de 2011, sendo esta pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de acordo com a Resolução de 06 de Dezembro de 2011 — esta a responsável por orientar o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT. As estratégias que a Política Nacional de Saúde LGBT busca adotar baseiam-se, em grande parte, nas orientações propostas pelo Programa Brasil Sem Homofobia, de 2004. No texto da política, incorpora-se a noção de que os avanços em relação ao âmbito da saúde integral de sujeitos LGBT se deu no país na década de 80, no auge da epidemia de HIV/Aids — quando o Ministério da Saúde teria adotado diretrizes de combate a essa urgência sanitária em união aos movimentos sociais “vinculados à defesa de grupos gays” (Ministério da Saúde, 2013).

---

<sup>3</sup> Apesar da variedade de siglas utilizadas para representar a população de pessoas não heterossexuais e não cisgênero no âmbito das publicações científicas nacionais e internacionais, utilizar-se-á a sigla LGBTQIA+ nessa dissertação, por considerarmos três aspectos importantes, a saber, sua extensa utilização nas ciências humanas, seu amplo escopo visando a inclusão abrangente e, sobretudo, por ser uma sigla utilizada pela população aqui contemplada. Ou seja, trata-se de uma potente categoria êmica. Apesar disso, refletimos: Favero (2022) nos aponta quanto ao aumento desenfreado da sigla para supostamente abranger mais sujeitos dissidentes; isso sequer se mostra efetivo dentro do próprio movimento organizado, uma vez que existe a preponderância da figura representada pelo homem cisgênero gay, historicamente, como o protagonista da causa. O Grupo Gay da Bahia, importante num contexto nacional pelo seu trabalho de catalogar e mapear violências LGBTfóbicas no país (cujos relatórios foram, inclusive, utilizados ao longo desta dissertação), pode servir-nos como fonte para a reflexão e questionamento desse papel central associado ao homem gay, não representativo da população como um todo, mas que figura em hegemonia nas pautas e discussões. Indo além, as siglas tendem a conferir, no imaginário popular e na percepção de outras pessoas, o caráter “exótico”, alternativo, anormal de pessoas *queer* — algo, em suma, contraproducente de toda a luta e articulação política.

Esse trecho, particularmente, serve-nos de ponto de partida para uma reflexão inicial necessária: ao mesmo tempo em que a população LGBTQIA+ teria sido alvo das investidas de divulgação em saúde, programas de controle e gestão de crises, foram também atribuídas a nós e nossas experiências diversos modos de demonização de nossas práticas sexuais, de prazer e de estilos de vida. Logo, do mesmo modo em que éramos contemplados pelas políticas de saúde, fomos também violentamente expostos em nome delas: conforme aponta Parker (2013), os sujeitos que são convocados a tornarem-se as figuras que estampam políticas públicas de combate a ISTs, por exemplo, concomitantemente passam a ser sujeitos de direito dessas mesmas políticas, supostamente com intuito de combater as discriminações vivenciadas, todos os dias; contudo, sujeitos LGBTQIA+ foram invariavelmente inseridos na materialidade do “outro problemático”, cujas práticas sexuais servem de alerta para a população e, por isso, devem ser reguladas. Há, então, de se olhar para a PNSILGBT com perspectivas renovadas, possibilitadoras de reflexões que pairam sob algumas de suas construções.

O escopo da PNSILGBT busca ampliar o entendimento sobre os processos que afetam o que se entende por saúde e doença — incluindo dimensões de âmbito social, cultural, da educação, entre outros; tal perspectiva coaduna-se com o que postulam os estudos sobre os determinantes sociais da saúde (DSS), sendo estes um conjunto de fenômenos de ordem biopsicossocial nos quais a vida dos indivíduos se desenrola — e que afetam diretamente nos processos de saúde e doença, bem como nos riscos concernentes ao surgimento de iniquidades e demais problemas de saúde (Morais, Rosenstock, Maia & Santana, 2021). Esse movimento de afastamento de um olhar patologizante das vivências *queer* é fundamental, considerando que historicamente, como já apontado, tais pessoas — cujos corpos e experiências encontram-se sob constante julgo de uma suposta moral — passam a rotineiramente esbarrar em situações perpetradoras de violações aos seus direitos mais fundamentais. Sobretudo: não é incomum que essas situações sejam legitimadas pelo Estado. A. de C. A. da Silva et al. (2020) reforçam a importância das ações descentralizadas, em múltiplos níveis de assistência, para garantir a plena resolubilidade das demandas LGBTQIA+ que, ao não serem contempladas, revitimizam aquelas e aqueles que buscam os serviços; essas autoras e esses autores utilizam, especialmente, a experiência com o Comitê de Acompanhamento da Política de Promoção e Defesa dos Direitos da população LGBT do Estado do Paraná, vinculado à Secretaria de Justiça, como uma fonte potencial de multiplicação do conhecimento técnico e específico da saúde LGBTQIA+. Deste modo, há a capilarização da PNSILGBT, agenciada por meio de dispositivos que a implementam a nível territorial.

Há um resgate, no texto da PNSILGBT, de como a saúde, em sua concepção ampliada, é fruto de inúmeros movimentos que compõem a reforma sanitária; nesse sentido, pode ser compreendida como a garantia de acesso universal às políticas sociais ofertadas. O tensionamento constante da população organizada através dos movimentos sociais, de maneira insurgente aos modos de opressão e exclusão, faz-se não só como modo propulsor de construção de novas políticas: o povo, munido de força coletiva, é a instância-base estrutural para um novo fazer político e estratégico. O fato é que essa produção de conhecimento efetivada pela insurgência social acaba ficando restrita àqueles que a produzem; muitos trabalhadores e muitas trabalhadoras da ponta, por exemplo, sequer conhecem a existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Dito de outro modo, o desconhecimento da PNSILGBT tem sido, em larga escala, um dos maiores entraves para a sua aplicabilidade no trabalho, especialmente na atenção básica; a implementação de suas diretrizes, com temáticas muitas vezes alheias a um público não inteirado dos conhecimentos acerca das especificidades em saúde de pessoas *queer*, acaba por ser fortemente limitada, constrita ao âmbito do que dizem ser a “militância” (Miskolci et al., 2022), ainda que esta seja importante.

Ou seja, ainda que a PNSILGBT esteja calcada em ações que visam um Sistema Único de Saúde verdadeiramente compromissado com a equidade, conforme o estabelecido pelo Programa Mais Saúde (Ministério da Saúde, 2008) — que, por sua vez, buscava reconhecer as muitas necessidades distintas de variados segmentos populacionais, dentre os quais a população LGBTQIA+ —, estabeleço aqui o entendimento de que as dinâmicas sociais e culturais que possibilitam a exclusão e a violência direcionada às pessoas LGBTQIA+ incide, diretamente, no processo saúde-doença destes sujeitos também através do fator “desconhecimento”. Esse desconhecimento inclusive, também diz do acesso (ou impedimento deste) ao próprio direito fundamental a saúde. Por mais que a PNSILGBT estabeleça ações para que o combate a esses processos de discriminação e apagamento se efetivem de modo articulado entre secretarias de saúde dos municípios e dos estados, bem como com a sociedade civil, é uma política que segue particularmente conhecida somente por aqueles que possuem especial interesse em sua manutenção. Logo, a invisibilização e o desconhecimento da PNSILGBT

encontra-se como um dos principais problemas responsáveis pela não implementação da política, dificultando a avaliação dos seus resultados. Os profissionais de saúde demonstram despreparo e desconhecimento não só da PNSILGBT, mas também de todas as particularidades do atendimento à população LGBTQIAPN+. Mesmo com mais de 10 anos de promulgação, a temática não é amplamente abordada em meio acadêmico, seja da graduação, seja da pós-graduação (Correa et al., 2025, p.13).

Desde 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, a temática acerca das reivindicações da população *queer* brasileira já entrava em cena nos debates que ali ocorriam; estes, por exemplo, reverberaram no fato de que, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano seguinte, os conceitos de identidade de gênero e orientação sexual passassem a fazer parte das discussões concernentes aos determinantes sociais de saúde. Então, como relatado na própria PNSILGBT, 2004 torna-se um ano de grande importância para as políticas públicas voltadas para a população LGBTQIA+, com a criação do Programa Brasil Sem Homofobia e do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais – GLTB (Ministério da Saúde, 2013). Ainda que estes sinalizassem, na própria concepção de seus nomes e siglas adotadas — considerando, aqui, o fato de serem essas terminologias distintamente pertencentes àquele contexto e época, redigidas assim nos documentos oficiais —, a produção de uma lógica e um sentido peculiares, não obstante representavam também um marco na política brasileira e nas vidas de milhões de cidadãs e cidadãos LGBTQIA+. Na referida 13ª Conferência Nacional de Saúde, estabeleceram-se recomendações para a garantia de saúde integral da população LGBTQIA+ — dentre as quais estavam a criação de ferramentas e dispositivos necessários para sensibilizar os e as profissionais do SUS quanto ao respeito às pessoas LGBT e seus direitos, bem como considerar que todas as pautas relativas a essa população específica (e a livre expressão dos indivíduos a ela pertencentes) seria alvo de educação permanente no Sistema Único de Saúde.

Ainda, outros documentos nortearam os avanços — tanto no sentido de organização política quanto no pautar de questões idiossincráticas relativas à saúde pública dessa população — ao longo dos anos no Brasil, possibilitando um traçar histórico e contextualizado das reivindicações da população LGBTQIA+ através destes que podem ser considerados marcos políticos no âmbito federal. De acordo com Souza (2015), o Plano Nacional de Direitos Humanos 2 (PNDH 2), de 2002, pode ser compreendido como um dos primeiros marcos definitivos para as políticas da população LGBTQIA+, tendo em vista que, dentre suas propostas, considerava a inclusão da garantia dos direitos de diferentes expressões de sexualidade e gênero, e que tais direitos seriam parte de uma ampla concepção daquilo que se entende por saúde, interpelada pelos determinantes sociais que integram a vida das pessoas em seu cotidiano, de modos muito diversos. Ainda, de acordo com Souza:

[...] é possível identificar, ainda, determinados marcos principais no âmbito das ações do Poder Executivo voltadas para a população LGBT: criação do “Brasil Sem Homofobia (BSH) – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual”, em 2004; realização, em 2008, da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com o tema “Direitos humanos e políticas

públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT”); e o lançamento do “Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (PNDCDH-LGBT), em 2009. (Souza, 2015, p. 8)

Temos, então, um corpo majoritariamente demarcado pela diferença, pela cisão; ao corpo *queer* são atribuídos uma infinidade de signos que o estabelecem como “o corpo diferenciado” e subjetivado por processos outros, estes não vivenciados e experienciados na esfera da cisgenerideade — a experiência *queer* sempre localizada como antítese da cisheteronorma que, por sua vez, é perpetuamente vista através das lentes de uma presumida normalidade (fictícia e construída, logicamente, com interesses próprios). É um corpo sujeito ao aviltamento, à segregação e ao seu eventual desmonte, factual e corporificado, por meio de violências que nele se instauram e que a esse corpo são convidadas.

Ainda que, certamente, o corpo LGBTQIA+ seja atravessado por inúmeras instâncias que são únicas a essa vivência específica, nota-se que textos como o da PNSILGBT tratam-no sob as lentes de uma diferença que se pauta antes, sobretudo, no sofrimento. Há de se sustentar e lutar por uma produção científica que parta de lugares subjetivados, vivenciados; que se apresentem também as potências dessas vivências — ou que tais lugares, ainda que narrativamente tratem do sofrer, partam de vozes menos neutralizadas, não-esterilizadas pelo discurso científico e político. Que existam e se façam demarcar os nomes, suas moradas; seus desejos, seus afetos e suas trajetórias — não somente os gráficos, as tabelas e os censos produzidos para que se contabilize quantos de nós foram assassinados de modo quase abjeto. Certamente é por isso que, aqui, nas linhas que venho tentando articular, falo aberta e francamente sobre o que me move — consequentemente, também, do que me falta. Se menciono o sofrer, é partindo do princípio de que também há o outro lado da moeda: o afeto, o tesão, meus gostos, meus desejos e a vontade de sujar-nos um tanto mais. O impuro e o controverso sempre soam muito mais interessantes, não acham? Parto de enunciados que se potencializam por aquilo que me atravessa subjetivamente, sejam esses atravessamentos dores ou amores.

Ao propor a retomada contextualizada na história dos movimentos de liberação *queer* brasileiros, a PNSILGBT (assim como tantos textos de sua época e, quiçá, alguns mais recentes) — mesmo efetuando esse marco temporal, no qual as pautas associavam-se e eram dominadas pelos homens — tende a referir-se às múltiplas vivências LGBTQIA+ com um foco protagonista da homossexualidade masculina. De fato, os grupos de homens que em seu íntimo se reconheciam e se afirmavam politicamente como gays foram incipientes e preponderantes

no contexto nacional, na década de 70. Sabe-se, porém, que identidades não-binárias, travestis e transexuais já reivindicavam lugares de menos sujeição ou docilidade, opondo-se e resistindo de maneira política com as suas próprias existências; já habitavam e resistiam em espaços nos quais seus corpos certamente não eram bem-vindos. Assim, considero no mínimo leviano assumir que essa luta foi hegemonicamente cisgênero, binária e branca — ou seja, centrada em figuras e sujeitos com recortes de raça e classe específicos, tidos como precursores únicos. Na década de 90 há a organização política com maior força de grupos de travestis; ressalta-se que as mulheres lésbicas, contudo, permaneceram durante muito tempo invisibilizadas e que é o alinhamento com o movimento feminista que possibilita que essas pautas eventualmente viessem a se destacar.

A PNSILGBT traz em sua construção argumentativa noções muito importantes que englobam, dentro dos conceitos apresentados, os determinantes sociais da saúde ao longo de todo o texto; aqui, entende-se que os fenômenos que compõem as instâncias de violência e discriminação contra a população LGBTQIA+ não acontecem de maneira isolada: estes transpõem-se num tecido de trocas socioculturais e emaranham-se com outras maneiras de dominação e repressão, como o racismo e a misoginia. Compreender essas dinâmicas complexas e como esses discursos se retroalimentam é essencial para que as políticas públicas digam de recortes de vida sensíveis a essas questões, tornando-se assim mais efetivas. Então, é possível afirmar que o corpo *queer* é percebido aqui (e deste modo inserido nos jogos discursivos) como um corpo que é também demarcado por outros fenômenos sociais que não estão remetidos única e exclusivamente à sexualidade; é importante que esse seja o lugar do qual as discussões emanam, uma vez que a prática de saúde integral se faz, como venho pontuando até aqui, ao reconhecerem-se a dinâmica das multiplicidades nas quais as vidas transcorrem: condições de trabalho, de saúde, de educação... Nota-se que, entretanto, o lugar da sexualidade (seja da identidade, seja da orientação, seja da expressão dos afetos) demarca, de maneira muito forte, as oportunidades de acesso a essas condições de bem-estar e de vivência de corpos específicos.

Os espaços de trabalho das organizações e empresas, as escolas, as unidades de saúde: o jogo não é o mesmo quando o sujeito que ali adentra é um sujeito dissidente. Quanto mais marcada for essa vida por aquilo que, aos olhos da heteronorma, a constitui enquanto “diferente” — os adereços que a encobrem ou deixam de fazê-lo, o modo como se caminha e se expressa ou se comunica, as curvas e os trejeitos a cada vez que esse corpo se senta num banco e as pernas se cruzam desta ou daquela maneira —, mais as condições se propiciam para que a violência se corporifique. Reconhecer as determinações sociais é imprescindível, mas

arrisco dizer que as práticas sexuais incidem de volta sobre todos estes determinantes. A questão, como aponto na introdução, é que reconhecer a idiossincrasia e a diferença é, de fato, oportunizar a equidade — e esse reconhecimento não deve servir para a exclusão ou pré-julgamentos que afastam e alienam sujeitos sexualmente dissidentes; são diferenças que, sim, existem: devem ser acolhidas, levadas em consideração quando se trata de praticar assistência e atenção em saúde de modo equitativo. A diferença não está posta para oportunizar a violência, nem somente para falar do sofrimento: está posta para propiciar um novo olhar sobre o que entendemos por processos de saúde.

## 1.6 PARA ALÉM DE UM DESMONTE: A *PRODUÇÃO DELIBERADA* DE ATAQUES

Observando o que preconiza a legislação das portarias relacionadas ao SUS, a Atenção Básica e às políticas de humanização, bem como o que se descreve na Constituição de 1988, tais perspectivas são colocadas frente a frente com as realidades da população LGBTQIA+. Refletindo sobre estas dimensões, defino aqui a temática central do problema de pesquisa proposto: a partir dos marcadores de saúde, sociopolíticos e históricos apontados até aqui, como ocorrem os acolhimentos, no âmbito da Atenção Básica no SUS, às pessoas LGBTQIA+, na perspectiva dos trabalhadores da saúde?

A retórica do preconceito contra pessoas LGBTQIA+ está presente no nosso cotidiano e na nossa constituição enquanto sujeitos de maneira quase *venal*: somos ensinados a reproduzir práticas e ideais LGBTFóbicos, enraizados na cultura e na educação através dos tempos; está inscrita em nossas veias, invadindo nossa capilaridade. Isso faz com que, por exemplo, as manifestações individuais (o asco e a repulsa externado de maneira agressiva) deem espaço para as manifestações sociais (através de falas ou comportamentos que deslegitimam a população LGBTQIA+ ou inserem-nos num lugar de inferioridade, sem necessariamente utilizar-se de violência) (Borrillo, 2010). Essas manifestações podem acontecer de modo independente e autônomo; quem nunca ouviu a celebre, tão repetida frase “eu não sou homofóbico, tenho até amigos gays”, advinda de uma pessoa de fora dos ciclos sociais, se recusa a reconhecer pessoas *queer* no mesmo patamar de existência e garantia de direitos que pessoas “adequadas” e adeptas à cisheteronorma?

É evidente que todo o histórico de investidas fascistas e neoliberais<sup>4</sup> às políticas voltadas para o âmbito da saúde — especialmente à atenção básica e as estratégias nesta incorporadas,

---

<sup>4</sup> É importante declarar aqui que não elenco o uso de significantes como *fascismo* e *neoliberalismo* como meras hipérboles para descrever o cenário de barbárie traduzida no contexto brasileiro pelos acontecimentos na Praça dos Três Poderes em Brasília, em 8 de janeiro de 2023. Se o borbulhar de todas as tensões e insatisfações faz seu

como a Estratégia Saúde da Família (ESF) — seja também importante para a pesquisa, uma vez que criam cenários para que certas violências se perpetuem. Conforme aponta Machado (2021), foi durante os governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro que mudanças substanciais foram aprovadas principalmente no âmbito da AB, sobretudo concernentes a alterações nas estratégias de financiamento e uma forte campanha voltada para a privatização do SUS, numa dinâmica neoliberal que afetou (e afeta) severamente os trabalhadores da ponta, que convivem com o constante julgo do sucateamento iminente, planos de carreira deficitários e condições de trabalho inadequadas. Como não pensar que trabalhar — e viver — sob tais condições não afetaria, também, suas capacidades de prestação de serviços (dentre os quais o tão importante “acolhimento humanizado”) se, por outro lado, não estão sendo respeitados por meio de direitos trabalhistas que efetivamente assegurem condições dignas e minimamente respeitosas a esses profissionais?

Essas produções de ataque ao SUS — uma vez que não se tratam somente de ações reativas, e sim *ativas* em sua concepção neoliberal e fascista de “*acesso a saúde*”, completamente alinhadas à privatização — integram em seu cerne, dentre outros aspectos, a redução de estratégias e serviços ofertados pela Atenção Básica, a descontinuidade e interrupção do fornecimento de múltiplos insumos (medicações, produtos básicos para o funcionamento das unidades, dentre outros), atrasos substanciais nos pagamentos dos colaboradores e até mesmo demissões coletivas (Saffer, Mattos e Rego, 2020).

Se o SUS é fruto de uma articulação que se materializa, principalmente, na Reforma Sanitária Brasileira, é necessário reconhecermos que também o neoliberalismo possui um histórico de ascensão no país como uma força que se institui contrária ao diálogo democrático. Especificamente, há um empuxo para uma maior adesão econômica do Brasil às políticas de capital internacional e, daí, as privatizações entram como protagonistas nessa perspectiva de governança; para além disso, é evidente também que a profunda crise econômica entre 2014 e 2015, bem como o golpe sofrido pela presidente Dilma Rousseff — cuja estabilidade e popularidade já se encontravam ameaçadas mediante as respostas negativas às suas propostas de ajustes fiscais, bem como frente aos numerosos escândalos nos quais o Partido dos Trabalhadores se via envolvido — tenham tido um papel crucial no estabelecimento de uma

---

caldo entornar de modo um tanto revelador com o golpe que retira, de modo inconstitucional, a ex-presidente Dilma Rousseff de sua posição, a coisa se revela de vez nos anos seguintes com a ascensão de Jair Messias Bolsonaro — emprestando seu nome, inclusive, ao que denominam de *bolsonarismo*: uma série de práticas totalitárias, fascistas e ultraconservadoras (Araújo & Carvalho, 2021). Possuem em seu cerne o militarismo e ideologias que botam a elite como centro dos interesses do Estado. As filosofias impostas como práticas de governo por Jair e seus representantes tiveram impacto significativo na articulação de ataques à saúde pública no Brasil.

narrativa discursiva cuja principal pauta era a desestruturação do “sistema” e o fim da esquerda, percebida como o grande mal da nação (Saffer et al., 2020).

O acesso democrático à saúde enquanto direito fundamental de todo cidadão passa a ser apenas um jargão partidário, uma promessa eleitoral esvaziada sem qualquer compromisso ou planejamento operacional para sua efetivação. Todo político que se preze, é claro, irá fazer juras de um Brasil com saúde e educação para todos. A verdade, muito pelo contrário, é que, após a eleição do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, as demissões em massa de trabalhadores do SUS alavancaram-se de modo substancial, bem como o esmaecer dos financiamentos voltados para a saúde — contribuindo assim, de modo geral, para o sucateamento e absoluto retrocesso das políticas de saúde (Saffer et al., 2020).

Parece pertinente questionar e refletir acerca dos diversos caminhos pelos quais essa discussão pode enveredar: qual suporte recebem aqueles que são constantemente violentados e, tanto nas dimensões físicas e sociais, quanto nas institucionais e estruturais — pensando tanto nos/as trabalhadores/as quanto nos/as atendidos/as nesses espaços? Cabe demarcar, não levianamente, que esse cenário se desenrola num Brasil onde os crimes e violações que incidem sobre a população LGBTQIA+ crescem num ritmo de barbárie. O documento/relatório Violência LGBTfóbica no Brasil: dados da violência, elaborado à época pelo Ministério de Direitos Humanos, aponta que, de 1963 a 2018, foram assassinadas 8.027 pessoas que se identificavam como LGBTQIA+ no país (Ministério dos Direitos Humanos, 2018). Ainda, o Grupo Gay da Bahia, que há 45 anos coleta e divulga anualmente informações a respeito de mortes violentas de pessoas LGBTQIA+ no Brasil, contabilizou, na edição de 2024 de seu relatório, um total de 291 vítimas, dentre as quais a principal motivação por trás das ocorrências é a LGBTfobia, tendo como resultado final o homicídio (273 pessoas, representando 93,8% do total) ou o suicídio (18 pessoas, ou 6,2%) (Mott & Domingos, 2025).

Não é de surpreender, porém, que o acesso a esses tipos de dados de modo preciso e eficaz é, no mínimo, questionável: o último relatório completo, publicado por veículos oficiais ligados a Ministérios (seja da Saúde, ou dos Direitos Humanos) é o de 2018; os dados mais recentes são aqueles dados advindos do mesmo Grupo Gay da Bahia, de onde o relatório previamente citado também é oriundo. Trata-se, contudo, de um levantamento autônomo que não vem acompanhado de um documento oficial mais robusto. Arrisco dizer que esses dados, as condições sob as quais foram produzidos e a ausência do *input* do Estado nos revelam muito sobre o contexto aqui discutido. Os movimentos sociais e a sociedade civil autônoma são cruciais, não somente para a divulgação de informações que sejam pertinentes e de interesse à população, mas também por serem resistência viva frente à máquina neoliberal-exterminadora.

Se tenho sinalizado a importância e imprescindibilidade desses movimentos populares frente ao ultraconservadorismo, ao massacre de populações marginalizadas e, de modo protagonista, seu papel à frente das lutas por reivindicações de direitos básicos, é impossível continuar com esta dissertação sem reconhecer, então, o papel da elite LGBTfóbica brasileira como o outro polo desse tensionamento. Trevisan (2018) propõe que tal elite constituía-se (e ainda o faz) não somente daqueles que, obviamente, detinham qualquer influência no exercício de um poder direto sobre a maior parte da população — para a elite, o *resto* do Brasil —; a elite trata-se também da ascensão de uma nova burguesia, bem como do círculo acadêmico que, mesmo repensando ideais supostamente comprometidos com o progresso, acenavam para ratificar a dominação já existente e a sustentação da normativa sexual dos bons-costumes. Afinal, o Brasil é uma sociedade de gente do bem, de moral irreparável.

O lar da família brasileira não era, e não poderia ser, um lar receptivo à entrada de viados e sapatões; bichas, *out*. Os esforços para a censura (durante a ditadura militar e, certamente, com seus resquícios após esse período), por exemplo, demonstram-nos o comprometimento com a violência e o extermínio de pessoas *queer* em solo brasileiro: tiveram como foco programas de televisão com personagens que fossem sequer suspeitos de pertencerem à população LGBTQIA+; a elite política também fez seu coro de repúdio quando o plenário, quase unanimemente, rejeitou a introdução de um item na Constituição de 1988 que explicitamente citava “a proibição da discriminação por orientação sexual” (Trevisan, 2018, p. 156). Trevisan segue, ainda, relatando que, na década de oitenta

[...] o vereador Renildo dos Santos, do vilarejo de Coqueiro Seco, no Alagoas, confessou-se bissexual, num programa de rádio local. Depois disso, foi afastado da Câmara Municipal por “quebra de decoro”, e passou a receber frequentes ameaças de morte. [...] Dias depois, encontraram seu cadáver decapitado, com órgãos sexuais mutilados, pernas quebradas, dedos e unhas da mão arrancados; sua cabeça apareceu boiando num rio, não longe do local, sem os olhos, a língua e as orelhas, além de dois tiros num ouvido. (Trevisan, 2018, p. 156)

Até mesmo os setores tidos como mais progressistas, alinhados com temáticas e preocupações abraçadas pela parcela “privilegiada”, *cult* e de tendências notadamente percebidas como intelectuais, foram responsáveis por deixar transparecer, em sua essência, uma elite preocupada com os perigos do homoerótismo — desde práticas de medicina alternativa que consideravam dissidências sexuais como perversões maníacas a serem prontamente extirpadas, até mesmo líderes políticos envolvidos com partidos de esquerda, como o próprio P.T, que em 1989 teria sabotado internamente a plena campanha inicial de Fernando Gabeira (visto pelos demais, dentro do partido, como um sujeito muito preocupado com o que

consideravam “minorias” sexuais), o candidato para vice-presidente de Lula (Trevisan, 2018). A elite, seja ela a truculenta e militarizada, herdada de tendências oligárquicas, ou a disfarçadamente bondosa-burguesia, de esquerda até a página dois, sempre fez (assim como o faz, até hoje) dura resistência aos avanços de pautas que ameaçassem abalar a estrutura societal; questionar o gênero e o modo como este se mantém sustentado também em performances referentes a questões de classe, etnia, condições de trabalho e possibilidades de existência é questionar toda a base na qual múltiplas opressões se sustentam, mantendo aqueles que oprimem no topo de uma violenta cadeia de repressões.

Considerando a capacidade de movimentos sociais provocarem profundas mudanças na organização social de um determinado povo, nota-se que a movimentação política organizada relativa às pautas de pessoas convivendo com a aids, direitos humanos e múltiplas correntes feministas tiveram um impacto direto na construção e no avanço de grupos de liberação LGBTQIA+, fazendo frente aos esforços homicidas previamente relatados (Gomes, 2021); deste modo, as décadas de 80 e 90 contaram com reverberações significativas de coletivos e movimentos sociais que propuseram e, de fato, efetivaram vital resistência mediante a produção de ataques fomentados contra a população *queer*. Não se trata de hipérbole: os movimentos sociais passam a atuar como esperança primordial num Brasil assolado pela violência (física, psicológica, institucional... francamente, de toda sorte) LGBTfóbica; seria então prudente afirmar que os movimentos sociais impactaram precipuamente, e continuam a fazê-lo, nas possibilidades de acesso à saúde de pessoas de sexualidades dissidentes.

Gomes (2021) ainda nos aponta como a maior parte desses movimentos se organizou, de acordo com as pautas reivindicadas, no contexto mundial (considerando que, conforme apontado pelo próprio autor, as tendências em território nacional, por muito tempo, seguiram aquelas sinalizadas pelo contexto internacional, principalmente o norte-americano), sendo os dois grandes pilares de discussão os direitos sociais e as demandas relacionadas às pessoas acometidas pela aids; recortes raciais e de classe também se entrelaçavam aos demais tensionamentos políticos. Acredito ser importante, no teor desta pesquisa, reiterar o quanto a experiência coletiva da vivência de sexualidades dissidentes foi e é demarcada pela prevenção do adoecimento; a promoção de saúde por vias celebratórias e menos ortodoxas poucas vezes parece ter espaço. Como destacado na introdução: deve haver espaço para a ambivalência, considerando os processos de adoecimento como movimentos dinâmicos, parte de um todo que considera integralmente as experiências dos sujeitos; os estudos voltados para o HIV, por exemplo, foram o pontapé para que pessoas LGBTQIA+ pudessem se apropriar, também, de outras facetas de sua saúde e, de modo mais amplo, condições de bem-estar (Gomes, 2021).

Qualquer discussão que vise pautar a saúde da população LGBTQIA+, em todos os seus aspectos, deve também levar em consideração o desgaste ocasionado pelo governo do ex-presidente Bolsonaro, que pode ser percebido de maneira cabal nas pautas sanitárias e do bem-estar coletivo de grupos minoritários. De acordo com Cunha (2020), o discurso bolsonarista, desde a sua campanha eleitoral (mas também em toda a sua trajetória política), supera a noção de ser apenas um conjunto de falas grotescas e criminosas: é um discurso consistido de sucessivos ataques às políticas voltadas para a garantia de direitos de cidadãs e cidadãos em situação de vulnerabilidade — que incluem, entre outras medidas, o desmantelamento do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT) (Decreto n. 9.759, 2019) e a nomeação e/ou o apoio de figuras notadamente LGBTfóbicas para cargos de liderança, como a ex-ministra Damares Alves e o deputado Pastor Marco Feliciano (Maranhão, Coelho e Dias, 2018). Cria-se uma instância que, através do discurso transformado em ação, vai para além do puramente simbólico: enseja práticas discriminatórias, construindo uma dimensão concreta, na qual os indivíduos que não se inserem na normativa de gênero preconizada pelo governo e seus apoiadores se veem, mais do que nunca, sob constante ameaça — com o aval dos governantes e da sociedade, através de uma rede de cumplicidade que permite a continuidade do ciclo de hostilidade e padecimento das minorias, ao escolherem a indiferença mediante tais sofrimentos (Medeiros, 2019).

