



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA**

**O ACESSO LGBTQIA+ À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:**  
**INTERSECCIONALIDADE EM OFICINAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**RECIFE**

**2025**

**ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA**

**O ACESSO LGBTQIA+ À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:  
INTERSECCIONALIDADE EM OFICINAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.  
**Linha de Pesquisa:** Processos Psicossociais, Poder e Práticas Coletivas.

**Orientador:** Prof. Dr. Wanderson Vilton Nunes da Silva

**RECIFE**

**2025**

ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA

**O ACESSO LGBTQIA+ À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:  
INTERSECCIONALIDADE EM OFICINAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Wanderson Vilton Nunes da Silva (Presidente - Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jaileila de Araújo Menezes (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Marcos Ribeiro Mesquita (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Alagoas

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Silva, Erivanderson Ferreira Santos.

O acesso LGBTQIA+ à saúde na atenção básica:  
interseccionalidade em oficinas com profissionais de saúde /  
Erivanderson Ferreira Santos Silva. - Recife, 2025.  
134f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco,  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia, 2025.

Orientação: Wanderson Vilton Nunes da Silva.

Inclui referências, anexos e apêndice.

1. LGBTQIA+; 2. Interseccionalidade; 3. Saúde; 4.  
Profissionais; 5. Oficinas. I. Silva, Wanderson Vilton Nunes da.  
II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

*Dedico essa dissertação para todas/os/es profissionais de saúde, população LGBTQIA+, e pesquisadoras/es que contribuem com as temáticas de saúde, interseccionalidade, gênero e sexualidade. Dedico especialmente para todas/os/es aquelas/es que me inspiraram e me motivaram para a esta construção. Dedico com profundo carinho para quem sempre acreditou em mim, inclusive, a mim mesmo.*

## AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos são momentos muito afetuosos para mim, visto que compreendo a dimensão do apoio e acolhimento de incontáveis pessoas na minha jornada. Seria, portanto, inevitável que aqui eu me emocionasse. Pois uma certeza eu tenho, eu não teria chegado até aqui sem tantos sorrisos, abraços, mãos estendidas, escutas e afetos. À todos em geral, fica a minha gratidão.

Inicio agradecendo à Deus, Maria, sua mãe, aos bons espíritos, aos Orixás e todas as energias positivas advindas da espiritualidade que me guiaram/guiam, protegeram/protegem, e me auxiliaram a chegar onde estou.

De uma forma geral, agradeço a toda minha família, aqueles que estão vivos, e aos que já partiram para uma outra dimensão. Cada um do seu jeito e de sua forma, contribuíram para que eu chegasse onde cheguei. Muitos foram os percalços, mas sempre tive alguns comigo, tal como, a minha mãe, Sylvia (O nome é Severina, mas ela prefere Sylvia); minha tia e madrinha, Ló (Felismina, e igualmente prefere o nome LÓ); minha avó, Maria José; meu irmão, Sanderson; minha tia e madrinha, Lúcia; meu tio e padrinho Inaldo; Minha tia, Ana; meu tio, Elias; Meus primos: André, Flávio, José Elias e Júnior; Minhas Primas: Elisana, Flávia, Gabriela, e Mariana. Minha prima e comadre, Cintia; Minha prima de coração, Luana. e Luíz. Meus priminhos e priminhas, Maria Clara, Bruno, Pedro, Melina, João Víctor, e Ruben. Em especial, minha priminha e afilhada, Isabella. E ao meu ex-padrasto, Eduardo; minha também afilhada, Jaci. Agradeço por todo apoio, por todo afeto, por todo carinho e confiança. Para mim, é uma honra ser o primeiro da família a chegar no mestrado.

E como membro da minha família, de forma muito especial, agradeço a minha cachorrinha, uma salsichinha muito amorosa, a Estrela Maria Kimberly Dumbledore Ferreira, por sua toda disponibilidade nos meus dias mais felizes e tristes, por me apresentar um amor diferente, ao qual nunca tinha vivenciado. Gostaria que você fosse eterna, minha filha, mas como não é, só me comprometo em ser o melhor pai em todos os seus dias.

Ao longo da minha vida acadêmica, pessoal, profissional e espiritual, eu tive a oportunidade de cruzar o caminho com muitas pessoas positivamente significativas. Uma delas foi Letícia, que esteve comigo em muitos e intensos momentos, e nunca me permitiu que me sentisse sozinho, construindo não apenas uma relação de amizade, mas de amor genuíno.

Preciso fazer um agradecimento muito especial para meu amigo, colega de graduação, futuro colega de doutorado, visto que já estamos aprovados, o prof. Doutor e ser humano incrível, Danilo Mamede. Que sempre esteve comigo, perto ou longe.

Sou grato também às minhas amigas e irmãs espirituais, Karen e Carol Carvalho, com quem sempre pude contar, e expressar as trocas de afetos. À minha amiga Jamylly Mikaelly, que como uma irmã sempre me acompanhou em minhas jornadas, desde a 5ª série. À minha também amiga Karol Monteiro, com quem sempre pude sentir o afeto de uma amizade genuína. À Márcio Roberto, Mislaine Christine, Marcos Melo, Bianca Pereira, Rômulo Marques, Susa Emmanuele, Carol Araújo, Juliana Silva, Alexandre Santos que são amigas/os e irmãos/ãos que a vida me deu.

Um agradecimento especial para Guilherme Brandão, que sempre me escutou, acolheu e auxiliou na minha jornada acadêmica, pessoal e profissional. Bárbara Amorim e João Braz que são meus guias espirituais na terra, e amigos de longa data.

Agradeço às minhas amigas e aos meus amigos que conheci graças ao EJC, do meu grupo PNSW, Admilton Moraes, Felipe Neirone, Eduarda Calaça e Letícia Sousa. Além das demais pessoas de outros ciclos e grupos, de uma forma muito especial Suelen Dayane, Beatriz Roseno, Evellyn Monteiro, Anniele Kelly, Irislaine Ferreira, Jemerson Josemar, Talyson Oberto, Cristovão Calaça, Guilherme Mamute, Jainara Souza, Clara Souza.

Maceió é uma cidade que me trouxe muitos presentes em forma de pessoas, e sou extremamente grato a todas e todos que passaram e estão contribuindo para eu chegar até aqui. Edilson Araújo e Micaelle Mércia são dois amigos que seguraram minha mão e sempre me mostraram que eu nunca estaria sozinho. Vanessa Ferry é um exemplo de ser humano, alguém que eu quero levar e guardo comigo para uma vida inteira, sua humanidade é singular.

Agradeço a Sayonara por cada ligação, afeto, reciprocidade, por ser uma amiga que não tenho palavras, apenas uma infinidade de emoções e afetos. E ao Josemir que com quem sempre pude contar, estando perto ou longe.

Deixo meu carinho, gratidão e afeto para Italo Souza, Cláudia Edlaine, Jefferson Araújo e Agatha Santos, que através de muitas alegrias, compreensões e acolhimentos, se construíram de forma muito significativa na minha vida. Acrescento também Taynara Laizza e Roberta Estevam, que estiveram comigo em momentos importantes. As minhas amigas e amigo, que além de serem parceiros de caminhada profissional, se tornaram pessoas importantes para mim, Camila França, Gabriela Almeida, Kamilla Pontes e Roberto Bezerra.

Durante a graduação pude conhecer e me aproximar de pessoas que tenho a honra de chamar de amigos, que me ajudaram e sempre me acolheram, com muito carinho, Aryelle

Patrícia, Joicy Santos, Filipe Codeceira, Amanda Freitas, Letícia Figueiredo, Catarina Ramos entre outras/os. Agradeço também a Kelly Kilma, que eu conheci no período de estágio.

Não poderia deixar de agradecer a três pessoas que ocuparam um lugar simbólico na minha vida, Wagner Bourbon, Alina Coriolano, e Raíza Lins, que através de bons papos, boas energias, acolhimentos, afetos e muitas tardes de jogos, me proporcionaram forças para toda a jornada.

Quando entrei no mestrado foi tudo muito novo, mas pude contar com pessoas que me auxiliaram na minha jornada pessoal, acadêmica e profissional. Destaco de forma significativa, Shayane Fonseca, que segurou minha mão e me guiou em momentos difíceis. Thomas Joaz, Daniela Leal e Gabrielly Melo, que sempre com muita atenção e afeto, estiveram comigo em diversas situações.

Agradeço com muito carinho a Jade Sarmento, Letícia Moura, Larissa Canel, Deborah Albuquerque, Ajò Nasidí e Stefanny Paula por me receberem com muito afeto e carinho em suas jornadas, e caminharem comigo, construindo memórias.

Agradeço a Wanderson Vilton, que, como meu orientador contribuiu com relevantes intervenções técnicas, proporcionando o meu desenvolvimento acadêmico. De forma muito sábia, me auxiliou na maturação das ideias para a construção desta dissertação. E me impulsionou dentro dos caminhos científicos.

Agradeço também a banca examinadora Jaileila e Marcos, que acompanharam meu trabalho desde a qualificação, e trouxeram pontuações extremamente importantes, enriquecendo minha dissertação. Além de agradecer também pela disponibilidade para estas contribuições.

Agradeço de maneira ampla à todas/os/es minhas/meus alunas/os/es que me permitiram colaborar para suas jornadas acadêmicas e profissionais, e em alguns casos, pessoais. Aqui preciso agradecer também por tudo que aprendi em sala de aula, pois engana-se quem acredita que na sala de aula só o professor ensina, em especial as turmas do 4º período noite (em 2024.2), 8º período (em 2024.2), turma Derby, Turma Graças, Turmas do 3ª período (em 2025.1), e às ligas acadêmicas (LAPHOSP e LASAMBEL).

Agradeço também as pessoas que conheci no caminho da docência, Rayane Dantas, Emmanuel Lucena, Arianna Paula, Livia Antunes, Juliana Nogueira, Daniella Lima, Rodrigo Lira (também da época da graduação), Renatha Costa, Deyglis Fragozo, Pollyana Pimentel, Raphael Dantas e todas as demais pessoas que me atravessaram nessa jornada.

Agradeço a mim, por ter me mantido firme diante de tantas adversidades e desafios, por ter mantido o foco, e acreditado em mim mesmo para seguir. Agradeço a mim por ser o

meu amigo e me compreender quando precisei, por me abraçar, e reconhecer dentro da minha história, os desafios vivenciados e as possibilidades a serem alcançadas.

Deixo esse agradecimento para todas/todos/todes citadas aqui ou não, mas que de alguma forma tenham participado positivamente da minha vida.

*“Não precisamos destruir os colonialistas. Deixemos que vivam, desde que vivam com o sol deles e não venham roubar o nosso sol ou o nosso vento. O mundo é grande e tem lugar para todo mundo. O mundo é redondo exatamente para as pessoas não se atropelarem”. - Nego Bispo*

## RESUMO

Essa dissertação tem como objetivo geral problematizar os discursos de profissionais de saúde relacionados ao acesso da população LGBTQIA+ à Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na Atenção Básica do município de Jaboatão dos Guararapes (PE). Esta população e demais orientações sexuais e identidades de gênero (LGBTQIA+), distintas da heterossexualidade, vivenciou durante anos a invisibilização e o silenciamento. Possui necessidade de saúde, e tem direitos que precisam ser assegurados. Quando adentramos o campo da saúde, encontramos a Atenção Básica à Saúde como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), nela há profissionais de diversas categorias que atendem uma diversidade de usuárias/os/es, entre estas/es, está inclusa a população LGBTQIA+. Esse contato direto demanda conhecimento para além de um único marcador social, neste caso, de gênero e sexualidade, o que requer também a compreensão de outros marcadores, tais como, raça, idade, religião e etc. Esta visão é abordada pela interseccionalidade como epistemologia que promove uma abordagem analítica em que cada pessoa ou grupo social é atravessada por mais de um marcador social. As/Os profissionais conhecerem as distintas categorias sociais promove a garantia de direitos e a efetividade de políticas públicas. Esta dissertação caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa descritiva e exploratória, se utilizando da interseccionalidade enquanto viés teórico-epistemológico. Adotamos as oficinas como metodologia de pesquisa intervenção: foram construídas quatro oficinas com profissionais de saúde em torno da temática do acesso à saúde de pessoas LGBTQIA+. Participaram das oficinas 12 profissionais de saúde de diferentes categorias e níveis de escolaridade, atuantes e com vínculo ativo na Atenção Básica do Município de Jaboatão dos Guararapes. Os resultados demonstraram que as/os profissionais de saúde possuem abertura e interesse em compreender mais sobre a temática LGBTQIA+ e suas particularidades, entretanto, ainda apresentam lacunas sobre algumas informações que caracterizam este público, evidenciando uma necessidade de formações, e novas abordagens de produções de conhecimentos que produzam aprendizagens facilitadoras do acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde.