E quando tais violências são praticadas de maneira explícita pelo próprio Estado e por seus líderes, via retrocessos e discursos que os propiciam? Tendo em vista que, como demonstrado, o discurso LGBTfóbico se faz presente nos dizeres, nas ações e na cultura na qual a sociedade brasileira se imerge de forma profunda e estrutural, como então são recebidas, por profissionais de saúde, as histórias e demandas de pessoas LGBTQIA+ — posto que constantemente parecem não encontrar solidariedade em todas as outras esferas de suas vidas? Qual é o impacto destes primeiros contatos quando procuram as Unidades Básicas de Saúde em busca de amparo para situações que lhes são específicas e legítimas? Como auxiliar profissionais da linha de frente no atendimento ao público nas UBSs que sofrem com a falta de treinamentos ou qualquer outro tipo de qualificação para atendimentos pontuais voltados para pessoas LGBTQIA+? De que forma os discursos e costumes LGBTfóbicos, proliferados e sustentados também pelos líderes e governantes, se manifestam nos acolhimentos, considerando que profissionais também se encontram inseridos dentro de distintos contextos políticos, culturais e sociais? Sobretudo, como essas lacunas no preparo das equipes e profissionais afetam as vidas e o acesso ao direito à saúde das pessoas que integram a população

LGBTQIA+? O que ocorre quando pessoas que atuam na linha de frente para atender a essa população também são subjugadas a processos de sucateamento, à retirada de direitos e aos inúmeros ataques aos seus planos de carreira e permanência nos postos de trabalho? Afinal, esses são aspectos que incidem, diretamente, em suas condições de saúde mental, físicas e nas capacidades de atuação.

Um acolhimento ineficaz, por quaisquer razões, pode resultar numa escuta que continue perpetuando violências peremptórias, praticadas nos espaços que deveriam funcionar como locais de acolhimento e apoio. Aqui, é importante a reflexão crítica que, de modo algum, trata de apontar vilões ou inserir as/os profissionais em um lugar acrítico ou a-histórico: pelo contrário, entendo que as pessoas que dedicam boa parte de seu tempo (e, consequentemente, de suas vidas) a esses postos de trabalho são também atravessadas por processos que os instituem como possíveis reproduutoras de mecanismos de violência — aos quais também são subjugadas, como falta de recursos financeiros, ausência de planos de carreira e condições de trabalho precarizadas (Giovanella, 2018).

Essas trabalhadoras e esses trabalhadores do SUS atuam num sistema que ainda é construído e, acima de tudo, regido por uma lógica que privilegia a população cisgênero ao se basear numa heteronormatividade que, por natureza, tende a negligenciar as demandas em saúde integral específicas da população LGBTQIA+ (Perucchi, Brandão, Berto, Rodrigues, & Silva, 2014). Com base no exposto, o principal objetivo é entender como se dão os fluxos de atendimento às pessoas LGBTQIA+ que se dirigem a esses espaços — desde a primeira escuta, as perspectivas utilizadas na discussão dos casos e atendimentos clínicos, até as decisões sobre possíveis encaminhamentos —, na tentativa de, através de levantamento de dados, compreender quais são as dificuldades nesses acolhimentos específicos, do ponto de vista das trabalhadoras e dos trabalhadores, e no que essas mesmas dificuldades acarretam. Dessa forma, a intenção, com a realização desta pesquisa, foi a de compreender como estão sendo integradas as ações preconizadas pelo HumanizaSUS nessas unidades.

De acordo com o exposto até aqui, sugiro uma reflexão de possibilidade: talvez, a situação se agrave também com a condição desatualizada da PNSILGBT (e, também, em decorrência ao desconhecimento dessa mesma política), que visa orientar as/os profissionais da saúde nesses casos. Sem referências contemporâneas sólidas, as equipes de trabalho nos espaços de saúde correm o risco de possibilitar a manutenção cotidiana de violências, impedindo o pleno acesso aos seus serviços — e ao próprio direito constitucional de ter saúde acima de tudo, assegurado pelo Estado.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa investigou a prática do acolhimento às pessoas LGBTQIA+ na atenção básica do município de Juiz de Fora, analisando se estão em consonância com os princípios de equidade e de isonomia do SUS, com as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH) e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A LGBTfobia atua como um dispositivo de organização de múltiplos níveis de discriminação que, por sua vez, instaura sistemas de diferenças que fazem valer a exclusão de determinados grupos em detrimento de outros (Borrillo, 2010). Logo, se o acolhimento é o exercício da empatia aplicada em consonância com a escuta técnica e direcionada, deve ocorrer no encontro entre as realidades de vida de profissionais e de usuários e usuárias do serviço de saúde. Um dos objetivos específicos foi buscar a promoção da aproximação entre as experiências dos/as usuários/as e as dos/as trabalhadores/as, buscando entendimentos possíveis — entendendo, ainda, o que era comum e o que era peculiar nessa relação.

Por conseguinte, mediante às varreduras e levantamentos bibliográficos, atrelados à extensa análise pertinente à temática aqui trabalhada, o estudo contribuiu também com discussões que apontem a necessidade de revisão das diretrizes que, muitas vezes, ditam as vidas dessas pessoas, já tão vulneráveis, tendo em vista que um número significativo dessas mesmas diretrizes foram produzidas anos atrás em momentos distintos, o que tem como sequela a carência de muitas informações e avanços já conquistados desde então. Tal fato pode ser em si considerado catalizador de novas violências, frutos de possíveis pontos negligenciados. Por fim, este estudo também permite a contextualização histórica através do resgate de marcos legais/institucionais concernentes às políticas voltadas para a população LGBTQIA+.

## 3 QUEM TEM MEDO DA METODOLOGIA?

Na esteira de O Manifesto Ciborgue, esta dissertação se propõe a observar a construção do saber científico com um olhar mais crítico a toda suposta noção de objetividade, uma vez

que a ciência advém de um campo de conhecimento socialmente construído e não escapa de um enredamento que, em última análise, é também fruto de relações de poder (Haraway, 2009b). Tallýz Mann (2023), doutora-travesty na área de letras, também contribui neste delineamento metodológico, uma vez que, em sua tese de doutorado, apresenta-nos o que denominou de método de (auto)bixa-grafar. Assim, o delineamento escolhido para a execução deste trabalho foi o qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, inspirado na metodologia etnográfica pelas lentes do (auto)bixa-grafar (Pereira, 2023). É a partir desse lugar que, modestamente, peço licença acadêmica para o uso do termo nesses outros espaços — aqui, o da saúde. A fim de produzir, por meio da atividade científica

o trabalho de reimaginação do mundo e de outras formas de existência que se desenham com a escritura dessas corpas, sobretudo quando rasuram categorias como identidade, sujeito, autor e cidadão. (Pereira, 2023, p. 15).

Portanto, o escrever — a partir desse lugar — sobre esses objetos como forma de desvelá-los à singularidade de meu olhar. Não se trata de descrever, minuciosamente, minha história particular de vida — apesar de que esta, reiteradamente, transborda para o texto e marca sua devida presença — através de tempos passados. A (auto)bixa-grafia implicará, aqui, que minhas experiências darão o tom da genealogia dos saberes aqui produzidos. Um olhar *postemológico*, evidentemente, mas também guiado por um dos viados-pesquisadores mais irritantemente fascinantes, a cujo charme obstinado não pude resistir: Michel Foucault. Como postulado pelo próprio, os objetos não estão “escondidos”; à medida que algo é delineado na pesquisa, é quando esse “objeto” é produzido (Foucault, 2008). Em jogo, nesta pesquisa, está uma proposição (auto)bixa-gráfica em psicologia, à luz da análise do discurso (AD) foucaultiana. Não nos precipitemos: há uma seção inteira dedicada a apresentar a AD, por vezes deliciosamente ininteligível até para os mais corajosos e, talvez por isso, recompensadora e indispensável para as discussões que aqui habitam. Por enquanto, porém, sigamos.

Segundo Günther (2006), a pesquisa qualitativa permite a elaboração de instrumentos de coleta de dados que são específicos para cada situação, conforme as necessidades do pesquisador. Os dados serão produzidos de acordo com métodos derivados da etnografia, por meio das entrevistas e através das observações realizadas em campo (Creswell & Creswell, 2021). Conforme afirma Cachado (2021), ainda que a etnografia se confunda com a observação participante na percepção de pesquisadores de campos diversos das ciências sociais, na verdade, a observação participante faz parte da empatia enquanto etapa do processo etnográfico: o exercício de permitir-se habitar o lugar de outra pessoa.

### 3.1 O LABIRINTO TEÓRICO

Aponto aqui a crucialidade da perspectiva interseccional para a desestruturação de pensamentos biologicistas, totalizantes e essencialistas: é por meio da construção interseccional que poderemos, sobretudo, complexificar construtos tidos como imutáveis, tais como o *gênero*, *classe* e *ciência*. Deste modo, tomo a interseccionalidade como práxis para a produção de novas estratégias de aprofundamento quanto ao entendimento de como variadas iniquidades se articulam de modo a promover e sustentar opressões — propondo, assim, não só meios analíticos que deem conta de efetivar análises, mas também um compromisso de desmantelar as práticas que oportunizam a continuidade dessas violências (Nogueira, 2017).

Para falarmos de interseccionalidade, impreterivelmente demarcamos também a importância dos movimentos feministas no que tange à elaboração e delineamento desse conceito — que, também, fundamenta a teoria feminista crítica proposta por Nogueira (2017); a interseccionalidade, adotada a partir da postura crítica (imbuída também nas práticas de pesquisa e na própria psicologia enquanto ciência), então, passa a exercer o papel de acenar para olhares mais possíveis que dão conta do mundo e os sujeitos que nele habitam e convivem, conforme se apresentam: atravessados por uma série de fragmentações e profundos sofrimentos advindos de nossos modos de *ser* e de *estar* num tecido social, sem dúvida, profundamente marcado pela desigualdade.

Nogueira nos apresenta duas correntes de crítica ao posicionamento científico, advindas da perspectiva feminista: a corrente “branda” e uma outra corrente mais “radical” (2017). As críticas brandas à ciência questionam a posição androcêntrica da produção de conhecimento, mas não necessariamente os moldes nos quais tais conhecimentos se produzem — assim, muitas vezes, as teóricas e pesquisadoras com esse posicionamento unem-se às tradições acadêmico-científicas de modo mais alinhado com os princípios de objetividade e neutralidade. Já a corrente feminista mais crítica ao saber científico, advindas da teoria-crítica e da terceira onda, postulam que a própria categorização do fazer científico e a construção de saberes em moldes fomentados por noções de objetividade são, essencialmente, pouco práticos e reduzem fenômenos complexos a meras noções estanques, considerando ainda que a ciência, continuamente, estará envolta em uma série de ideologias e jogos políticos.

Desde a concepção da psicologia enquanto disciplina que se angariam esforços para que esta possa manter-se dentro de *parâmetros quantificáveis*, com vistas de ser percebida por outros campos científicos como verdadeira área de saber — dotada de rigor e afinadamente concatenada com preceitos de neutralidade (Nogueira, 2017). Os efeitos desses

empreendimentos podem ser percebidos, sobremaneira, na imensa discrepância entre profissionais que não se identificam enquanto pertencentes ao gênero masculino, e aqueles que o fazem; obviamente, um lugar de constituição de saberes e pesquisas psicológicas com pouca (ou nenhuma) nuance acerca de questões muito reais para as mulheres (ou quaisquer outros sujeitos que não fossem homens cisgênero heterossexuais). É somente com o avanço do feminismo dentro dos próprios debates efervescentes da psicologia, em diálogo interdisciplinar enquanto matéria e campo de estudo, que novos caminhos se efetivam para repensar construtos como *gênero e sexualidade* pelo olhar da ciência psicológica.

Se a psicologia, de modo geral, traz como foco de suas preocupações o comportamento humano numa perspectiva informacional, a grande mudança promovida pela psicologia feminista está justamente no fato de que as temáticas implicadas em sua pragmática científica estão profundamente associadas a fenômenos que, de fato, possam ser catalizadores de mudanças nas percepções acerca de gênero, desmantelando injustiças sociais e trazendo benefícios concretos sob a forma de políticas públicas voltadas para populações marcadas por iniquidades (Nogueira, 2017). Uma característica marcante das ciências sociais tem sido, há muito tempo, segundo Neves e Nogueira (2005), o empuxo a uma suposta “neutralidade” metodológica que transforma o conhecimento que se constrói através de determinada pesquisa como um produto que é alheio e completamente independente em relação ao pesquisador ou a pesquisadora que o produz — epistemologicamente, isso implicaria em rejeitar aspectos subjetivos dos sujeitos pesquisadores, como crenças e interpretações pessoais, bem como circunstâncias externas e contextuais envolvidas (como a cultura, o entorno sócio-histórico e político, etc.); essa tendência positivista é, até hoje, marca registrada de muitos estudos que se assumem implicados numa suposta neutralidade objetiva, e, mediante tal cenário, a reflexividade surge como epistemologia alternativa ao positivismo, uma vez que este tende a reproduzir estruturas de opressão. Metodologicamente, então, a reflexividade considera um local de produção científica que é, na verdade, valorizador da subjetividade; adianto, aqui, que minha proposta é de ruptura com os supracitados essencialismos e as tentativas higiênicas de produzir o saber, via “neutralidade” — suposta, mais uma vez.

Qualquer conhecimento produzido pelo ser humano é, essencialmente, construído: parte de locais muito específicos, tecido por sujeitos também específicos e que, uma vez postulado, também diz de um âmbito social e cultural no qual esse conhecimento nasceu. A reflexividade, então, trata-se da valorização da relação subjetiva que ocorre entre pesquisador, campo e fenômeno investigado; indagações que necessariamente devem surgir quando se considera a relação entre o que é investigado e o sujeito que investiga — uma relação que será analisada,

avaliada e considerada, deixando que o absolutismo e todas as suas certezas caiam por terra para, então, favorecer o conhecimento crítico que leva em conta que, para todos os efeitos, a produção científica não acontece num instante asséptico e que, dentro dos processos que circunscrevem um determinado estudo, todos os atravessamentos devem ser considerados (Neves e Nogueira, 2005).

As perspectivas feministas trouxeram, então, novas formas de produção de conhecimento que eram incutidas do que entendemos como a reflexividade pessoal: considerar que nós, sendo quem somos — e, neste caso, um homem, cisgênero, gay (ou, marcadamente, “bicha e viado”, afastando higienismos e científicos que parecem acompanhar o termo “homossexual”), branco, do sudeste brasileiro e ocidental —, afetamos e somos afetados pelo campo de pesquisa e pelos sujeitos que nela se envolvem, num movimento cíclico de quem produz e é produzido pela dialética aí implicada. Os significantes “bicha” e “viado” já apareceram ao longo deste texto, com certa frequência. É comum que, no léxico popular, estes sejam adotados de modo pejorativo, operando modos de sujeição e violência em indivíduos que se identificam como homens gays e que apresentem certas características que os alocam, supostamente, como “afeminados” — evidenciando a misoginia registrada na cultura e nas trocas populares. Seu uso não costuma ficar restrito somente a homossexuais e acabam extrapolando para, muitas vezes, apontar sujeitos percebidos enquanto “diferentes”, com base no modo como se expressam e fazem aparecer os seus desejos.

Assim, muitas bichas, dentre as quais me incluo, retomam para si o uso da palavra, discursivamente retirando-a das significações que violentam e transmutando seu uso entre os pares com os quais se convive, no que considero como uma das muitas estratégias de sobrevivência de pessoas cujas sexualidades e existências são consideradas dissidentes. É oportuno relembrar que, no Brasil, uma das possíveis etimologias para o termo “viado” advém de *transviado*: termo coloquialmente utilizado para denominar os homens que, em algum momento, teriam se *des-viado* para o caminho errado na vida; o caminho da depravação e do pecado (Vieira, 2025).

Esse envolvimento, marcado também pela escolha deliberada de léxicos — *quem diz, como dizer?* — não é só indissolúvel da prática científica: para as perspectivas feministas, é ponto indispensável para a verdadeira produção eticamente implicada e crítica. Mais uma vez, Neves e Nogueira apontam que:

[...] as perspectivas feministas críticas e as metodologias que as corporizam trazem para as ciências sociais, em geral, e para a psicologia, em especial, análises mais responsáveis e menos pretensiosas da realidade. Análises mais responsáveis porque não adstritas à exigência de uma objectividade

impossível de adquirir, porque não escravas de uma imparcialidade fictícia que serve apenas para escamotear as evidências: nós, investigadoras/es, fazemos parte do processo de investigação, trazemos as nossas "vestes" culturais, sociais, políticas e históricas para o processo, sofremos dos outros e causamos nos outros implicações, somos responsáveis pela ciência que produzimos, pelos discursos que cultivamos no quotidiano das pessoas e pelos efeitos que essas linguagens de poder têm nas suas vidas. Análises menos pretensiosas porque circunscritas nos espaços e nos tempos, não generalizáveis, forçosamente reflexivas e focalizadas na diversidade. (Neves e Nogueira, 2005, p. 4)

A reflexividade pressupõe que os sujeitos pesquisadores partam do princípio de que as estruturas de poder presentes — explícita e implicitamente — em suas práticas, suas lentes teóricas e seus métodos de pesquisa e discussão passem, imprescindivelmente, por um processo de avaliação crítica que considere os atravessamentos e as determinações sócio-históricas, culturais e políticas. Assim, compartilho dos pressupostos de Donna Haraway (2009a), que nos alerta para a parcialidade que entra em cena, entendendo que a mesma não significa a falta de técnica, ou um apelo à abstração: pelo contrário, trata-se de um saber localizado, propondo a desconstrução de hegemonias universalizantes e que, por natureza, reproduzem os sistemas de opressão; estes, especificamente, esta pesquisa propõe-se a desmantelar. Minha posição de sujeito e reflexividade, novamente, não devem ser descartadas: bicha, usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), brasileiro e homem branco, cisgênero. Minha voz e minha trajetória, minhas histórias e meus saberes unem-se, sim, ao fazer científico que aqui me enlaça; considero (não sozinho: embasado e legitimado também teoricamente por outras vozes que aqui faço falar) que há potência e sentido fidedigno em contar a nossa história, ao nosso modo.

Aponto ser essencial reconhecer neste momento o avanço que ocorre, sobretudo, a partir do período em que o feminismo deixa para trás uma visão essencialmente reducionista pautada na diferença sexual/de gênero como a sustentação inequívoca e unitária das possibilidades de opressão e dominação das mulheres: essa guinada possibilita às teóricas feministas reconhecerem que múltiplos marcadores identitários, sociais e culturais fundem-se em uma relação dinâmica e complexa, revelando diferentes faces de subalternação e sujeição — e é o feminismo negro quem contribui de modo indiscutível a esse novo nível de percepção interseccional (Nogueira, 2017). Falar de interseccionalidade é, então, reconhecer esse lugar do feminismo negro como grande proponente das discussões que advogam pela inclusão de métodos, escuta e leitura que reconheçam as muitas formas através das quais sujeitos distintos, cujos marcadores identitários se entrecruzam, passam a sofrer violências de acordo com aquilo que são.

A identidade não fica mais em segundo plano, como mero dado abstrato ou registro estatístico: é a partir dela que se fazem ver e se fazem falar novos modos de sustentar iniquidades — e, por conseguinte, é através da legitimação e do fortalecimento dessas mesmas características identitárias subalternizadas que encontramos arranjos para o desmantelamento dos variados modos de sujeição. Recortes de gênero e sexualidade, assim como os de etnia, raça, território e classe (entre tantos), são amplamente difundidos hoje, nas pesquisas e no diálogo com o mundo, a partir dos esforços do feminismo negro em fazer valer a interseccionalidade no ato; no fazer real das produções científicas e políticas públicas. Retomando a crítica do lugar de fala, já abordada neste texto de acordo com as proposições de Favero (2020a), a identidade não será jamais a única lente que justifica toda e qualquer episteme (efetivada ou almejada), mas é inequívoco o seu papel no manejo das trocas com o social, com a comunidade e com nossos pares — até mesmo em momentos dissonantes. Por isso,

[...] a introdução da interseccionalidade, foi vital para as ciências sociais em geral, já que antes do seu desenvolvimento havia pouca pesquisa que colocasse a questão específica das experiências das pessoas que estão sujeitas a múltiplas formas de subordinação dentro da sociedade. [...] Pretende examinar como várias categorias (social e culturalmente construídas) interagem em múltiplos níveis para se manifestarem em termos de desigualdade social (Nogueira, 2017, p. 141-142)

Para pensarmos os estudos da interseccionalidade de modo aplicável — ou seja, enquanto metodologia —, Nogueira (2017) lança mão de três abordagens amplamente difundidas que abarcam os modos como a teoria interseccional se faz operar enquanto método: as abordagens *anticategorial*, *intracategorial* e *intercategorial*. Este estudo se compromete, no entanto, com uma delas, sendo uma pesquisa interseccional de cunho intracategorial.

Na prática, isso significa reconhecer que há valor de inteligibilidade no uso de categorizações de experiências e saberes — assim, perceber determinado grupo enquanto pertencente a uma classe social específica, ou como sendo de uma etnia particular, pode vir a ser uma ferramenta útil quando se trata da codificação de informações e, por fim, da análise dessas mesmas informações produzidas. Contudo, a perspectiva intracategorial trabalha assertivamente inferindo que as categorias não são estáveis e fixas: devem ser lidas e apreendidas a partir de pontos vista localizados num contexto maior, que lhes fornece nuance e ambivalência. Interessa, aqui, que, ao definir uma categoria específica — por exemplo, “trabalhadores da saúde” ou “sujeitos LGBTQIA+”, bem como “discursos LGBTfóbicos” —, esta seja definida de acordo com o contexto no qual aparece, fornecendo criticidade à investigação. Para isso, o método de produção de dados focado nas entrevistas e histórias de vida, conforme descritas na próxima sessão, nos serão úteis.

É através de uma leitura calcada na interseccionalidade que, uma vez rompendo com qualquer pactuação afeita ao essencialismo, irrompem as análises dos níveis diversificados de diferença: opressões distintas a determinados grupos criarião, para outros grupos, possibilidades de ganhos (Nogueira, 2017). Nesta pesquisa, interseccionalizar o olhar significou ouvir os trabalhadores e as trabalhadoras da atenção básica de um ponto de partida comum: a premissa de que todas e todos ali partem, na verdade, de lugares muito distintos. Suas construções e elaborações discursivas acerca do que é um sujeito, do que são sujeitos LGBTQIA+, do que é saúde — ou sequer, até mesmo, o que é o *acesso* à saúde enquanto direito básico — não são as mesmas, ainda que a repetição de enunciados acene para similaridades percebidas num nível fundamental; os campos de saber (que possibilitam que esses enunciados se construam) estarão sempre sujeitos à variação histórica. Trazendo a reflexão para o contexto da subjetividade, por exemplo (objeto por excelência das ciências psi), também se evidencia que as pessoas que ocupam as posições de sujeito, uma vez que são as pessoas que enunciam discursos — ocupando múltiplas e variadas posições de sujeito —, possuem trajetórias e visões de mundo igualmente múltiplas e variadas.

Assim esses caminhos se cruzam, redobram-se e criam uma espécie de labirinto teórico no qual a psicologia deve traçar caminhos e buscar possibilidades; os atravessamentos identitários não são meras “marcas registradas”, *trademarks*™ “carimbando” as carnes, com base em detalhes cruciais de suas vidas, tampouco servem-nos como lentes únicas para viabilizar interlocuções científicas. A interseccionalidade goza nas junções do labirinto — daí, a proposta de nomear todo este trecho enquanto “labirinto teórico”; onde estes elementos se cruzam e acenam para caminhos que, aos poucos, se revelam. Ferramenta para discernir “quem se torna visível através da pesquisa ou quem a pesquisa invisibiliza” (Nogueira, 2017). Ousa, prioritariamente, complexificar as relações tomadas como dadas pelo pensamento cartesiano.

Deste modo, considerando a natureza profundamente indutiva dos estudos baseados na etnografia, bem como as perspectivas feministas apresentadas, a pesquisa que aqui apresento tem como foco central a discussão detalhada dos temas elencados através de uma abordagem fundamentalmente dialógica e interseccional, atingida por meio da colaboração de todos os envolvidos que tecerão, comigo, as possibilidades de diálogo e de elaboração. É importante que o foco geral da pesquisa qualitativa se dê, de modo centralizado, em um único fenômeno/conceito, ainda que outros fatores surjam ao longo da execução do estudo, indicando prováveis relacionamentos com a questão principal e que podem influenciar o andamento do trabalho de pesquisa de modo significativo. Contudo, de início, é fundamental definir um conceito único do qual partem as possíveis futuras ramificações (Creswell & Creswell, 2021).

O conceito único, nesta dissertação, parte do ponto central ao redor do qual todas as outras temáticas derivam — conectando-se a uma rede conceitual ampla e diversificada —: o acolhimento às pessoas LGBTQIA+ nos contextos de saúde pública, a partir das relações de trabalho postas em jogo.

### 3.2 UM MAPA PARA AS ESTRELAS: OS CAMINHOS DA PRODUÇÃO DOS DADOS DE PESQUISA

Foi elaborado um instrumento para o método de entrevista semiestruturada, abordando diversos aspectos como a relação entre o que se entende por políticas públicas e a saúde enquanto direito constitucional, o acesso às Unidades Básicas de Saúde pela população LGBTQIA+ e a possível perpetuação de violências LGBTfóbicas nesses espaços, através do discurso, relacionando tais falas com o avanço dos engendramentos políticos e das investidas antidemocráticas evidenciado no governo do ex-presidente da república, Jair Messias Bolsonaro. A utilização dessa modalidade específica de entrevista parte do pressuposto de que as respostas a serem obtidas, através de um roteiro que evite a rigidez excessiva, fazem com que as subjetividades e particularidades de cada sujeito emergam de forma mais espontânea, afastando possíveis artificialidades (Alves e Silva, 1992).

O roteiro de entrevista — disponibilizado como Apêndice A — foi devidamente construído a partir dos subsídios teóricos e metodológicos que contemplam as categorias analíticas do problema de pesquisa analisado, o que permitiu que a investigação proposta por esta pesquisa estivesse sempre em diálogo com os aportes das teorias que sustentam epistemologicamente este estudo. As entrevistas podem ter inúmeras variações em seus métodos de aplicação e como se desenrolam. Um desses métodos, o qual foi empregado ao longo do estudo que aqui objetivo, é o da história de vida. As entrevistas baseadas na perspectiva da história de vida intencionam analisar, através do olhar singular voltado para a vida do sujeito entrevistado, os fatores históricos e os modos de ser e estar no mundo assim como percebidos e vivenciados por aquela pessoa especificamente — mas com o reconhecimento de que aquela vida pode ser representativa de um modo único de lidar com a cultura e com o mundo ao seu redor; ao organizar múltiplas entrevistas baseadas nessa metodologia, é possível desvelar dados ricos através dos relatos dos entrevistados, que contarão aquilo que consideram importante em suas experiências vividas (Angrosino, 2009). Após a elaboração do instrumento, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa para

apreciação e, subsequentemente, foi aprovada — tendo seu início apenas após a conclusão dessas etapas.

Considerando que a pesquisa qualitativa deve garantir a confiabilidade de seus estudos através de uma consistência com os métodos que empregam para a produção dos dados empíricos (Neuman, 2014), este estudo se utilizou de gravação de entrevistas, registros de evidências empíricas em diários de campo por meio de observações participantes, sistemáticas ou livres, registros fotográficos, etc., compondo o arquivo que organizará a materialidade das informações obtidas e dos dados produzidos em terreno. O delineamento qualitativo entende e valoriza a transformação dos dados, bem como a relação do sujeito pesquisador com o tema de pesquisa e as informações obtidas ali, nessa troca; rejeita-se, então, a ideia de replicação e equivalência, entendendo que diferentes pesquisadoras e pesquisadores irão produzir diferentes resultados, com métodos distintos — e isso é valorizado, visto que esses *approaches* variados podem revelar facetas múltiplas sobre uma mesma temática, sem preocupar-se com a busca por padrões de mensuração fixa, já que, neste caso, tais padrões negligenciariam muitos aspectos que concernem a diversidade no todo social estudado (Neuman, 2014).

Quanto à validade desta pesquisa, ainda de acordo com os apontamentos de Neuman (2014), esta pode ser entendida, dentro do delineamento qualitativo, como “autenticidade”: não existe uma versão da verdade que deva ser considerada como um modelo a ser seguido; a pesquisa qualitativa se preocupa em fornecer retratos honestos e detalhados de fenômenos, geralmente trazendo uma perspectiva de dentro que oferece nuance acerca de como determinado grupo social vive aquela verdade específica — o que resulta numa produção científica preocupada menos em ligar ideias abstratas e construtos a dados empíricos e mais em retratar de modo genuíno as experiências subjetivas pesquisadas, aderindo ao conceito principal de validade como um todo onde a preocupação em ser verdadeiro reside, sobretudo, no sentido de não fornecer relatos falsos ou distorcidos, buscando sempre criar um mosaico bem alinhado entre meus entendimentos, minhas ideias e minhas afirmações acerca do contexto por mim pesquisado.

Como parte fundamental do material constitutivo desta pesquisa, lancei mão também, como já citado, do uso do diário de campo. O diário de campo é geralmente associado às técnicas de entrevista, mas tende a aparecer apenas como coadjuvante nas pesquisas propriamente ditas, sendo apontado por Cachado (2021) como o “primo estranho” — numa alusão ao poema “Aniversário”, de Fernando Pessoa —, mesmo sendo parte das recomendações propostas pelas próprias metodologias de pesquisa que lançam mão desse recurso; o diário funciona, de modo direto, como dispositivo para registro de materiais coletados, mas também

possibilita que a etnografia emerja desses dados. Ainda, propicia que os demais resultados possíveis da observação participante efetivada de modo geral apareçam, dotados de singularidade, e fornece de modo importante os cenários e as condições nas quais a pesquisa se desenrola. É o diário, também, que oportuniza as narrativas das potencialidades e dos entraves de um trabalho de pesquisa científica, gerando parte significativa do material a ser indexado posteriormente e sistematizado durante sua transformação nos dados que compõem o relato de pesquisa propriamente dito, oferecendo um olhar rebuscado para as diferentes densidades presentes na realidade social estudada.

Tratando-se especificamente da observação participante, após citá-la com frequência, cabe aqui defini-la com maior aprofundamento e densidade epistemológica (uma vez que o método se dá a partir da reflexão): ela é cara à etnografia e deve ser compreendida não somente como uma metodologia de pesquisa, mas como a linha contextual que dá todo o enlace da produção etnográfica; é o modo de se fazer presente no campo, de interação com os atores participantes e de, por fim, possibilitar que os recursos necessários sejam empregados para a efetiva coleta de dados pertinentes (Angrosino, 2009). Assim, entende-se a observação participante como a filosofia que sustenta a realização de um estudo etnográfico, posto que é por meio de seu emprego — considerando as nuances enquanto pesquisador/observador participante — que o desenvolvimento do estudo acontecerá.

A observação consiste na apreensão e na percepção de agentes e acontecimentos por parte do pesquisador inserido no campo; foca-se nas interações interpessoais entre os atores observados e exige do sujeito pesquisador a utilização de seus sentidos (Angrosino, 2009). O autor continua em sua proposta para descrever tal técnica de produção de dados, lembrando-nos o quanto nossos métodos de observação estarão sempre embebidos de nossas experiências pessoais e subjetivas, criando determinadas maneiras de perceber o mundo e as coisas que neste ocorrem, de formas muito específicas e permeadas de um sentido próprio. É importante que isso seja levado em consideração e que um esforço se faça empreendido, de modo que os prejuízos e as concepções equivocadas por parte do pesquisador afetem o mínimo possível, de maneira negativa, a sua coleta. Extirpa-los completamente, contudo, é impossível: a maior parte do modo como aprendemos a observar nosso entorno, ao longo da vida, se deu a partir de diferentes formas de projetar nossas experiências e lentes subjetivas naquilo que estamos “observando”; para a pesquisa etnográfica, uma real diligência deverá ser aplicada para que possamos observar com minúcia o campo, os ricos detalhes que ali se apresentam, os padrões que podem evidenciar-se entre as trocas das pessoas, umas com as outras, e o modo como desempenham suas atividades (Angrosino, 2009).

As técnicas de produção de dados aqui serão trianguladas — ou seja, empregadas conjuntamente, almejando garantir um quadro muito mais diverso. Isso significa, também, um estudo repleto de nuances acerca dos fenômenos observados e subsequentemente analisados, uma vez que uma determinada técnica poderá suplementar as lacunas deixadas por outra.

### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE FONTES DE PESQUISA: DELIMITAÇÕES POSSÍVEIS

É importante ressaltar que, historicamente, políticas e direitos sexuais atuam como ferramentas de regulação moral, uma vez que instauram concepções e valores de como sujeitos, seus corpos e suas vivências são percebidos por si e pelo todo social que podem culminar em jogos de dominação que, eventualmente, marginalizam e sujeitam à descriminação; no Brasil, notadamente, as campanhas que surgiam à época do auge da epidemia de HIV/Aids produziram, principalmente em homens gays, travestis e pessoas que trabalham com sexo, identidades comumente associadas a “sujeitos problemáticos” (Monteiro e Vilella, 2013). Percebe-se que não é incomum que debates e pautas que envolvam a saúde da população LGBTQIA+ sejam colados quase que de forma exclusiva às discussões a respeito de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e, dentre elas, a eleita cultural e socialmente como sendo a “doença de viado”: a infecção pelo HIV. Portanto, esta pesquisa, compreendendo que a saúde dos sujeitos é atravessada por múltiplos determinantes sociais, econômicos, culturais e biológicos — e não a ausência ou presença de um único marcador atribuído a essa população — teve como foco, para fins de delimitação de trabalho de campo, Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, entendendo que são nesses espaços de primeiro acolhimento que os possíveis discursos alinhados com a lógica biomédica e reducionista possam vir a emergir. Dispõe-se aqui de um paradoxo que cabe ao acolhimento, de fato, acolher: pode-se sempre ser algo dessa dimensão, mas há uma história por trás. Falar da sexualidade, em dispositivos de saúde, é poder dizer da história de cada um e cada uma e compreender quais dinâmicas entram em jogo, e quais não entram. Findar tudo num diagnóstico que não contempla a dimensão sexual é apagar parte do sujeito; por outro lado, considerar que às sexualidades dissidentes só resta o diagnóstico de ISTs é decretar-lhes um marcador historicamente engendrado. Acolher vai muito além do ato de “diagnosticar”.

De acordo com Vinuto (2014), a delimitação de uma amostra na pesquisa qualitativa está intimamente relacionada aos objetivos desta. Já Creswell & Creswell (2021) ressaltam que não há a manipulação de um ambiente artificial/laboratório para o desenvolvimento do estudo qualitativo: a ida a campo é definida por onde os participantes da pesquisa se inserem e habitam, e é nesse espaço que a produção de dados ocorreu — fazendo parte da rotina e imergindo no campo de atuação, de modo objetivo e subjetivo, considerando as limitações materiais e de tempo disponíveis para a realização do estudo; o próprio campo é delimitado, nesta lógica, de acordo com os recursos e o objetivo da pesquisa em si.

Neste sentido, as UBSs foram o território de investigação no qual a pesquisa se propôs atuar — priorizando aquelas que possuem a Estratégia Saúde da Família —, e seus trabalhadores e suas trabalhadoras, os participantes; estes, por sua vez, foram e abordados pelo pesquisador de maneira que, caso assim tivessem desejado, respondessem às perguntas do instrumento em um espaço privativo. De acordo com o site da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF) (Prefeitura de Juiz de Fora, 2021), a cidade conta com Unidades Básicas de Saúde em todas entre as regiões do município: Central, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul. Foram efetivadas as idas a campo em três unidades distintas, de diferentes regiões — contemplando, assim, múltiplas realidades vivenciadas de acordo com os territórios do pesquisados.

Entende-se que o acolhimento, enquanto estratégia, seja base para as ações em todos os níveis e estabelecimentos de saúde; contudo, por serem as portas de entrada do SUS, através das demandas espontâneas (Portaria n. 2.436, 2017), as UBSs tornam-se oportunas para avaliações das dinâmicas iniciais desses primeiros atendimentos, uma vez que possivelmente orientarão todos os outros que os seguirão, em outros níveis de atenção, conforme aponta a Política Nacional de Atenção Básica:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (Ministério da Saúde, 2012. p. 19)

Conforme apontado por Novaes (2004), quando se fala em pesquisa em serviços de saúde, dizemos de um campo multidisciplinar que utiliza conhecimentos e recursos de áreas diversas para, principalmente, aprimorar a organização desses serviços, ampliar o acesso da

população e entender de quais tipos de serviços e demandas um determinado grupo populacional carece. Além disso, ao contrário da pesquisa denominada “pesquisa clínica”, que tem um enfoque individualizado cuja primazia se encontra na relação do paciente com práticas terapêuticas específicas, a pesquisa no âmbito dos serviços em saúde objetiva a produção de conhecimentos que possam ser aplicados às populações diversas; no entanto observa-se que as pesquisas em serviços de saúde, apesar de multidisciplinares, contam com produções majoritariamente nos âmbitos da medicina e suas especialidades. Compartilho da proposição de que a psicologia, sendo especificamente considerada como parte dos conhecimentos na área da saúde, passe a considerar estudos que abordem tais serviços sob sua ótica — possibilitando, assim, a produção de conhecimentos valiosos e autênticos ao campo da produção científica psicológica, como os que se intencionam a partir deste trabalho.

Para compor as fontes de evidência dos dados que fazem parte das discussões deste estudo, o método elencado foi a amostragem via técnica bola de neve. Trata-se de uma metodologia não probabilística para a construção de um determinado grupo amostral, utilizada de maneira recorrente nas pesquisas qualitativas. É particularmente efetiva nas situações em que as fontes de evidência/os sujeitos de pesquisa sejam de acesso dificultado, ou em estudos cujos temas possam vir a ser considerados de natureza privativa ou sensível. Conforme aponta Vinuto (2014), neste método de amostragem utilizam-se cadeias de referência: o pesquisador começa com a semente — sujeito inicial que possui as características de interesse da pesquisa — e, a partir desta, solicita a possibilidade de contato com outras pessoas cujos atributos sejam compatíveis com o estudo que se realiza; desta maneira, a amostra tende a crescer exponencialmente até que se atinja um ponto de saturação, quando novos nomes já não fazem mais sentido (seja por não terem as características adequadas ou pelo fato de trazerem informações repetidas; por não serem localizados novos possíveis sujeitos ou, ainda, pelo fato de que os dados obtidos já não contribuem com construções). A amostragem bola de neve enquadra-se num modelo de finalidade exploratória; dentre seus usos, nota-se como ferramenta potente para o aprofundamento detalhado de temáticas específicas e, por isso, não é um método cuja autonomia se faz em sua própria execução: é importante que as características tidas como desejáveis sejam constantemente verificadas a cada novo encontro de possíveis sujeitos participantes e, é claro, espera-se que nem todos os sujeitos abordados aceitem, de fato, participar da pesquisa proposta; tais especificidades necessariamente precisam entrar em jogo como preocupações legítimas no fazer científico (Vinuto, 2014). Deste modo, uma vez que o objetivo geral do trabalho aqui desenvolvido foi o de investigação e análise dos discursos dos trabalhadores da saúde de modo a compreender os fluxos de atendimento e se estes respeitam

ou não os princípios de equidade e isonomia — especificamente, no atendimento da população LGBTQIA+ —, a amostra foi composta de trabalhadoras e trabalhadores que atuam na atenção básica, e que compõem as equipes mínimas das UBSs.

Então, seguindo as orientações do próprio método bola de neve, uma primeira fonte de evidências, estabelecida por meio de contatos com pessoas recomendadas pela orientadora deste trabalho, foi selecionada. Para inaugurar a amostragem, contatei uma agente comunitária de saúde (ACS), escolhida por indicação da orientadora, por já estar familiarizada com o núcleo PPS da UFJF. Trabalhadora de uma das unidades nas quais a pesquisa ocorreu, possui grande conhecimento acerca do território e dos seus habitantes, realizando contato direto com essas pessoas através de atendimentos na própria UBS, bem como em visitas domiciliares de rotina. Após conversas iniciais, realizadas por meio da plataforma WhatsApp, a agente aceitou a possibilidade de viabilizar o contato com outros trabalhadores da unidade, bem como uma inserção no campo mais formalizada.

Em suma, para acessar o campo de pesquisa pretendido para a efetiva produção de dados, foram realizados contatos com todos os órgãos e gestores devidos, de modo a preencher a documentação necessária (como, por exemplo, os termos de consentimento desses gestores e quaisquer outros alinhamentos que se fizerem imprescindíveis). Recorri também à Secretaria de Saúde do município, bem como aos gestores das unidades e ao Conselho de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), de modo a obter as autorizações necessárias, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a realização adequada do trabalho de produção de dados.

Como critérios de exclusão, a pesquisa não contemplou trabalhadoras e trabalhadores afastados do trabalho por quaisquer motivos como, por exemplo, férias, licença médica/de saúde ou que estivessem em capacitação em outros territórios e municípios. Além disso, a pesquisa também excluiu aqueles e aquelas profissionais que não puderam participar das pesquisas devido às agendas e rotinas específicas de trabalho.

#### **4. SCIENTIA SEXUALIS RENOVATUR: ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS**

##### **4.1 A ANÁLISE DO DISCURSO FOUCAULTIANA**

Por suas características que permitem uma interpretação contextualizada dos relatos coletados como matéria-prima de pesquisas como a que originou essa dissertação, considerando

os lugares que os falantes ocupam também de forma simbólica nos jogos de linguagem<sup>5</sup>, e pela natureza da metodologia que estáposta para debates calcados na reflexão crítica, a Análise do Discurso (AD) foucaultiana será elencada como Caixa de Ferramenta metodológica da discussão e da interpretação do material produzido em campo. A relevância desta abordagem está na compreensão de que sua execução, criteriosa e teoricamente orientada, permitiu apreender, técnica e científicamente, aquilo que é enunciado, bem como os silêncios e os não-dizeres particulares de cada indivíduo entrevistado; isto é, o saber individual que transcende as posições de sujeitos, reproduzido no todo social e por ele fomentado, numa dinâmica em que o indivíduo é, ao mesmo tempo, efeito de poder e materialidade sob a qual o discurso opera (Foucault, 2012).

A análise do discurso rompe com ideais pré-estabelecidos pelas teorias relacionadas à linguística clássica, no sentido de conceber o enunciado não como um mero agrupamento de frases ou proposições, mas sim como acontecimento social e histórico, que é possível de ocorrer dentro de certas possibilidades e em determinadas condições, contingências criadas para possibilitar (ou não) que se diga algo acerca de alguma coisa. Nesta perspectiva metodológica, as formações discursivas efetivamente produzem a realidade e não apenas a representam. É assim que as frases e as proposições podem revelar-nos o caminho por onde analisar as inequidades, os desafios e as possibilidades de qualificação do acolhimento em saúde na atenção primária, nos equipamentos do SUS. Ainda sobre formações discursivas, isoladamente, elas não são a finalidade do enunciado em si materializado em uma frase, palavra ou expressão.

Ocupar a posição de analista do discurso exige deixar emergir a ordem do discurso do material de campo produzido, para que se possa ter, metodologicamente, as condições de possibilidade de capturar os acontecimentos discursivos em um dado momento histórico e num dado recorte — nesta pesquisa, o acolhimento à população LGBTQIA+ em equipamentos de UBSs por profissionais da atenção primária à saúde — e entender, portanto, com essa dissertação de mestrado, quais jogos de saber-poder fazem com que certas formações discursivas sejam possíveis, e outras não (Passos, 2019). Analisando como tais jogos de

---

<sup>5</sup> Vale destacar que, na perspectiva de minha leitura de Foucault, os “jogos de linguagem” correspondem às formas como a linguagem, o poder e a verdade se articulam com o discurso, sendo este uma prática coletiva, histórica e cultural que opera relações de poder. O que cabe aqui é retomar a apostila na Análise do Discurso como método, capaz de explicar como esses jogos discursivos (re)produzem, mantém e perpetuam o conhecimento e a verdade em um determinado momento da história. No entanto, não se pode ignorar que, originalmente, o conceito de jogo de linguagem é de Wittgenstein, não diretamente de Foucault, ainda que as abordagens dialoguem na tese de que a linguagem constitui e é constituída em práticas sociais; a linguagem fabrica a realidade que enuncia.

linguagem fazem ver e fazem falar a realidade da atenção primária à saúde, no que concerne ao atendimento da população LGBTQIA+, Foucault nos aponta:

Eis a questão que a análise da língua coloca a propósito de qualquer fato de discurso: segundo que regras um enunciado foi construído e, consequentemente, segundo que regras outros enunciados semelhantes poderiam ser construídos? A descrição de acontecimentos do discurso coloca uma outra questão bem diferente: como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar? (Foucault, 2008, p. 30)

Os enunciados, nesta metodologia, não se subscrevem às mesmas regras da língua (apesar de serem compostos por signos que só fazem sentido dentro de um conjunto e/ou sistema linguístico); não possuem também limites palpáveis, tal qual, por exemplo, objetos no mundo real sujeitos à percepção de um observador; assim, entende-se que os enunciados ocupam a posição de uma função relacionada à existência e, uma vez interpretada, revela seus sentidos (Foucault, 2008). Sendo assim, no método de AD, esses podem ser definidos como as unidades elementares encontradas dentro de um discurso; não se tratam apenas de um agrupamento de proposições, ou de frases (sendo importante destacar que dois enunciados podem apresentar a mesma formulação em relação à sua construção, mas significarem coisas completamente distintas dentro da perspectiva de uma análise do discurso); logo, os enunciados existem sempre que se torna perceptível um ato de formulação: estão ligados à um conjunto de leis de possibilidades que se configuram como um referencial e, assim, não são objetos, verdades factíveis ou realidades absolutas — mas sim uma série de nuances e delimitações que nomeiam os objetos desses enunciados e possibilitam e/ou impedem a sua existência, determinando quais verdades serão produzidas e colocadas em prática nos discursos analisados (Foucault, 2008).

O discurso, para Foucault, pode ser compreendido como um fazer social e historicizado e que, apesar de habitar na linguagem e no cotidiano, não é composto única e exclusivamente por elementos linguísticos, conforme já explicitado; como uma linha invisível, é o discurso quem conduz modos de subjetivação, de ser e estar no mundo — e, deste modo, pressupõe que não há um “detentor original da palavra”: são os próprios discursos, através de sua institucionalização, de suas repetições e de suas mutações que produzem lugares e sentidos, posições de sujeitos dominados e que dominam (Passos, 2019). Ressalto, assim, que o sujeito que ocupa a posição de analista do discurso buscará, então, compreender quais condições de possibilidade se formam para que alguns discursos se tornem repetíveis, atualizáveis e tidos num lugar de “verdade” enquanto outros acabam sendo compelidos ao esquecimento, desaparecendo dentre outros discursos dominantes.

Pensar nesses sujeitos sujeitados por um discurso social e historicamente consolidado (mas que não deixa de se atualizar, refazer-se, adaptar-se), para Foucault, não significa unicamente pensar na história de modo contínuo, uma vez que isso seria pensar numa história que faz promessas reconfortantes para nós, enquanto sujeitos angustiados, de que aquilo que se perdeu poderá ser novamente encontrado numa linha coerente e de aproximações com o que nos é confortável (Foucault, 2008). Nesse sentido, entendo que perceber o outro — o outro que é social, cultural, historicizado — é propor-se a um deslocamento, de fato, para uma não-linearidade inserida no âmago da diferença, e que pode nos soar incômoda num primeiro momento. Contudo, esse exercício trata-se de uma abertura para as possibilidades de coexistência com o que é diferente, ao olharmos para além da ruptura, ultrapassando as cisões que nos separam.

[...] todo discurso manifesto repousaria secretamente sobre um já-dito; e que este já-dito não seria simplesmente uma frase já pronunciada, um texto já escrito, mas um "jamais-dito", um discurso sem corpo, uma voz tão silenciosa quanto um sopro, uma escrita que não é senão o vazio de seu próprio rastro. Supõe-se, assim, que tudo que o discurso formula já se encontra articulado nesse meio-silêncio que lhe é prévio, que continua a correr obstinadamente sob ele, mas que ele recobre e faz calar. [...] Não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso tratá-lo no jogo de sua instância. (Foucault, 2008, p. 28)

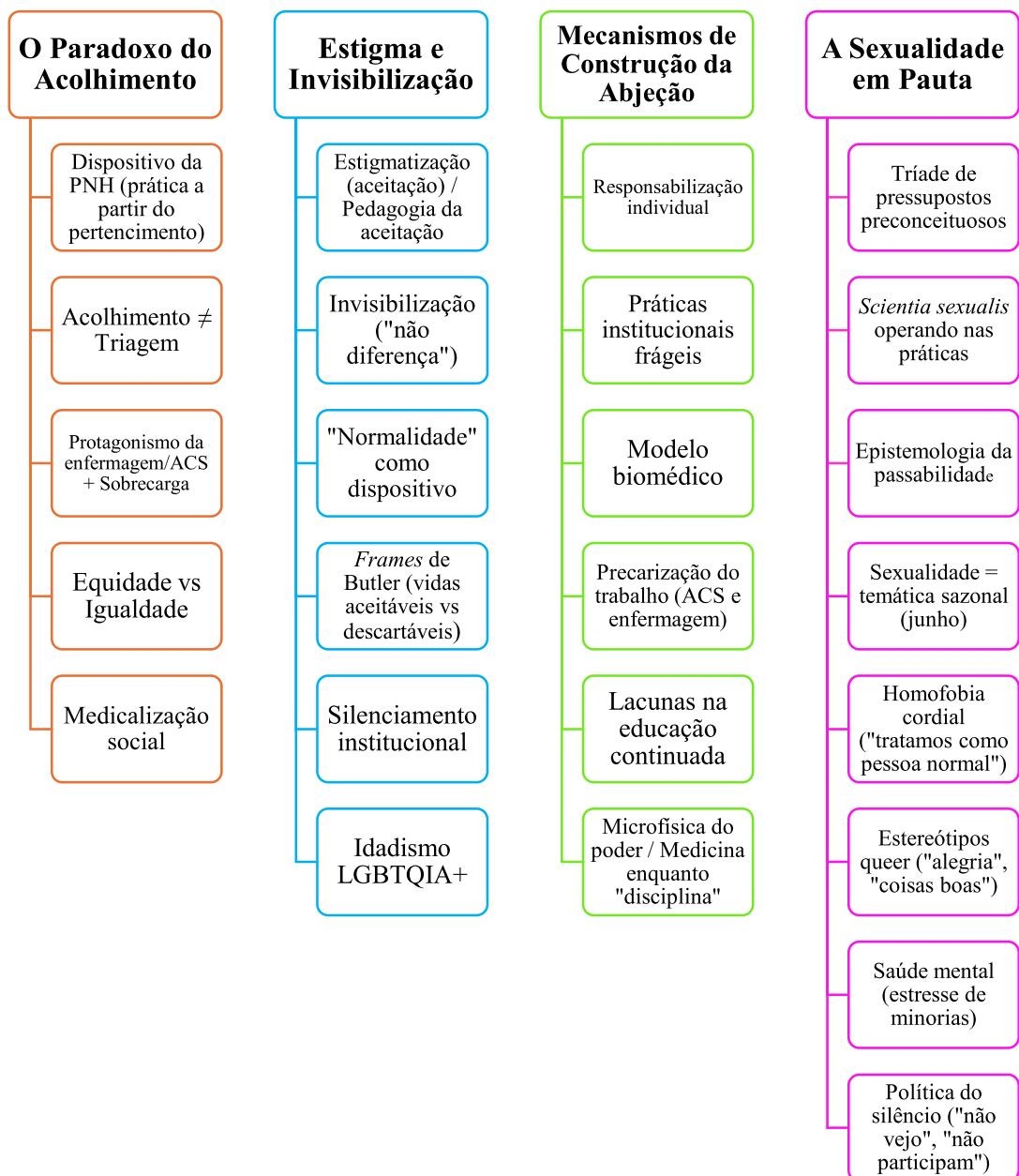
De acordo com a perspectiva da análise do discurso, tudo o que se diz — e o “dito”, aqui, é entendido também como um conjunto de práticas discursivas engendradas na cultura e no todo social — deriva de um discurso anterior, maior, orquestrado institucionalmente ao longo da história através da repetição e da disseminação de outras práticas e discursos. Estes, por sua vez, advêm daqueles capazes de, através de jogos de poder e dominação, produzir sujeição sobre outros corpos: produzir verdades (Foucault, 2012). Assim, Foucault (2008) postula que, sob as lentes da análise do discurso, metodologicamente, interessa-nos não somente a compreensão daquilo que os enunciados e as formações discursivas externalizam, mas de que forma também impedem que outras possibilidades de discurso surjam e como estas se fazem excluídas desse jogo específico.

Precisamente, no estudo cujos resultados são tornados públicos nas páginas desta dissertação de mestrado em psicologia, tentei organizar em forma de escrita algumas reflexões acerca dos atravessamentos biopsicossociais e históricos que possibilitam, não somente a existência de determinados discursos, mas que, também e sobretudo, sustentam a sua manutenção e, por consequência, excluem outras possibilidades de existência. Os resultados que serão melhor explorados nos subitens seguintes contemplam, portanto, as potencialidades e as limitações da técnica da análise do discurso.

No que tange a esta pesquisa de mestrado, tratou-se enfim de analisar enunciados e, consequentemente, discursos que compõem a materialidade de relatos de profissionais da atenção primária à saúde, no que concerne ao atendimento à população LGBTQIA+. Os resultados evidenciam que a metodologia utilizada é adequada e bem-sucedida neste tipo e nesta modalidade de pesquisa em psicologia e, mais especificamente, em psicologia social e processos psicossociais em saúde.

#### 4.1.1 Os enunciados e seus campos de associação

Figura 1. Esquema visual com os achados e desdobramentos da Análise do Discurso dos dados produzidos, a serem explicitados no capítulo.



À luz da análise do discurso foucaultiana, é neste momento que apresento os excertos que, com seus enunciados, fornecem-me material para os deslocamentos necessários — tendo em vista que pesquisar gênero e todas as suas nuances é, antes de mais nada, um exercício em admitir a possibilidade de que o que se vê no outro pode não ser necessariamente o que se antecipa; é, sobretudo, valorizar que as preconcepções sempre serão insuficientes, mas elas existem e produzem seus efeitos a partir de normativas acerca da sexualidade que se renovam e atualizam constantemente.

Para a composição desta análise e, consequentemente, para a operacionalização da metodologia da análise do discurso, num primeiro momento, as entrevistas realizadas (que foram gravadas, com o consentimento expresso pelos entrevistados e pelas entrevistadas, incluindo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE), foram transcritas com a ajuda de uma equipe de estagiários, aos quais agradeço nominalmente no começo desta dissertação. Esses transcritos, por sua vez, tornaram-se o *arquivo* desta dissertação — ou, como aponta Foucault (2008), o “monumento”, de modo a retirar do arquivo a característica de registro documental e transpassá-lo para o campo do desafio que é deparar-se com, enfim, “o discurso”: este é real, somos atropelados por ele, chocados e surpreendidos o tempo todo por sua magnitude.

Contemplando esse “monumento discursivo”, o próximo passo foi a compreensão de suas especificidades, tendo em vista que o discurso não pode ser apreendido em sua totalidade — ainda que se esgotassem teorias para falar dos fenômenos e das associações ali presentes, isso não seria o suficiente, já que o próprio ato de pesquisar e analisar os discursos é, em si, um ato capaz de suscitar uma nova série de discursos que dali se originam (Foucault, 2008). Para dar conta dessa peculiaridade que é, ao mesmo tempo, tanto uma potencialidade (pela infinitude de possibilidades que se expandem diante do desafio da AD) quanto uma fragilidade (sem foco ou lentes afinadas, toda análise perde a sua potência), lanço mão do recorte provisório sobre o qual já discorri anteriormente, a saber: o tema delimitado nesta pesquisa, bem como os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Neste sentido, para esta análise específica que proponho, foi importante a delimitação de 4 categorias discursivas. Isso significa dizer que, para dar conta desse “monumento”, quatro ferramentas arqueológicas foram dispostas, aglutinando em si enunciados e campos de associação que se estabilizam e provocam, mas acabam convergindo para pontos em comum. Cada uma destas “categorias” discursivas foi

representada por uma cor (laranja, azul, verde e rosa), como exemplificado no esquema visual no início deste capítulo, a saber:

1. O Paradoxo do Acolhimento.
2. Estigma e Invisibilização.
3. Mecanismos de Construção da Abjeção.
4. A Sexualidade em Pauta.

A produção e a delimitação dessas “ferramentas arqueológicas” deu-se a partir dos pressupostos foucaultianos apresentados em sua *Arqueologia do Saber* (Foucault, 2008) e na *Ordem do Discurso* (Foucault, 2012). Utilizando as cores como sistemas de codificação, enquanto analista do discurso, selecionei inúmeros excertos que, com base no aporte teórico apresentado ao longo de toda a dissertação, poderiam ser fontes para discussões mais complexas — ou seja, os “dados” desta análise. Após a seleção de todos os enunciados, observei cada uma das categorias e estudei cada um dos excertos. Como resultado, neste subitem, exponho aqueles cujos campos de especificação me autorizaram, enquanto pesquisador, a efetivar a minha própria análise, sempre em diálogo com a literatura.

Deste modo, os subitens deste capítulo consistem no mote dos resultados encontrados, frutos do estudo que aqui se encontra. Prossigamos.

#### **4.1.2 O paradoxo do acolhimento: o dispositivo da PNH subjetivado às práticas individualizadas**

Nesta primeira categoria de análise, discuto acerca daquilo que os funcionários das UBSs dizem sobre o acolhimento e o quanto o seu caráter de dispositivo (presente com rigor na Política Nacional de Humanização) assume, também, de modo paradoxal, uma prática que vai de pessoa para pessoa, de unidade para unidade, de modo subjetivo, e sem uma operacionalização comum entre essas pessoas/esses espaços. Ou seja, quando digo da subjetividade, neste momento, o que evidencio é que o acolhimento não assume a sua característica enquanto prática estruturada — ele acaba ocorrendo pelas vias do fazer fragmentado, onde cada unidade opera tal dispositivo ao seu modo, conforme suas possibilidades.

Porém, justamente: do que tratam essas possibilidades? O que tem ocorrido no dia a dia dos trabalhadores e das trabalhadoras para que os entendimentos acerca do que possa vir a ser

o “acolhimento” sejam, enfim, tão diversos? E como isso afeta o dia a dia dos usuários que buscam os equipamentos de saúde?

Um primeiro exemplo dessa dinâmica, que aqui exploro, surge nas falas destacadas abaixo:

**ACS 1:** [...] tem a [TRABALHADORA], que é nossa recepcionista... e tem sempre o [TRABALHADOR], que é ACS, que ele faz esse trabalho também de ajudar a triar. Por ele ser ACS. A gente conhece bem as ruas. [...] Tipo assim, tria ele pra onde a gente precisa. Se é uma consulta...

---

**Auxiliar de Enfermagem 2:** Aqui nessa UBS Marumbi na qual eu estou trabalhando no momento eu vejo assim muito receptivo, tá? A secretaria, os meninos da recepção com... há uma interação muito dinâmica, tá? Com a coordenação, conosco, com as enfermeiras...

---

**Supervisora de UBS:** Os acolhimentos aqui são feitos primeiramente pelas enfermeiras. De sete às oito da manhã. Isso foi estipulado quando eu cheguei e já estava, né? E aí o que que acontece? Uma das coisas que eu enfatizo muito nas nossas reuniões é sobre isso. [...] Então, isso eu tenho conversado muito com eles. Sobre a questão do acolhimento ser perfeito, sabe?

Essa é uma das falas (recorrentes em todas as UBSs visitadas ao longo desta pesquisa) que denotam o acolhimento com uma certa fragilidade técnico-metodológica; é uma ferramenta que parece se organizar, cotidianamente, de acordo com as possibilidades das equipes e sem um maior embasamento ou, ainda, sem buscar fontes norteadoras do trabalho. Enquanto, certamente, é necessário adequar o dispositivo e as práticas de acolhida à realidade territorial, a construção que irrompe dos discursos é a de um cenário no qual os trabalhadores e as trabalhadoras ficam restritos a uma parca organização da prática, que ocorre sempre referenciada a profissionais da enfermagem, vez ou outra com a inclusão de agentes de saúde. Ainda, parecem se concentrar majoritariamente aos encargos de trabalhadoras e trabalhadores da enfermagem — o que, mais adiante no texto, discuto em maior profundidade. Na tentativa de realizar o acolhimento perfeito, nota-se uma fazedura quase artesanal — sabe-se da importância, mas utilizam-se os recursos disponíveis, com os trabalhadores que topam embarcar nessa tentativa de prover o acolhimento perfeito. Para além disso, triagem e acolhimento parecem se confundir, com destaque para o papel central que é atribuído aos momentos na recepção de identificação de demandas.

O acolhimento não é repensado ou remodelado com inputs de outros campos de saber que se articulam nas unidades por meio da presença dos médicos — o que seria valioso,

inclusive, para o repensar de formas mais humanizadas do fazer clínico nesses espaços (Ministério da Saúde, 2013a). A interdisciplinaridade, neste sentido, fica em segundo plano e, assim, fragiliza a potência de uma ferramenta tão importante quanto a acolhida. O que tal ausência enuncia é, ainda, uma posição de sujeito do profissional de medicina ainda elencado como sendo aquele ou aquela que figurará no topo da pirâmide; um signo que nos aponta os múltiplos enredamentos num jogo de poder que ainda se embrenha no todo-cultural brasileiro e cujas práticas incidem, diretamente, na manutenção desse mesmo jogo de dominação: o modelo médico-assistencial prevalece em detrimento da interseccionalidade não só dos saberes, mas também das práticas em exercício nos espaços de saúde (Buziquia et al., 2023).