**Palavras-Chave:** LGBTQIA+; Interseccionalidade; Saúde; Profissionais; Oficinas.

## ABSTRACT

The general objective of this dissertation is to problematize the discourses of health professionals related to the access of the LGBTQIA+ population to the National Comprehensive Health Policy for lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals in Primary Care in the municipality of Jaboatão dos Guararapes (PE). This population and other sexual orientations and gender identities (LGBTQIA+), distinct from heterosexuality, have experienced invisibility and silencing for years. They have health needs and rights that need to be ensured. When we enter the health field, we find Primary Health Care as the main gateway to the Unified Health System (SUS), in which there are professionals from different categories who serve a diversity of users, among these, the LGBTQIA+ population is included. This direct contact demands knowledge beyond a single social marker, in this case, gender and sexuality, which also requires understanding other markers, such as race, age, religion, etc. This view is addressed by intersectionality as an epistemology that promotes an analytical approach in which each person or social group is crossed by more than one social marker. Professionals knowing the different social categories promotes the guarantee of rights and the effectiveness of public policies. This dissertation is characterized as a descriptive and exploratory qualitative research, using intersectionality as a theoretical-epistemological bias. We adopted workshops as an intervention research methodology: four workshops were constructed with health professionals around the theme of access to health for LGBTQIA+ people. Twelve health professionals from different categories and levels of education, active and with active links in Primary Care in the Municipality of Jaboatão dos Guararapes, participated in the workshops. The results demonstrated that health professionals are open and interested in understanding more about the LGBTQIA+ theme and its particularities, however, they still have gaps in some information that characterizes this public, highlighting a need for training and new approaches to knowledge production that produce learning that facilitates the LGBTQIA+ population's access to health services.

**KEY WORDS:** LGBTQIA+; Intersectionality; Health; Professionals; Workshops.

## Lista de Imagens

<b>Imagem 1 -</b>	Fluxograma do desenho da pesquisa	<b>49</b>
<b>Imagem 2 -</b>	As bandeiras das comunidades LGBTQIA+	<b>61</b>
<b>Imagem 3 -</b>	Sala onde foi realizada a oficina	<b>68</b>
<b>Imagem 4 -</b>	Mesa com o coffee break da oficina 1	<b>69</b>
<b>Imagem 5 -</b>	Atividade com as bandeiras do grupo 1	<b>75</b>
<b>Imagem 6 -</b>	Atividade com as bandeiras do grupo 2	<b>75</b>
<b>Imagem 7 -</b>	Atividade com as bandeiras do grupo 3	<b>76</b>
<b>Imagem 8 -</b>	Cartaz Vivencial	<b>81</b>
<b>Imagem 9 -</b>	Coffee Break	<b>82</b>
<b>Imagem 10 -</b>	Produção de notícias 1	<b>97</b>
<b>Imagem 11 -</b>	Produção de notícias 2	<b>98</b>
<b>Imagem 12 -</b>	Produção de notícias 3	<b>99</b>
<b>Imagem 13 -</b>	Produção de notícias 4	<b>100</b>
<b>Imagem 14 -</b>	Coffee Break 2	<b>101</b>

**Lista de Quadros e Gráficos**

<b>Quadro 1 -</b>	Tipos de Homofobia	<b>28</b>
<b>Quadro 2 -</b>	Objetivos Específicos e Diretrizes da PNSILGBTQIA+	<b>38</b>
<b>Quadro 3 -</b>	Frases utilizadas na atividade da oficina 2	<b>63</b>
<b>Gráfico 1 -</b>	Números de participantes nas oficinas	<b>65</b>
<b>Gráfico 2 -</b>	Referente às respostas das frases 1 a 16 do quadro 3	<b>78</b>
<b>Gráfico 3 -</b>	Referente às respostas das frases 7 a 12 do quadro 3	<b>79</b>
<b>Gráfico 4 -</b>	Referente à incidência das doze respostas da Oficina 2	<b>83</b>
<b>Gráfico 5 -</b>	Referente à incidência das doze respostas da Oficina 2	<b>84</b>

### Lista de Abreviaturas e siglas

**AB:** Atenção Básica;

**ACS:** Agentes Comunitárias/os/es de Saúde;

**CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa;

**CF/88:** Constituição Federal de 1988;

**CREPOP:** Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas

**EPS:** Educação Permanente em Saúde;

**LGBT:**<sup>1</sup> Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros;

**LGBTQIA+:** Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexos, Assexuais e todas as demais orientações sexuais e identidades de gênero não especificadas distintas da heterossexualidade;

**OMS:** Organização Mundial de Saúde;

**PNAB:** Política Nacional da Atenção Básica;

**PNH:** Política Nacional de Humanização;

**PNSILGBTQIA+:** Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;

**SUS:** Sistema Único de Saúde;

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

**UBS:** Unidade Básica de Saúde.

**USF:** Unidade de Saúde da Família.

---

<sup>1</sup> Aqui utilizarei a sigla LGBTQIA+ por ser mais inclusiva as diferentes orientações sexuais e identidades de gênero, no entanto, em alguns momentos do texto a sigla LGBT é utilizada também se direcionando para toda população LGBTQIA+.

<b>APÊNDICE A - ROTEIROS DAS OFICINAS</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO D - PARECER DE APROVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP</b>	<b>130</b>

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1 Implicações com a pesquisa.....	21
1.2 Diversidade.....	22
<b>2 A SAÚDE DOS CORPOS LGBTQIA+: vivências (multi)atravessadas.....</b>	<b>27</b>
2.1 Os corpos LGBTQIA+ e os seus direitos.....	30
2.1.1 A Constituição Federal de 1988.....	30
2.1.2 A cidadania como fundamento Constitucional a partir de 1988.....	31
2.1.3 A dignidade da pessoa humana outro fundamento Constitucional.....	32
2.1.4 Objetivos Fundamentais da CF/88 e os corpos LGBTQIA+.....	33
2.2 Corpos LGBTQIA+: diálogos com as políticas públicas de saúde.....	34
2.2.1 Políticas Públicas de Saúde e os corpos LGBTQIA+.....	35
2.2.2 Política de Saúde LGBTQIA+.....	37
2.2.3 Política Nacional de Humanização.....	39
2.2.4 Política Nacional da Atenção Básica.....	40
2.3 Os corpos sociais.....	41
<b>3 TECENDO A METODOLOGIA: um diálogo entre a epistemologia e o método.....</b>	<b>48</b>
3.1 A interseccionalidade : epistemologia e método analítico.....	50
3.2 O olhar para o acesso à saúde.....	54
3.2.1 Local da pesquisa:.....	57
3.2.2 O uso de Oficinas enquanto viés metodológico.....	58
3.2.3 Procedimentos para a construção e organização de dados.....	60
3.2.4 Aspectos Éticos.....	64
3.2.5 Amostra de Participantes:.....	64
3.2.6 Convite aos participantes.....	66
<b>4 A TEMÁTICA LGBTQIA+ E AS VIVÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: a prática e os encontros com os marcadores sociais.....</b>	<b>67</b>
4.1 A primeira oficina.....	67
4.2 A segunda oficina.....	74
4.3 Discussão ampliada da primeira e da segunda oficinas.....	83
<b>5 DIÁLOGOS INTERSECCIONAIS E A PRÁTICA NA SAÚDE.....</b>	<b>95</b>
5.1 A terceira oficina.....	95
5.2 A quarta oficina.....	101
5.3 Discussão ampliada da terceira e quarta oficinas.....	108
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>113</b>
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>116</b>
APÊNDICE - A - ROTEIROS DAS OFICINAS.....	121
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	123
ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DE JABOATÃO DOS	

GUARARAPES.....	127
ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO.....	129
ANEXO D - PARECER DE APROVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP.....	130

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente a população cuja orientação sexual e identidade de gênero difere da lógica heteronormativa - quem se identifique como Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Queer, Intersexuais, Pansexuais e outras (LGBTQIA+) -, vive de forma a superar violações de direitos, associadas ao seu acesso, inclusive no campo da saúde. Essa população invisibilizada e marginalizada socialmente, passou a ganhar maior espaço na saúde brasileira a partir da epidemia do HIV/AIDS nas décadas de 1980 e 1990, devido a relação, aos poucos evidenciadas como equívoco, marcada por uma série de preconceitos. Com isto, a população LGBTQIA+<sup>2</sup> pôde visibilizar suas lutas por direitos em espaços políticos, especialmente nas políticas públicas (Nascimento, 2022)<sup>3</sup>.

No Brasil, a saúde pública ganhou força para a sua atual estruturação a partir do final da década de 1980, *com o presidente José Sarney*. Com isto, destacar alguns direitos apresentados na legislação, como na Constituição Federal de 1988, contendo 5 artigos direcionados para a saúde (196 ao 200), em que em seu artigo 196 afirma que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, artº 196).

A Constituição Federal de 1988 sinaliza um importante marco para o Sistema Único de Saúde (SUS), a compreensão de um sistema pautado no princípio da universalidade, afirmando que a saúde é um direito para todas/es/os. Essa perspectiva também demanda dos dispositivos de saúde nas políticas públicas uma melhoria para atender todas/es/os que precisarem. No entanto, garantir o direito à saúde para toda a população ainda é um desafio político (Vieira; Benevides, 2016).

A saúde não é vista como um antônimo de doença, em que a oferta e o acesso a serviços médicos e hospitalares por si só bastariam para garanti-la, mas é compreendida em seu contexto econômico e social, havendo o reconhecimento de

---

<sup>2</sup> Em acordo com a Portaria 74, de 28 de junho de 2023, durante o mandato presidencial do presidente Lula, que foi publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), utilizarei a sigla LGBTQIA+ para me referir à população de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, intersexos, assexuais e outras. Esta portaria foi divulgada em diálogo com o Decreto Presidencial nº 11.471, publicado em 6 de abril de 2023, que instituiu o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras, recebendo a sigla: CNLGBTQIA+ no âmbito do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (CFP, 2023).

<sup>3</sup> Ao longo do texto vou pontuando quem presidia o Brasil no momento histórico, por compreender como relevante para a pesquisa demarcar o lugar político histórico de alguns acontecimentos e da legislação.

que existem outros fatores que condicionam o estado de bem-estar e de saúde dos indivíduos, e que, portanto, é preciso que o Estado formule e implemente políticas econômicas e sociais para garantir os direitos previstos (Vieira; Benevides, 2016, p. 4).

Além da Constituição Federal, o arcabouço legal no contexto da saúde possui algumas leis que dispõem sobre a garantia dos direitos da população LGBTQIA+ como a Lei 8080 de 1990, *ano em que Fernando Collor de Mello presidiu o Brasil*, que em seu artigo 7º e inciso I diz que o SUS deve ter como uma de suas diretrizes a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” e complementa em seu inciso IV com outra diretriz, na qual o SUS deve garantir “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (Brasil, 1990, p. 03).

A lei 8080/90 também em seu artigo terceiro, os determinantes e condicionantes de saúde. Ou seja, fatores e condições sociais que influenciam no processo de saúde-doença, enfatizando que a saúde está para além da ausência de doença. O próprio SUS propõe como um de seus objetivos a identificação e divulgação destes fatores. Para efeito da lei, são considerados determinantes e condicionantes: “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990, p.01).

Em 2011, *no fim do segundo mandato do governo de Lula e início do primeiro mandato de Dilma enquanto presidenta do Brasil*, através da Portaria nº 2.836, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIA+ no SUS. Esta aborda os direitos desta população, bem como, norteia os serviços de saúde e as/es/os profissionais envolvidas/es/os para a prática de saúde.