O significante “tria” enuncia um acolhimento percebido enquanto triagem — e o que a PNH preconiza é justamente o contrário: ele ultrapassa a condição de triagem para se configurar (Ministério da Saúde, 2013a) em um primeiro dispositivo de produção de saúde, efetivamente identificando demandas, mas, ao mesmo tempo, promovendo o vínculo entre o sujeito que chega e o dispositivo de saúde. É importante destacar também que a triagem trata-se, na verdade, inteiramente de outro dispositivo processual disponível e utilizado nas UBSs, funcionando para aplicação de Estratificação de Riscos — o que garante o bom andamento e fluxo dos atendimentos e, eventualmente, acolhimentos na unidade; esse papel é um que, de fato, usualmente fica ao encargo da enfermagem, enquanto o acolhimento (enquanto outro processo distinto, que diz respeito à vinculação do usuário às técnicas e serviços disponibilizados pelas via subjetiva/humanizada) não carece de um profissional específico (Silva, Pimentel, Nogueira, & Teixeira, 2023).

Ainda, é importante trazer à tona a sobrecarga dos enfermeiros e agentes de saúde, que são sempre convocados, como evidenciado em múltiplas falas nos diferentes espaços visitados nesta pesquisa, a assumir a centralidade e protagonismo na execução dos atendimentos de demandas espontâneas suscitadas nos acolhimentos realizados.

Outras trabalhadoras e outros trabalhadores oportunizam o aprofundamento da discussão, a partir de uma afirmação contundente, ainda sobre o acolhimento:

**ACS 2:** Eu acho que todo mundo que chega na unidade, ela tem que ser acolhida. Ela vai ser, tem que ser e vai ser acolhida. Aí eu acho que vai depender da pessoa que vai acolher, entendeu? Porque a gente tem o acolhimento de enfermagem, que serve para triar as necessidades do indivíduo. A gente tem o acolhimento do agente de saúde, que vai ver também essa questão da casa mesmo, do contexto social da pessoa. Então, assim, existem vários tipos de acolhimento da UBS.

**Recepção:** Então, acolhimento a gente tem um horário liberado que é de sete às oito da manhã, pra todos os usuários da UBS, pra marcação de consulta com o médico ou com a enfermeira, consulta de controle é marcado diretamente com os agentes de saúde, e consulta de emergência, às vezes um quadro de febre ou alguma intercorrência que teve, é feito esse acolhimento de sete às oito.

---

**Recepção 2:** Cara, tipo assim, eu procuro me organizar mais pela questão de demandas. Organização é mais por demandas. A gente tem as demandas dos ordenamentos, que é o pessoal que já está agendado.

Mais uma vez: é um enunciado que evidencia o *acontecimento* do acolhimento, e as práticas que o consolidam, enquanto parte daquilo que denominarei “pertencimento”. É propício retomar o conceito de autoria foucaultiana para estabelecer que não se trata meramente de algo subjetivo. O digo pois considero que isso não explica e encerra o modo como os acolhimentos ocorrem, de acordo com quem acolhe; trata-se muito mais, como propus, de um pertencimento que advém de todo o campo discursivo — e das relações estabelecidas com esse sujeito, que ocupa a posição de quem enuncia; o pertencimento ao qual me refiro vai dizer então das condições que aquela trabalhadora ou aquele trabalhador acolhe, naquele momento, naquela unidade, de acordo com as possibilidades que se materializam (Foucault, 2012). É na unidade entendida como “autor” de um discurso que esse se insere nas trocas reais, e adota também características que o tornam coerente, que o fazem inscrever-se na carne. Assim, a autoria foucaultiana não recusa totalmente a identidade do autor enquanto sujeito, de fato, encarnado numa pessoa propriamente dita. Contudo, admite que essa característica de “autoria”, ao postular uma determinada prática e permitindo o seu impacto no mundo através de sua dispersão, descola-se da pessoa, passa a ser construída no amontoado e se prolifera no discurso produzido por isso que chamo de “pertencimento”. Aqui, é explicitado inclusive que cada trabalhador (de diferentes especialidades e áreas) acolhe de um jeito, pensa de um jeito, resolve de um jeito — os trabalhadores, na rotina e no estrangulamento do dia a dia, manejam conforme conseguem, considerando também o fluxo intenso de demandas. Não existe um procedimento ou ao menos um protocolo para o acolhimento, nem são trazidos à tona indicações da Política Nacional de Humanização, cujas normativas e direcionamentos oferecem protocolos significativos para atuação no dia a dia.

**Entrevistador: Então as capacitações são mais operacionais, de como funciona a UBS?**

**ACS3:** Isso, mais ligadas ao serviço mesmo.

---

**Entrevistador: Pra você, você tem que fazer aquela formação complementar que eles exigem das outras pessoas?**

**Repcionista 1:** Não. O técnico já tá completo, já. Dois anos.

---

**Entrevistadora: E desde que você iniciou aqui, no caso seu trabalho, você fez alguma formação específica, algum curso ou algo assim além?**

**Estagiária de Enfermagem:** Não. [...] Eu fiz alguns cursos na plataforma do E-sus mesmo, de caderneta da criança, né. Mas nada necessário.

Conforme os excertos acima, alguns dos trabalhadores e algumas das trabalhadoras até alegam, de fato, a existência de capacitações que tratem do próprio funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde e que abordam, numa perspectiva operacional, a organização do serviço. Contudo, esses enunciados não nos revelam muito sobre a operacionalização do acolhimento por si só — ainda que este seja força motora indispensável da atenção básica; é o acolhimento que dá o tom e organiza, diretamente, a continuidade do acompanhamento dos pacientes (Ministério da Saúde, 2010). Neste sentido, considerando o acolhimento como parte integrante de todo o processo de trabalho na atenção primária à saúde, vale destacar seu caráter ético-profissional voltado à humanização do SUS e um importante potencializador do vínculo ancorado na solidariedade humana. Além disso, o acolhimento é uma ferramenta essencial para a organização do processo de trabalho.

A maior parte dos relatos nos aponta para um campo de associações de enunciados que possibilitam emergir uma interpretação bastante vaga do que seria o acolhimento, na percepção das trabalhadoras e dos trabalhadores. De certo, a "acolhida" — *verbatim*: recepção calorosa, com carinho e afeto — integra o que se preconiza na Política Nacional de Humanização. Porém, o que se evidencia é que o entendimento das equipes finda neste ponto; ou, dito de outra maneira, realoca o acolhimento no âmbito da triagem, condição da qual a política que o organiza e o fundamenta tenta a todo tempo desfazer-se (Ministério da Saúde, 2010). Uma única pessoa entrevistada, contudo, aponta o quanto o acolhimento tem enveredado para assumir, então, um outro lugar dentro das Unidades Básicas de Saúde: acaba sendo utilizado, na percepção desta trabalhadora, para o escamotear de situações críticas que se apresentam na chegada dos pacientes. Se observa o supracitado em:

**ACS 3:** Antes era entre aspas, entendeu? [...] Antigamente a pessoa chegava aqui: 'Ah, queria marcar uma consulta.', e era somente um 'Volta amanhã.', entendeu? 'Volta tal dia'. Já com acolhimento não: 'Não tem vaga, mas você está sentindo alguma coisa?'. Do que você precisar a gente acolhe.

---

**Estagiária de Enfermagem:** O acolhimento que é realizado aqui é quando a pessoa apresenta alguma demanda de saúde/emergência, por exemplo, quando ela está com dor de cabeça naquele momento ou ela está com sintomas gripais então ela vem pro acolhimento, ne, e a gente direciona ela para o atendimento médico.

---

**Entrevistadora:** Entendi. e no caso como que esse acolhimento ele vai ser mais organizado, assim, de forma geral mesmo. No caso tipo... é.... seria no sentido mais de triagem mesmo?

**Estagiária de Enfermagem:** É no sentido de triagem.

---

**Assistente social:** O acolhimento é bem interessante, mas a população utiliza o acolhimento meio que pra 'apagar incêndio', mais focado na doença, às vezes até confunde um pouco serviços de atenção primária com os de urgência e emergência, então isso acaba sendo uma coisa que deve ser muito trabalhada em sala de espera.

Para além de ser simplesmente uma diretriz ou um protocolo, o acolhimento surge também como resposta ao fenômeno da medicalização social, na qual as experiências vividas pelas pessoas, seus afetos, anseios e sua relação com a dor — manejados muitas vezes, antes, no seio das famílias e de suas respectivas comunidades — passam a ter como resposta única e exclusiva a profissionalidade do cuidado: este deve ser ofertado apenas por um profissional, um saber específico, usualmente o do médico (Tesser, Poli Neto, & Campos, 2010).

As histórias de vida e a prática de cuidado subjetivo ficam relegadas ao segundo plano, tratadas como algo restrito à sabedoria popular sem qualquer valor, precarizando ainda mais as possibilidades de vinculação dos usuários aos serviços, devido a esse "racha" na aproximação da tecnologia às suas realidades. O Programa de Saúde da Família, que se transforma eventualmente em Estratégia Saúde da Família, alinha-se ao Acolhimento e à Política Nacional de Humanização para dar conta dessas demandas lacunares que ficam a partir do esvaziamento do saber familiar/comunitário, passado entre entes queridos e amigos, bem como das dores que são traduções de realidades únicas, não conscritas ao campo biomédico (Tesser et al., 2010).

Assim, a árdua missão do acolhimento é uma de maior aproximação de, literalmente falando, todos/as os/as trabalhadores/as que atuam na atenção básica (afinal, consolida-se enquanto porta de entrada do SUS) com as vidas de todas/os as/os usuárias/os conforme transcorrem em seus territórios. Não se trata somente da medicalização da demanda, como muitas vezes evidencia-se pelos excertos citados até aqui, mas sim de analisar as condições de

possibilidades para atendimentos que existam em esferas mais humanizadas de cuidado (Tesser et al., 2010).

Chamo essa missão de "árdua" porque a questão não é, como venho dizendo, individualizada. O convite à medicalização parte da cultura instaurada em muitos desses serviços: toda demanda passa a adquirir tons de transtorno; o paciente "poliqueixoso", a ser encarado como portador de uma (ou mais) síndrome(s); a cronicidade de um adoecimento, a ser colada ao isolamento de variáveis — consideradas enquanto fatores que agravam o risco da doença —, como se fosse possível extirpar uma pessoa de seus hábitos, muitas vezes costurados e engendrados à sua vida cotidiana, da noite pro dia (Tesser et al., 2010). É um desmantelamento discursivo que, ainda que audacioso em sua proposta, pode ser executado a partir do momento em que topamos ouvir os trabalhadores para além do lugar "antagonístico": se algo falha, se um discurso se enuncia veemente no que propicia enquanto a dominação, de certo há também evidências de sua repetição ao longo dos anos. A psicologia tem o compromisso, que aqui reitero, de participar dessa implosão.

Todavia, pensando em contingências para a construção desse fluxo "natural" de organização do trabalho, que poderia ser facilmente atribuído ao acaso, noto esferas mais complexas — a saber, o quanto tal excesso de demandas e atribuições dizem da precarização dos vínculos trabalhistas dessa categoria profissional (Á. A. C. Pereira et al., 2023). Uma das bases de sustentação para as dificuldades impostas aos enfermeiros e às enfermeiras na atenção básica é algo que atinge não somente a essa classe trabalhadora: a ausência de vínculos estáveis para esses profissionais, que acabam sendo submetidos a regimes com pouca oportunidade de progressão de carreira e contam, ainda, com pouquíssima segurança/estabilidade (Á. A. C. Pereira et al., 2023). Contudo, como já citado aqui, a lógica e a construção das identidades profissionais não operam da mesma forma e uma determinada hierarquia, oportunizada pela cultura médico-centrada, acaba por se formar de modo proeminente. Não se trata de dizer que médicos, dentro das Unidades Básicas de Saúde, tenham uma circulação privilegiada, livre de entraves ou riscos profissionais<sup>6</sup>; cabe, contudo, a apreciação de uma diferença crítica nos modos como a categoria profissional da medicina é percebida social e culturalmente.

---

<sup>6</sup> Se até aqui venho elencando uma série de entraves institucionais que botam em risco o pleno exercício das atribuições de trabalhadores e trabalhadoras, há também de se mencionar o risco iminente à integridade física que profissionais da saúde vêm sofrendo dentro dos seus próprios postos de trabalho. Agressões verbais, insultos, danos ao patrimônio e, literalmente, violência grotesca e extrema desferida contra essas pessoas. Essas ocorrências têm se corporificado num ritmo assustador (Conselho Federal de Medicina [CFM], 2025). A atuação nas UBSs, tão frequentemente pautada no vínculo e na capilaridade nos territórios, parece ser ameaçada constantemente por esses mesmos fatores quando não parece haver respaldo ou planos sólidos, por parte do Estado, para garantir a segurança daqueles e

Esse "lugar diferenciado" advém do que se entende como o capital cultural acumulado ao longo dos anos por essa categoria profissional e que, assim, possibilita inúmeros enredamentos nos quais o jogo de poder eleva os médicos a um outro lugar social (Maas, 2018). Ainda segundo Maas (2018), o

[...] tipo de conhecimento (se mais abstrato ou mais técnico) e a forma de controlá-lo definem em grande medida os valores distintos dos títulos acadêmicos, afinal estes são as bases da identidade e do poder dos grupos profissionais. Embora possam ser atribuídas diferenças em termos da complexidade do saber que representam, tais diferenças são socialmente atribuídas e, portanto, revelam senão uma forma de distinção social que por si só também é explicativa das diferenças observadas na posição social de seus membros (Maas, 2018, p.2)

O prestígio atribuído aos médicos, enquanto classe profissional, não é algo meramente simbólico cujas repercussões não se presentificam. Pelo contrário, o que toda a discussão que aqui apresento e corroboro, em diálogo com a literatura apresentada, trata justamente do discurso incidindo na prática diária e na organização dos serviços de saúde; a centralização na figura da enfermeira ("o acolhimento da enfermagem"), ou ACS, nos dá notícias dessa lógica organizacional que continua a segregar — simbolicamente e factualmente — certos membros da equipe mínima da ESF, alocando trabalhadores e trabalhadoras em posições de sujeito muito distintas que dizem, afinal, de um acúmulo de inúmeras desigualdades no modo como os saberes aqui citados são encarados e percebidos, também, na sociedade — com níveis de importância (imaginária ou não) e de prestígio absolutamente desiguais.

A análise que aqui conduzo segue também por pontos que tratam da equidade: esse conceito, apesar de sua importância no sentido do acolhimento, confunde-se, por vezes, com o que se entende como "igualdade", na percepção dos entrevistados e das entrevistadas. Pensando em sua efetivação, os enunciados sobre igualdade também dizem de algo muito mais relacionado a reorganizações da rotina do que, necessariamente, a uma compreensão acerca das demandas particularizadas de cada segmento populacional que acessa a unidade.

**Médica:** Mas aqui é assim, sempre que vem uma pessoa com uma demanda específica a gente é flexível. Ah, a pessoa não consegue... é, vamos supor... meu dia de atender saúde mental é sexta feira. A pessoa não pode vir na sexta porque ela trabalha. [...] A gente realoca ela pra outro dia mesmo que seja entre aspas "contra as regras" pra atender a demanda da pessoa...

---

daquelas que se encontram na linha de frente do cuidado, lidando com o sofrimento da população — que, por sua vez, acaba por transbordar a iniquidade, a ausência de possibilidades de manejo e a imensa frustração mediante ao desamparo institucional na forma de, enfim, violência. Pelo visto, trata-se, no fim das contas, também de um problema cujas raízes se entranham nas instituições e no atual momento político do país, ainda que nada pareça ter a ver com essas dimensões (Silveira et al., 2021).

**Entrevistador:** Entendi. E aí, no sentido da população LGBTQIA+, né? Que procura a UBS. Como é que se dá o acolhimento a essa população na sua percepção?

**Supervisora de UBS:** Exatamente igual.

**Auxiliar de enfermagem 2: [LENDÔ A AFIRMATIVA SOBRE EQUIDADE NA PERGUNTA NÚMERO 8 DO INSTRUMENTO]**

“O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais”. É... tratar o desigual como desigual, mas né... dando a mesma assistência, né? “Investindo mais onde a carência é maior”. Eu acho que quando chega essa comunidade LGBT como quando chega também a nossa raça é essa aí que a gente tem que tratar o desigual como desigual, as situações...

**Entrevistador:** E você consegue ver isso aqui?

**Auxiliar de Enfermagem 2:** Consigo. Aqui como eu te falo. Eles acolhem igualmente.

**Entrevistadora:** Entendi. Legal. E agora pensando mais especificamente dentro da população LGBTQIA +, como que se dá, especificamente para essa população o acolhimento aqui dentro da unidade de saúde, você vê alguma diferença, tipo, alguma questão específica?

**Estagiária de enfermagem:** Eu não vejo nenhuma diferença porque a parte que a gente faz é muito a parte da saúde, então a gente só colhe essas informações, né.

Oportuniza-se, então, a discussão acerca da equidade aplicada na prática: o que se percebe, evidenciado pelos léxicos destacados, são concepções de equidade que se relacionam, seja com a lógica organizacional da unidade (a enunciada "flexibilização"), seja com noções enraizadas no julgamento de igualdade de tratamento para todas as pessoas que buscam o serviço. Tais interpretações se provam noções equivocadas do conceito de equidade que, como já estabelecido anteriormente neste texto (e tomando o princípio do SUS como norteador para tal definição), trata de reconhecer as necessidades diferentes que populações distintas terão justamente em razão dessas diferenças; ainda, compreender a equidade é pensar quais estratégias serão requeridas para suprir as demandas de modo efetivo e não-homogeneizado.

Pensando no campo da saúde, especificamente, Carvalho, Silva e Rabelo (2020) chamam atenção para o fato de que a equidade deve ser interpretada como a garantia de que todo sujeito deverá ter o direito de acessar as oportunidades para o desenvolvimento de práticas que garantam a promoção de suas potencialidades em saúde e que, existindo desvantagens, estas devem ser abordadas e sanadas (especialmente através de políticas públicas que visem a

diminuição e a eventual eliminação dessas iniquidades). Por isso, é tão importante que o conceito de equidade não seja uma mera diretriz normativa que fica no campo da abstração: é necessário que sua acepção seja, também, uma práxis no cotidiano das trabalhadoras e dos trabalhadores.

No entanto, igualdade e equidade parecem se confundir na escuta dos relatos que compõem os dados aqui produzidos. Oportunizam-se, nessa massificação da demanda, condições de impossibilidade; determinados discursos em saúde, acerca dos usuários e suas necessidades, não emergem — ou o fazem artificialmente. Sobre isso, Carvalho et. al. (2022) apontam que

diante do contexto da atual política de saúde, há de se refletir, para esses profissionais, nessa forma de abordagem no cotidiano do processo de trabalho, até que ponto as “necessidades” ou “prioridades” de saúde não estariam sendo forjadas pela própria dinâmica do serviço, que não reconhece o sofrimento que não esteja “rotulado” como doença (Carvalho et al., 2002, p.7)

É possível pensar também que as iniquidades se refletem no próprio campo de trabalho e em equipe: é necessário considerar que os espaços laborais são permeados de tensionamentos por e para o poder; a hierarquia e a distinção entre diferentes classes trabalhistas dentro de um mesmo espaço também operam seus efeitos e uma equipe acrítica a essa situação acaba por, também, operar de modo apolítico (Sena & Silva, 2007). Olhar para a própria fragmentação dentro dos espaços dos equipamentos em saúde e reconhecer as armadilhas implantadas pelos jogos de poder é essencial para uma prática que seja, também, equânime.

#### **4.1.3 “A gente não consegue parar para escutar o paciente, perguntar o problema dele”: entre o estigma e a invisibilização**

Este subitem pretende explorar as nuances das equipes profissionais em relação à população LGBTQIA+ no que concerne às falas e às práticas potencialmente estigmatizantes, que inserem tais pessoas, usuárias dos serviços públicos de saúde, num lugar muito específico — ou, não raro, retiram esses sujeitos da cena quase que completamente. Essa dinâmica entre estigmatizar e invisibilizar é o que evidencia as violências de acesso aos serviços de saúde.

Um primeiro excerto serve-nos de ponto de partida:

**ACS 1:** Porque, assim, as pessoas não sabem como lidar, as pessoas não sabem como se referir a alguma pessoa... não sabem nada, assim, e eu sei que já teve capacitações, mas a pessoa não leva muito a sério. [...] eu já ouvi gente falar deboche, ah, é aquilo lá que fulano falou, fulano é aquele negócio que no curso ensinava, entendeu? De deboche, não um

Tom de tipo assim, tá, eu preciso aprender, sei lá, sou médico, preciso aprender como tratar essa pessoa, entendeu?

O que implica esse "lidar" com a pessoa LGBTQIA+? Primeiramente, constata-se uma identificação; de alguma forma essa pessoa que utiliza do serviço é identificada como tal segmento populacional, no entanto, "as pessoas não sabem como lidar"; denota-se, assim, algo de uma percepção de que tal população existe; por outro lado, o que o relato enuncia nesse excerto é que há um complexo emaranhado no qual essa "lida" fica comprometida, na medida em que ela encontra a produção discursiva LGBTfóbica presente no dia a dia — algo que é anterior à realidade das UBSs e que permeia a cultura, o tecido de enunciados que fazem fazer e falar em cada um de nós. Por que se haveria de "lidar" de modo peculiar, exótico ou específico com tal população? Assim, o "lidar" para com sujeitos *queer* acaba atravessado, muitas vezes, pela perspectiva da aceitação.

**ACS 3:** E fala sobre como que deve ser, como que a gente deve aceitar — na verdade, "não aceitar"... mas como que a gente deve ver as pessoas como elas são e respeitar cada uma.

Esses excertos das entrevistas apontam para um debate filosófico muito mais profundo do que parece traduzir o relato aqui destacado, pois diz respeito às dimensões filosóficas e práticas da tolerância, da aceitação e do respeito, muitas vezes tratadas como sinônimos, mas efetivamente diferentes em seus contextos práticos. Se trouxermos à baila a tolerância liberal (Rawls, 2011) como aporte conceitual do âmbito do direito, haverá de se conceber que uma comunidade política, nessa perspectiva teórica, deve ser capaz de acomodar diferentes escolhas de bem viver, ainda que completamente contraditórias, mas razoáveis para uma dada sociedade. Esse princípio liberal implica não necessariamente "aceitar" o contraditório, mas tolerar sua existência. De qualquer forma, como lembra Dieter Grimm (2006), o "fundamentalismo é o contrário da tolerância" — nessa linha reflexiva, tolerar não é sinônimo de aceitar e menos ainda de respeitar. Pois, como aponta o texto do doutor em direito Walter Cladius Rothenburg (2016, p. 54), a tolerância pode forjar uma perspectiva discriminatória: "as crenças mais poderosas apenas concedem um lugar inferior às demais, que merecem a comiseração da tolerância, jamais o reconhecimento pleno de uma alternativa igualmente digna e válida".

Pensando no exposto acima, o enunciado "aceitar" parece escapar, no contexto do léxico destacado e evidenciado acima, quase como num deslize. Nesse caso, o que se apossa do discurso vigente na heteronorma, com raízes profundas no todo cultural e nas trocas diárias, acaba autorizando o transparecer de movimentos hierárquicos; afinal de contas, quem aceita

algo está em condições para tal: está em posse do arbítrio de, se assim for de seu desejo, renegar ou, simplesmente, manter-se no campo da “tolerância” — mesmo que não se perceba. Não se trata, de certo, de um discurso individualizado e que aparece na fala dos sujeitos como um indicador da índole ou da perversidade de alguém. A hierarquia, por si só, e os jogos que se engendram para que ela ocorra, costura-se para além dos sujeitos individuais: são contingências históricas e institucionais que fabricam e oportunizam a produção de sujeição de determinados corpos sobre outros; de determinadas pessoas sobre outras (Foucault, 2008). São contingências que produzem, assim, verdades.

A pedagogia da aceitação (Natividade & Oliveira, 2009) figura entre esses dispositivos de enunciação que detêm tal capacidade, considerando que enseja “processos de elevação da autoestima” e fornecendo subsídio para que gays e lésbicas possam efetuar a passagem entre uma percepção negativa de si e a identidade de um “gay evangélico” (Natividade & Oliveira, p. 140, 2009). As instituições religiosas, figurando entre grandes propagadoras da heterossexualidade compulsória, colaboraram para o forjar dessa identidade do sujeito *queer* aceitável (Natividade & Oliveira, 2009). Aquelas e aqueles que não incomodam performam dentro de determinadas normas operativas do bem-estar-da-família-tradicional-brasileira e apetecem ao apetite insaciável da máquina moral formadora de mais e mais cidadãos e cidadãs de bem. O estigma que se produz ramifica-se em tantos desdobramentos que, tendo em vista as delimitações do escopo desta pesquisa e o alcance da análise que aqui proponho, seria impossível analisar cada uma de suas vertentes.

Contudo, é notório e expressivo como todo esse enquadramento, trazendo à cena o dispositivo dos “frames” proposto por Butler (2015), dentro das molduras do “aceitável”, opera discursivamente para delimitar todas as vidas que escapam a tal aceitabilidade como descartáveis, passíveis de serem marcadas para morrer. Meramente “aceitar”, como se algo dependesse da anuência de quem profere tal aceitação do sujeito LGBTQIA+, é fazer operar o jogo da hierarquia que aqui citei; ademais, é pactuar com ele — mesmo sem que se dê conta. Ainda pensando na noção de enquadramento *butleriano*, a hierarquização das vidas pode ser melhor contextualizada considerando o ponto central desse aporte teórico: o de que algumas vidas passam, de acordo com os atravessamentos (e também os acontecimentos) de poder que as circundam, a ser menos ou mais enlutáveis. Urzêda-Freitas (2023) adverte, também numa leitura do conceito de enquadramento, que as performances — que são também socialmente e discursivamente instituídas — de pessoas usualmente ocupando posições de poder acabam forjando, assim, uma hierarquia de significados a serem alocados às carnes dos abjetos a partir do lugar político de quem enuncia. Marca-se um indivíduo como fadado a tornar-se um corpo

que nasce para o morrer — e que essa vida esvaída não merece, sequer, enlutamento, já que, na lógica vigente, trata-se de uma vida inferiorizada. Tolerável e, quem sabe, até mesmo aceitável. Mas, em última instância, inferior.

Nesse jogo de saberes, que operam, também, acontecimentos de poder, garantindo a emergência de vidas que surgem como mais ou menos “aceitáveis”, enuncia-se o dispositivo da normalidade enquanto produtor de estigma. A seguinte fala auxilia a discussão e a subsequente análise do discurso ali engendrado:

**ACS 3:** É aquilo que eu te falei, é normal. A gente age normal com eles, igual eles agem com a gente. Não vejo diferença, entendeu? Sinceramente eu não vejo.

**Entrevistador:** Entendi. E aí, em relação ao acolhimento, como é que se dá o acolhimento quando a população LGBT procura a unidade?

**Recepção 2:** Normal. É a mesma de qualquer uma, de qualquer pessoa que precise.

---

**Assistente social:** Não existe, na verdade, até um diferencial nesse sentido. Aquela coisa ‘ah, só porque é LGBT...’ não.

E, se a normalidade é status concedido somente para uma parcela específica da população (que, no imaginário do senso comum, parece ocupar a casa de uma denominada “maioria”), há um paradoxo que se insere de modo desconcertante; aqui, evidenciado com a aparição da cadeia de significantes “Não vejo diferença”. Ora, se a diferença não é percebida, do que estamos falando, então, quando das diversas instâncias nas quais, de fato, o tratamento *foi* diferente para com pessoas LGBTQIA+? Uma vez que, de certo, as violências e discriminações as quais venho até aqui pontuando não dizem da realidade de pessoas contempladas pelas prerrogativas da norma heteronormativa e cisgênera.

Há um debate que emerge quando se percebe, contudo, que a questão dessa diferença “não percebida” somente se dá, neste modo, quando há conveniência — a conveniência sendo a manutenção e o fortalecimento da heteronorma. Essa afirmação pode ser evidenciada com a derrubada da restrição que, originalmente, efetivamente proibia a doação de sangue de pessoas que se autodeclarassem enquanto homossexuais, conforme observado na Portaria 158/2016 do Ministério da Saúde (mais precisamente no artigo 64, inciso IV) (Brasil, Ministério da Saúde, 2016, art. 64, IV) e na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 34/2014 da ANVISA (ANVISA, 2014, RDC nº 34). Tais recomendações de proibições eram feitas apenas citando os grupos a serem considerados enquanto inadequados para doações; práticas de risco, comportamentos atenuantes ou agravantes... nenhuma nuance, enfim, fazia parte da

prerrogativa estabelecida pelas normativas aqui citadas, apenas a exclusão de todo um segmento populacional sem maiores evidências (Fagundes Santos, Galina Muller, Avancini Persch, Ribeiro Koch Silva, & Rodrigues da Silva, 2021). A revogação desses dois textos normativos, autorizados e consentidos pelo Estado à época de sua implementação — e revogados, também, pelo Estado —, ocorre em meio à pandemia de COVID, quando, mediante os níveis extremamente defasados de doadores de hemoderivados, durante uma calamidade pública de esferas nunca antes vivenciadas, de modo muito oportuno, traz-se a importância da não discriminação para com os doadores; convoca-se o sangue *queer*, antes taxado como impróprio para transfusões, como essencial e, afinal, “não diferente”. Logo, quando foi interessante para o sistema vigente — que se sustenta por (e faz sustentar) proposições, como se pode observar, baseadas na heteronormatividade — que a diferença fosse apagada, assim o fizeram. Talvez seja importante alertar para que, assim como um dia julgou-se necessário mediante a crise, futuros movimentos derivados da atual corrente fascista e ultraconservadora podem, novamente, entender que já não precisam mais de nós (até precisarem).

Há diferença. Ela existe, mas recusa-se a aparecer pois não quer ser flagrada, capturada pelos holofotes que adequadamente lançariam luz sob as evidências das artimanhas de sua exclusão. Assim, negam-se aspectos importantes e particulares da vida daquela ou daquele outro, cujas práticas e experiências no campo do desejo/do tesão/do afeto são tão específicas àquela vida — sendo essas as nuances que colorem toda a gama de possibilidades relacionais, de contato com o mundo e, consequentemente, do modo de experienciar processos de adoecimento e/ou saúde (Paulino, Rasera, & Teixeira, 2019).

O discurso da não-diferença é colossal antítese ao preconizado pela equidade, princípio fundamental do SUS (cuja leitura de sua conceituação encabeça uma das perguntas do instrumento de pesquisa utilizado nesta dissertação). Se, em seu cerne, a equidade preconiza a celebração das diferenças enquanto força motriz para maiores perspectivas de entendimento acerca das mais diferentes necessidades e demandas em saúde das populações (Lei n. 8.080, 1990), o discurso da não-diferença seria o inverso dessa aposta: homogeneizar o atendimento, desconsiderar as peculiaridades e afogar as lacunas em procedimentos superficiais.