A psicologia ocupa espaço nesta construção a partir da compreensão acerca da necessidade de se pensar/cuidar das questões de gênero e sexualidade, entendendo que estas demandas constroem subjetividades. O Conselho Federal de Psicologia lançou, em 28 de junho de 2023, *A Cartilha de Referências Técnicas Para Atuação De Psicólogas, Psicólogos e Psicólogues em Políticas Públicas para População LGBTQIA+*, uma cartilha que orienta a prática profissional da psicologia abordando tanto o contexto histórico, como conceitos importantes. Enfatiza em seu texto que:

Compreende-se, por exemplo, que o direito ao pleno exercício da sexualidade e à autodeterminação de gênero faz parte de nossa saúde mental. Portanto, cabe à(o) profissional de Psicologia primeiramente compreender essa produção social das expressões das sexualidades e do gênero (CFP, 2023, p.23).

Também é importante aqui conceituarmos dois pontos. Neste documento, o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP)<sup>4</sup> aborda as orientações sexuais como “a definição dos objetos de desejo” (CFP, 2023, p.35) e o conceito de identidade de gênero é apresentado como “as formas pelas quais os sujeitos se reconhecem e se identificam em termos de masculinidades e feminilidades” (p.35). Neste sentido, há um esforço em desmistificar, a partir de questões teórico-conceituais, a ideia de opção sexual que abordarei no tópico 1.2 deste projeto.

### 1.1 Implicações com a pesquisa

Neste tópico utilizarei a primeira pessoa do singular para descrever minhas implicações com a pesquisa, por se tratar de um posicionamento pessoal-político e que contém entrelaces da pesquisa com minhas vivências acadêmicas/profissionais. Venho do âmbito da formação e da prática profissional em residências de saúde.

As residências em saúde são modalidades da Pós-Graduação *lato sensu* que dentro de sua carga horária mesclam atividades práticas e teórico-práticas. Em 2019 tive um interesse por fazer residência em caráter multiprofissional, diante disso, iniciei meus estudos aprofundando o arcabouço teórico do SUS, suas legislações e políticas públicas. Em 2021 passei numa seleção de residência e ingressei, durante a especialização tive a oportunidade de atuar em diversos cenários/campos de prática profissional, sendo um deles uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na Atenção Básica.

Em meu percurso acadêmico/profissional no período em que estive na UBS tive o contato com diversos profissionais da atenção básica. Neste período inclusive houve uma formação acerca da temática LGBTQIA+, com a participação de um homem transexual. Neste dia, observei o quanto os profissionais não estavam compreendendo alguns conceitos básicos da temática e me questionei como estava o conhecimento destes/destas profissionais acerca da política de saúde LGBTQIA+, compreendendo que a sua efetividade estaria ligada ao acesso desta população ao sistema de saúde.

Além destes questionamentos, eu me coloco aqui enquanto homem, cis, gay, preto, classe média-baixa, morador de Jaboatão dos Guararapes, *cidade de Pernambuco onde*

---

<sup>4</sup> O Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) é uma iniciativa do Sistema Conselhos de Psicologia Federal e regionais, criado em 2006 para promover a qualificação da atuação de profissionais da psicologia de forma ética e política, que atuam nas diversas políticas públicas.

*acontecerá a pesquisa*, e usuário do SUS, pontos que direcionaram o meu desejo pelo tema e objeto de pesquisa, além de compreender a relevância desse estudo para a própria sociedade. Após essa breve descrição da construção de implicações com este campo de estudos no âmbito da saúde, seguirei para apresentar alguns conceitos que operamos na escrita deste projeto de pesquisa.

## 1.2 Diversidade

A diversidade de gênero e sexualidade traz consigo alguns conceitos que dialogam com esta proposta de pesquisa, por isso, vou evidenciar quatro deles aqui: Orientação sexual; Identidade de gênero; Sexo biológico e Expressão de gênero. Nestes conceitos, há subdivisões que buscam contemplar a ampla diversidade existente na população.

Antes de entrar nestas temáticas, sinto a necessidade de refletir sobre o próprio ato de conceituar. Visto que nas pesquisas diversos conceitos destacam-se e relacionam-se. Os conceitos vão ser abordados aqui como promotores de modificações de pensamentos, articulações entre conceitos. Ele também nomeará e aplicará objetos, permitindo a análise dos mesmos. Eles podem se ligar a acontecimentos, e diante disto, “o conceito, nesse sentido, é um problema, invenção de problema, à medida que permite o estabelecimento de relações” (Bernardes, 2014, p.148).

Seguindo com a temática anterior, abordarei o conceito de *sexo biológico*. Este conceito está ligado à designação realizada pela medicina no momento do nascimento de recém-nascido, ou mesmo através de exames de pré-natal que permitem visualizar imagens intrauterinas do feto durante a gestação. Esta designação médica ocorre entre outros elementos pela identificação dos órgãos genitais do feto e/ou da/o recém-nascido: aqueles corpos que apresentam pênis é designado como masculino/homem/macho, aquelas corpos com vagina são entendidas como feminino/mulher/fêmea. Importante destacar que há também pessoas que nascem com as duas genitálias, hoje são denominadas de intersexo<sup>5</sup> (Buffara, 2022).

Aqui podemos problematizar o quão reducionista é a lógica da determinação do gênero a partir do sexo biológico. Ao pensarmos que o gênero é uma construção social,

---

<sup>5</sup> Historicamente eram denominados pejorativamente de hermafroditas, no entanto, o termo que tem consolidação atualmente é intersexo.

podemos entender que o sexo biológico determinado no nascimento pode ser uma forma de tolher a fluidez que o gênero pode ter ao longo da vida do sujeito<sup>6</sup>.

Outro conceito existente é o de *orientação sexual*, compreendido como a forma com que cada ser humano direciona o seu desejo sexual e afetivo. Isto indica uma mudança quanto ao termo “opção sexual”, considerando a nova atribuição conceitual ao ato político-social-pedagógico de informar que não se trata de uma escolha, uma opção, mas de um direcionamento, uma orientação (Buffara, 2022).

*Identidade de gênero*, outro conceito, trata da forma como as pessoas se sentem, nomeiam e vivem no mundo. Judith Butler (2018) pontua que a identidade de gênero pode ser “entendida como uma relação entre sexo, gênero, prática sexual e desejo” (Butler, 2018, p.35). Esta pontuação rompe com a lógica normativa da heterossexualidade e propõe a ampliação para as demais dimensões e possibilidades que podem emergir da identidade de gênero.

E temos a *expressão de gênero*, outro conceito que está direcionado a como cada pessoa expressa o seu gênero, ou seja, com expressões socialmente vistas mais como masculinizadas, feminizadas ou ambas. O termo andrógino é utilizado por alguns autores para as pessoas que se expressam de forma a misturar tanto expressões masculinizadas, quanto feminizadas, ele “tem implícita a ideia de fusão ou mistura de marcadores estereotipicamente masculinos e femininos” (Merlini, 2022, p. 10).

O acesso é um elemento fundamental para o cumprimento efetivo e resolutividade da saúde na execução das políticas públicas. No entanto, traz consigo atores que protagonizam a sua execução, como as/es/os profissionais de saúde. A saúde pública, ao ser um direito universal, inclui todas/es/os aquelas/es que desejam e precisam ter acesso, inclusive a população LGBTQIA+. Esta construção na Atenção Básica com as/es/os profissionais envolvidas/es/os torna-se algo a ser problematizado, a fim de viabilizar a garantia desse acesso.

Diante disto, ao longo da construção desta proposta de pesquisa alguns questionamentos nortearão a problematização para guiar alguns percursos que farei.

- Como acontece o acesso de uma forma interseccional da população LGBTQIA+ na Atenção Básica de Saúde (UBS) a partir dos discursos dos profissionais de saúde de uma UBS?
- As/es/os profissionais de saúde da Atenção Básica de Saúde (ABS) conhecem a

---

<sup>6</sup> Abordarei mais este conteúdo no capítulo 1.

política de saúde da população LGBTQIA+?

- Como as/es/os profissionais de saúde constroem discursivamente sujeitos e subjetividades frente ao tema do acesso da população LGBTQIA+ à UBS?
- E o que podemos contribuir do ponto de vista científico para possíveis demandas que surjam na efetividade do acesso da população LGBTQIA+ na ABS?

Em seu corpo textual, a Política Nacional de Saúde para a população LGBTQIA+ aborda conteúdos relevantes à garantia de direitos desta população, como em seu artigo 2º que pontua os objetivos específicos da política e em seu inciso XIX refere que entre eles está: “promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS” (Brasil, 2011, p. 02).

Nascimento (2022) relata que, segundo o IBGE, em 2019, *ano em que Jair Bolsonaro entrava na presidência do Brasil*, a população que se autodeclarava LGBTQIA+ no Brasil compreendia mais de 2,9 milhões de pessoas, aqui é importante ressaltar que existem aquelas pessoas que por motivos culturais, discriminatórios, autoconhecimento, podem fazer parte desta população, no entanto, não se autodeclararam. Além disso, também segundo o IBGE, em 2019 o estado de Pernambuco ocupa o segundo lugar (junto ao Bahia e ao Ceará) no *ranking* de estados que possuem o maior índice de violência contra a população LGBTQIA+.

As políticas públicas em saúde emergem como possibilidade de uma resposta estatal diante das demandas existentes no campo da saúde. Entendem-se como possibilidades de repensar ou solucionar questões existentes e necessárias de serem reorganizadas ligadas à saúde e seus determinantes sociais em diálogo com o Sistema Único de Saúde (Manso, 2015).

Melo *et al.* (2018) pontuam que em 2006, sob a gestão de Lula na presidência do Brasil, foi publicada a primeira Política Nacional de Atenção Básica, esta passou por reformulações ao longo dos anos, recebendo duas atualizações: uma em 2011, na transição de governo de Lula para Dilma, e outra em 2017, na gestão de Michel Temer. A Atenção Básica da Saúde é definida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.

A psicologia desempenha função fundamental ao se tratar de políticas públicas de gênero e sexualidade na saúde. Portanto, “é preciso situar que a Psicologia, especialmente aquela constituída por ações atreladas às Políticas Públicas, produz um conjunto de ações estratégicas, tecnologias, instituições e saberes com vistas a responder demandas” (Galeano *et al.*, 2021, p. 98).

A LGBTQIA+fobia, se tratando de um preconceito estrutural em nossa sociedade, promove sofrimento a esta população, a psicologia deve atuar ativamente no acolhimento e na

desconstrução social de ideias como “curas ou terapias de conversão sexual”, compreendendo que “não há cura para o que não é doença” (CFP, 2023, p.36). O próprio CFP (2023) através do CREPOP reforça que:

Cabe também às psicólogas, psicólogos e psicólogues acolherem o sofrimento psíquico de gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis, queers, intersexuais, assexuais entre outras formas de expressão da sexualidade e do gênero que decorre da não aceitação social de suas orientações sexuais e/ou identidades de gênero (CFP, 2023, p. 35).

Ao lidarmos com o campo das políticas públicas em saúde, encontramos um processo com papel fundamental para o desenvolvimento das políticas, trata-se da avaliação. A avaliação em saúde faz parte de um dos componentes da gestão das políticas públicas e tem por finalidade conferir através de análises das efetividades das políticas, programas ou práticas, atribuindo competências, possíveis pontos de melhorias e identificando problemas de saúde (Vieira-da-Silva, 2014).

Pesquisar sobre política pública pode ter caráter contributivo tanto para acompanhamento da política, como para orientar possíveis aperfeiçoamentos. Além de que, neste tipo de pesquisa “[...] o objetivo pode ser a produção de conhecimento, que pode não ter um uso imediato, mas sim potencial para ser incorporado a médio ou longo prazo” (Vieira-da-Silva, 2014, p. 17).

Pereira *et al.* (2022) realizou um estudo no município de Jabotão dos Guararapes (PE), utilizando a base de dados do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) do Ministério da Saúde. Os autores concluíram que há um apagamento nos documentos acerca de informações da população LGBTQIA+, seja pelo próprio Censo do IBGE, em que não se tinha a variável da orientação sexual, seja nos registros do SINAN em que, por exemplo, nos itens referentes a ficha de notificação de violência, a orientação sexual era marcada como “não se aplica”, “outros” ou “ignorado”. Na análise do autor, isto dificulta a compreensão da realidade desta população. O estudo evidencia a necessidade de capacitação dos trabalhadores da saúde do município para o preenchimento dos dados. Aqui podemos questionar: além desta necessidade, quais outras poderiam existir na assistência em saúde em função do acesso para a população LGBTQIA+ em Jabotão dos Guararapes?

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, *durante o mandato presidencial de Lula*, é uma política que ganha espaço abordando atores sociais que se inter-relacionam e se ligam ao acesso à saúde. Segundo Passos e Panelli-Martins (2008, p. 58), tem como intuito "praticar os princípios do SUS no cotidiano da atenção e gestão em

saúde pública no Brasil, qualificando e incentivando trocas solidárias e ações humanizadas[...]”, compreendendo aqui os distintos grupos de agentes envolvidos no processo de acesso à saúde: usuárias/es/os, trabalhadoras/es e gestoras/es.

Encontrei, nas Políticas Públicas e na interseccionalidade, caminhos para repensar os atravessamentos da população LGBTQIA+, a partir da própria Política Nacional de Humanização. Na cartilha de Humanização do SUS o acolhimento é abordado como “um ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2010, p. 06).

Esta pesquisa tem como **objetivo geral** problematizar os discursos de profissionais de saúde relacionados ao acesso da população LGBTQIA+ à Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na Atenção Básica do município de Jaboatão dos Guararapes (PE).

E estes são os **objetivos específicos** desta dissertação:

- Analisar os discursos de profissionais da saúde sobre os desafios e as necessidades do acesso da população LGBTQIA+ na Atenção Básica em Jaboatão dos Guararapes;
- Identificar possíveis melhorias para aplicação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIA+ na Atenção Básica em Jaboatão dos Guararapes;
- Construir conhecimento de forma compartilhada que visem a implementação efetiva da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIA+ nas Unidades Básicas de Saúde.

Ao longo da dissertação construí quatro capítulos que dialogam acerca dos conteúdos em torno dos objetivos propostos. No primeiro capítulo, abordei as perspectivas teóricas, com temáticas relevantes acerca do corpo LGBTQIA+, trazendo vieses epistemológicos para analisarmos e interseccionalizar as vivências sociais da população LGBTQIA+. No segundo capítulo, pontuei sobre a metodologia, trazendo tanto a base teórica-epistemológica, sendo a interseccionalidade a epistemologia utilizada, quanto os métodos adotados para a construção de dados. O terceiro e o quarto capítulos são analíticos: descrevem como foram as realizações das oficinas, construindo uma analítica dos dados construídos. Por fim, traço considerações sobre a pesquisa, refletindo criticamente sobre os eixos analíticos destacados e sua contribuição para o campo das políticas públicas de saúde voltado a esta população.

## **2 A SAÚDE DOS CORPOS LGBTQIA+: vivências (multi)atravessadas**

É utópico dizer que os nossos corpos são livres dentro de uma sociedade atravessada por tantas camadas de preconceitos e discriminações. Os corpos da população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexuais, Queers e etc.) recebem cotidianamente a carga de uma construção histórica de corpos regulados por uma régua que dita o que seria o "certo", o "normal" e/ou o "ideal", distanciando-se desta forma dos corpos reais.

Este trabalho busca discutir de forma humanizada, e com respeito, às necessidades e os atravessamentos vivenciados por corpos LGBTQIA+, suas relações com as políticas públicas, e a perspectiva social de suas vivências cotidianas.

Pensar estes corpos livres me remete à própria liberdade existencialista proposta por Jean Paul Sartre (1978). Que propõe a humanidade numa busca constante por essa liberdade. Entretanto, como entender que “queremos a liberdade através de cada circunstância particular. E, querendo a liberdade, descobrimos que ela depende integralmente da liberdade dos outros, e que a liberdade dos outros depende da nossa” (Sartre, 1978, p. 14)?

Sendo assim, nossos corpos além de vivenciarem a própria liberdade, também se deparam com a liberdade dos outros, que podem ser LGBTQIA+ ou não, porém, independente disto, são corpos que vivem, que lutam, que resistem, ou até que desistem, entretanto, que sentem, e um sentir particular, único e singular para cada um. Pontuo esta singularidade pela necessidade de ressaltar que aqui precisamos nos distanciar completamente de qualquer perspectiva de generalização, mais de um fator atravessa cada corpo, todos têm suas histórias, e elas precisam ser respeitadas individualmente. Sigamos por uma perspectiva de compreensão, empatia e validação das resistências constantemente sentidas pelos corpos LGBTQIA+.

O gênero e a sexualidade não podem ser reduzidos a determinações prévias, oriundas de uma sociedade que tem como basilar o preconceito e a discriminação. Tanto o gênero, quanto a sexualidade devem ser compreendidos como construções sociais diante de “aprendizagens e práticas, empreendidas por um conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais, de modo explícito ou dissimulado, num processo sempre inacabado” (Louro, 2008, p. 18)

Ao entrar no debate acerca desta temática, sugiro pensar acerca de alguns processos psicossociais que atravessam as vivências dos corpos LGBTQIA+ e clamam pela efetividade

das políticas públicas. Um deles é o preconceito, aqui o entenderemos como as “construções político-ideológicas que inferiorizam sujeitos e grupos específicos, assim como representações associadas a tais grupos e sujeitos que se enraízam em nossa subjetividade” (Carvalho; Menezes, 2021, p. 22).

A discriminação, por sua vez, pode ser conceituada como o preconceito em ação, ou seja, quando tais construções político-ideológicas sobre a suposta inferioridade dos grupos ou sujeitos se materializam em atos ou omissões que levam a violação de direitos, fazendo com que indivíduos não estejam em pé de igualdade nas interações sociais (Carvalho; Menezes, 2021, p. 22).

Diante disso, a homofobia emerge circunscrita nestes processos psicossociais, se direcionando à população homossexual. Ela promove emoções negativas e sofrimento de diversas formas, a partir de uma compreensão social de que a heterossexualidade seria uma norma. Elaborei um quadro com alguns tipos de homofobia, conforme Carvalho e Menezes (2021):

Quadro 1 - Tipos de Homofobia

<b>Tipos de Homofobia</b>	
<b>Tipo</b>	<b>Conceito</b>
<b>Pessoal</b>	Sistemas de crenças ou preconceito, segundo o qual homossexuais são conceituados como psicologicamente perturbados e inferiores aos heterossexuais.
<b>Interpessoal</b>	Quando um preconceito atinge as relações entre os indivíduos, transformando o preconceito em seu componente ativo, a discriminação.
<b>Institucional</b>	Práticas sistemáticas de discriminação contra homossexuais, nas quais participam de governos, organizações religiosas, educacionais, profissionais e familiares.
<b>Cultural</b>	Normas sociais ou códigos de comportamento, que, embora não expressamente escritos em uma lei ou política, funcionam dentro de uma sociedade para legitimar a discriminação.
<b>Moral</b>	Conjunto de normas e códigos morais explícitos e implícitos que tendem a desmoralizar qualquer prática ou comportamento homoerótico que evidencie certo desvio ou transgressão de uma suposta lei natural.

Fonte: Quadro elaborado pelo autor do texto a partir da tradução feita por Mário Felipe Carvalho e Moisés Menezes (Espejo, 2012, p.86 apud. Carvalho; Menezes, 2021, p.24).

O quadro 1 apresenta diferentes tipos de homofobia que atravessam os sujeitos e seus corpos, potencializando danos à saúde mental, e barreiras para acessos básicos, sociais, sanitários, educacionais, trabalhistas e etc. Ao expandir a régua analítica, vamos ter a própria LGBTfobia, como expressão desses preconceitos e discriminações com a população LGBTQIA+.

Um outro processo psicossocial precisa ser pensado, trata-se da violência, que é um problema social e sanitário que pode levar a danos físicos e mentais, bem como a própria morte. Carvalho e Menezes (2021) abordam que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério de Saúde do Brasil, a violência pode ser compreendida como “um ato intencional de uso de força ou de alguma forma de poder que resulta em danos físicos, emocionais, privações, deficiências ou até a morte” (p.33).

Toda essa discussão direciona a necessidade emergente de se pensar as políticas públicas e os direitos para os corpos LGBTQIA+, que precisam ser efetivados e garantidos, compreendendo que as vidas das pessoas LGBTQIA+ estão em risco e que o acesso aos serviços básicos, bem como os de saúde, precisam ser garantidos e acompanhados.

No campo das políticas públicas estamos sendo cada vez mais chamados para pensar a partir da complexidade. Nesta direção, um dos elementos mais importantes é a compreensão de que os processos de subjetivação, de tornar-se sujeito, também ocorrem sob relações de opressão e de violência e que a atuação no campo das políticas públicas pode considerar, além da escuta, a construção de estratégias múltiplas de enfrentamento dessas violências.

Em outras palavras, ao adentrarmos as políticas públicas, nos vemos imersos em coletividades, relações interpessoais e, principalmente, políticas que se engendram para além das dimensões intrasubjetivas e/ ou individuais. Dessa forma, e ainda que consideremos importante a escuta das dificuldades que cada pessoa vivencia em seu cotidiano, supomos que, ao trabalhar na rede de instituições que compõem as políticas públicas, as(os) psicólogas(os) vêm sendo “convidadas” a repensar o foco de sua atuação, principalmente na compreensão mais atenta do fato de que a constituição subjetiva se estrutura também por meio de relações de violência e de exclusões (Carvalho, 2012). (Silva; Carvalhaes, 2016, p. 251).

Deste modo, cabe a nós pensarmos ações e práticas de intervenção que levem em consideração as dinâmicas sociais e políticas das violências LGBTQfóbicas. Para isto, as diversas dimensões de opressão precisam ser alvo de nossa atenção. Conforme o Quadro 1, são elas: pessoal, interpessoal, institucional, cultural e moral.

Buscarei ao longo da dissertação dimensionar essas questões nos processos analíticos. Neste momento, seguirei para o campo da apresentação teórica e bibliográfica do que construo como objeto de estudo nesta dissertação: os corpos LGBTQIA+ e a constituição de direitos no Brasil.

## 2.1 Os corpos LGBTQIA+ e os seus direitos

Ao longo da história alguns direitos foram sendo conquistados, mas compreendo que ainda há o que se avançar neste ponto, inclusive na garantia efetiva de direitos para toda comunidade LGBTQIA+. No entanto, frente a outros momentos históricos, já podemos considerar as atuais conquistas, minimamente como avanços.

### 2.1.1 A Constituição Federal de 1988

Inicialmente abordarei a Constituição Federal da República Federativa Brasileira de 1988 (CF/88), que afirma em seu artigo primeiro o Brasil como sendo um Estado Democrático de Direito, traz entre o que chamarei de seus fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana. Aqui já encontramos dois fundamentos que indicam elementos para a promoção de garantias para a comunidade LGBTQIA+, a partir de um reconhecimento universal, ou seja, sendo estes dois pontos fundamentais para todas/es/os a quem são assistidas/es/os pela Constituição Federal (Brasil, 1988).

Além destes fundamentos, o artigo terceiro apresenta alguns objetivos, aqui irei destacar dois, são eles: “construir uma sociedade livre, justa e solidária” e “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Brasil, 1988, p. 2)”.

A Constituição Federal de 1988 é conhecida como a Constituição Cidadã e é responsável entre outras questões por estruturar e organizar o campo das políticas públicas brasileiras em seu caráter universal (para todas/os/es) e não contributivo (gratuito), de responsabilidade do Estado brasileiro. Deste modo, conforme Silva *et al.* (2023), as políticas públicas estão relacionadas à dimensão material, aos conteúdos concretos nos programas políticos, problemas técnicos e ao conteúdo objetivo de decisões políticas. E isto remete à construção de ações efetivas que busquem responder a um determinado problema.

Portanto, a Constituição Federal fundamenta as práticas e ações coletivas construídas ao longo das últimas décadas no campo democrático, incidindo sobre os modos de efetivar cidadania e dignidade humana em um suposto Estado democrático de direito.