É com atenção, contudo, que provoco: em absoluto, não saio aqui em defesa da organização ordenada em torno da diferença sexual imposta pelas hetero-práticas: as que afirmam que, de fato, anatomicamente devemos tratar, binariamente, de "homens" e "mulheres" (Pombo, 2017). O que proponho é a denúncia da própria insuficiência desse sistema binário, pois só assim criam-se as condições de possibilidade para reconhecer a importância de encarar a multiplicidade das diferenças inúmeras, as multidões que o binarismo não comporta

(Preciado, 2004). Essas, sim, articulam-se graças aos modos de gozar, de perceber, de ser e estar no mundo, de coabitar nos espaços e usufruir de determinadas políticas, de vivenciar situações que são únicas a população *queer*. O sistema binário apaga as nuances e desconsidera o fato de que todas as dogmáticas que fazem de um corpo "homem" ou "mulher" são, em seu cerne, arbitrárias. A diferença biológica proposta pelo binarismo sexual é reducionista e obedece a uma lógica, explicada de modo afiado por Preciado (2004):

A lógica do binarismo sexual, bem como a diferença entre homossexualidade e heterossexualidade, são efeitos da subjugação da potência caosmótica de cada corpo singular a processo de industrialização da reprodução sexual. Os corpos são reconhecidos como humanos apenas medida em que são potenciais produtores de óvulos ou espermatozoides a serem colocados dentro de uma cadeia de produção e reprodução da família fordista (Preciado, posição 212 no Kindle, 2004)

É entre os espaços, entre o que falta — justamente, onde o binarismo não alcança — que está a diferença que importa. A diferença da qual a equidade, enquanto princípio, tenta tratar. A diferença de entendimento e de percepção primeira de que há uma vasta gama de outros recortes, que não os da diferença sexual biológica, que devem ser considerados; autorizar que o estancar dessa diferença penetre no discurso é fragilizar ainda mais o atendimento às populações marginalizadas que seguirão sem as suas demandas sequer reconhecidas.

A revisão da literatura já permite afirmar que práticas em saúde, quando não são acolhedoras e humanizadas, ou quando são inadequadas no que concerne ao atendimento à população LGBTQIA+, funcionam como barreiras de acesso aos serviços de saúde e maculam a qualidade da atenção prestada. É sabido que padrões heteronormativos resultam em práticas de cuidados inadequados por parte dos profissionais da saúde. Isso proporciona, por sua vez, efeitos negativos na qualidade dos serviços voltados a essa minoria, contribuindo para o distanciamento desses usuários e dessas usuárias dos serviços de saúde (Albuquerque, Alves & Parente, 2016). Neste sentido, outra instância de invisibilização ocorre através de um suposto recorte geracional que irrompe em algumas falas.

**ACS 1:** Eu acho que no ano passado, justamente em junho, no mês do orgulho, teve uma capacitação. Só que eu já ouvi até gente, assim, falar de deboche dessa capacitação que teve, porque na UBS a gente tem pessoas LGBT, aí assim, eu imagino que eles devem ter explicado o que é cada letra, e assim, eu já ouvi gente falar deboche, ah, é aquilo lá que fulano falou, fulano é aquele negócio que no curso ensinava, entendeu? Não sei, eu acho que até para o atendimento, deve ter aprendido alguma coisa para lidar melhor, mas não sei se foi muito efetivo. Também porque aqui na UBS, é mais comum pessoas mais velhas. Eu acho que eles não entendem a nossa linguagem de jovem, e aí eu acho que isso pode contribuir como eles acharem, tipo, período de tempo, ou não sei... talvez não querem ouvir ou não querem entender.

Esse enunciado se faz falar em resposta a uma pergunta do instrumento, a de número 7 (disponível ao fim desta dissertação, na íntegra), que trata de buscar compreender quais os principais profissionais procurados pela população LGBTQIA+, e nele emerge um recorte geracional dentre as pessoas que buscam a UBS; esse recorte, de certo modo, tenta desvelar uma suposta "verdade": a de que há uma procura do público jovem para determinadas demandas, e do público "mais velho" para outras que não são concernentes à sexualidade — sendo os trabalhadores também percebidos como, em sua maioria, "pessoas mais velhas".

Em um estudo muito interessante sobre competência cultural e atenção à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais, a equipe de pesquisa do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília encontrou resultados na revisão da literatura que permitem afirmar que:

A falta de informações dos profissionais de saúde em relação às necessidades da população LGBT faz com que esses profissionais não se sintam capazes, nem informados o suficiente para prestar cuidados a esta população. São raras as situações em que as perguntas sobre orientação sexual e de gênero fazem parte da rotina do atendimento profissional, é necessário reforçar a importância de realização dessas perguntas nas anamneses para fornecer uma avaliação e uma assistência adequada. As mulheres lésbicas quando em avaliação ginecológica não têm sua orientação sexual considerada nas consultas de rotina (Costa et. al 2017, p. 111).

Esses elementos parecem acompanhar as evidências encontradas nesta pesquisa de mestrado. É uma formação discursiva que faz falar — gritar, quase — a prevalência sistemática de uma estrutura que “abjetifica” sujeitos *queer* idosos quando sequer pergunta-se sobre gênero nas anamneses; disputa-se, inclusive, o acesso ao serviço de saúde de modo desigual e quase inexistente, considerando o exposto por Oliveira et al. (2023) quanto aos processos de invisibilização da pessoa idosa que se identifica enquanto LGBTQIA+, tendo em vista que são dimensões de vulnerabilidade que se entrecruzam e acenam para novas dificuldades no exercício dos direitos e garantias à saúde. Para além disso, pensando nas novas demandas específicas em saúde geradas quando se pensa numa população LGBTQIA+ idosa, expõe-se à vulnerabilidade programática que acomete essa parcela específica da população, tendo em vista que há uma flagrante ausência de equipamentos, serviços, programas e políticas públicas voltadas especificamente a essas pessoas (Oliveira et al., 2023).

Um desses desafios se concretizam na forma de instituições de longa permanência (ILPI) despreparadas para o atendimento da população *queer* idosa. Ainda que não seja necessariamente um aspecto do acolhimento nas UBS, é certamente ponto de atenção, considerando que o recorte geracional é convocado à cena durante as entrevistas. Um tocante

relato, narrado por um auxiliar de enfermagem que visitava uma ILPI localizada no território do qual era referência (adstrito à UBS em que trabalha), presentifica tais dificuldades:

**Auxiliar de enfermagem:** Igual eu fui fazer uma VD (visita domiciliar) uma vez [...]. No asilo. Chegamos lá e tinha um lá... vestido de homem, normal, tudo. A gente estava percebendo na nossa conversa que ele estava desconfortável comigo. Na conversa estava ele, mais duas meninas. A médica e o enfermeiro. Eu estou vendo que ele estava desconfortável. [...] ‘Vou beber uma água, estou voltando já.’ O tempo que eu saí, ele se abriu. Falou que ele se identificava como um gay. Ele tem 78 anos. Ele se identifica desde os 15 anos. O pai dele sempre bateu nele na casa dele. E ele nunca teve coragem de expor. Porque ele levou as meninas no quarto dele lá. Porque cada um tem uma casinha lá. Ele levou no quarto dele lá o armário dele cheio de vestido, maquiagem. Dentro do quarto, ele tranca a porta e vira uma mulher. Só o pessoal de lá, a equipe que sabe. O assistente social, o médico, o pessoal de lá que sabe. Os outros usuários não sabem. Os outros moradores né? Dentro do quarto, com a cortina fechada e tudo. Ele se veste de mulher, tudo. Passa batom, maquiagem, tudo. Quando ele sai, ele tem essa preocupação. Que ele falou que teve um dia que ele saiu sem querer, com um brinco na orelha. Ele esqueceu de tirar. Que aí o pessoal começou... os outros velhinhos começou a encarnar nele.

**Entrevistador: Entendi. Essa pessoa nunca acessou aqui, vindo aqui na unidade?**

**Auxiliar de enfermagem:** Mas veio de homem. Não... não dava abertura, sabe? Mas com a gente, a gente chamava ele de Ela. Quando a gente ia visitar, a gente chamava ele de ela. Porque ele é acostumado... a médica conversou com ele, perguntando... com ela, perguntando se eu... se eu podia participar da conversa, não sei o quê. Porque aí ele liberou. Porque aí ele pediu pra ser tratado como ela.

O caso da pessoa narrada pelo auxiliar de enfermagem faz falar como, para além da estrutura LGBTfóbica que sustenta toda a angústia e a necessidade de manter-se quase em cárcere privado, de portas e cortinas fechadas, há também um despreparo fomentado pela ausência de políticas de promoção para a assistência adequada aos idosos LGBTQIA+ (Soares et al., 2023); uma vez mencionado que a equipe tinha ciência do contexto destacado, é necessário ofertar um ambiente seguro e acolhedor, tendo em vista que as

ILPI, de caráter residencial, que deve atender a um grupo de premissas básicas, mas que merece destaque: a promoção de ambientação da pessoa idosa de forma acolhedora, o incentivo de atividades de estímulo à autonomia da pessoa idosa e a garantia da assistência livre de discriminação ou qualquer tipo de violência (Oliveira et al., 2023, p. 10)

A literatura vem evidenciando que esse é um problema que tem origens obviamente muito anteriores; dentre estas, a principal sendo a prevalência de um pensamento idadista — a atribuição de percepções ou práticas discriminatórias que atacam o segmento populacional idoso em razão de sua idade em termos cronológicos, atrelando-o a sentidos que sempre fazem

referência à inutilidade, ao adoecimento e à incapacidade — em nossa estrutura societal em relação aos idosos (Maia, Rodrigues & Santos, 2024). Esses valores negativos acabam também impregnando-se no que diz respeito à sexualidade e ao desejo de pessoas idosas e, deste modo, impossibilitando-as o livre exercício de suas sexualidades (e todas as práticas que elas envolvem); uma vez que a dimensão sexual não passa a ser sequer considerada para uma pessoa idosa, é como se houvesse um duplo processo de invisibilização: não somente não existiriam possibilidades de exercício do sexo e do afeto como, concomitantemente, pensa-se que, para os idosos e as idosas, é claro que a única possibilidade é estarem inseridos ou inseridas na heteronorma, via de regra (Maia, Rodrigues e Santos, 2024). Ou seja, há duas camadas de discriminação que se interpõem e silenciam a pessoa LGBTQIA+ idosa que precisa travar batalhas com unhas e dentes para começar a poder dizer de sua sexualidade e, por fim, se enveredar numa batalha ainda mais árdua para dizer de sua sexualidade que é não somente idosa: é também dissidente da norma cisheterossexual vigente.

Pensando nesses complicadores, Maia et. al (2024) afirmam, assim, que a institucionalização passa a ser um caminho para a perpetuação de violências que, se para uma idosa ou idoso heterossexual já seriam traumáticas, considerando-se a perda de autonomia e o sufocamento de características individuais (para acomodar a lógica institucional), revitimizam a pessoa *queer* idosa que tenta integrar-se ao ambiente institucional de longa permanência. Como exposto no excerto, a história narrada pelo profissional traz muitos destes elementos: entrecruzam-se o medo da virulenta ação de ofensivas LGBTfóbicas dentro da ILPI e fora dela; na UBS, essa pessoa pôde finalmente dizer de seu desejo de ser tratada pelos pronomes femininos — direito que, quando violado, representa tamanha violência que palavras parecem insuficientes. É um enunciado potente que vai nos evidenciar, ainda, a dificuldade de poder dizer de sua história; de trazer à cena a dimensão de seu desejo, de sua vida para além do fato de ser uma pessoa idosa. E, no lugar onde efetiva-se o acolhimento dessa identidade, isso advém após inúmeros tratamentos a ela com o pronome de “ele”; tratamentos esses reiterados quando a história é, então, narrada ao entrevistador.

#### **4.1.4 Mecanismos de construção da abjeção**

Na base das iniquidades em saúde, segundo Paula Braverman (2003), encontram-se quatro tipos: as desvantagens econômicas e socioculturais, a saber, as pautadas em atributos relacionados à raça e também religiosos (impostas por hierarquias de raça e de fé religiosa); as socioeconômicas (impostas por hierarquias de classe social); as ligadas ao sofrimento mental

ou a deficiências físicas (impostas por hierarquias de capacidades funcionais); e finalmente aquelas provocadas pelos estigmas e preconceitos vinculados à orientação sexual e dirigidos às identidades de gênero não tradicionais (Guimarães, Lorenzo & Mendonça, 2021). Pesquisas evidenciam que a população LBTQIA+ não procura os serviços de saúde, o que pode indicar contextos discriminatórios existentes devido às crenças em torno de uma heterossexualidade universal e compulsória, presumida, sobretudo, devido à ausência de processos de formação continuada e aos próprios preconceitos dos profissionais de saúde no atendimento às pessoas que a ela pertencem (Barbosa & Facchini, 2009; Albuquerque et al, 2013). No que concerne à população LBTQIA+, destaca-se também maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, ao uso abusivo de álcool e outras drogas e ao risco de envolvimento em situações de violência (Cardoso & Ferro, 2012). Também não se pode ignorar que há barreiras no acesso aos serviços de saúde decorrentes dos atendimentos inadequados, discriminatórios e, por vezes, vexatórios promovidos nos equipamentos do SUS (Cunha & Gomes, 2015; Carrara, 2012).

Continuando a análise, neste momento abordo as práticas institucionais dos sujeitos trabalhadores das UBSs e como estas, por sua vez, criam condições de possibilidade para que esse trabalhador possa, de fato, acolher a demanda LBTQIA+ — além disso, por sua vez, o que acontece ou não acontece; os abjetos são os usuários, os trabalhadores... ou ambos?

O que a literatura aponta, em relação ao que ocorre nos serviços de saúde, é que o estigma e o preconceito (sobretudo, os que são fruto de questões religiosas e de valores morais pessoais de cada profissional) voltados às pessoas LBTQIA+ influenciam diretamente na qualidade do acolhimento no serviço como um todo. Assim, o preconceito institucionalizado, na sociedade e também nos equipamentos de saúde, enquanto instituições formadas por pessoas, desqualifica o cuidado quando se trata dessa população, evidenciando processos discriminatórios inerentes ao próprio sistema de saúde (Silva, 2014).

Num primeiro momento, há o indicativo da importância da experiência vivida e do quanto, nas falas de múltiplos participantes, os problemas são frequentemente levados para o campo da individualidade, da falha pessoal — e não de condições estruturantes de organização e de execução do trabalho no equipamento, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS.

**ACS 4: [SOBRE O ENTENDIMENTO ACERCA DA EQUIDADE]**  
 Uma grande desigualdade, uma limitação de recursos constante que você tenha, pelo menos, uma tentativa de tentar atingir quem mais precisa, né? Exigindo mais coisas. Tipo, eu acho que também, talvez, no acolhimento, acho que gente falha um pouco nisso. Eu acho que a gente tem áreas que a gente reconhece que são mais carentes. Então, quando você vai pensar em fazer uma ação social ou uma coisa fora daqui elas são privilegiadas mesmo. É, mas assim. Também não sei se

a gente tem, a todo momento, isso. Acho que a gente depende muito da pessoa aparecer aqui com a necessidade, em vez da gente tentar diagnosticar, de tentar prever. Mas também acho que, não sei, não falha, mas também poderia pensar melhor nessa questão, sabe?

Assim como evidenciado em resultados de outro estudo citado na referência desta dissertação (Guimarães et. al, 2021), existe — também nos resultados aqui encontrados —, no meio profissional dos entrevistados e das entrevistadas, a consciência de que o acolhimento à população LGBTQIA+ deixa a desejar e de que, frequentemente, a unidade de saúde representa um lugar hostil a essa população. Conforme o que se destaca na pesquisa estudada, aqui também se constatou: “preconceitos e discriminações decorrentes de valores morais de profissionais de saúde e dos próprios usuários das UBS constituem-se enquanto barreiras ao acesso ou à declaração da orientação, o que pode reduzir a qualidade do cuidado e falsear dados” (Guimarães et. al, 2021, p. 149). Além disso, a afirmação do trabalhador coaduna com essa retomada para o individual — para o campo da prática subjetiva, como já abordado no item 4.1 — que também aparece nas práticas institucionais diárias. Por exemplo, quando questiono se questões de gênero são abordadas nas entrevistas dos ACSs, quando visitam as casas no território, o seguinte é dito:

**ACS 2:** Aí fica a critério de quem tá fazendo a entrevista na casa, perguntar ou não, ver se tem abertura pra perguntar ou não. Mas eu, geralmente, eu faço, né?

A prática, que deveria ser institucionalizada e operar pelas vias das normativas propostas, é optativa: faz-se a pergunta acerca da sexualidade apenas se for do interesse do entrevistador. O que isso suscita? Imediatamente, o entrevistado continua sua resposta:

**ACS 2:** Porque eu gostaria, igual eu sou gay, eu gostaria que me perguntassem qual é a minha orientação sexual. [...] as pessoas que eu atendi, que eu vi que foram atendidas, principalmente pessoas trans, que eu acho que tem um pouco mais de dificuldade, assim, de serem compreendidas por pessoas que não estão no meio LGBT.

A experiência pessoal e subjetiva do entrevistado enquanto homem gay é crucial para a prática que parte de um lugar empático, mas também extremamente atravessado por sua história de vida e suas vivências particulares. Fica ao encargo, então, do sujeito LGBTQIA+ sempre ser o responsável por ponderar a importância da existência dessas vidas? Quais condições de possibilidade se criaram para que essa pessoa falasse acerca disso e outras não? Destaco esse campo de associação de enunciados como uma prática institucional que afeta, diretamente, as condições de possibilidade de atendimento de pessoas LGBTQIA+: o que esse discurso faz ver, e falar, é que há uma relação intrínseca com a possibilidade de que o sujeito de sexualidades

não tradicionais possa vir a se sentir confortável durante o acolhimento de saúde, quando este é realizado por uma pessoa LGBTQIA+ (e quando algo diferente ocorre, é nomeado como “dificuldade de compreensão”), evidenciando um jogo de poder entre sexualidades tidas como normativas e outras percebidas como dissidentes. Nesse jogo, fica a promessa de que a própria dissidência tem o dever de dar conta de suas questões, de seu “povo” — uma vez que existe um medo de ser atendido por alguém que não nos comprehende e, por sua vez, acaba por reverberar e jogar essas questões para trabalhadores e trabalhadoras que sejam, também, “do meio”.

Sobre isso, Guimarães, Lorenzo e Mendonça (2021) utilizam a noção foucaultiana de como as normas jurídica, pedagógica e médica vêm operando sobre a sexualidade, imbuindo essa dimensão tão complexa de uma série de normativas que reduzem os fenômenos aos “esperados” e “corretos” com base nessas disciplinas; o efeito reverberado se faz enunciar em performances de compreensões gerais dos textos institucionais e protocolares por parte dos trabalhadores, que refletem sobre a importância do combate ao preconceito e à discriminação — mas que, em seu cerne, acabam efetivando-se apenas enquanto performances esvaziadas, sobrepujadas pela força da normativa que se crava no contexto de criação de cada um de nós. Dito de outro modo, muitas trabalhadoras e muitos trabalhadores, em algum nível, parecem reconhecer o quanto significativo e indispensável seria a prática de acolhimentos e discussões que pudessem contemplar as dimensões da sexualidade, incorporando-as na rotina das pautas de saúde. Porém, é um reconhecimento limitado que sempre esbarrará nas normas culturais e sociais preconizadas historicamente. A partir disso, cabe então aos sujeitos LGBTQIA+ inseridos nesses espaços de trabalho falarem de si; fazerem valer a sua perspectiva e, afinal, a sua existência de modo não-patologizante.

Esse entrevistado é um dos poucos a trazer, de modo mais descriptivo, como percebe o funcionamento do princípio da equidade, na prática. O princípio da equidade é central para compreendermos aspectos cisheteronormativos das dinâmicas em saúde no Brasil. Uma revisão sistemática realizada recentemente (Lima et al., 2023) constatou que a atenção à saúde para travestis e transexuais no país é predominantemente excludente e fragmentada, preconceituosamente restrita ao cuidado especializado (patologizante), pautado em ações voltadas à cura e não à promoção da saúde. Vale destacar, a reboque do que dizem os autores dessa revisão sistemática, que tais evidências são bastante semelhantes aos ultrapassados modelos de atenção que precederam à implantação do SUS. Ou seja, segundo a pesquisa (Lima et al., 2023), as ações em saúde direcionadas à população travesti e transexual é retrógrada, posto que espelhada em parâmetros fortemente criticados desde a década de 1970, ou seja, há mais de cinco décadas, pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Relatos analisados à

luz das relações de saber-poder que ordenam a sociedade, nesta dissertação, corroboram o que essa pesquisa também apontou: elementos burocráticos e tecnocratas no espaço onde as ações em saúde são desempenhadas, onde o preconizado em normativas, protocolos, manuais etc. acaba por entrar no campo daquilo que fica atrelado a uma escolha/organização pessoal de cada equipe/unidade. Ações personalizadas, sem programa, sem planejamento estratégico da equipe ou do plano de trabalho em saúde. Não seria isso, também, uma incidência que repercute nas possibilidades de acesso à saúde?

Analizando os discursos de todos/as os/as participantes, a estrutura que se desenha, e convoca a discussão, é a de que o fazer institucional, a aplicação do trabalho prática, ainda ocorre de modo fragilizado. Isso continua se evidenciando de outros modos, em outros enunciados, como em uma fala relacionada aos grupos ofertados à comunidade. Observa-se:

**ACS 3:** Tem o serviço aos diabéticos, culinária, tabagismo. Todo mês praticamente a gente trabalha com os alunos da Suprema também. Então uma vez no mês ou no semestre eles fazem um trabalho com os diabéticos. A gente reúne lá em cima, aí a gente fala sobre alimentação... cada vez fala sobre um tema. E o tema, por exemplo da alimentação, as meninas fazem um biscoito, algo prático. E da hipertensão a gente reúne também. Do tabagismo as meninas reúnem aqui no posto mesmo.

É fato que os grupos aqui frequentemente mencionados, em múltiplas instâncias e em diferentes unidades, são de importância inquestionável. Tratam de ações para a comunidade num âmbito de práticas coletivas e parecem assumir um caráter essencialmente de conscientização da população adstrita ao território quanto a determinadas pautas em saúde: hipertensão, diabetes e prejuízos causados pelo tabagismo, como exemplos práticos. São temas afins a políticas e datas específicas, promulgadas por lei, que se encarregam de operacionalizar estratégias de prevenção em nível nacional: a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética (Lei nº 13.895, de 30 de outubro de 2019), o Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão (Lei nº 10.439, de 30 de abril de 2002) e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011, altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996), fazendo referência direta às temáticas abordadas nos grupos, conforme citado nas entrevistas.

O que isso revela é que, apesar da existência, como bem se sabe, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída pela Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023, uma curiosa omissão de temática de grupo se faz falar, silenciosamente. Se tais abordagens grupais parecem norteadas pelas políticas e pelos programas nacionais em contextos de saúde, quais condições se articulam para que, então, a saúde LGBTQIA+ nunca figure dentre os espaços de

discussão coletiva na Atenção Básica? O que quero dizer é que não se trata da criação de um “Grupo *Guer*”, ou de um coletivo única e exclusivamente voltado para discutir exclusivamente questões *Rainbow*. O pleito e a luta movimentam-se para a inclusão da dimensão das sexualidades — e, dentre estas, aquelas taxadas como desviantes, não tradicionais e dissidentes — no escopo das discussões transcorridas na atenção básica. É pela inserção equânime de temáticas que dizem, afinal, de processos de saúde com base em determinantes sociais muito caros à população, incluindo segmentos de pessoas cujas histórias e dinâmicas de vidas acabam por apagar-se; para aquelas e aqueles cujos espaços são sempre tão bem delimitados e com uma escassez de olhares que entendam a sua saúde como, também, digna de atenção.

Não se pode ignorar que há, segundo Michel Foucault (1988), na própria compreensão da sexualidade como dispositivo, em sua história, no debate acerca da *Scientia Sexualis*, uma denominada incitação biopolítica a se fazer ver e falar do sexo, porém, não de qualquer forma ou em qualquer lugar; mas sim com fins de classificação, contagem e qualificação dentro dos poderosos contornos dos campos de saber-poder que concentraram a autoridade acerca da normatização da sexualidade. Estes, desde os tempos vitorianos, ainda de acordo com o mesmo autor, operam pelos discursos, especialmente os da medicina, do direito, da pedagogia e da religião. Não à toa, a anamnese em saúde é um dos exemplares mais didáticos e, articulada concomitantemente à prática da confissão religiosa e do interrogatório judicial, compõem exemplos pragmáticos e evidentes de como operam discursos poderoso na realidade social. Assim, as sexualidades e as identidades de gênero continuam ainda operando como dispositivos nos serviços de atenção primária à saúde, sempre que a generalização estereotipada e o pressuposto de que toda e qualquer pessoa é cis e heterossexual são os pontos de partida da atuação profissional e do atendimento, sobretudo no acolhimento.

Para além dos meandros de toda uma estrutura que se revela, de antemão, LGBTfóbica em sua complexidade (da qual, afinal de contas, venho falando ao longo de todo o texto, esmiuçando suas articulações e engrenagens com a discussão que aqui se faz), há um outro fator não menos importante: a prevalência de um modelo que percebe a saúde enquanto, essencialmente, biológica — ainda que se trate de abordar a prevenção, trata de prevenir aquilo que se inscreve na dimensão do corpo. É o modelo biomédico que faz acenar para a omissão das subjetividades que compõem uma percepção integral, proposta pela PNSILGBT, dos processos de saúde-doença (Raimundo & da Silva, 2020).

Ao eliminar contingências de análise do caso a caso, realizada através de prismas que passam também pelos contextos sociais, políticos, culturais e históricos que atravessam os sujeitos, o modelo biomédico opera então um reducionismo das práticas em saúde, retornando

a importância para um campo de fenômenos lidos, percebidos e investigados apenas na carne, no corpo — e como este adoece (Raimundo & da Silva, 2020). Logo, ainda que os grupos, continuamente citados como formas de intervenções coletivas, sejam de suma importância (em temáticas nas quais existe, então, um investimento prático e discursivo), é igualmente significativo sinalizarmos a ausência de temáticas voltadas para uma política que se propõe integral, direcionada para as dissidências sexuais, cujo entendimento de singularidades requer, a priori, a articulação de saberes interseccionais e não somente biológicos e essencialistas. Essa lacuna é percebida também pelas profissionais, que nos apontam ainda a insegurança de abordarem determinadas perspectivas que fogem ao escopo do já enraizado no dia após dia.

**Entrevistador: E no caso assim, quais os serviços que você vê que aqui são mais ofertados a comunidade, tipo, num contexto geral, num contexto coletivo mesmo em grupo, tipo de campanhas, algo que seja mais realizado num sentido grupal mesmo.**

**Estagiária de Enfermagem:** Sim. Aqui tem muitos projetos, eu gosto muito da unidade, sou suspeita pra falar, porque eles englobam vários tipos de demandas. Por exemplo, na semana passada teve o grupo do diabético, e aí eles dedicaram um momento da tarde, foi na quarta feira... quinta feira a tarde, então eles convidaram essas pessoas e a gente foi até o salão da igreja e as agentes comunitárias de saúde fizeram uma receita que eles poderiam comer, então, um pãozinho de aveia, um patê de berinjela, ensinaram para eles... teve um momento com a médica fazendo uma palestra falando sobre a questão da alimentação, a importância da proteína, falou um pouco sobre proteína, carboidrato, dos grupos alimentares, é... então foi um momento muito interessante. E no final teve um lanche para a comunidade. Além disso também teve um grupo do tabagismo, tem grupo dos direitos reprodutivos aqui, isso é muito bom, já tive oportunidade de participar, e... acredito que seja isso. Deve ter mais algum, mas no momento não estou me lembrando. Às vezes as pessoas tem interesse em algum método contraceptivo, e eles vem com esse interesse, às vezes interesse na vasectomia ou um DIU, então eles precisam passar por esse momento pra ter mais informações, ver como é, como vai ser... às vezes nesse momento a gente consegue... acolher alguns receios mesmo do procedimento, né, sanar todas as dúvidas e é um momento pra gente conversar mesmo sobre os métodos. A gente falou sobre o corpo feminino, sobre o corpo masculino, sobre as características, sobre as funcionalidades e aí depois a gente apresenta os métodos, né, eu achei interessante até perguntar sobre o que cada um está interessado pra gente direcionar um pouco mais.

**Entrevistador: Quais os serviços ofertados à comunidade, num contexto coletivo ou de grupo?**

**Assistente Social:** Tem a Culinária do Diabético, que é ofertada 2x ao ano. Tem atividades em parceria com as escolas, em que a UBS vai até

as escolas. A gente já fez alguns relacionados a orientação sobre IST. Às vezes há imunizações para não só deixar a carteira em dia.

**Entrevistador: Nestes serviços ofertados comunitariamente, as questões de gênero são abordadas? Como?**

**Assistente Social:** Eu acho que não consigo te dar certeza, porque aí a gente entra num ponto que eu observo nos profissionais daqui da UBS de que não nos sentimos seguros para falar, então a gente traz um especialista para falar sobre o tema.

**Entrevistador: Entendi. E essa insegurança vem do que?**

**Assistente Social:** Eu acho que é mais em questão de termos adequados, da abordagem, de colocar de uma forma correta e coerente.

Outro ponto crucial trata, justamente, da precarização do trabalho e da sobrecarga de determinadas categorias profissionais. Duas ACSs respondem sobre o seu tempo de casa nas unidades em que trabalham:

**ACS 4:** 22 anos.

**ACS 3:** Vai fazer 22 anos.

Ainda se enuncia, em grande parte das entrevistas realizadas, o protagonismo da enfermagem quando se trata da efetivação do acolhimento, juntamente com as agentes comunitárias de saúde. É algo que parece ocorrer com frequência em todas as UBSs pesquisadas. A saber:

**Médica:** A enfermagem chama... vê o caso, registra e aí se for uma condição aguda que tem que passar na hora é passado e se for uma condição crônica que é de agendamento de acompanhamento aí marca nas agendas.

**ACS 1:** Eu sei que precisa ter uma enfermeira fazendo acolhimento.

**Supervisora de UBS:** Tá. Os acolhimentos aqui são feitos primeiramente pelas enfermeiras. De sete às oito da manhã. Isso foi estipulado quando eu cheguei e já estava, né?

Este aspecto evidenciado no campo é pertinente também se considerarmos que se aproxima de evidências encontradas em outros estudos (Lima et al. 2021) que defendem que o uso de protocolos em saúde por parte da enfermagem coloca essa categoria profissional em vantagem nos expedientes das instituições de saúde, facilitando muitas vezes a aliança entre usuários e equipe de saúde da unidade; isso coloca o profissional de enfermagem na ponta do serviço no intuito de melhoria da assistência prestada e também para tomadas de decisão baseadas em formação científica, o que se espera que garanta, assim, um desempenho profissional diferenciado. No campo contemplado por esta dissertação de mestrado, portanto, a enfermagem também assume o protagonismo na maior parte dos processos de acolhimento, o

que, consequentemente, acaba por incidir por sua vez numa sobrecarga similar ao observado para com as agentes comunitárias de saúde. Nos dois casos, de acordo com Damascena e Vale (2020), tal organização pode acarretar repercussões em todos os outros âmbitos das Unidades Básicas de Saúde e propicia, dentre outros fenômenos adversos, o subaproveitamento de outros profissionais, dificuldades no desempenho geral dos trabalhadores e, por fim, falhas na assistência, que passa a ficar comprometida com os entraves gerados por cargas de trabalho excessivas. Não seriam dessas falhas na assistência que venho dizendo, afinal? Elas não ocorrem num vácuo, alienadas da realidade onde a vida laboral das UBSs se desenrola: as/os trabalhadoras/es, submetidas/os às práticas institucionais que sufocam o cotidiano assistencial e ofertam o mínimo de subsistência metodológica para a consolidação de um bom trabalho, obviamente prestarão um serviço faltoso. Por isso não se trata de uma discussão para antagonizá-los; perceber essas condições estruturais é fundamental.