### 2.1.2 A cidadania como fundamento Constitucional a partir de 1988

A cidadania é um fundamento difícil de ser definido. Inicialmente precisamos compreender que ele é alterado constantemente, isto porque ser uma pessoa cidadã varia de acordo com o tempo e o local, uma mulher cidadã no Brasil é diferente de uma mulher cidadã em outros países. O mesmo pode ser dito em termos temporais: uma mulher cidadã em 1930, não é a mesma mulher cidadã em 2024. Portanto, partirei da ideia de que a cidadania se direciona à “vida em sociedade e convida os indivíduos para serem responsáveis pela comunidade, participar da construção de suas realidades, conviver em harmonia e lidar diariamente com aspirações e demandas distintas, muitas vezes conflitantes” (Caldas; Cavalcante, 2023, p. 02).

Para fins de uso nesta dissertação, vamos considerar a cidadania a partir do que Caldas e Cavalcante (2023) pontuam, enquanto “condição atrelada às relações entre indivíduos e a comunidade a que pertencem na busca pelo bem-estar coletivo” (p. 02). Ora, o viver em sociedade e a busca pelo bem estar coletivo são compreendidos e garantidos pela Constituição de 1988 como direitos de toda sociedade. Aqui refletimos sobre o quanto um corpo LGBTQIA+ deseja um bem estar coletivo, poder ter o direito de ir e vir sem medo dos julgamentos e violências!?

Reitero o quanto ainda é necessário avançar, pois apesar de um texto de 1988, atualmente em 2024, ainda não temos este fundamento efetivamente garantido para a população LGBTQIA+, nem mesmo para outras. Podemos observar isto em dados acerca das mortes violentas desta população, e que precisam de justiça e visibilidade. Beto Schmitz (2024) escreveu, pontuando o seguinte:

O Brasil continuou sendo em 2023 o campeão mundial de homicídios e suicídios de LGBTQIA+: 257 mortes violentas documentadas, um caso a mais do registrado em 2022. Uma morte a cada 34 horas! Os dados são divulgados desde 1980 (44 anos) pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), a mais antiga ONG LGBTQIA+ da América Latina. Tais conclusões baseiam-se em informações coletadas na mídia, nos sites de pesquisa da Internet e correspondência enviada ao GGB, já que não existem estatísticas governamentais sobre esses crimes de ódio contra a população LGBTQIA+. Deve-se considerar ainda mais 20 mortes que se encontram em uma espécie de limbo aguardando mais pesquisa e eventual confirmação, o que elevaria então para um total de 277 mortes violentas (Schmitz, 2024, p. 01).

Aqui, observamos o quanto ainda é crucial a necessidade de se pensar, e ser efetivado em prática a cidadania e a garantia dos direitos básicos. É um corpo LGBTQIA+ sendo morto a cada 34 horas no Brasil, uma vida sendo interrompida, sonhos, planos, desejos, sendo

mortos de forma violenta e tendo como base o preconceito direcionado à sexualidade, orientação sexual e/ou identidade de gênero. Buscarei colaborar nesta dissertação com a visibilidade dos acontecimentos destes corpos, por respeito a cada um e acreditar que precisamos insistir em buscar o proposto estado de bem estar coletivo.

### 2.1.3 A dignidade da pessoa humana outro fundamento Constitucional

A dignidade da pessoa humana aparece como outro fundamento na Constituição Cidadã Brasileira de 1988. Também possui uma definição densa, principalmente por ter sido construído historicamente. Inicialmente foi desenvolvido no campo da filosofia moral, para então, posteriormente ser abordado no universo jurídico. “Para Kant, a ideia de dignidade está ligada ao homem como ser racional que, por sua vontade, obedece às leis que ele próprio institui” (Vecchi; Garcia; Sobrinho, 2020, p. 258). Ou seja, tanto o conceito de cidadania como o de dignidade humana estão diretamente relacionados ao campo das garantias de direitos humanos, argumento central de uma Constituição Federal na modernidade.

Monteiro e Nunes (2020) pontuam que essa racionalidade inerente a este humano, torna-lhes potentes de suas escolhas, além de agir livremente, de acordo com a lei moral. Desta forma, para Kant, a liberdade potencializa a dignidade humana. Mas ora, se há uma liberdade coletiva, que pontos poderiam limitar a liberdade para não ferir o outro? É onde nos encontramos com o campo dos direitos humanos e das políticas públicas como responsabilidade do Estado.

Portanto, respeitar a dignidade da pessoa humana equivale a reconhecer determinados direitos. Se o reconhecimento dos direitos humanos é o meio de garantir a conquista de uma vida digna, a sua falta de reconhecimento significa viver abaixo das exigências desse padrão digno (Vecchi; Garcia; Sobrinho, 2020, p.259).

Infelizmente os dados demonstram que a dignidade da pessoa humana vem sendo violada para os corpos LGBTQIA+. Mendes *et al.* (2021) realizou uma pesquisa que trouxe pontos importantes sobre a realidade destes corpos LGBTQIA+ frente às violências diárias. Um ponto importante a respeito dos homicídios para a população LGBTQIA+, estes podem ser “considerados como “crimes de ódio”, pois esses sujeitos, em geral, são mortos com requintes de crueldade, em que são acometidos com mais golpes e/ou tiros do que o necessário para que ocorra o óbito” (p. 5625).

[...] os homicídios contra LGBT podem ser considerados um grave problema de Saúde Pública mundial. Este problema envolve, em particular, a área da Saúde Coletiva, pois vêm provocando forte impacto na mortalidade desta população, ocorrendo com mais frequência na população de transgêneros, que têm perdido suas vidas precocemente. Reforçando que as estatísticas de violência de LGBT têm alcançado números crescentes e abrangido novas localidades a cada ano, o que sugere uma epidemia de homicídios (Mendes *et al.*, 2021, p. 5626).

A dignidade da pessoa humana não só não é respeitada, como é ferida, invalidada e silenciada. Inclusive, pela ausência do efetivo registro dos dados como Mendes et al. (2021) pontua. As pesquisas científicas tornam-se cruciais para a visibilidade, problematização e fornecimento de dados que auxiliem a garantia dos direitos para os corpos LGBTQIA+ terem a sua dignidade humana respeitada.

*Se o que chamo de os dois fundamentos da Constituição Federal Brasileira de 1988 são constantemente negligenciados à população LGBTQIA+ pelo Estado brasileiro, em que tipo de Estado democrático de direito estamos inseridos e para quem?*

#### **2.1.4 Objetivos Fundamentais da CF/88 e os corpos LGBTQIA+**

A constituição traz como objetivo fundamental *o ato de construir uma sociedade livre, justa e solidária* (Brasil, 1988). Este objetivo serve de suporte para se pensar o quão justo está sendo para os corpos LGBTQIA+ enfrentarem as distintas discriminações, preconceitos e violências? Seguindo nossos questionamentos, onde estaria essa sociedade livre e solidária? Aqui também compreendemos o papel do Estado na promoção e garantia destes pontos.

Uma mulher transexual, periférica, negra deve ter acesso aos seus direitos, tal como quaisquer outras pessoas, e, conforme este objetivo, de forma livre e justa. Cito este exemplo, em acordo com o que Lobo *et al.* (2023) pontua quando diz que “o Brasil é o país que mais mata pessoas travestis e transexuais no mundo, e ocupa o 68º lugar no ranking de países quanto à segurança para a população LGBT” (p. 2), este ponto só reforça o quanto de luta ainda é necessária para a efetividade deste objetivo.

O outro objetivo fundamental abordado pela constituição é o de “*promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação*” (Brasil, 1988, p. 2), aqui além de um olhar LGBTQIA+ podemos expandir para um olhar interseccional, pensando que as pessoas são atravessadas por distintas categorias sociais simultaneamente, e que todas elas contribuem para sua relação em/com a

sociedade. Portanto, ao abordar/cuidar de uma pessoa que seja de forma integral, considerando suas distintas categorias sociais.

[...] não somos todos iguais perante a lei, não temos as mesmas possibilidades de ir e vir, não temos as mesmas garantias de sobrevivência. As pesquisas apontam que a chance de sofrer uma intervenção policial truculenta é maior nas comunidades das periferias ou a chance de morrer por causas externas é maior quando se é ser humano jovem e/ou negro e/ou morador de regiões periféricas (Silva; Carvalhaes, 2016, p. 150).

A Constituição Federal (1988) pontua em seu artigo 5º, XLI diz que “a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais” (Brasil, 1988, p.2), ou seja, os atos de discriminação precisam ser encarados com o rigor necessário ao qual se pede. Isto não é um luxo, ou um pequeno detalhe, são vidas e corpos que precisam ser respeitados e assegurados em sua desafiadora existência.

Desde minha graduação escutei uma frase que na verdade é um paradoxo, “não existe verdade absoluta”, mas ora, o fato de dizer isso já não seria o anúncio de uma verdade? De qualquer forma, compreendo o sentido da frase, que busca promover indagações acerca das verdades ditas e não-ditas que são tomadas como absolutas, muitas vezes sem uma reflexão basilar, ou de um ponto de vista esperançoso, uma busca real por informações válidas e fidedignas. Trago isso, por me questionar quantas verdades os corpos LGBTQIA+ carregam? E quantas destas seriam de fato verdades? Por fim, o que essas verdades produzem? Atravessados por um viés de cuidado em saúde, a Constituição Federal de 1988 produz e difunde uma das verdades fundamentais, a de que esses corpos podem e devem ter acesso a todos os locais e dispositivos da rede de atenção à saúde. Que esses corpos possuem direitos e estes são garantidos em leis, garantidos através de políticas públicas na Constituição Federal.

## **2.2 Corpos LGBTQIA+: diálogos com as políticas públicas de saúde**

Ao longo dos anos o acesso à saúde no Brasil era um privilégio de alguns grupos, seja quem era família real, lá no Brasil colônia, ou quem trabalhava e poderia contribuir, como no caso das Caixas de Aposentadoria e Pensões, ou quem poderia pagar pela saúde de qualidade. Após muitas lutas e movimentações sociais munindo e expandindo a reforma sanitária, em

1988 com a Constituição Federal temos oficialmente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O seu artigo 196 ficou amplamente famoso por proporcionar a universalidade para a saúde. Ele pontua que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art 196).

Este artigo se torna crucial para a população LGBTQIA+, primeiro por trazer a saúde como direito de todos os corpos e, segundo, responsabilizando o Estado com o dever de garanti-lo. Além de enfatizar a necessidade do acesso universal e igualitário, ou seja, todos os corpos devem ter acesso à saúde e de forma igualitária. A partir daqui outras portas são abertas para a comunidade LGBTQIA+ garantindo direitos à saúde.

Em 1990 temos a publicação da lei 8080, conhecida como uma das leis orgânicas da saúde. Que já inicia em seu artigo 2º abordando que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, concordando e reiterando a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1990).

Em seu artigo 7º traz alguns princípios e algumas diretrizes a serem seguidas em todo campo da saúde, aqui quero destacar três. O primeiro seria: *universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência*. Aqui podemos observar que independente do nível de assistência todos os corpos devem ter seus acessos garantidos. O segundo é: *preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral*. Entendendo que a autonomia deve ser preservada, além da própria integralidade dos mais distintos corpos, neles inclusos os LGBTQIA+. E por fim, *igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie*. Talvez este seja um dos mais importantes pontos para a população LGBTQIA+, não só por buscar garantir a igualdade, mas também por ressaltar a necessidade de ter uma assistência à saúde livre de preconceitos (Brasil, 1990).

### **2.2.1 Políticas Públicas de Saúde e os corpos LGBTQIA+**

As políticas públicas são construções a partir de conhecimentos técnicos/científicos que buscam assegurar os mais distintos direitos sociais para as pessoas. No caso das políticas públicas de saúde, emergem garantindo o direito basilar da saúde para todas/es/os, além das

outras necessidades e direitos que a população precise no campo da saúde (Coelho *et al.*, 2023).

As políticas públicas de saúde possuem um desafio imensurável, como previsto na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, ao universalizar o acesso à saúde, ela pontua que as políticas sociais e econômicas devem visar à redução do risco de doenças além de outros agravos. Esse ponto colabora para a criação e implementação de políticas de saúde que organizem, direcionam e assegurem direitos para todas/es/os (Brasil, 1988).

A lei orgânica da saúde Nº 8080 de 1990 colaborando com a Constituição Federal, aborda em seu artigo 5º os objetivos do Sistema Único de Saúde, e pontua que o SUS tem como objetivo: “II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social [...]” (Brasil, 1990, p. 02).

Já percebemos aqui que o Estado tem papel fundamental na construção e acompanhamento das políticas públicas de saúde. O que se torna importante, afinal, não adianta formular, se não houver um acompanhamento da implantação, e da própria efetividade da execução das políticas públicas de saúde. O que impacta diretamente nos mais distintos corpos, entre eles, os LGBTQIA+, que possuem direitos para acesso ao SUS e precisam ser acolhidos de forma igualitária.

É crucial compreendermos que os corpos LGBTQIA+ são atravessados por diversas políticas, inclusive a política sexual. Vamos considerar o termo Política Sexual “como intervenções que se utilizam de leis, resoluções, campanhas, ações e programas realizados pelo Estado a fim de regular a sexualidade das pessoas” (Ferreira; Nascimento, 2022, p. 3826).

Ferreira e Nascimento (2022) dialogam que socialmente existem negociações e pactuações direcionados a partir de interesses distintos, que têm como base “[...] posicionamentos ideológicos, crenças religiosas, valores culturais, evidências científicas [...]” (p. 3826). O que produz como consequências através de benefícios e punições para diferentes populações, aqui enfatizo os corpos LGBTQIA+. As consequências das políticas sexuais não para por aí, ela também “traduz ‘verdades’ e ‘moralidades’, circunscrevendo as pessoas em linhas de forças regulatórias e criando repertórios a partir de uma matriz cisheteronormativa” (Ferreira; Nascimento, 2022, p. 3826).

Esta cisheteronormatividade produz uma norma que a sociedade estabelece historicamente, colocando o ser cisgênero e heterossexual como esta norma correta, e todo aquele diferente disto, como inapropriado e submisso as consequências sociais por ser diferente da norma. Podemos nos direcionar a este conceito, entendendo que “trata-se da

cisnormatividade enquanto reguladora das ordens de gênero e que, ao reiterar historicamente a naturalização da cisgeneridade, nomeia e subjugua a transgeneridade como o desvio à norma, o corpo estranho” (Almeida; Santos, 2024, p. 1).

Ao pensar cisgênero estamos nos referindo às pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi designado ao nascerem. Essa visão regula não somente as pessoas cisgênero, mas também as pessoas transgênero, visto que ela, a cisgeneridade, será adotada como norma, trazendo consigo os privilégios políticos e sociais (Almeida; Santos, 2024).

A cisheteronormatividade faz parte da estratificação dos corpos ao determinar as partes e as funções do corpo que se chama mulher e do que é denominado homem. Essa é a crítica feita por grande parte dos estudos feministas que questionam uma visão biológica do que seria homem ou mulher (Sebasti *et al.*, 2021, p. 161-162).

Diante de tudo isso, algumas políticas públicas surgem para buscar reduzir algumas consequências negativas da política sexual. Como o caso da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, voltada para a população LGBTQIA+. E as políticas de Humanização e a de Atenção Básica que alinhadas com a construção do SUS, colaboram para a preservação dos direitos para os corpos LGBTQIA+.

### 2.2.2 Política de Saúde LGBTQIA+

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBTQIA+) foi instituída por meio da Portaria de Nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011. Aqui chamo atenção para a diferença entre o tempo da criação desta política pública com a própria criação do SUS, sendo um total de 23 anos, desde 1988 à 2011. Esse fato é importante de ser salientado, pois durante estes 23 anos corpos LGBTQIA+ existiam e necessitavam de uma política pública da saúde que os compreendessem e buscassem assegurar os seus direitos.

A PNSILGBTQIA+ tem como objetivo geral “*promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo*”, dialogando com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8080 de 1990 para promover à saúde aos corpos LGBTQIA+ (Brasil, 2011, p.2).

Trago a seguir alguns dos objetivos específicos e diretrizes que se destacam na política em contribuição com esse texto. Entretanto, ressalto que todos os objetivos específicos e

diretrizes são extremamente importantes para toda comunidade LGBTQIA+, por isso precisei fazer esse recorte por fim de direcionamento com este texto.

Quadro II - Objetivos Específicos e Diretrizes da PNSILGBTQIA+

<b>Tipo</b>	<b>Texto</b>
Objetivo Específico	instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;
Objetivo Específico	qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
Objetivo Específico	atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;
Objetivo Específico	promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;
Objetivo Específico	realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT.
Diretriz	respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;
Diretriz	contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;
Diretriz	eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;
Diretriz	difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;
Diretriz	inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;
Diretriz	produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT

Fonte: Objetivos específicos e diretrizes retirados da PNSILGBTQIA+ vide portaria 2.836/2011. (Brasil, 2011)

Observamos no quadro II o quanto a política de saúde busca assegurar e garantir direitos básicos para a população LGBTQIA+. Esse conhecimento precisa ser de conhecimento de todas/es/os aquelas/es que trabalham no campo da saúde, bem como, da própria população.

Podemos ponderar a partir do quadro II que a política além de propor, estimula a pesquisa científica no campo da saúde LGBTQIA+, e pontua acerca do combate ao preconceito e discriminação existente contra esses corpos. Esses pontos tornam-se essenciais para a manutenção e garantia dos direitos dos usuários do SUS, visto que impactam diretamente em seus processos de saúde-doença. A qualificação profissional também é trazida pela política nos objetivos específicos e nas diretrizes é abordada a Educação Permanente em Saúde (EPS), como caminhos para capacitação e atualização de conhecimentos, tendo como fim auxiliar na efetividade e eficácia da execução da PNSILGBTQIA+.

### 2.2.3 Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu em 2003, buscando humanizar as relações e os processos de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a PNH seja estabelecida de forma ampla no SUS, pensar os corpos LGBTQIA+ enquanto humanos é um pedido e clamor de toda comunidade, sobretudo, diante das tentativas de olhares para esses corpos como objetos/abjetos, ou como indesejados em alguns espaços, a humanização é construída como um caminho possível para acolhimento.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (Brasil, 2013, p. 03).

A PNH se norteia por algumas diretrizes. Entre essas diretrizes está a *defesa dos direitos das/es/os usuárias/es/os*, compreendendo que as/es/os usuárias/es/os da saúde possuem direitos e estes precisam ser conhecidos por todas/os, respeitados e assegurados. Essa diretriz promove a busca efetiva pela defesa desses direitos. Depois de anos de invisibilidade e silenciamento, para os corpos LGBTQIA+ terem um respaldo político que busque isso, é um passo de grande valia.

Corpos LGBTQIA+ sendo humanizados já é por si só um ato político, uma reparação histórica. Mesmo que seja difícil reparar tanta injustiça, atrocidade, preconceitos, silenciamentos, violências e etc. que estes corpos sentiram ao longo de tantos anos, precisamos pensar em formas de garantir e assegurar direitos, promover saúde e preservar vidas.

Também cabe pensar a respeito da lacuna que existia, e ainda existe, de uma necessidade de humanizar a saúde, demandando a criação de uma política pública a fim de tentar sanar essa situação. É quando percebemos que olhar humanos como humanos, compreendendo suas múltiplas dimensões de influências e necessidades, principalmente o componente emocional, ao qual afetam e são afetados, ainda é um grande desafio e os corpos recebem os impactos de toda essa carga.

#### 2.2.4 Política Nacional da Atenção Básica

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) após algumas atualizações desde sua primeira publicação pela Portaria GM n.º 648 de 28 de março de 2006. Baseando aqui na Portaria N.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, compreende-se Atenção Básica (AB) como um:

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, p. 01).

A AB é considerada a principal porta de entrada do SUS, ou seja, todas/es/os usuárias/es/os devem prioritariamente acessar os serviços do SUS através dela. Concordando com toda base do SUS já existente, desde sua ideologia, propostas e princípios, a PNAB complementa propondo algumas diretrizes, entre elas o *cuidado centrado na pessoa*.

A perspectiva de centralização no cuidado é crucial para a população LGBTQIA+, por entender que há especificidades dentro desta comunidade, ligada a estes corpos que precisam de um cuidado particular. Por exemplo, uma mulher transsexual preta, precisa ser acolhida numa Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo considerado quem ela é, e não sob um olhar generalista ou heteronormativo. A PNAB pontua que:

[...] O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado (Brasil, 2017, p. 06).

A Atenção Básica em saúde, se propõe a ser resolutiva, ou seja, ser capaz de resolver grandes partes das demandas da população. Para que isso aconteça, essa população precisa sentir-se minimamente acolhida tanto nas Unidades básicas de Saúde (UBS), quanto por todas as pessoas que trabalham dentro e fora dela, indo para atendimento domiciliar, por exemplo.

O acolhimento não é só uma necessidade, é um direito da população, e a própria PNAB o pontua enquanto responsabilidade das UBS. No caso da população LGBTQIA+, o seu acolhimento precisa ser feito com igualdade e equidade em relação às demais pessoas, compreendendo suas especificidades e os proporcionando um acesso à saúde efetivo. Como o uso do nome social por pessoas transexuais ou travestis, que é um direito previsto pelo decreto N°8.727 de 2016.

## 2.3 Os corpos sociais

A Guacira Lopes Louro (2018) promove um debate bem interessante a respeito dos corpos, ela afirma que eles são construídos e ganham sentido socialmente. Essa construção acontece através de alguns fatores, como a sexualidade. Esta por sua vez, envolve “rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções... Processos profundamente culturais e plurais” (Louro, 2018, p.12).

Louro (2018) convida a refletir acerca da sexualidade, trazendo-a como social e política. E problematiza que é aprendida e construída de diferentes formas e modos, ao longo da vida das pessoas. O que provoca a reflexão de como cada uma/um compreende isso, pois há uma cobrança social por um posicionamento sexual e de gênero, que preferencialmente se enquadre em padrões impostos socialmente, a partir de uma lógica cisheteronormativa. Entretanto, ao pensarmos os corpos sociais, além da sexualidade, o gênero também precisa ser compreendido.

A inscrição dos gêneros - feminino ou masculino - nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. As possibilidades da sexualidade - das formas de expressar os desejos e prazeres - também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas. As identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais, elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade (Louro, 2018, p.12).

Simone de Beauvoir (1960a, 1960b) convocou o mundo a pensar o que seria ser mulher, ao falar que ninguém nasce mulher, torna-se mulher, esse ponto promove o diálogo acerca da construção social e contínua do gênero, indo de contramão às ideias deterministas diante do corpo feminino. Para Louro (2008) a frase passou a ser compreendida também no campo das masculinidades, pois para alguém se torna homem também necessitaria de investimentos constantes. Assim, “nada há de puramente “natural” e “dado” em tudo isso: ser homem e ser mulher constituem-se em processos que acontecem no âmbito da cultura” (Louro, 2018, p. 18).

Tudo isso se direciona para o campo das políticas públicas e da garantia de direitos que é necessário ter com todas as vidas, e no caso dos corpos LGBTQIA+, essas políticas estruturais e estruturantes precisam ser acompanhadas de uma compreensão das realidades que estes corpos vivem e que impactam diretamente na saúde física e mental desta população. Ignorar este fato é ir contra a humanização das práticas de saúde no SUS, é acreditar em algo irreal e se abraçar com um idealismo que não alcança quem de fato precisa de acolhimento, compreensão e ter seus direitos garantidos, os corpos LGBTQIA+. O que nos direciona para alguns questionamentos: *Como e quem tem acessado os direitos básicos e as políticas públicas? E quais corpos recebem esses recursos/cuidados de forma efetiva?*

O gênero e a sexualidade são construídos nos corpos sociais de forma contínua e inacabada, através das aprendizagens e práticas inscritas nas diversas instituições: família, escola, trabalho, igrejas etc., “por muito tempo seus ensinamentos parecem absolutos, quase soberanos” (Louro, 2008, p. 18).