Essa análise estrutural só pode ser realizada a partir da interseccionalidade enquanto principal ferramenta capaz de fornecer-nos as lentes críticas o suficiente para que não passe despercebido o fato de que a categoria profissional das agentes comunitárias de saúde acaba sendo atravessada de modo peculiar por marcadores socioeconômicos e étnico-raciais, dando notícias do racismo estrutural e da completa desigualdade socioeconômica que afeta a população: os vínculos empregatícios mais fragilizados são, afinal, os de pessoas que se declaram, em sua maioria, não-brancas e com os menores índices de oportunidade e acesso à escolaridade (Simas & Pinto, 2017). Não me parece coincidência que sejam justamente nesses cargos em que se nota a ausência quase que completa de planos de progressão de carreira substanciais, gratificações ou incentivos quanto ao desempenho do trabalho (Simas & Pinto, 2017). É fundamental olhar com menos ingenuidade para a realidade que se apresenta a fim de, assim, complexificar a análise aqui proposta.

Apesar dessas condições, com frequência, as agentes comunitárias de saúde são, como evidenciado pelo excerto, as trabalhadoras que estão há mais tempo nas Unidades Básicas de Saúde às quais são alocadas. Isso possibilita um transitar muito mais íntimo por entre as sutilezas e minúcias das vidas dos usuários e das usuárias e de seus territórios. Contudo, cabe também a provocação: quais os planos de carreira ofertados a essas trabalhadoras? A quais cenas são convocadas no espaço de saúde da unidade e, para além disso, na lógica piramidal que constitui a hierarquização frente as categorias profissionais que compõem a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família, por quais razões percebemos, com frequência, que essas profissionais se encontram nas condições de trabalho mais precárias? Ao menos é o que aponta Nogueira (2019), dissecando o cenário trabalhista atual das e dos agentes comunitários de

saúde, demarcado principalmente por vínculos empregatícios desiguais, remunerações irrisórias e pela falta de condições para a execução de um trabalho no território que seja adequada à proposta da Estratégia Saúde da Família. Ainda, há uma lógica imposta às ACSs que remete a exigências por produtividade que se observam com maior ênfase nessa categoria profissional e que, de algum modo, denotam também a estratificação da precariedade e da opressão nos espaços de trabalho, gradualmente apertando o cerco onde, socialmente, evidenciam-se maiores fragilidades de classe, econômicas etc.

Não me escapa, ainda, o quanto o saber biomédico se inscreve como um registro da manutenção de práticas voltadas ao exercício do biopoder de modo muito específico — pois, ainda que o poder emerja de relações das mais diversas naturezas, ele carece de uma base de sustentação sólida para que o mesmo aconteça; a perspectiva biomédica centraliza e dá corpo a essa sustentação, operacionalizando formas de controle que se estendem não somente a este ou aquele indivíduo, mas a coletivos e populações (Foucault, 1988).

A dimensão da medicina enquanto acontecimento discursivo multifacetado é prioritária para a continuidade nesta análise, de modo a perceber o lugar que ela ocupa não só em relação às suas próprias práticas, mas também em se tratando da organização das unidades em torno do saber médico. Tomo o excerto abaixo como base para substanciar alguns tensionamentos:

**Médica:** Eu sou médica aqui na unidade e a gente faz atendimento de demanda espontânea e de controle de condições crônicas.

**Entrevistador: Essa sua concepção do acolhimento perfeito é muito interessante. Isso é uma coisa sua?**

**Supervisora de UBS:** Chegou sendo uma coisa minha. Mas que eu vi que no tempo, esse pouco tempo que eu estou aqui, foi uma queixa bem séria dos médicos. [...] Você precisa investigar. Você precisa averiguar. Porque se ele falou isso para você, você escreveu, você viu que não é, mas você escreveu porque foi ele que falou. Porque aí você manda para duas horas da tarde. O médico que vai ler isso vai falar, espera aí, você nem manda com edema de glóbulos de tarde. Você tinha que ser atendido naquele momento. Só que o médico viu que não era nada, não tinha uma queixa do paciente, estava difícil para engolir. Mas assim, essas coisas é que eles cobram muito, sabe? O acolhimento perfeito por isso.

**Assistente Social:** A maioria que eu percebo é para atendimento médico mesmo, clínico. Só teve uma vez que fiz o acolhimento para encaminhar para o serviço de Psicologia. De referência o CAPS estava ali.

**Entrevistadora: Entendi. E no caso, você pensando assim, tipo, dentro dessa população, talvez algo que surgiu... você tem algum**

**profissional, algum serviço que seja mais requisitado por essa**

**população específica? Algo que você tenha observado.**

**Estagiária de enfermagem:** É mais serviço médico.

Das entrevistas conduzidas em três unidades básicas de saúde, a médica acima foi a única profissional de medicina a se disponibilizar para a pesquisa. É evidente que a recusa em conceder entrevistas era um direito, expressamente comunicado, de todo/a e qualquer trabalhador/a das unidades que fosse abordado/a para participar deste estudo. Contudo, algo transborda em minha análise, e pode ser traduzido pelo conceito foucaultiano de disciplina, que nos revela a existência das mesmas enquanto mais um dispositivo com a potencialidade de definir limites às condições de existência do discurso: as disciplinas se constituem com um conjunto de pressupostos, afirmações e teorias que são tidas como a verdade absoluta acerca de um determinado fenômeno; deste modo, ao se constituírem como tal, independem dos autores ou dos comentários que as precedem, validando-se como verdades por si só (Foucault, 2012). Mas Foucault aponta que as disciplinas são constituídas tanto de verdades quanto de erros, e que ambos possuem uma função em sua constituição e dentro das instituições nas quais aparecem e se inserem.

A medicina, entendida então como uma das disciplinas mais poderosas no que se refere à sua capacidade de apreensão de realidades e de condições de assujeitamento, até mesmo em sua falta, se faz presente: há uma capacidade de se autorizar a ausentar-se que se evidencia, talvez, no diminuto número de profissionais dessa categoria aparecendo enquanto sujeitos participantes desta produção. Sua “foraclusão” — excluída, ainda que dentro — neste estudo não pode e não deve passar despercebida. Apesar da boa vontade individual de muitos profissionais e de esforços genuinamente banhados em suor e sangue, trata-se de uma estrutura muito maior e mais complexa, observada em múltiplas instâncias e situações dentro do próprio contexto da atenção básica. Sobre isso, Raimundo e da Silva (2020) nos trazem em seus escritos uma constatação fundamental: o modelo biomédico sustenta-se não por ações pessoais e individualizadas, mas sim por uma gama de jogos de poder que se articulam para constituir um aparato de práticas que reduzem o sujeito a uma condição de controle tecnicista. Lido de outro modo, cabe pensar que o modelo biomédico se suscita através de uma constante e diversificada cadeia de enunciados que promulgam o discurso de que à medicina tudo pode; tudo está autorizado. Se não tudo, ao menos uma boa parte.

Essa reflexão pode ser afinada com maior propriedade utilizando as lentes foucaultianas fornecidas pela microfísica do poder (Foucault, 2018): o avançar da história e os desdobramentos sociopolíticos e culturais cobraram dos líderes de Estado, de modo enfático,

que técnicas de controle fossem cada vez mais sofisticadas, apuradas, adequando-se aos novos tempos. Esses procedimentos sofisticados de controle da população e das relações que nesta se desenrolam e a interpretação de que o governo de uma população tem nela não somente o seu objetivo final, mas também o seu instrumento de governo, compõem um tecido complexo, regido pelo controle das minúcias do povo. Os interesses individuais e gerais — uma microfísica, por assim dizer, adotada no Ocidente em larga escala, levando ao desenvolvimento de inúmeros aparatos de saberes e de governos. Dentre esses aparatos de poder, eleva-se a disciplina da medicina, mas não de modo solitário: o campo das ciências da saúde (dentre as quais encontra-se certamente a psicologia) é cooptado enquanto grande instrumentalizador de normativas biológicas, incidindo no corpo de cada um de nós. Sobre isto, Foucault (2018) reitera que sua

[...] hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (Foucault, 2018, p. 47)

Como estratégia para o desmantelamento dessas constituições hierárquicas imbricadas em atravessamentos de poder e dominação, a educação continuada estabelecer-se-ia como ferramenta prioritária — fornecendo oportunidades de conscientização teórico-metodológica politizada e crítica, além de espaços de reflexão sobre as dinâmicas interrelacionais entre trabalhadores, bem como com os usuários do serviço. Contudo, no chão das unidades de saúde e na realidade dos trabalhadores, não é o que ocorre.

**Médica:** [...] e a gente tem a educação continuada agora né... que é parte da nossa carga horária né, que aí aborda um tema principalmente de educação em saúde, essas coisas.

**Entrevistadora:** E desde que você iniciou aqui, no caso seu trabalho, você fez alguma formação específica, algum curso ou algo assim além?

**Estagiária de enfermagem:** Não. Eu fiz alguns cursos na plataforma do e-SUS mesmo, de caderneta da criança, né. Mas nada necessário... algo complementar mesmo por escolha minha.

**Entrevistador:** Entendi. E aí, desde que você iniciou seu trabalho aqui na unidade, você fez algum tipo de outra formação? Tipo formação complementar?

**ACS4:** Fizemos algumas.

**Entrevistador: Você pode dizer quais?**

**ACS4:** Ah cara, a gente já fez de tabagismo, fisioterapia na UF... deixa eu ver se teve mais algum. Tem vários que eu não participei mas foram ofertados.

**Entrevistador: Entendi. De vacina?**

**ACS4:** Sim.

Enuncia-se a educação continuada como parte da carga horária dos profissionais, de modo que ela figura enquanto pré-requisito dentro do trabalho no âmbito da atenção básica. Contudo, mais uma vez, os enunciados nos trazem um delineamento voltado a discursos ainda muito centrados no modelo biomédico, mesmo que uma das entrevistadas tenha citado o tópico da "educação em saúde" como sendo o tópico comum a esses treinamentos e formações. Em teoria, a educação em saúde deveria contemplar temáticas que também concernem às práticas que dialogam com saberes sobre a cultura, a subjetividade e os territórios (Ministério da Saúde, 2010). A sexualidade, também compreendida como parte fundamental dos aspectos de saúde integral, deveria ser elencada com a mesma importância nos materiais disponibilizados aos trabalhadores.

Na prática, não é o que ocorre. Conforme apontado por Barbosa, Matos, Nunes, & Rodrigues (2024), apesar de os currículos dos cursos voltados para a educação continuada dos profissionais tratarem de pontos prioritários como a indispensabilidade do uso do nome social, as discussões usualmente não avançam para conteúdos que possam não somente complexificar o debate, mas também embasar práticas profissionais mais assertivas quando se trata do acolhimento às pessoas LGBTQIA+. Tais autores e autoras apresentam dados relevantes a esta discussão: após levantamentos realizados com profissionais de saúde da atenção básica, 57,53% dos/as participantes não sabiam distinguir conceitos como "cisgênero" e "transgênero"; ainda, 79,45% das/os pesquisadas/os afirmaram que não teriam sido capacitadas/os em questões tocantes aos tópicos voltados à sexualidade e gênero — com 87,67% deles reconhecendo a importância desse tipo de conhecimento e preparo para a prática cotidiana (Barbosa et al., 2024).

Esses cursos são, geralmente, sugeridos pelas supervisões da UBS e, por mais que a distribuição de carga horária das trabalhadoras e dos trabalhadores das unidades seja pensada já com os horários de estudo como parte crucial da jornada de trabalho (Ministério da Saúde, 2012), há uma flexibilização importante, considerando que fica a cargo de cada trabalhador a gestão dos cursos que deseja realizar. Isso nos aponta para uma grade curricular que se molda de acordo com a realidade individual de cada trabalhadora e trabalhador, modelada também

pelas sugestões pessoalizadas dos gestores de cada unidade. Então, se uma coisa não é percebida ou considerada como importante ou essencial, não será incluída nas pautas de estudo daquela unidade/serviço. Quais condições de possibilidade isso nos sugere criar? Ora, a percepção de importância dos estudos de gênero, no atual contexto nacional, sempre é alvo de grande debate — isso quando não acaba por descambar para algo similar a uma verdadeira caça às bruxas.

Os dados não existem somente enquanto constatações empíricas: revelam-nos a arqueologia de como um saber se constrói ou, em sua ausência, como outros discursos se proliferam. Os discursos e enunciados proliferados por um sujeito ou uma instituição não existem a não ser que tenham sido, anteriormente, possibilitados por outros discursos pré-existentes; por isso é possível supormos que todas as coisas já foram ditas, e que novas formulações não são inteiramente novas, considerando que, constitutivamente e institucionalmente, já existe uma organização prévia de conceitos, palavras, ideias e coisas a partir das quais os enunciados se organizam (Foucault, 2008). Ainda recorrendo a Foucault, o que se percebe é que a formação dos discursos admite, também, certas “mutações intrínsecas”: as formas e dinâmicas se alteram, e novos contornos surgem nos elementos discursivos; apesar disso, a sua “regularidade” — ou seja, os seus efeitos últimos, as suas instâncias de subjetivação — não mudam (2008).

Essa organização surge também da lacuna: a partir do momento em que os processos de formação e educação continuada não oferecem condições de possibilidade para que se fomentem discussões e aprendizados acerca das expressões múltiplas de gênero e sexualidade, suas identidades e especificidades, o que se faz ver é a materialização das violências das quais venho dizendo — dentre elas, as de acesso. O desrespeito, a inadequação quanto ao uso de terminologias mais empáticas e não-patologizantes, o reconhecimento daquilo que é radicalmente subjetivo às histórias de cada um e cada uma, a celebração da expressão do desejo e do gozo e a acolhida quando este também vem permeado com a dualidade de um sofrimento (corporal, social, cultural, político) que é, também, específico. Quando nada disso entra em cena, quando nada disso se faz presente, não se acessa de fato a saúde. Não se produzem, de modo potente, estratégias de promoção e prevenção; pelo contrário, faz-se a manutenção do impedimento ao acesso em saúde de modo integralizado. A regularidade que se observa, aqui, é a do impedimento. A da lógica de um empuxo a abjeção.

#### **4.1.5 “A gente age normal com eles, igual eles agem com a gente. Não vejo diferença, entendeu?”: a sexualidade em pauta**

A continuidade da análise, neste subitem, abordará como a sexualidade entra em cena na trama discursiva dos trabalhadores e das trabalhadoras em saúde e, por sua vez, como esses enunciados operam na dinâmica profissional dos técnicos SUAS da atenção primária à saúde no que concerne ao acolhimento da população LGBTQIA+. Quais corpos são percebidos como dissidentes do padrão normativo de público atendido pelo serviço e como são abordados a partir do momento em que chegam na UBS? Neste sentido, é fundamental concebermos a sexualidade e a identidade de gênero como efetivamente um dispositivo de saber-poder que interfere e, até mesmo, cria as condições de (im)possibilidade de tais carnes, no sentido foucaultiano do termo, serem acolhidas com a mesma dedicação, o mesmo respeito e a mesma adequação aos princípios do SUS, em seu direito cidadão de acesso à saúde, em todos os níveis da complexidade da atenção: básica, média e alta. Sendo assim, se considerarmos, à luz da obra de Michel Foucault (1988, 1984, 1985)<sup>7</sup>, que a sexualidade funciona poderosamente na organização do arranjo societário e, portanto, trata-se de um pertinente aspecto a ser considerado enquanto parte do escopo biopsicossocial da vida, haveremos de compreender que, nos serviços de saúde, esse dispositivo da sexualidade acaba operando por meio da tríade de pressupostos preconceituosos, aos quais a literatura já corrobora: a patologização das dissidências de gênero e orientação sexual, a crença da inferioridade moral e a invisibilidade desses sujeitos (Guimarães, 2021; Braveman, 2014). Conforme já destacado em outros momentos desta análise, parece evidente a influência da *Scientia Sexualis* na formação disciplinar dos profissionais da saúde e o quanto ela produz barreiras simbólicas no acesso, no acolhimento e na qualidade dos serviços prestados à população LGBTQIA+ nas unidades de saúde (Guimarães, 2021). Um trecho abaixo, já destacado anteriormente em outro subitem, retorna para analisar, desta vez, o campo de associações de enunciados que o circunscreve.

**ACS 2:** Aí fica a critério de quem tá fazendo a entrevista na casa, perguntar ou não, ver se tem abertura pra perguntar ou não. Mas eu, geralmente, eu faço, né? Porque eu gostaria, igual eu sou gay, eu gostaria que me perguntassem qual é a minha orientação sexual. Exatamente, essas coisas estejam no SUS, que o SUS saiba que essas pessoas existem, entendeu? Com certeza. [...] eu acho que inicialmente não vai ter essa discriminação se a pessoa é LGBT ou não, a não ser que ela acuse que ela é [...] ou que a gente não acha que, de repente, é uma pessoa trans e tudo mais.

---

<sup>7</sup> A título de elucidação, as edições brasileiras de *A História da Sexualidade* publicadas pela editora Graal, traduzidas para nosso idioma, foram lançadas fora de ordem: o volume II e III foram lançados por aqui em 1984 e 1985. O volume I, por fim, foi publicado no Brasil em 1988. As referências citadas no texto acompanham a ordem de publicação conforme ocorrido em nosso país.

No fragmento de entrevista acima citado, a utilização do enunciado “a não ser que acuse” opera como o elemento divisor de águas na produção da realidade enunciada. Abre-se uma esfera um tanto investigativa da nuance de esconder ou revelar a tensão da (in)visibilidade que envolve os assuntos das sexualidades e, talvez quase como num tribunal moral, esta seja a primeira instância acessada pela pessoa LGBTQIA+ nos equipamentos de saúde pública. É um espaço onde a condição que se cria nos remete, mais uma vez, à *Scientia Sexualis* elaborada por Foucault (1988): a sexualidade passa a ser convocada para enunciar-se em tons de confissão. Quem diz isso é o entrevistado que, em uma das entrevistas, se identifica como gay: se isso se formula, desse modo, para ele... como isso se dá, então, para as pessoas de orientações e identidades normativas? É seguro dizer que, então, a convocação dessas sexualidades e expressões/identificações de gênero sobre a esfera do que é que está, provavelmente, “escondido” — e deveria, logo, vir à tona de acordo com essa dinâmica — cria espaços de pouca abertura para o livre exercício de ser quem se é, para além da especulação. Duque (2020) reverbera esse incômodo e provoca, ao apontar que a postura especulativa advém de uma repetição de enunciados que constituem, assim, a superfície discursiva da binariedade: pode-se ser “homem”, pode-se ser “mulher” e fim; qualquer coisa que escape à inteligibilidade fornecida pelos marcadores que compõem essas supostas categorias fixas irão propiciar movimentos do Outro para que se descubra, afinal, quem é aquele, aquela... aquilo.

Essa especulação advém do que se entende pela *passabilidade* de uma pessoa: o quanto aquele indivíduo corresponde, em suas características e atributos físicos/comportamentais e estéticos, às presunções de gênero que se assumem acerca do que se entende como “adequado” ao gênero a que presumidamente pertence (Duque, 2020). Com efeito, trata-se da reiteração de uma série de pressupostos frágeis baseados no entendimento heteronormativo e cisgênero do que seriam características masculinas ou femininas — desconsiderando o quanto tais categorias são passíveis de construções sociais que, a todo tempo, encontram-se em constante mudança, não dando conta de resumir a experiência sexual humana em sua multiplicidade. Ainda, cabe lembrar que a passabilidade não diz somente de características atreladas à sexualidade, mas também de outros aspectos das pessoas que acabam entrando na seara da especulação, como etnia e territorialidade, por exemplo.

Para este texto, contudo, manterei-me no recorte que tange à sexualidade. E, quanto a esta, a passabilidade ocorre de modo ativo e intencional, ou não; ela diria da capacidade de alguém de “passar-se” por um outro alguém, pertencente a um “outro sexo”, que não o do sujeito sendo interpelado (Duque, 2020). É uma experiência que, de todo modo, não está associada somente a população LGBTQIA+, uma vez que os pressupostos de gênero e sexualidade

atravessam a todos nós, a despeito do que fundamentalistas gostam de afirmar. Entender essa epistemologia da passabilidade e como ela incide sobre a materialidade dos corpos e das experiências é entender, por fim, o quanto os discursos acerca das construções do que seriam "masculinidades" ou "feminilidades" recaem como hecatombes sobre nosso tecido social, criando disputas de poder cujos saldos usualmente são os de violenta opressão e infinitas impossibilidades.

Entendo e percebo, conforme evidencia-se no enunciado acima destacado, que essa tentativa de adivinhar a *verdade do Outro* acaba funcionando como um método de reiteração discursiva de toda uma cadeia de significantes que irão produzir sentidos baseados em preconcepções e, com frequência, falsas afirmações dotadas de cunho discriminatório. A passabilidade não pode ser definidora de uma experiência, pois, antes da identidade presumida, existirá, sempre, a experiência vivida. Especular, presumir e investigar... todos esses mecanismos irão, no fim, culminar num solapar da autodeterminação das identidades, que deveriam basear-se na história de vida e no direito de dizer de si, de viver a verdade que cabe a cada um, que deve ser interpretada, quando se trata da vida do outro, como o dado relevante e que *importa*, de fato — do qual eu ou você, em nenhuma instância, jamais saberemos mais do que aquele ou aquela que vive naquele corpo, naquela carne, naquela pele todos os dias.

Não se pode ignorar que o reconhecimento das iniquidades provocadas pelo preconceito e também pela homofobia tem se dado, pelo menos no que concerne aos documentos governamentais oficiais, desde o ano de 2010, quando foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>8</sup>, que representou uma tentativa de enfrentamento programático ao combate aos dispositivos subjetivos e sociais discriminatórios no âmbito da saúde; objetivando qualificar os serviços prestados no acesso, no acolhimento e na qualidade das ações em saúde. A questão parece ser incômoda, porém, inequívoca: o aparato documental construído pelo Brasil até aqui não avançou efetivamente para o universo das relações sociais estabelecidas nas instituições e nas políticas de saúde pública do país. Sujeito e discurso são aqui compreendidos dentro da conjuntura social e histórica em que estão inseridos e, portanto, as experiências das pessoas são entendidas como relação dialética entre subjetividade e contexto. As entrevistas realizadas evidenciaram a dificuldade em se “começar a falar sobre sexualidade” no âmbito do trabalho

---

<sup>8</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)

em saúde realizado pelas pessoas entrevistadas. É um tema percebido por um dos entrevistados como um “assunto espinhoso”. O enunciado mais comum e frequente, que aparece, de alguma forma, em todas as entrevistas, é o de que, de fato, não se aborda “tais assuntos”, não são sequer realizadas discussões coletivas no âmbito da saúde da população LGBTQIA+, e não porque não existam essas pessoas nas comunidades atendidas, mas porque a invisibilidade impede que tais discussões sejam promovidas no contexto coletivo do cotidiano de trabalho da equipe de saúde. A ausência de letramento de gênero se faz presente e, por ela, dá-se conta da importância da capilaridade que essas discussões teriam quando ofertadas em contextos grupais ou, pelo menos, integradas ao expediente de atendimento na unidade de saúde, evidenciando uma lacuna importante no contexto social. Isso é evidenciado, por exemplo, em excertos como:

**ACS 2:** [...] eu acho que não é muito um assunto muito tratado não, não chega né; acho que não chega, talvez pelo tema né, não sei.

A inexistência de letramento de gênero em qualquer formação continuada no âmbito da formação em serviço dos profissionais da saúde, bem como a fragmentação nos serviços de saúde, são barreiras nos cuidados da saúde das mulheres, da população LGBTQIA+, enfim, de fatias populacionais recortadas pelo viés de gênero e da sexualidade. Um estudo já destacou que:

Profissionais de saúde admitem que nos atendimentos, em geral, as mulheres se calam, por exemplo, sobre violência de gênero, ao mesmo tempo em que intensificam a procura pelos serviços de saúde e acabam sendo estereotipadas como “poliqueixosas”. Estigma que, além de prejudicar os procedimentos do tratamento, também pode ser considerado uma forma de violência institucional contra mulheres, uma rota crítica que as revitimizam” (Rodrigues, 2024, p.30).

Um outro ato discursivo retoma o foco para a pertinência de se promover, programaticamente, estratégias de educação continuada que promovam o letramento de gênero. Porém, associando-se à misoginia e ao machismo, também a LGBTfobia funciona como um marco operacional importante; diz, ainda, de como e *quando* a sexualidade e o gênero são percebidos e valorizados, hierarquicamente, quando a tríade patologização das dissidências de gênero e orientação sexual, crença da inferioridade moral da população LGBTQIA+ e invisibilidade desses sujeitos funciona como baliza dos serviços e base das inequidades em saúde (Guimarães, 2021; Braveman, 2014).

**ACS 1:** Eu acho que no ano passado, justamente em junho, no mês do orgulho, teve uma capacitação.

A capacitação para temáticas de gênero e sexualidade restrita exclusivamente ao mês de junho — o “mês do orgulho LGBTQIA+” — enuncia, assim, tais campos discursivos como

eventualidades, circunscritas a uma realidade que só se faz presente de modo peremptório quando há uma mobilização cultural, e de âmbito mundial, para que se fale a respeito das dissidências sexuais. O que não me escapa é que, em última instância, o "mês do orgulho", ainda que crie condições de visibilidade para o exercício de outros jogos discursivos que, a rigor, fazem sentido dentro dos dispositivos de saúde, é uma data forjada para moldar-se (e moldar) aos interesses do capital. Digo de outra maneira: tal eventualidade descaracteriza o aspecto de política pública de práticas e diretrizes voltadas para questões ligadas a discussões de sexualidade e gênero; enuncia-se, assim, o hastear de uma bandeira que não se sustenta de fato, a qual se faz notar apenas nas datas em que é oportuno que se faça, de fato, presente (Moraes, M.H.J, 2024).

O cuidado em saúde passa a ser sazonal — produzindo uma lógica que se consolida em violência de acesso de pessoas dissidentes sexuais a esses mesmos dispositivos de cuidado, tendo em vista a parca instrumentalização de políticas institucionais no jogo discursivo do cuidado em saúde como um todo. Há, na verdade, apenas a simulação do Estado atender determinadas demandas (Foucault, 2018). Ainda, retomo outro enunciado:

**ACS 1:** [...] eu já ouvi até gente, assim, falar de deboche dessa capacitação que teve, porque na UBS a gente tem pessoas LGBT, aí assim, eu imagino que eles devem ter explicado o que é cada letra, e assim, eu já ouvi gente falar deboche, ah, é aquilo lá que fulano falou, fulano é aquele negócio que no curso ensinava, entendeu?

Ainda que por vezes as ramificações e os modos de constituição do discurso LGBTfóbico sejam um tanto insidiosas, há também as instâncias nas quais discursos preconceituosos “correm nas veias como sangue” de modo tão direto que se inscrevem irrompendo do tecido cortado. O significante “deboche” nos registra numa esfera enunciativa em que, mais uma vez, o conhecimento voltado para populações marginalizadas em razão de dissidências sexuais é irremediavelmente transmutado para algo sem legitimidade ou importância; enuncia, assim, a abjeção desses sujeitos-sujeitados: renegados ao escanteio, à irrelevância e à impossibilidade, de antemão — tendo em vista que, quando colocados em pauta, o chiste evidente pelo “deboche” não aponta para o interesse e o cuidado, mas sim para a percepção de que esses sujeitos, antes de mais nada, talvez não fossem nem considerados enquanto sujeitos de fato (Butler, 2019).

Este subitem de minha análise também propicia retomar a discussão da normalidade sob outra ótica, alinhada com o aparato da trama de enunciados dos trabalhadores operando na carne dos sujeitos. Os excertos que evidencio agora serão a mola propulsora desta retomada.

**Entrevistador:** E pensando na população LGBTQIA+ que acessam essa UBS, como você acha que se dá esse acolhimento para essas pessoas? Você acha que há algum tipo de diferença ou que é igual?

**ACS 3:** Não, é igual. Até onde eu já vi é igual. Tem respeito, atende normal, como se tivesse atendendo qualquer outra pessoa. Não tem nada de diferente não.

**Recepção:** Eles são bem-vindos da forma como que todos, que é o homem que tem o papel de homem na sociedade e que tem o papel de mulher na sociedade, eles podem chegar aqui da forma como que eles se nomeiam na sociedade.

O léxico em questão nos evidencia uma série de enredos que acabam soterrados num poço de boas intenções — mas, em última instância, estão dizendo de uma posição de sujeito que, de antemão, destaca-se pela cisão interposta entre o "normal" e a pressuposta "anormalidade", como se fosse *qualquer outra pessoa*. Não necessariamente sutil, mas não absolutamente virulento: a violência escamoteada num discurso de pretensa empatia que não irrompe meramente de uma articulação "homofóbica" por si só, mas deixa escapar uma noção de senso comum em que pessoas dissidentes em relação às suas expressões sexuais e de gênero, na verdade, escapam à concepção de normalidade. Somos os outros e as outras. Os que não são, enfim, normais.

Para tratar da suposta normalidade, cabe trazer aqui a discussão de Butler (2019) quanto à inteligibilidade dos corpos: ela obedece a um determinado aporte, um conjunto, por assim dizer, de signos e significantes que se inscrevem no dia a dia, na cultura e no cotidiano, criando condições de possibilidade para que determinados corpos (aqui, delimitar o *corpo* nos é caro, tendo em vista que é esse o marcador primeiro para o qual o convite à violência se faz em maior ou menor grau) sejam lidos, percebidos e tratados como mais ou menos dignos de humanidade, de respeito... de possibilidades de existência.

Por essa razão, corpos que desviam das prescrições normativas de gênero e sexualidade são considerados repulsivos e podem ser banidos do convívio social (Boffi & Santos, 2025). Essa distinção da normalidade acontece para, imediatamente, equiparar o tratamento ofertado às pessoas LGBTQIA+ como um que se faz efetivo, "como qualquer outro". Essa suposta dignidade ofertada como se fôssemos "pessoas normais" opera como uma manifestação insidiosa; uma "homofobia cordial" (Teixeira, 2023). A equiparação a uma pretensa noção de normalidade sustenta, em seu enunciado e em seu prenúncio (uma vez que fornece pistas e indícios antes de, prontamente, se fazer falar), a concessão de uma via de igualdade — uma

mão amiga estendida ao sujeito LGBTQIA+ para que este entenda que, no fim do dia, ele será tratado como se fosse uma "pessoa normal".

Os afetos da homofobia cordial, que nunca se coloca de modo vil para os olhares desatentos, propõem a enunciação de modo que a fala proferida, nas condições em que se profere, parta sempre do pressuposto de que não há a intenção de ofender. Afinal, como poderia ser essa a intenção — ofender, diminuir, desmoralizar — se, no fim das contas, as afirmações pautadas pela homofobia cordial, com base na heteronormatividade, partem de um ponto irrefutável e talhado na pedra: a de que a cisheteronorma é, em todos os casos e cenários possíveis, a condição normal de qualquer ser humano (Teixeira, 2023)?

O dispositivo que se instaura então é tão engenhosamente fabricado e presente no cotidiano que, sim, a eficácia de um acolhimento feito aos "anormais", como se fossem "qualquer pessoa" (espera-se: normal) não poderia ser questionada. Vilaça, Dias, & Oliveira (2023) reiteram esse ponto, lembrando-nos que

a cis-heteronormatividade funda uma noção de normalidade biopolítica relativa a uma suposta condição e natureza humanas. Tais imbricamentos têm resultado em vários desafios para a comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, Intersexos e outras dissidências sexuais e de gênero (LGBTI+) (Vilaça et al., 2023, p. 3)

A cordialidade pretensa, enquanto mecanismo, desdobra-se em modos ainda mais complexos de enunciar a hierarquia de gênero e sexualidades:

**ACS 3:** Eu acho que aqui em Juiz de Fora gente cresceu muito nessa parte, porque antes era um horror, né? Meu marido era técnico de enfermagem no HPS. Nossa, a maior parte dos amigos dele eram pessoas que... optaram pelo outro... entendeu? E a gente convivia muito bem. Ele adorava! Carregava como irmão, sabe? Era muito bom mesmo. A minha filha é estilista, né? E ela tinha duas pessoas que trabalhavam para ela e que eram. E a gente adorava elas. Sabe aquelas pessoas alegres, comunicativas. Nossa, eu acho maravilhoso. E eles trazem uma coisa boa pra gente — pelo menos pra mim. Me passa uma coisa boa. Eu gosto!

Antes de explicitamente analisar o enunciado acima, cabe pontuar que, ao longo de todo o texto que aqui escrevo, penso nas temáticas e proposições realizadas como pontapés para reflexões que seriam apropriadas a uma escala nacional — afinal, o delineamento qualitativo preocupa-se em utilizar o cotidiano em um recorte específico para, a partir de interpretações cuidadosas advindas de análises embasadas, atribuir sentidos a esses dados produzidos, à luz das teorias escolhidas para a construção do diálogo científico —, de modo que há um *input* importante do sujeito pesquisador e dos seus modos de ler o mundo à sua volta para poder, deste modo, falar desse mesmo mundo que o cerca (Poupart et al 2014). Apesar disso, enuncia-se a

cidade de Juiz de Fora em dado momento do discurso analisado e, aqui, cabe um recorte e uma contextualização maiores da cena municipal, de modo a fornecer subsídios para o aprofundamento desta análise.

Ocorre que o município de Juiz de Fora tem uma pungente história com a pauta LGBTQIA+, manifestada de modo mais evidente através de instâncias da lei, como a lei ordinária 9.791, de maio de 2000, popularmente conhecida como a "lei rosa", bem como a recorrência do evento "Miss Brasil Gay" — com forte aceno voltado para o mercado (Silva, J.L.S., 2022). A entrevistada, neste sentido, demarca o que parece ser a percepção pessoal de um longo histórico (ou a menos a ciência da *existência*) de violências LGBTfóbicas, mesmo numa cidade considerada "progressista" e *gay friendly*. Para maior acepção do contexto local, consultar a dissertação "Cidade pra quem? Reflexões sobre o espaço urbano e a LGBTQIfobia no contexto juiz-forano", de Jéssica Lana de Souza da Silva (2022).

Ao analisar o expresso na cadeia de enunciados acerca da "alegria de pessoas" LGBTQIA+, estereótipo que parece ser comumente associado a homens gays e travestis, é possível abrir a cena para uma discussão que circunscreve o jogo de poder que subsidia essa afirmação tão corriqueira: atribuir a alegria a sujeitos *queer*, responsáveis por trazer "as coisas boas" para determinados ambientes ou sujeitos, é uma prática recorrente que, não raro, sustenta estruturas dicotômicas de poder onde, geralmente, as bichas tornam-se reiteradamente a piada (Pompeu & Souza, 2019). Ao valer-se do *framing* da comicidade e do humor para dar alguma inteligibilidade (Butler, 2015) àquilo que a heteronorma considera tão alienígena (neste caso, a existência fora dos paradigmas dessa mesma norma), o "engraçado" obnubila outras possibilidades para o entendimento, a compreensão e a empatia das vivências *queer*. A representação caricata e constantemente atrelada ao ridículo deslegitima a experiência das sexualidades tidas como "não normativas" e torna-nos o alvo do deboche: não rimos com eles; *riem de NÓS*. É um sistema que coaduna com a, já citada anteriormente, pedagogia da aceitação, com vieses hierárquicos: quem ri tem condições de possibilidade para fazê-lo. É um recado bem dado.

A deslegitimização gerada por tais estereótipos remete à impossibilidade de simplesmente poder coexistir, habitar os espaços — e, evidentemente, acessar serviços. Engendra-se um aparato que reforça, reitera e apreende a dissidência sexual no campo do *não*. Como afirmado por Moira (2020):

E eis o peso de existir num mundo em que parte das relações afetivas e sexuais desejadas por mim eram consideradas abjetas, absurdas. Eis também o peso de ver-me em relações sobre as quais eu não podia conversar com ninguém. Como não internalizar esse olhar de vergonha e abjeção, tendo sido criada pela

LGBTfobia desde o berço? E, mesmo suspeitando que esse olhar, em alguma medida, fosse injusto, como impedir que eu me visse a partir desse prisma? (Moira, 2020, p. 7)

Se o sujeito — pessoa usuária do equipamento de atenção primária à saúde — é invisível, estereotipado, enfim, anulado de qualquer posição de agência quando a tríade (já bastante debatida nesse texto) opera no serviço, como se processa a noção de integralidade? Estabelecida como princípio norteador do SUS, ela simplesmente não acontece conforme os parâmetros preconizados pela política nacional. No que concerne ao debate integralidade-gênero no campo da saúde coletiva, esta dissertação corrobora evidências encontradas em outros estudos (Pinheiro & Couto, 2013), demonstrando como preconceito e discriminação operam nos serviços de saúde por meio da articulação entre sexualidade e demandas de cuidados em saúde nos serviços da Atenção Básica (AB). Outro elemento que surge nas falas analisadas é a saúde mental da população LGBTQIA+. Contudo, esse tópico só se apresenta uma única vez de modo explícito. Ao ser perguntada acerca dos profissionais mais requisitados/das especificidades em saúde mais abordadas por essa população, a Médica nos conta:

**Médica:** a maioria, mas a maior parte acompanha também saúde mental, assim, ansiedade, é... transtorno depressivo, transtorno bipolar, tem algumas pessoas. De saúde mental não tem encaminhamento atualmente, né, só tem o CAPS que atende e acho que só tem 1 ou 2 psiquiatras para Juiz de Fora inteira. Não existe encaminhamento, não tem como mandar pra lá.

A saúde mental é enunciada, pela primeira e única vez, como foco da demanda da população LGBTQIA+ no âmbito da atenção básica. Esse acontecimento discursivo — a singularidade dessa menção — é digno de nota e talvez nos diga da materialização de uma invisibilização maior, se considerarmos que a LGBTfobia (cuja expressão se dá não somente, mas também pelas vias da violência direta traduzida em estatísticas já apresentadas na Introdução desta dissertação) é um dos principais fatores de adoecimento mental de populações cujas vivências, a partir de suas sexualidades dissidentes, oportunizam situações de violações e discriminação — desencadeando, por sua vez, o estresse de minoria<sup>9</sup> (Medeiros, M.A., Gomes & Spinelli Junior, 2024).

---

<sup>9</sup> O estresse de minoria não é um evento em saúde mental exclusivo da população LGBTQIA+. Como o próprio nome nos contextualiza, é desencadeado em pessoas pertencentes a um grupo considerado socialmente minoritário, e ocorre em três dimensões: o estresse no qual a pessoa reconhece e nomeia o preconceito; quando o sujeito antecipa um ato discriminatório/de opressão/violência e, devido a esperar por tal ato, sofre com sua antecipação; e, por fim, o estresse que é vivenciado pelas vias da internalização de preconceitos experienciados no ambiente social em que a vida daquela pessoa transcorre — todos

A saúde mental, então, figura como uma das principais esferas nas quais o que se entende por adoecimento se manifesta em pessoas LGBTQIA+, ainda que não seja percebida enquanto tal. Usuárias e usuários buscam as unidades, não infrequentemente, com relatos de experiências sintomáticas correlatas ao estresse, principalmente quando associado aos fatores de vida que se desencadeiam em eventos estressores; em sua maioria, tais eventos são descritos como episódios de violência LGBTfóbica (institucional, relacional e também aquelas mais diretas, explicitadas por meio de atos e atentados contra a integridade dessas pessoas) (Medeiros, M.A. et al. 2024). Muitas vezes, a violência é reiterada dentro da própria unidade de saúde quando, por exemplo, no atendimento à população travesti e transexual, o uso do nome social pelos profissionais dos serviços, ainda que seja um direito conquistado e garantido pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, por meio da Portaria nº 1.820 de 2009, infelizmente, e não raramente, é desrespeitado. Muitos profissionais na atenção primária à saúde não se percebem como maculando o respeito a esse direito na atualidade, o que acarreta constrangimento aos usuários e às usuárias travestis e transexuais (Silva, C.F. et al., 2017).

A violência, seja ela física ou verbal, grande ou pequena, sutil ou explícita, praticada literalmente ou nas entrelinhas, gera marcas que são também discursivas e, ao que tudo indica, expressam um exercício de poder sobre a subjetividade do outro; a alteridade em instituições de saúde pode ser bastante violenta, nem que seja pela via da injúria, da humilhação e do constrangimento. O poder não se tem, se exerce, e — a exemplo do que parece ocorrer também com o desejo — ele flutua. O exercício do poder sem possibilitar ao outro qualquer saída ou resposta a este se torna, enfim, violência. O campo da saúde mental acaba sendo cena de guerra, terra arrasada quando, silenciosamente, não é considerado — não se faz ver, não se faz falar — enquanto real demanda de saúde. Ainda que isso seja a realidade para qualquer pessoa que busque atendimento dessa natureza, o recorte aqui proposto abarca vidas que estão sempre em disputa desigual desse mesmo poder supracitado, lutando contra a dominação, a partir do próprio modo como existem e vivem. Do modo como gozam e como usam seus prazeres. Neste caso, essa anulação se faz ainda mais mortífera.

Esse "não aparecer", nas entrevistas, da temática que trata da intersecção entre saúde mental e vivências LGBTQIA+ trata, na verdade, de um cenário mais amplo e preocupante: apesar de notório crescimento de pesquisas voltadas justamente para esse tema, há lacunas

---

eles ocasionando em severas dificuldades de enfrentamento das situações adversas (Chinazzo, Lobato, Nardi, Koller, Saadeh & Costa, 2021).

significativas quanto ao modo como a saúde mental de sexualidades e gêneros dissidentes aparece nas produções científicas nacionais (Domene, Silva, Toma, Silva, Melo, Silva, & Barreto, 2022). Ainda de acordo com Domene et al. (2022), a maior parte de pesquisas relacionadas à saúde mental LGBTQIA+ advêm de periódicos internacionais. Deste modo, questiono: quais realidades brasileiras, voltadas para a saúde psíquica dos sujeitos LGBTQIA+, são escamoteadas por essa ausência tão flagrante? O enunciado destacado, então, denuncia acometimentos que são muitas vezes associados à vivência do estresse de minorias e seus eventuais desfechos nos processos de saúde-doença.

O “não aparecer”, curiosamente, é enunciado mais uma vez no excerto:

**Entrevistador: Você falou dessa vivência lá fora, né? Enquanto Agente Comunitária, na ida aos territórios, chega até você essas vivências LGBTQIA+?**

**ACS 4:** Eles sempre falam com a gente. Dentro do que a gente tem de vivência com eles, no que se refere ao preconceito, seja na UBS ou com a gente, eles nunca reclamaram não. São sempre respeitados. Nunca tiveram nenhuma violência ou preconceito sofrido aqui não. Se sentem confortáveis.

Essa é uma formação discursiva interessante pois, ao pensar nesses enunciados enquanto um campo de associações que nos apresenta, em última instância, uma determinada conjuntura — uma superfície para esta análise, por assim dizer —, na qual se pode conjecturar que, nesta UBS em particular, há a percepção de que não há "nenhum tipo de violência". Não obstante, há diferentes enunciados acerca da invisibilidade da população LGBTQIA+ e da homofobia na atenção básica: "que eu saiba não temos (demandas de usuários LGBTQIA+)", "eles quase não participam", "eu não vejo muito isso aqui não".

**Entrevistador: Tem algum profissional ou serviços que sejam mais requisitados por esses usuários?**

**ACS 4:** Que eu saiba não.

**Entrevistador: Você vê muitos casos relacionados a esse tipo de preconceito, no caso, fora da UBS, é algo que faz parte da sua realidade?**

**ACS 4:** Eu só tive esse caso. Teve mais não.

**Entrevistador: Quais os serviços ofertados à comunidade, num contexto coletivo ou de grupo?**

**ACS 4:** Eles quase não participam de grupos, não é (se direciona a uma colega de trabalho), os LGBTQIA+?

Se a análise do discurso se articula de modo prioritário através das superfícies nas quais os discursos irrompem — fornecendo-lhes contextos e condições de possibilidade para operar e formular objetos e, também, sujeitos —, tais superfícies oferecem-lhe também uma delimitação (Foucault, 2008). Nesse conjunto de fragmentos de entrevistas acima, opera ao menos e não exclusivamente um discurso específico: o da invisibilidade. Um dos tripés da tríade que repetidamente emerge. Valeria, portanto, questionar aqui, quais condições se articularam, quais grades normativas se engendraram para que seja possível emergir esse conjunto enunciativo acerca de pessoas LGBTQIA+ que compõe o jogo de saber-poder que impede sujeitos de verem que não veem o próprio preconceito? Não seria possível que tudo aquilo que é invisibilizado, tomado como "não percebido", "não visto" ou "não participado", trate-se, afinal, de um esvaziamento do que se considera "violência"? E talvez continuem acontecendo, continuamente, sem ser percebido como tal. No decorrer desta análise, cito outras reflexões baseadas em evidências do campo empírico que corroboram com essa proposição e permitem avançar no debate acerca de como opera cada um dos pés do tripé<sup>10</sup>.

A prática da análise do discurso não busca necessariamente desvendar os significados e sentidos ocultos por trás de palavras; na verdade, debruça-se sobre as relações que compõem uma prática discursiva — e quais lugares/posições esses discursos subjetivam (Foucault, 2008). Cabe a essa prática, também, a compreensão dos silêncios como mais uma tecnologia de produção de realidades, ou do impedimento que algumas destas se façam possíveis em detrimento de outras; o silêncio (que aqui também se expressa em um "não ver") estorva a verdadeira compreensão de vivências de sujeitos LGBTQIA+ e, deste modo, incide como violência (Teixeira, F. do B. et al., 2018).

Pensando no uso dos prazeres e nos modos como o controle se constitui a partir do entendimento dessas performances — e modos de controlá-las, dominá-las, subjugá-las —, avancemos a discussão. Uma outra questão do instrumento buscava compreender com qual frequência a temática de gênero aparecia nos temas propostos para o trabalho em grupo ofertado à comunidade. Entender a superfície do discurso empregado nesses contextos coletivos é compreender, assim, como ele se delimita: o que está sendo colocado acerca do que se entende por gênero? Foucault (2008), afinal, nos provoca:

Isto significa que não se pode falar de qualquer coisa em qualquer época; não é fácil dizer alguma coisa nova; não basta abrir os olhos, prestar atenção, ou

---

<sup>10</sup> Essa empreitada investigativa não poderá ser empreendida nesta pesquisa de mestrado; no entanto, poderá ser vislumbrada como um dos desdobramentos de hipóteses para, quem sabe, um futuro doutoramento.

tomar consciência, para que novos objetos logo se iluminem e, na superfície do solo, lancem sua primeira claridade. (Foucault, 2008, p. 50)

**Entrevistador: Nestes serviços ofertados comunitariamente, as questões de gênero são abordadas? Como?**

**ACS 3:** Olha, aí eu não sei porque eu parei de participar do grupo de caminhada, entendeu? Mas eles fazem uma fichinha, tudo semelhante. Só que eu nunca ouvi falar nada. E a gente já acolheu vários. Não tem só um, dois ou três.

**Entrevistador: Nos serviços que são ofertados para a comunidade, nesses que você citou, por exemplo, você percebe ou já participou de algum grupo no momento em que abordaram questões de gênero, sexualidade, e se já participou, como é que foi?**

**Recepcionista:** Então, eu não participo de grupos assim, porque normalmente é feito nos finais de semana. Mas as salas de espera todas eu participo. E assim, as salas de espera, realmente não é falado nada sobre isso, nada de LGBT+, não é falado sobre essa abordagem que deve ser feita da melhor forma. A gente até deixou uma época na recepção cartazes que falavam sobre LGBT, tinha marca texto, tinha um monte de coisa. Saiu bem, foi uma coisa que o pessoal pegava, o pessoal queria ler, o pessoal queria estar por dentro das coisas. Mas nunca foi feito uma sala de espera falando sobre isso, de como recepcionar. Então, isso é uma coisa que eu não posso falar muito com você.

**Entrevistador: Uhum. E aí, esses serviços que são ofertados para a comunidade de modo coletivo, assim, você já percebeu ou já pôde perceber, por exemplo, alguma questão de gênero ou sexualidade?**

**Recepcionista 2:** Hm, não. Não necessariamente.

**Entrevistador: Nestes serviços ofertados comunitariamente, as questões de gênero são abordadas? Se sim, como?**

**Agente de saúde:** Eu não vejo muito isso não.

Foucault nos convoca para uma análise que prezará sempre pela tentativa de uma compreensão sobre a existência de inúmeras concepções prévias que todos carregamos, a respeito de tudo — e que considera que tais noções sempre tentarão fazer conexões, aproximações e estabelecer uma “continuidade” que não necessariamente é a do discurso que está sob análise; deste modo, existe um trabalho negativo: este consiste, para além do reconhecimento de tais “influências”, numa prática que permita o que discurso se desvele e se revele, de modo autônomo, com sua própria lógica descontínua e idiossincrática (Foucault, 2008). A partir daí, reconhecendo aquilo que já é tido como certo, que já assumimos como “lógico” e pré-estabelecido, que trabalhamos no campo da descontinuidade.

Trago esses excertos com um desafio. O digo pois propor-se a analisar o "gênero" enquanto categoria discursiva é, sobretudo, topar um trabalho negativo que se desdobra sempre em inúmeros nós desfeitos de concepções anteriormente tidas como verdades absolutas, haja vista que variadas construções e enquadramentos operam na cultura, no capital e em toda e qualquer superfície discursiva analisável para concatenar o que se tem por "masculino" e "feminino", "homem" e "mulher". É preciso ir além. É preciso

[...] pôr em questão, novamente, essas sínteses acabadas, esses agrupamentos que, na maioria das vezes, são aceitos antes de qualquer exame, esses laços cuja validade é reconhecida desde o início; é preciso desalojar essas formas e essas forças obscuras pelas quais se tem o hábito de interligar os discursos dos homens; é preciso expulsá-las da sombra onde reinam. E ao invés de deixá-las ter valor espontaneamente, aceitar tratar apenas, por questão de cuidado com o método e em primeira instância, de uma população de acontecimentos dispersos (Foucault, 2008, p. 23)

Para dar conta do desconforto do "gênero" — ou responder a esse mesmo desconforto; às provocações realizadas por aqueles que parecem, com poucas palavras ou através de sua mera presença<sup>11</sup>, implodir preconcepções universais —, a parcela da população interessada, por muitas razões, em sustentar o binarismo normativo formula o que chama de "ideologia de gênero". Já abordada nos momentos iniciais de minha escrita, reservo agora um espaço para que se possa fazer perceptível que tal ideologia pode ser entendida, também, como um mecanismo de inteligibilidade utilizado para dar sentidos de pânico social aos estudos de gênero (Tiburi, 2018).

A tradução adotada por setores muito interessados (o religioso, principalmente) para repassar ao restante da população o que seria, afinal, este tal de "gênero" é uma que preza pelo combate a tudo aquilo que pode vir a ameaçar, então, a ordem da moral e do natural; a ordem, novamente, da normalidade. A existência, por si só, da noção de gênero enquanto construto já é ameaçadora o suficiente. Quem dirá ensiná-lo nas escolas; financiar pesquisas em seu nome. Mas não se trata meramente de uma batalha discursiva no campo das ideias: há interesses em manter a hegemonia de sujeitos em posições que lhes conferem poder de modo proeminente e nada "abstrato"; investigar gênero é, afinal, propor a desmistificação de mecanismos que

---

<sup>11</sup> Em 2017, no mês de novembro, o SESC Pompeia (em parceria com a USP e com a Universidade da Califórnia) organizou o seminário “Os Fins da Democracia”. Como convidada para o debate que se propunha naquele evento, Judith Butler desembarcou em nosso país. Sua chegada foi marcada por uma série de absoluta mobilização da frente conversadora brasileira, com demonstrações exponenciais de violência — as quais incluíram (mas não se limitaram a) ameaças à integridade física de Butler, bem como o ato de atear fogo a um boneco que simbolizava a imagem da filósofa, acusando-a de ser a responsável por proclamar e difundir a “ideologia de gênero” que tanto afirmam existir, sendo esta, de acordo com essas pessoas, o fim da família como hoje conhecemos.

operam pelas vias da misoginia, do patriarcado, da transfobia, do racismo... mecanismos esses que sustentam e mantêm quem está no topo, justamente, lá: no topo (Tiburi, 2008).

Cria-se a falácia de que a "ideologia de gênero" vem para ameaçar a idoneidade das famílias, a lógica dos bons costumes, o bem-estar da vida cotidiana circunscrita pelos valores cristãos, quando o que se verifica é a existência, contundente, de uma ideologia já em curso; uma ideologia da qual esses mesmos círculos fundamentalistas religiosos, classistas, LGBTfóbicos e racistas não querem abrir mão, já que é ela que faz ostentar todas as condições de possibilidade sofisticadas para que a concentração de riquezas, a impunidade institucional e a livre circulação na sociedade, sem temer quaisquer consequências, continue operando. Quais atravessamentos biopolíticos e históricos não somente possibilitam a existência de determinados discursos, como sustentam a sua manutenção e, por consequência, excluem outras possibilidades de existência? Estudar o tão temido "gênero" trata-se, de modo não menos importante, do entendimento das redes nas quais essas falas e práticas se sustentam, e quais são os seus limites.

Sendo assim, nessa lógica, falar de gênero — o próprio construto, a ideia dele, o assombro que, na língua portuguesa, essas seis letras e um acento circunflexo parecem causar, bem como a força de sua significância — torna-se perigoso para alguns e algumas. Tratando do documento "A ideologia de gênero – Seus perigos e alcances", proveniente da Conferência Episcopal da Igreja Católica de 1998, onde a expressão "ideologia de gênero" teria surgido pela primeira vez, Tiburi (2018) alerta que gênero

[...] torna-se rapidamente, no texto do religioso, algo da ordem de uma ameaça. Em vez de tratar o conceito de gênero como uma questão de análise científica, a saber, como uma "análise do ser", o documento parte para uma forma de falácia naturalista, aquela que deriva um "dever ser" a partir do "ser". [...] A falácia naturalista está ligada à de correlação coincidente (*Cum hoc ergo propter hoc*): sempre que se fala em gênero, alguém muda de gênero; ou, sempre que se fala em gênero, pretende-se ensinar alguém a mudar de gênero. Ou seja, a conclusão falaciosa é que o termo gênero, a categoria analisada e estudada, ou simplesmente pronunciada, é que leva as pessoas a uma posição necessariamente "transexual", como se pelo simples fato de estudar o tema as pessoas passassem a atuar ou agir para mudar de sexo ou gênero ou para levar outrem a mudar de sexo ou gênero (Tiburi, 2018, p. 66)

A ideologia binária da qual tomam parte, esta sim já se encontra em curso, e é a mesma que mantém a puta nas ruas em situação de precariedade quando ela não escolhe estar lá, o preto submetido ao racismo (que, não somente, mas também, por essa ideologia se estrutura) e a mulher no lugar da docilidade. Se as discussões de gênero não aparecem, certamente não é por acaso. Se nunca se "ouve falar" do gênero, é a trama de enunciados que se emaranha para tal. O gênero é, portanto, uma ameaça.

## 5 CONCLUSÃO

Ao longo de toda a minha escrita, autorizei que meus mais profundos incômodos bichassem este texto completamente, povoando-o de tensionamentos. Essa escrita é uma que ressoa de minha história; na verdade, esta (auto)bixar-grafia surge como o produto de toda essa experiência vivida na esperança de, quem sabe, poder fazer ecoar tudo aquilo que me incomoda em outros sujeitos também não-conformados com o peso sufocante do conformismo. Do conformismo de gênero, do conformismo do capital, do conformismo do racismo, do conformismo da brutalidade — é tudo muito concreto, é tudo muito real. Desta história, surgiram tantos deslocamentos; destes, por sua vez, me desdobrei para que a ciência se fizesse possível, também, numa produção localizada, mas nunca, *never* esvaziada.

Conforme apontado nesta dissertação, a *Scientia Sexualis* e seu punho de ferro reafirmam-se a partir das práticas confessionais, ditava a sexualidade e aqueles que poderiam falar sobre ela, discutir da sua verdade e normatiza-a, tendo em vista que desde

a Idade Média, a confissão foi, no Ocidente, um dos rituais mais importantes para a produção da verdade. Produz-se nela, em si mesma, um discurso verdadeiro. [...] A sexualidade foi, desde então, um dos principais objetos de confissão. Confessava-se não somente o que se havia feito, mas o que se havia desejado, pensado, imaginado. Dizia-se com minúcia os pensamentos mais imperceptíveis, as intenções mais ocultas, os sentimentos mais dissimulados; decifrava-se uma obscuridade em que o próprio sujeito se perdia. [...] A confissão se multiplicou: nos tribunais, nos processos de investigação, na pedagogia, nas relações familiares, nas práticas médicas e psiquiátricas. (Foucault, 1988, p. 67-68)

Uma das repercussões que se pôde evidenciar, mediante a análise do discurso efetuado, trata da prevalência dessa regulação que se faz de modo tão sofisticado e é sustentada quase que de modo invisível para os olhares mais desatentos; contudo, nada está escondido. Utilizando o aporte teórico como as lentes apropriadas, pude trazer ao centro da discussão como a tríade dos pressupostos preconceituosos, mantida por essa mesma normativa apontada por Foucault, se reitera e se atualiza, buscando novos meios de suscitar violências que sequer são compreendidas como tal.

A proposta de um trabalho *autobixargráfico* (que ousa escapar em determinados pontos de rigidez excessiva) requer *coragem*. Digo isso pela razão de que, ao se adentrar no campo, com peito aberto/feridas expostas/desejo de saber — tudo isso misturado, e em jogo —, sabe-se que, ao sair, aquelas e aqueles que emergem desse mergulho na realidade do *agora* da pesquisa não serão os mesmos sujeitos de antes. E, de fato, eu ao menos sei que não sou.

Entendo que a narrativa subjetiva que aqui pude tecer deva ser interposta em diálogo com a produção de dados; arrisco dizer, na verdade, que esta produção se dá a partir dessa narrativa subjetiva: uma coisa não se dissocia da outra. Encontrei sentido num fazer que — como venho reafirmando, reiterando e cravando quase como com navalha que corta as tramas e fibras dos tecidos que me compõem — considera as práticas do viver-fazer pesquisa enquanto ferramenta possibilitadora de novos sentidos acadêmicos, políticos e científicos. O faço com o intuito de uma aproximação entre o que é tão duro na ciência e o que podemos aprender com as pessoas que nos tocam, os fenômenos que nos atravessam.

Outro desdobramento advindo da aproximação acima mencionada é, sem dúvida, a contribuição deste estudo no avanço das discussões e práticas que se efetivem com um enfoque voltado à despatologização das vivências LGBTQIA+ — estas, como muitas outras, imersas em culturas, símbolos e significados unicamente específicos e que, com frequência, são relegados às condições de dissidência e/ou anormalidade. O significante da “dissidência” não pode — e não irá — dar conta da pluralidade de sentidos que a vida enquanto sujeito *queer* quase nos obriga a ter. E o faz para que possamos encontrar estratégias de existir num mundo que convoca, a todo tempo, a nossa inexistência.

Ainda, esta pesquisa foi realizada no intuito de ampliar o escopo das pesquisas LGBTQIA+ no âmbito do território de Juiz de Fora, apontando dados que revelam muito de uma identidade que é especificamente representativa das cidadãs e dos cidadãos, da cultura e da lógica dos aparatos de saúde pública pertencentes ao município. Consequentemente, tal avanço também representa um salto para as pesquisas quanto à população aqui estudada em âmbito nacional como um todo.

É bonito, neste sentido, perceber o quanto o acolhimento pode se revelar enquanto potente ferramenta que autorize o alcance a essas histórias, a essas dimensões. As lacunas existem, e delas tratei aqui, parágrafo após parágrafo. O fato é que percebê-las é oportunizar práticas que levem em conta os sujeitos, suas sexualidades e suas realidades de vida de modo integralizado. Este estudo se faz na intenção de lançar os holofotes sobre as dificuldades dos trabalhadores, sobrecarregados, cansados, exaustos, embebidos muitas vezes por uma trama política que os atravessa numa guerra híbrida que com frequência pinta um determinado grupo de pessoas, visto como um “outro”, quase como inimigo — amplificando anseios sociais reais e distorcendo-os de modo que os estranhos, os indignos e os indesejados continuem posicionados enquanto tal (Castiel, 2022). Nós — os viados, as bichas, as travestys, as bis, as sapatões, as e os transsexuais —, todos aqueles pintados como sujeitos que existem para além da possibilidade de serem sujeitos de fato, não somos o inimigo. Tampouco são os

trabalhadores. Há um inimigo? Se me cobram esse apontamento, rapidamente volto todos os dedos de todas as mãos e pés para acusar o capitalismo neoliberal, mas sei do reducionismo que isso implicaria (ou será que...?). Enfim.

As marcas da violência se alastram no corpo dos indivíduos como uma espécie de chaga, que continua a crescer por muito tempo depois de exposta ao ferimento originário. São marcas físicas e emocionais que se estruturam numa cultura de terror onipotente que paira sobre pessoas já submetidas à constante desproteção, cercando as possibilidades de existência sob o medo da ameaça de que, a qualquer momento, suas vidas podem ser usurpadas com o consentimento de grande parte da sociedade; a análise da intersecção entre psicologia, sociologia, cultura, aspectos políticos e técnicos, entre outros, fez-se campo promissor para todas as reflexões que aqui até aqui pude trazer (e que continuam, espero eu, em outros trabalhos, de outras pessoas). Minha pesquisa aponta para um entendimento da subjetividade e de uma experiência que se produz no corpo e que dele não pode ser dissociada — a experiência dos sujeitos é também a dimensão das relações, constituindo-se nos encontros e envolvimentos com outros sentidos. Ora, se a subjetividade é primordial para a compreensão do que é o ser social, espero ter contribuído ao evidenciar o que se faz então daqueles e daquelas cujas subjetividades lhes são negadas ou atravessadas pelo preconceito e pela discriminação.