Mas como esquecer, especialmente na contemporaneidade, a sedução e o impacto da mídia, das novelas e da publicidade, das revistas e da internet, dos sites de relacionamento e dos blogs? Como esquecer o cinema e a televisão, os shopping centers ou a música popular? Como esquecer as pesquisas de opinião e as de consumo? E, ainda, como escapar das câmeras e monitores de vídeo e das inúmeras máquinas que nos vigiam e nos atendem nos bancos, nos supermercados e nos postos de gasolina? Vivemos mergulhados em seus conselhos e ordens, somos controlados por seus mecanismos, sofremos suas censuras. As proposições e os contornos delineados por essas múltiplas instâncias nem sempre são coerentes ou igualmente autorizados, mas estão, inegavelmente, espalhados por toda a parte e acabam por constituir-se como potentes pedagogias culturais (Louro, 2008, p.18).

A identidade social em que esses corpos LGBTQIA+ vão se construindo é atravessada diretamente pela cultura e pela história, assim vai sendo formada numa perspectiva interseccional<sup>7</sup>, não apenas pela identidade de gênero, mas pela raça, classe social, faixa etária e todas as categorias sociais que podem compôr um corpo LGBTQIA+. Para Louro (2018),

<sup>7</sup> Trata-se de um olhar ampliado, considerando que um sujeito é atravessado por diferentes marcadores sociais, e que deve ser observado em conjunto, e não de forma segregada.

“essas múltiplas e distintas identidades constituem os sujeitos, na medida em que esses são interpelados a partir de diferentes situações, instituições ou agrupamentos sociais” (Louro, 2018, p.13).

Mas o que seria se reconhecer numa identidade? Louro (2018, p. 13) diz que “supõe, pois, responder afirmativamente a uma interpelação e estabelecer um sentido de pertencimento a um grupo social de referência”. A identidade social pode ser compreendida como transitória, numa perspectiva que não seria determinada e fixa, podendo, portanto, variar ao longo do tempo. A mudança de uma identidade de gênero, por exemplo, pode ser compreendida como crucial, pois é “uma alteração que atinge a ‘essência’ do sujeito (Louro, 2018, p.15).

O nosso corpo seria a referência central destas identidades, que constantemente podem-se tentar buscá-las de forma fixa, para servir de base às decisões e direcionamentos, bem como, para reafirmar quem somos. Ao pensar em corpos de pessoas transexuais e travestis, que muitas vezes, mas não todas, anunciam a nova identidade de gênero antes mesmo que a própria pessoa consiga falar algo sobre si, São também corpos que recebem a carga social, através das violências, dos julgamentos, das exclusões. São corpos que clamam pela existência, por segurança, por acesso, e pelos seus direitos. Apesar desta alteração de identidade está ligada à esfera pessoal do sujeito, outros campos da sua vida recebem julgamentos, como o campo profissional, ou seja, estes corpos comunicam mais do que uma alteração na identidade de gênero (Louro, 2018).

Vale ressaltar que os corpos não expressam diretamente as identidades de gênero, o que em casos de não haver uma comunicação efetiva, pode levar a uma compreensão equivocada do gênero alheio, a partir do referencial que se pondera. Em 2024 tivemos o caso de uma atleta nas olimpíadas, que mesmo sendo uma atleta Cisgênero, foi lida socialmente como transexual, e além da leitura equivocada acerca de sua identidade de gênero a partir do seu corpo, ela também recebeu o julgamento e o preconceito por ser compreendida como uma mulher trans. Este foi um caso que tomou destaque nacionalmente, entretanto, outros podem existir que não tenha a mesma proporção de disseminação de informações, mas que igualmente gera consequências para as pessoas, inclusive, colocando estes corpos em risco de vida.

É fácil concluir que nesses processos de reconhecimento de identidades inscreve-se, ao mesmo tempo, a atribuição de diferenças. Tudo isso implica a instituição de desigualdades, de ordenamentos, de hierarquias, e está sem dúvida, estreitamente imbricado com as redes de poder que circulam numa sociedade. O reconhecimento

do “outro”, daquele ou daquela que não partilha dos atributos que possuímos, é feito a partir do lugar social que ocupamos (Louro, 2018, p. 17).

Cotidianamente somos construídos através dos contatos sociais, seja pelas nossas relações, ou até pela mídia. Essas construções atravessam nossos corpos nos ensinando como deveríamos nos comportar, como devemos ser e estar nos mais distintos espaços, determinando sobre nós quem somos, ou melhor, quem deveríamos ser, seja através das vestimentas, dos padrões de beleza, das adequações ao gênero, ou etc. E é o corpo que recebe o primeiro impacto de tudo isso, em seguida, provocando sofrimento psíquico.

A nossa sociedade passa por atualizações e mudanças constantes, uma delas é a tecnológica. Com as redes sociais, que potencializam vozes, reafirmando por vezes, uma ideia de que há uma perfeição, uma adequação, uma norma e que estes corpos precisam se inscrever nela. A profissão intitulada “influencer ou influenciadores digitais” ganha espaço dentro de uma perspectiva que quanto mais famosa/o, ou seja, com mais seguidores, maior o potencial de alcance daquela pessoa. Neste meio há distintas “figuras públicas”, como assim se apresentam.

Em 2024 uma influenciadora brasileira e figura pública, Maya Massafera, tornou-se uma mulher trans, esta fez algumas alterações cirúrgicas em seu corpo, inclusive em suas cordas vocais. Entretanto, sua voz não ficou da forma como esperava inicialmente, por isso, ela passou a falar não-verbalmente em suas redes sociais, e se comunicar apenas com gestos. A busca por saber como seria a voz dessa influenciadora tomou a internet, e quando enfim foi revelada, ela sofreu julgamentos pois para algumas pessoas, sua voz não corresponderia a sua nova identidade de gênero, chegando a virar meme<sup>8</sup> e figurinhas de aplicativo de mensagens.

Colocando em perspectiva, aqui temos o caso de uma pessoa que passou por processo de transição de identidade de gênero. E que no meio do processo encontrou desafios pessoais, como no caso da voz não está da forma como imaginava, e recebe socialmente o julgamento pelo seu corpo. Situações como essa, podem além de gerar sofrimento psíquico, direcionar a outro problema sanitário, o suicídio.

Neste caso da influencer digital, ela tinha recursos financeiros para realizar os procedimentos que desejasse, entretanto, nem todas as pessoas possuem esses recursos. Aqui, diante de um olhar interseccional, considerando as categorias gênero e classe, podemos ponderar que algumas pessoas transexuais, podem não conseguir alcançar o lugar social “aceitável” para o seu corpo, o que pode gerar como consequência, a reclusão e a ausência de

---

<sup>8</sup> Trata-se de uma expressão usada socialmente sobretudo para trazer caráter de humor.

acesso à espaços institucionais, inclusive, os locais de saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Algo que se altera diante da régua social individual é o que se pode ser considerado tolerável, que para muitos, algumas brincadeiras danosas, falas e ações que tentam legitimar os corpos LGBTQIA+, vão ganhando espaço por serem toleráveis para alguns. Mas, tolerável para quem? Para as pessoas que sofrem com essas falas e ações? Para as pessoas que perderam a vida por ações LGBTfóbicas? Quem está tolerando e quem deve tolerar? O quanto devemos tolerar as limitações construídas para os nossos corpos LGBTQIA+?

Concordamos com Louro (2007, p.203) quando diz que desprezar alguém por ser gay ou por ser lésbica é intolerável. No entanto, na nossa sociedade, essa parece ser uma atitude comum, corriqueira, talvez mesmo ‘compreensível’. O local que essas discussões precisam ter nos mais distintos espaços é evidente, um local de diálogo constante, de construções de conhecimento. Para profissionais de saúde, que recebem, cuidam e lidam com os corpos e vidas LGBTQIA+, é imprescindível a compreensão acerca das distintas possibilidades que atravessam esses corpos. A fim de facilitar o acesso e promover um ambiente de cuidado, colaborando com o SUS, principalmente na Atenção Básica, por ser a principal porta de entrada do SUS.

Vale a pena observar também, imediatamente, que o que se coloca aqui é mais do que um problema de atitude. Essa é uma questão que se enraíza e se constitui nas instituições, nas normas, nos discursos, nas práticas que circulam e dão sentido a uma sociedade - nesse caso, a nossa. As formas de viver a sexualidade, de experimentar prazeres e desejos, mais do que problemas ou questões dos indivíduos, precisam ser compreendidas como problemas ou questões da sociedade e da cultura (Louro, 2007, p.204).

Seguindo por essa perspectiva de instituições, torna-se inevitável abordar os atravessamentos políticos que propagam um fundamentalismo pautado numa tentativa de visão social tradicionalista e conservadora, entretanto, sendo uma visão preconceituosa e discriminadora. Favero (2022) aborda que durante o governo do ex-presidente e atualmente inelegível, Bolsonaro, suas decisões políticas, inclusive de escolhas para compor os ministérios trouxeram consequências sociais imensuráveis.

Podemos pontuar como exemplo o combate a temas relevantes para a construção social das pessoas, tais como, gênero e sexualidade. Sofia Favero (2022) provoca que a mídia indica que o governo Bolsonaro buscou direcionar uma perseguição à “ala ideológica”, esse “título usado para fazer referência a ativistas, pesquisadores e parlamentares que se

posicionaram criticamente ao ultraconservadorismo nas discussões de gênero e raça” (Favero, 2022, p.3).

Essa política atravessa diretamente os corpos LGBTQIA+, afetando negativamente, não apenas numa tentativa de apagamento, mas de diminuição, restrição, exclusão e segregação, tudo que viabiliza a colaboração com o preconceito, a discriminação e a violência vivenciada pela comunidade LGBTQIA+. Aqui precisamos pensar a lógica da cisgeneridade, que associada a essas questões políticas vai alcançar estes corpos. A cisgeneridade vai colocar as pessoas cisgênero como pessoas de “verdade” ou “biológicas”, ou seja, tornando todas as pessoas e seus corpos distintos da lógica cisgênero, como não verdadeiros (Favero, 2022).

No momento, interessa-nos considerar a cisgeneridade não somente como um marcador social, mas também como um equivalente de “vida saudável” para a infância, vida adulta e velhice, ou seja, ao mesmo tempo em que produz desigualdade, inscreve-se como o próprio ideal naturalizado de normalidade e bem viver (Favero, 2022, p.4).

Ainda seguindo pelo campo da saúde, os corpos LGBTQIA+ recebem inscrições numa concepção patologizada. Isto porque historicamente algumas terminologias associadas a doenças eram direcionadas para esta população, o sufixo *ismo* é designado a terminologias de doenças, tínhamos portanto, o *homossexualismo*, *lesbianismo*, o *transexualismo* termos que provocavam uma conotação pejorativa ao real sentido vivenciados por esses corpos.

Favero (2022) pontua que houve uma transformação de nomenclatura para pessoas trans na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) do termo “transtorno de identidade de gênero” para a nomenclatura “disforia de gênero”. Este tipo de visão dentro do campo da saúde, pode trazer consequências negativas na assistência. Inclusive é válido ressaltar que desde 2008 acontece no Brasil o processo de transexualização através do SUS.

É de se destacar que a mudança no Processo Transexualizador (agora situado no Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação nº 2) também passou a englobar outras formas de expressar o gênero que não fossem a transexualidade, tornando travestis e homens trans inteligíveis para os protocolos de assistência do SUS. Contudo, embora a política afirmasse estar expandindo seu público-alvo, ela também expandia as suas apostas diagnósticas. Ainda, de modo paradoxal, os mesmos procedimentos, quando destinados também às travestis (como a hormonização), permaneciam registrados com o rótulo F.64.0 (Favero, 2022, p.7).

Ao pensar o corpo LGBTQIA+ faz-se importante a tentativa de compreender a performance social que este corpo desempenha historicamente e cotidianamente, os distintos atravessamentos que irão direcionar e demarcar espaços que este corpo deve ocupar. Não é apenas um exercício de empatia, é um exercício de cidadania e de garantia de direitos através

de políticas públicas, com aquele que se apresenta e com todas/os/es que compuseram a história que repercute na existência deste corpo.

Se há tanta necessidade de assistência, e tantos são os desafios enfrentados, questionamos para quem estão sendo direcionadas as políticas públicas, visto que corpos como os LGBTQIA+ clamam por atenção, respeito, segurança e cumprimento dos seus direitos básicos. Se há tanta demanda, e já existem respaldos políticos, a importância da efetividade das políticas públicas para os corpos LGBTQIA+ é urgente.