A análise do discurso no âmbito das práticas em saúde desempenhadas por profissionais atuantes nas políticas públicas de saúde — bem como a investigação qualitativa de suas decorrências —, a compreensão da saúde enquanto um conjunto de fatores complexos determinados social e culturalmente, a reflexão crítica do papel de uma cultura de violência propagandeada há gerações, com seus possíveis impactos na saúde pública e coletiva, o desmonte da atenção básica e as dificuldades enfrentadas no dia a dia pelas trabalhadoras e pelos trabalhadores: são, todos estes, pontos chave neste trabalho analítico. Esta dissertação, portanto, tem como seu tema central a exploração e a reflexão crítica dos nossos modos de ser e estar no mundo, via análise dos discursos que nos permeiam a todo instante, em especial os enunciados voltados para questões relacionadas ao gênero, à saúde pública e suas políticas — ancoradas na concepção foucaultiana de construção dos sujeitos e de suas múltiplas formas de expressão e de identidade sexual.

Por fim, espero que a presente pesquisa possa vir a tornar-se, futuramente, projeto de extensão associado ao núcleo de Pesquisas e Práticas em Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde (PPS) da UFJF, beneficiando a comunidade através da construção e da oferta de cursos de formação continuada voltados à temática do acolhimento e à PNH, em parceria com a Prefeitura de Juiz de Fora — tendo como público-alvo os trabalhadores e as trabalhadoras da

atenção básica. Aos que leram até aqui, o trabalho não se encerra. Contudo, meu papel deve também incluir um pedido de licença para possibilitar que outros venham dizer, de outros lugares. Talvez esbarrem em coisas que eu não pude dar conta de esbarrar; e tudo bem, a gente não esbarra mesmo. A todos nós, inescapavelmente, sempre faltará um pouco. É preciso avançar. Coletivamente, acredito. Afinal, como escreveu Caio Fernando Abreu, é preciso ir para “além do ponto”.

Até breve!

## 6 REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. (2014). *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 34, de 16 de junho de 2014*. Diário Oficial da União. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0034\\_11\\_06\\_2014.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0034_11_06_2014.pdf)

Albuquerque GA, Alves D de A, Parente JS. Assistência a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais Vítimas de Violência nos Serviços de Saúde. Saude *TransformSoc / HealSoc Chang* 2016; 7: 36–48.

<https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4201>

Albuquerque, G. A., Garcia, C. de L., Alves, M. J. H., Queiroz, C. M. H. T. de ., & Adami, F.. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde Em Debate*, 37(98), 516–524.

<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2013.v37n98/516-524>

Alves, Z. M. M. B., & Silva, M. H. G. F. D. da. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 2, 61–69. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X1992000200007>

Angrosino, M., & Flick, U. (2009). Etnografia e observação participante. *Grupo A*.

Araújo, M. do S. S. de ., & Carvalho, A. M. P. de .. (2021). Autoritarismo no Brasil do presente: bolsonarismo nos circuitos do ultroliberalismo, militarismo e reacionarismo. *Revista Katálysis*, 24(1), 146–156. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75280>

Barbosa, P. R. N., Matos, R. do S. da S., Nunes, E. F. C., & Rodrigues, C. N. C. (2024). PERFIL E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DA REGIÃO DOS CAETÉS, SOBRE IDENTIDADE DE GÊNERO. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*, 35, 1162 . <https://doi.org/10.35919/rbsh.v35.1162>

Barbosa, R. M., Facchini, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 25, suppl2, p. 291-300, 2009

Bernardes, L. M., Souza, E. C. de, Aoki, S. J., Silva, L. R. da, & Unsain, R. A. F. (2024). “Estão fazendo a egípcia”: invisibilidade da população LGBTQIA+ no acesso à Atenção Primária à Saúde. *Caderno Pedagógico*, 21(6), e5099. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n6-209>

Boffi, L. C., & Santos, M. A. dos. (2025). Territorialidade, prostituição travesti e artivismo na voz de Linn da Quebrada. *Cadernos De Gênero E Diversidade*, 11(2), 550–581. Recuperado de <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/58764>

- Borrillo, D. (2010). Homofobia: história e crítica de um preconceito (1<sup>a</sup> ed.). *Autêntica*.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
- Brasil. (1990). Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Brasil. (2002, 30 de abril). *Lei nº 10.439, de 30 de abril de 2002*. Institui o Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10439.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10439.htm)
- Brasil. (2011, 14 de dezembro). *Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011*. Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2011/l12546.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2011/l12546.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Portaria nº 158, de 3 de fevereiro de 2016*. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Diário Oficial da União. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0158\\_04\\_02\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0158_04_02_2016.html)
- Brasil. (2019). Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm)
- Brasil. (2019, 30 de outubro). *Lei nº 13.895, de 30 de outubro de 2019*. Institui a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2019/l13895.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2019/l13895.htm)
- Braverman P. What is Health Equity: And how does a life-course approach take us further toward it? *Matern Child Health J*. 2014; 18(2): 366-372.
- Brehmer, L. C. de F., & Verdi, M. (2010). Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3569–3578. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>
- Butler, J. (2015). Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto? (S. T. Muchail, Trad.). Civilização Brasileira
- Butler, J. (2019). Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade (17<sup>a</sup> ed.). Civilização Brasileira.
- Buziquia, S. P., Junges, J. R., Lopes, P. P. da S., Nied, C., & Gonçalves, T. R.. (2023). Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. *Saúde E Sociedade*, 32(1), e220121pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220121pt>

Cachado, R. (2021). Diário de campo: um primo diferente na família das ciências sociais. *Sociologia & Antropologia*, 11(2), 551–572.  
<https://doi.org/10.1590/2238-38752021v1128>

Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol., Ciênc. Prof.* 2012; 32(3): 552–63.

Carvalho, A. M. de P., Silva, G. A. da ., & Rabello, E. T.. (2020). A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(4), 590–598. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>

Carrara S. (2012) Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. *Cad Saude Publica*; 28(1): 184–189

Castiel, L. D.. (2022). A saúde e a era da guerra e paz em formato híbrido. *Cadernos De Saúde Pública*, 38(3), e00041222. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00041222>

Chinazzo, Í. R., Lobato, M. I. R., Nardi, H. C., Koller, S. H., Saadeh, A., & Costa, A. B.. (2021). Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 5045–5056. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.28532019>

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2021). Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto (5<sup>a</sup> ed.). *Grupo A*. <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9786581334192>

Conselho Federal de Medicina. (2025, maio 30). *Violência contra médicos em estabelecimentos de saúde bate recorde*. <https://portal.cfm.org.br/noticias/violencia-contra-medicos-em-estabelecimentos-de-saude-bate-recorde/>

Corrêa, A. F., Lira, E. C. de, & Piffer, D. M. (2023). Estratégias para implementação da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. *Ciências Sociais*, 27(127). <https://doi.org/10.5281/zenodo.10005035>

Correa, E. H. de A., Debiase, J., Corrêa, C. R. de A., Santos, I. R. dos ., Mattos, M. de ., & Salgado, R. G.. (2025). 10 anos de (r)existência da política nacional de saúde integral LGBT: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30, e05982023. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.05982023>

Costa, L. D. D., Barros, A. D., Prado, E. A. D. J., Sousa, M. F. D., Cavadinha, E. T., & Mendonça, A. V. M. (2017). Competência cultural e atenção à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 11(1), 105–119.

Cunha, L. L. N. (2020). La antipolítica de género en el gobierno de Bolsonaro y sus dinámicas de violencia. *Ediciones Universidad de Salamanca*, 7(14), 49. <https://www.scielo.br/j/csc/a/wPx8HJjbqjMx9JgCtVFvMcC/?format=pdf&lang=pt>

Cunha, R. B. B. e ., & Gomes, R.. (2015). Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), 57–70. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0089>

Damascena, D. M., & Vale, P. R. L. F. do .. (2020). Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. *Trabalho, Educação E Saúde*, 18(3), e00273104.. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>

de Araujo, L. M., Penna, L. H. G., Carinhanha, J. I., & Costa, C. M. A. (2019). O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva [The care to lesbian women in the field of sexual and reproductive health] [El cuidado de las mujeres lesbianas en el campo de la salud sexual y reproductiva]. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, e34262. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34262>

Domene, F. M., Silva, J. de L. da ., Toma, T. S., Silva, L. A. L. B. da ., Melo, R. C. de ., Silva, A. da ., & Barreto, J. O. M.. (2022). Saúde da população LGBTQIA+: revisão de escopo rápida da produção científica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10), 3835–3848. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07122022>

Duque, T. (2020). A Epistemologia da passabilidade: dez notas analíticas sobre experiências de (in)visibilidade trans. *História Revista*, 25(3), 32 –. <https://doi.org/10.5216/hr.v25i3.66509>

Fagundes Santos, D., Galina Muller, J., Avancini Persch, H. C., Ribeiro Koch Silva, L., & Rodrigues da Silva, P. (2021). A legalidade da doação de sangue por homossexuais: Um marco de dignidade. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 12(edispdir), 276–289. <https://revista.unifaema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/1003>

Favero, S. (2020a). Pesquisando a dor do outro: os efeitos políticos de uma escrita situada. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(3), 1–16. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000300010&lng=pt&tln=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000300010&lng=pt&tln=pt)

Favero, S. (2020b). Por uma ética pajubariana: a potência epistemológica das travestis intelectuais. *Equatorial – Revista Do Programa De Pós-Graduação Em Antropologia Social*, 7(12), 1–22. <https://doi.org/10.21680/2446-5674.2020v7n12ID18520>

Favero, S. (2022). Psicologia Suja (1<sup>a</sup> ed.). *Editora Devires*.

Ferreira, B. de O., Pedrosa, J. I. dos S., & do Nascimento, E. F. (2018). Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 31(1). <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6726>

Foucault, M. (1984). História da sexualidade II: O uso dos prazeres (M. T. C. Albuquerque, Trad.). *Graal*.

Foucault, M. (1985). História da sexualidade III: O cuidado de si (M. T. C. Albuquerque, Trad.). *Graal*.

Foucault, M. (1988). História da sexualidade I: A vontade de saber (R. Machado, Trad.). *Graal*. (Obra original publicada em 1976)

Foucault, M. (2008). A arqueologia do saber (7<sup>a</sup> ed.). *Forense Universitária*.

Foucault, M. (2012). A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970 (24<sup>a</sup> ed.). *Edições Loyola*.

Foucault, M. (2012). Em defesa da sociedade (2<sup>a</sup> ed.). *Martins Fontes*.

Foucault, M. (2018). Microfísica do Poder (7<sup>a</sup> ed.). *Paz e Terra*.

Foucault, M. (2019). História da loucura. (1<sup>a</sup> ed.). *Perspectiva*. ISBN 978-8527311656)

Giovanella, L. (2018). Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00029818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>

Gomes, R.. (2021). Participação dos movimentos sociais na saúde de gays e lésbicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2291–2300. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.21972019>

Grimm, D. (2006). *Constituição e política* (No. 3). Editora Del Rey.

Guimarães, R. de C. P., Lorenzo, C. F. G., & Mendonça, A. V. M. (2021). Patologização e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da população LGBT na Atenção Básica. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 14(2). Recuperado de <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2721>

Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/HMpC4d5cbXsdt6RqbrmZk3J/?lang=pt&format=pdf>

Haraway, D. (2009a). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, 5, 7–41. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>

Haraway, D. (2009b). *Manifesto ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo socialista no final do século XX* (2<sup>a</sup> ed., tradução de M. Costa). Editora Perspectiva.

Leal, Dodi. (2021). Não podemos simplesmente acreditar que as coisas mudam por si só. *Revista Sobrado*. <https://revistasobrado.com.br/reportagem/entrevista/dodi-leal-nao-podemos-simplesmenteacreditar-que-as-coisas-mudam-por-si-so/>

Lima, R. M. L. S. et al. (2021). Conhecimento dos enfermeiros acerca da importância do uso de protocolos de cuidados: Discurso do sujeito coletivo. *Research, Society and Development*, 10(1). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11186/10356>

Lima, R. R. T. de, Flor, T. B. M., & Noro, L. R. A. (2023). Revisão sistemática sobre a atenção à saúde para travestis e transexuais no Brasil. *Revista De Saúde Pública*, 57(1), 19. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004693>

Lopes Andrade, H., Ferreira, E., Souza, E. A., & de Souza Dalla Vecchia, T. C. (2023). “O armário tem poeira e eu tenho rinite”: a opressão dos espaços heteronormativos sobre a identidade homossexual. *Revista Geoaraguaia*, 13(Especial), 281–298. <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/geo/article/view/15487>

Lopes, M. M., & Castro, R. P. de. (2022). Discurso de ódio homofóbico nas redes sociais: uma análise a partir das falas públicas da família Bolsonaro. *Revista Periódicus*, 1(17), 118–139. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i17.37635>

Maas, L. W. D.. (2018). Análise comparativa da base social da Medicina e Enfermagem no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Cadernos De Saúde Pública*, 34(3), e00199116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00199116>

Machado, K. B. (2021). A atenção primária a saúde (APS) nos governos Temer e Bolsonaro (2016-2021): um olhar para a estratégia saúde da família (ESF). [Monografia de Especialização, UFT]. <http://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/4186/1/Kyara%20Batista%20Machado%20-%20Monografia.pdf>

Maia, L., Rodrigues, R., & Santos, A. C. (2024). Envelhecimento LGBTQIA+: Auscultando profissionais em contexto institucional. *Revista Estudos Feministas*, 32(2), e93169. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2024v32n293169>

Maranhão, E. M. A., Fº., Coelho, F. M. F., & Dias, T. B. (2018). “Fake news acima de tudo, fake news acima de todos”: Bolsonaro e o “kit gay”, “ideologia de gênero” e fim da “família tradicional”. *Revista Eletrônica Correlatio*, 17(2), 65. <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/COR/article/viewFile/9299/6568>

Mattos, Amana Rocha. (2018). Discursos ultraconservadores e o truque da "ideologia de gênero": gênero e sexualidades em disputa na educação. *Revista Psicologia Política*, 18(43), 573-586. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2018000300009&lng=pt&tlang=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2018000300009&lng=pt&tlang=pt)

Mariano, S. A., & Santos Macêdo, M. dos. (2015). Desigualdades e interseccionalidades: deslindando a complexa trama das hierarquias e agenciamentos. *Mediações - Revista De Ciências Sociais*, 20(2), 11–26. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n2p11>

Medeiros, E. S. (2019). Necropolítica tropical em tempos pró-Bolsonaro: desafios contemporâneos de combate aos crimes de ódio lgbtfóbicos. *Revista Eletrônica do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde*, 13(2), 287-300. <http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v13i2.2257>

Medeiros, M. A., Gomes, S. M., & Spinelli Junior, V. F.. (2024). Fatores de estresse e resiliência no acesso e utilização de serviços de saúde por travestis e mulheres transexuais no nordeste brasileiro. *Saúde E Sociedade*, 33(1), e220904pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220904pt>

Mendes, Á., Carnut, L., & Guerra, L. D. da S.. (2018). Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Em Debate*, 42(spe1), 224–243. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>

Ministério da Saúde (BR). (2008). Mais Saúde: Direito de Todos. Brasília: Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf)

Ministério da Saúde (BR). (2010). Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. [https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)

Ministério da Saúde (BR). (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Cadernos de Atenção Básica, nº 27, Brasília (DF).

Ministério da Saúde (BR). (2011). Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf)

Ministério da Saúde (BR). (2012). Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/>

Ministério da Saúde (BR). (2013a). Folheto da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

Ministério da Saúde (BR). (2013b). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lebicas\\_gays.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lebicas_gays.pdf)

Ministério de Direitos Humanos. (2018). Violência LGBTfóbica no Brasil: dados da violência. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos.  
<https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/447>

Miskolci, R., Signorelli, M. C., Canavese, D., Teixeira, F. do B., Polidoro, M., Moretti-Pires, R. O., Souza, M. H. T. de ., & Pereira, P. P. G.. (2022). Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10), 3815–3824. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022>

Moira, A. (2020). *A experiência da cidade para pessoas LGBTQIA+*. Instituto Pólis.  
<https://polis.org.br/wp-content/uploads/2024/06/MOIRA-Amara.-A-experiencia-da-cidade-para-pessoas-LGBTQIA.-2020.pdf>

Moraes, I. K. do N., Ferreira, J. P., Pontes, S. R. S., Sousa, H. P. de, & Moreira, J. P. da S. (2023). Acesso da população LGBTQ+ aos serviços públicos de saúde: Entraves e perspectivas. *Revista Saúde.Com*, 19(1), 3197–3205.  
[https://www.researchgate.net/publication/370573233\\_Acesso\\_da\\_populacao\\_LGBTQ-aos\\_servicos\\_publicos\\_de\\_saude\\_entraves\\_e\\_perspectivas](https://www.researchgate.net/publication/370573233_Acesso_da_populacao_LGBTQ-aos_servicos_publicos_de_saude_entraves_e_perspectivas)

Morais, J. L. P., Rosenstock, K. I. V., Maia, C. M. A. F. G., & Santana, J. S. (2021). Saúde do homem e determinantes sociais na saúde coletiva. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 15(2), e247844. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247844>

Moraes, M. H. J. (2024). Pink money & pinkwashing: Entre o reconhecimento e os riscos de uma expansão expropriatória do capitalismo. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, 7(22). <https://doi.org/10.29327/2410051.7.22-91>

Mott, L., & Domingos, M.. (2025). *Observatório 2024 de mortes violentas de LGBT+ no Brasil*. Grupo Gay da Bahia.[https://grupogaydabahia.com.br/wp-content/uploads/2025/01/Observatorio\\_2024\\_de\\_Mortes\\_Violentas\\_de\\_LGBT-release-20-jan.-2024.pdf](https://grupogaydabahia.com.br/wp-content/uploads/2025/01/Observatorio_2024_de_Mortes_Violentas_de_LGBT-release-20-jan.-2024.pdf)

Natividade, M., & Oliveira, L. (2009). Sexualidades ameaçadoras: Religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, (2), 121–161. <https://www.sexualidadesaludysociedad.org>

Nery, J. W., & Maranhão Filho, E. M. de A. (2017). Deslocamentos subjetivos das transmasculinidades brasileiras contemporâneas. *Revista Periódicus*, 1(7), 280–299. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i7.22279>

Neuman, W. L. (2014). Social research methods: Qualitative and quantitative approaches (7<sup>a</sup> ed.). Pearson Education, Inc.

Neves, S., & Nogueira, C. (2005). Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 408–412. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000300015>

Nogueira, C. (2017). Interseccionalidade e psicologia feminista. Salvador: Devires.

Nogueira, M. L.. (2019). Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saúde E Sociedade*, 28(3), 309–323. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180783>

Novaes, H. M. D. (2004). Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, S147–S157. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800002>

Oliveira, F. M. R. L., Dantas, A. M. N., Gomes, G. L. L., Santos-Rodrigues, R. C. dos , Albuquerque, F. K. O. de , & Barbosa, K. T. F.. (2023). Vulnerabilidade programática sob a perspectiva de profissionais e pessoas idosas LGBTQIA+: uma revisão de escopo. *Saúde Em Debate*, 47(spe1), e9073. <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19073P>

Parker, R., Monteiro, S., & Villela, W. (2013). Estigma e saúde. Editora Fiocruz.

Paredes, H. D. M. T., Cezar, L. S., & Azevedo, N. L. de. (2024). Mulheres transexuais vivenciando a violência social e a falta de acesso aos direitos humanos: uma revisão sistemática em teses e dissertações (2012-2022). *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(3), e5907. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.3-362>

Passos, I. C. F. (2019). A Análise Foucaultiana do Discurso e sua Utilização em Pesquisa Etnográfica. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 35, e35425. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35425>

Paulino, D. B., Rasera, E. F., & Teixeira, F. do B. (2019). Discursos sobre o cuidado em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180279. <https://doi.org/10.1590/Interface.180279>

Pelisoli, C., Sacco, A. M., Barbosa, E. T., Pereira, C. de O., & Ceconello, A. M.. (2014). Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 31(2), 225–235. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000200008>

Pereira, Á. A. C., Cunha, C. L. F., Alvarenga, E. C., Lemos, M., Bastos, M. do S. C. B. de O., Silva, K. L. da, & Sá, N. N. B. de. (2023). Precarização do trabalho de enfermeiras: Uma análise na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Trabalho, Educação e Saúde*, 21, e02311227. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2311>

Pereira, A. O. (2018). O que é lugar de fala? *Revista Educação e Políticas em Debate*, 36(72), 153–156. <https://doi.org/10.34112/2317-0972a2018v36n72p153-156>

Pereira, T./ Mann, T. (2023). (Auto)bixar-grafias: quando dizer e/u é trans-tornar o cistema [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Santa Cruz]. <https://www.biblioteca.uesc.br/acervo/82048>

Perucchi, J., Brandão, B. C., Magno, C., Berto, G., Rodrigues, F. D., & Augusto, J. (2014). Brazil's Unified Health System (SUS) and its treatment for transgender people. *Psychology*, 5(9), 1090-1094. [https://www.scirp.org/pdf/PSYCH\\_2014072413395355.pdf](https://www.scirp.org/pdf/PSYCH_2014072413395355.pdf)

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. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100005>

Pombo, M. F. (2017). Desconstruindo e subvertendo o binarismo sexual: apostas feministas e queer. *Revista Periódicus*, 1(7), 388–404. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i7.21786>

Preciado, P. B. (2022). *Manifesto contrassexual: Práticas subversivas de identidade sexual* (1<sup>a</sup> ed.). Editora Zahar.

Prefeitura de Juiz de Fora. (2021, julho 20). População. Prefeitura de Juiz de Fora. Disponível em <https://pjf.mg.gov.br/cidade/populacao.php>

Pompeu, S. L. E., & Souza, E. M. de .. (2019). A discriminação homofóbica por meio do humor: naturalização e manutenção da heteronormatividade no contexto organizacional. *Organizações & Sociedade*, 26(91), 645–664. <https://doi.org/10.1590/1984-9260912>

Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS).  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

Portaria n. 2.836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)

Poupart, J., Deslauriers, J., Groulx, M., Laperrière, G., Mayer, C., & Pires, L. (2014). A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos (4<sup>a</sup> ed.). *Editora Vozes*.

Prada, M. (2018). *Putafeminista* (Prefácio de Amara Moira; Apresentação de Adriana Piscitelli). *Veneta*.

Raimundo, J. S., & da Silva, R. B. (2020). Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Primária em Saúde no Brasil. *Revista Mosaico*, 11(2), 109–116. <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>

Rawls, J. (2011). Liberalismo político (Á. de Vita, Trad.). *WMF Martins Fontes*.

Rodrigues, T. F. Gênero, bem-estar social e saúde das mulheres. Virginia Dresch, 27. In. Curi, Paula Land; Dresch, Virginia; Jashar, Paloma L. R. Saúde das mulheres em perspectiva: feminismos interseccionais, decoloniais e cuidados / Paula Land Curi, Virginia Dresch e Paloma L R Jashar. Prefácio de Ana Lúcia Abrahão. – São Paulo: *TikiBooks*, 2024.

Rothenburg, W. C. (2016). Liberdade religiosa no multiculturalismo. *IUS GENTIUM*, 7(1), 40–71. <https://doi.org/10.21880/ius.gentium.v7i1.232>

Saffer, D. A., Mattos, L. V., & Rego, S. R. de M. (2020). Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde em Debate*, 44(spe1), 147–159. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S113>

Santos, B. de S. (2004). Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as Ciências revisitado (2<sup>a</sup> ed.). *Cortez*.

Sena, R. R. de ., & Silva, K. L.. (2007). Políticas e práticas de saúde rumo à eqüidade. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 41(spe), 771–776. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500005>

Silva, A. de C. A. da, Alcântara, A. M., Oliveira, D. C. de, & Signorelli, M. C. (2020). Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis

e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190568. <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>

Silva, B. A. de A., Josephine, K., & Nejaim, A. C. B. L. (2023). Ideologia de gênero como estratégia política no Brasil: Gêneros e sexualidades em disputa na agenda parlamentar conservadora. *Confluências*. <https://periodicos.uff.br/confluencias/index>

Silva, J. L. S. da. (2022). *Cidade pra quem? Reflexões sobre o espaço urbano e a LGBTQIfobia no contexto juiz-forano* (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Geografia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora). Repositório UFJF. <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/15899>

Silva, M. H. da, Pimentel, M. M. C., Nogueira, L. T., & Teixeira, D. de A. (2023). A atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde referente à classificação de risco através do sistema de triagem de Manchester. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 2(1). <https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/view/680>

Silveira, Neto, Weiss e Araújo, 2021 Silveira, F. B. de C. A., Lira Neto, J. C. G., Weiss, C., & Araújo, M. F. M. de .. (2021). Associação entre a violência comunitária e no local de trabalho e a qualidade do sono de profissionais da saúde: estudo transversal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5), 1647–1656. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04522021>

Silva, G. W. S., et al. O dito e o feito: o enfermeiro e o saber/fazer saúde para travestis. Rev. Enferm. UFPE on line, *Pernambuco*, p. 3347-57, 2014.

Simas, P. R. P., & Pinto, I. C. de M.. (2017). Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1865–1876. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.01532017>

Soares, J. N. F., Oliveira, E. M., Suto, C. S. S., Jesus, M. E. F. de, Batista, A. C. de S., Pegoraro, V. A., & Bampi, L. N. da S. (2023). Saúde e discriminação no processo de envelhecimento LGBTQIA+. *REVISA*, 12(1), 219–230. Recuperado de <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/193>

Silva, C. F., Alves, H. L. C., Magalhães, B. C., Silva, M. O., Tavares, N. B. F., & Albuquerque, G. A. (2017). Sobre(viver) é preciso: A diversidade de gênero no acesso aos serviços de saúde. *Revista Gênero*, Universidade Federal Fluminense. <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/47048>

Souza, C. C. C. (2015). Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil: do estado de coisas ao problema político. *VII Jornada Internacional de Políticas Públicas*. <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo7/politicas-publicas-para-populacao-lgbt-no-brasil-do-estado-de-coisas-ao-problema-politico-.pdf>

Souza, H. A., & Bernardo, M. H. (2019). Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44, e26. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>

Souza, L. K. de. (2020). Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. *PSI UNISC*, 4(1), 52–66. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500>

Tanis, B., & Berliner, C. (2021). O infantil: Suas múltiplas dimensões. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 55(1), 63–83. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2021000100006&lng=pt&tlang=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2021000100006&lng=pt&tlang=pt)

Tavares, R. C. de L., & Sousa, R. do S. N. de. (2022). Discursos sobre a criminalização da homofobia e da transfobia no portal de notícias *O Antagonista*. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, 61(2), 419–434. <https://doi.org/10.1590/010318138666170v61n22022>

Tesser, C. D., Poli Neto, P., & Campos, G. W. S. (2010). Acolhimento e (des)medicalização social: Um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl. 3), 3615–3624. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>

Teixeira, A. de J. M. (2023). ANÁLISE DISCURSIVA DA HOMOFOBIA CORDIAL NO ETHOS RELIGIOSO DE BRUNA KARLA. *Revista Contemporânea*, 3(9), 13518–13544. <https://doi.org/10.56083/RCV3N9-007>

Teixeira, F. do B., Paulino, D. B., Raimondi, G. A., Crovato, C. A. dos S., & Prado, M. A. M.. (2018). Entre o segredo e as possibilidades do cuidado: (re)pensando os silêncios em torno das narrativas das travestis sobre HIV/AIDS. *Sexualidad, Salud Y Sociedad (rio De Janeiro)*, (29), 373–388. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.17.a>

Tiburi, M. (2018, julho). A funcionalidade da «ideologia de gênero» no contexto político e econômico brasileiro. *Nueva Sociedad*. <https://nuso.org/articulo/funcionalidade-da-ideologia-de-genero-no-contexto-politico-e-economico-brasileiro/> ISSN: 0251-3552

Trevisan, J. S. (2018). Devassos no paraíso: A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade (4<sup>a</sup> ed.). *Objetiva*.

Urzêda-Freitas, M. T. de .. (2023). O dizer como enquadre de guerra: masculinidades bélicas e letramentos pós-identitários no Brasil contemporâneo. *Revista Brasileira De Linguística Aplicada*, 23(2), e18080. <https://doi.org/10.1590/1984-6398202218080>

Vicari, T., Lago, L. M., & Bulgarelli, A. F. (2022). Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva

da Análise Institucional. *Saúde em Debate*, 46(132), 135–147. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213209>

Vieira, V.H. (2025). Afeminação, viadagem e futebol LGBTQIAPN+. *Debate Feminista*, 69, 105–130. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2025.69.2458>

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203–220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

Vilaça, M., Dias, M. C., & Oliveira, F. A. G. de .. (2023). Pessoas trans, travestis e direitos transumanos: o caso da liberdade morfológica. *Saúde Em Debate*, 47(spe1), e8153. <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18153P>

Zancan, J. A., & Canan, S. R. (2023). Política nacional de humanização e gestão em saúde: marcos legais. *Revista Gestão & Saúde*, 14(2), 188–201. <https://doi.org/10.26512/rgs.v14i2.47703>

## **APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE DADOS: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- 1 - Qual o seu cargo e função nesta unidade de saúde?
- 2 - Há quanto tempo trabalha aqui?
- 3 - Quando você se formou?
- 4 - Desde que iniciou seu trabalho na unidade, você fez alguma formação? Se fez, qual?
- 5 - Na sua percepção, como se dá o acolhimento nos serviços desta UBS? Como este se organiza?
- 6 - Como se dá a acolhida à população LGBTQIA+ que procuram a UBS?
- 7 - Neste sentido, quais são os profissionais e serviços mais requisitados por esses usuários?
- 8 - Leia este trecho em voz alta, por favor. “Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior”. Então, a partir de sua leitura, como você percebe a equidade no dia a dia do serviço aqui na unidade?
- 9 - Quais os serviços ofertados à comunidade, num contexto coletivo ou de grupo?
- 10 - Nestes serviços ofertados comunitariamente, as questões de gênero são abordadas? Como?

**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E INFRAESTRUTURA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA**

**Juiz de Fora**  
Secretaria de Saúde



Subsecretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde  
Supervisão de Educação Permanente e Integração Ensino Serviço em Saúde

**DECLARAÇÃO**

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada **“O acolhimento na Atenção Básica: repertórios de violência perpetradas à população LGBTQIA+ e aos trabalhadores da saúde”** a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Arthur de Paula Ribeiro; e DECLARAMOS que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 08 de agosto de 2024

Lívia C.B.K.P. Silva Dalilla Cintra Barbosa Fenton

Lívia Carolina Braga Kapel Perez Silva  
Gerente do Departamento de Programas e  
Ações de Atenção à Saúde - SSAS/SS/PJF

Dalilla Cintra Barbosa Fenton  
Supervisora de Educação Permanente e  
Integração Ensino Serviço em Saúde -  
DPAAS/SSAS/SS/PJF

## ANEXO B – PARERCER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O acolhimento na Atenção Básica: repertórios de violências perpetradas à população LGBTQIA+ e aos trabalhadores da saúde

**Pesquisador:** ARTHUR DE PAULA RIBEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 82727824.6.0000.5147

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Psicologia (UFJF)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.185.426

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 03/03/2025.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 25 de Outubro de 2024