Aqui preciso sinalizar de forma especial, o carinho e respeito por todas as pessoas LGBTQIA+ que mesmo diante de tantos desafios precisam persistir em caminhos que nos negam. De forma bem especial, queria dizer que podemos até imaginar, e de forma longínqua, a dor do outro, mas jamais saberemos exatamente como é. Entretanto, diante de tudo que foi estudado, é mínimo e crucial o respeito e a memória para todos os corpos LGBTQIA+ que existem, destacando aqueles que sofreram preconceitos, discriminações, violências e até o ato de morrer. Deste modo, é ao campo das políticas públicas que recorreremos como forma de construir alternativas efetivas às diversas violências históricas que estes corpos/es/os são sujeitadas/es/os.

A pesquisa científica toma espaço crucial para auxiliar nas vozes que podem verbalizar os desafios vivenciados pelos corpos LGBTQIA+, o que ajuda, mas não é o bastante. Precisamos das políticas públicas aplicadas e efetivas para todas/os/es que precisam, e requerem esse suporte social. Se posicionar torna-se um ato revolucionário que pode salvar vidas, salvar corpos, tornar vivências possíveis.

Dentro da saúde pública e do campo psicológico, com os processos psicossociais, a compreensão analítica das necessidades advindas destes corpos, e o olhar interseccional, assistencial<sup>9</sup> e humanizado, não pode ser visto enquanto privilégio, mas como atividade basilar das/dos/des profissionais de saúde. Visto que aqui estamos nos referindo a direitos e políticas públicas. Esses corpos suplicam por visibilidade, por serem tratados como corpos humanos, por serem respeitados, e sobretudo por suas existências serem asseguradas. E é o papel social humanitário, seja como pesquisadores, trabalhadores, pessoas e etc. apoiar e viabilizar essa súplica.

---

<sup>9</sup> Um olhar de cuidado ao outro, de prestação de serviço em sua assistência ao outro.

### 3 TECENDO A METODOLOGIA: um diálogo entre a epistemologia e o método

Neste capítulo vou me aprofundar nas perspectivas metodológicas da construção desta dissertação. Adotando como viés teórico-epistemológico e analítico, a *interseccionalidade*, e enquanto ferramenta para coleta de dados, as *oficinas*. Além de discorrer acerca das bases teóricas, o capítulo também se propõe a posicionar os caminhos metodológicos e éticos adotados para a realização da pesquisa.

Do ponto de vista metodológico, essa pesquisa caracteriza-se como uma proposta de abordagem qualitativa no campo da Psicologia Social, a partir dos estudos nas Políticas Públicas na Saúde.

O estudo se orienta como uma abordagem metodológica qualitativa e exploratória de pesquisa, que considera a própria ciência como uma construção da subjetividade humana.

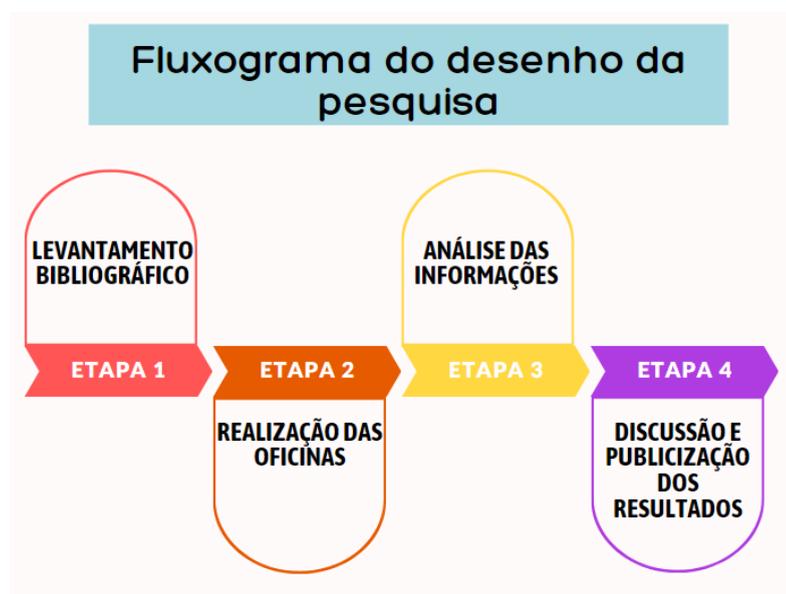
Trata-se de um procedimento essencialmente construtivo-interpretativo, que tem suas raízes históricas na Antropologia Cultural, e pode incluir: a integração de fragmentos de um processo em uma nova configuração; a integração da informação obtida na investigação a partir de um conjunto de aspectos qualitativos; a interpretação como o elemento de contato na investigação da realidade estudada; ou ainda a transferência como o instrumento da investigação (Pinto, 2004, p. 74).

Ao visar construir os dados para esta proposta de pesquisa, de forma humanizada, ética e construtiva, o instrumental metodológico a ser adotado foram as *oficinas*. Realizadas num total de quatro oficinas com duração média de quarenta minutos a uma hora, podendo este tempo ser alterado diante de possíveis demandas da própria oficina. Elas foram facilitadas por mim, enquanto pesquisador e realizadas numa perspectiva horizontalizada, possibilitando autonomia e voz ativa às/aos participantes. Os dados foram construídos a partir dos produtos das oficinas e das observações do pesquisador expressadas no diário de campo. Cada encontro contou com temáticas norteadoras, deixando em aberto as possíveis construções ao longo de sua realização. As temáticas abordadas dialogam com os objetivos desta pesquisa.

A pesquisa se enquadra como um estudo qualitativo e contou com quatro etapas (sistematizadas no fluxograma abaixo). A *primeira etapa* trata-se de um levantamento bibliográfico, em que foram identificados artigos e demais produções científicas atualizadas sobre as temáticas pontuadas na pesquisa. A *segunda etapa* foi a realização de quatro oficinas, previamente elaboradas e em acordo com as/es/os voluntárias/es/os. A *terceira etapa* trata-se

da análise das informações obtidas nas oficinas, e por fim, a *quarta etapa* foi a discussão dos discursos organizados em relação com os materiais bibliográficos do levantamento bibliográfico realizado e posteriormente a publicização dos resultados da dissertação.

Imagem 1 - Fluxograma do desenho da pesquisa



Fonte: Fluxograma com as etapas do desenho da pesquisa elaborado pelo autor/pesquisador.

A pesquisa foi realizada em quatro oficinas com profissionais de saúde de diferentes categorias e níveis de escolaridade, atuantes e com vínculo ativo na Atenção Básica do Município de Jaboatão dos Guararapes, que se disponibilizaram a participar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme anexo A. As/es/os participantes precisavam ter idades variadas igual ou superior a 18 anos, sendo consideradas informações como etnias e raças, sexo e identidade de gênero. Contamos um número de participantes entre 9 a 12 pessoas por oficina, variando de acordo com a disponibilidade das/es/os trabalhadoras/es. Este número foi pensado visando abranger as distintas categorias profissionais, além de considerar um número médio dentre a quantidade de trabalhadoras/es numa Unidade Básica de Saúde. Na terceira e quarta oficinas, a pessoa participante deveria ter participado ao menos de uma das três oficinas anteriores.

A unidade onde foram realizadas as oficinas, foi Unidade de Saúde da Família (USF) - Curado II-I, do bairro do Curado IV, em Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco. Ela existe desde 2020 e conta com diversas categorias de profissionais. Segundo informações disponibilizadas no site da prefeitura de Jaboatão dos Guararapes (2020), foi criada com a

proposta de atender mais de 8 mil pessoas em seu território. Ela foi escolhida para a pesquisa por se enquadrar nos critérios e temática. (Jaboatão dos Guararapes, 2020).

O município de Jaboatão dos Guararapes é dividido em sete regionais de saúde, ao qual todas possuem UBS. São elas: Regional 01 - Jaboatão Centro; Regional 02 - Cavaleiro; Regional 03 - Curado; Regional 04 - Muribeca; Regional 05 - Prazeres; Regional 06 - Praias; e Regional 07 - Guararapes. A regional 03 foi a regional onde foi realizada a pesquisa.

### **3.1 A interseccionalidade : epistemologia e método analítico**

Estamos imersos num mundo marcado por categorias impregnadas pela diversidade, como raça, gênero, orientação sexual, etnia, faixa etária, classe, capacidade, nacionalidade, naturalidade entre outros marcadores sociais. Em meio a isto, algumas autoras destacam a interseccionalidade como ferramenta analítica que compreende como estas categorias se inter-relacionam, não excluindo-se, mas sobrepondo-se e funcionando de forma conectada nos processos de exclusão social. E é aqui que a interseccionalidade tem como proposta compreender como “apesar de geralmente invisíveis, essas relações interseccionais de poder afetam todos os aspectos do convívio social” (Collins; Bilge, 2021, p.17)

Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2021) em seu livro intitulado de Interseccionalidade problematizam o uso de lentes monofocais, ou seja, olhar apenas um marcador social e um grupo social como capaz de buscar pelos direitos sem perceber a existência dos demais grupos. É como uma mulher, negra, trabalhadora, ser olhada apenas do lugar de mulher, sem considerar as demais categorias que lhe atravessam.

A interseccionalidade reconhece que a percepção de pertencimento a um grupo pode tornar as pessoas vulneráveis a diversas formas de preconceito, mas, como somos simultaneamente membros de muitos grupos, nossas identidades complexas podem moldar as maneiras específicas como vivenciamos esse preconceito. Por exemplo, homens e mulheres frequentemente sofrem o racismo de maneiras diferentes, assim como mulheres de diferentes raças podem vivenciar o sexismo de maneiras bastante distintas, e assim por diante. A interseccionalidade lança luz sobre esses aspectos da experiência individual que podemos não perceber (Collins; Bilge, 2021, p. 30).

Estando a interseccionalidade preocupada também com o gênero, podemos o compreender como uma divisão social extremamente necessária de ser observada, isso porque é fundamental na vida cotidiana das pessoas. A complexidade da formação identitária da masculinidade ou feminilidade é abordada socialmente nas distinções existentes entre homens e mulheres. (Collins; Bilge, 2021).

Para estas autoras, o marcador classe social também surge como categoria relevante para a compreensão interseccional. A desigualdade econômica influencia diretamente a própria desigualdade social, notando este dado quando quase toda a riqueza do mundo está em posse de apenas 1% da população mundial (Collins, Bilge, 2021). Dentro de uma perspectiva interseccional, alguns grupos de classes sociais menos favorecidas financeiramente, apresentam um conjunto de vulnerabilidades que se interseccionam: mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, população LGBTQIA+ e etc. Não se pode considerar as demais categorias como secundárias, uma pessoa LGBTQIA+, negra, de uma classe social, vai lidar com desafios distintos, com prováveis maiores dificuldades, compreendendo os seus marcadores sociais. Assim, “a interseccionalidade fornece uma estrutura de interseção entre desigualdades sociais e desigualdade econômica como medida da desigualdade social global” (Collins; Bilge, 2021, p.35).

As políticas públicas exercem um papel significativo na manutenção social dentro das interrelações destes marcadores, quando se propõem a garantir direitos, visibilizar categorias e apoiar as lutas sociais. As políticas públicas assumem um lugar de apoio à democracia, no entanto, a não garantia delas e o sucateamento, em uma lógica neoliberal, prejudica a sua efetividade e conseqüentemente os acessos da população. As políticas econômicas neoliberais podem agravar as desigualdades econômicas, afetando aspectos da saúde de grupos sociais específicos. Torna-se necessário destacar que “a desigualdade social global cresceu ao mesmo tempo que o Estado social-democrata enfraqueceu” (Collins; Bilge, 2021, p.39).

Portanto, diante destas informações abordadas por Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2021), podemos pontuar a relevância de estudarmos a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIA+, a partir de uma compreensão interseccional, evidenciando que além de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queers, Intersexos, Assexuais e etc. essas pessoas também recebem influências igualmente importantes de outras categorias sociais: classe social, raça, gênero, capacidade/deficiência, faixa etária, naturalidade, nacionalidade entre outros. E não nos cabe aqui ter um olhar monodirecionado para um único marcador social, torna-se necessário para esta pesquisa compreender a amplitude interseccional possível para a população LGBTQIA+ no acesso à saúde.

Carla Akotirene (2019) também aborda a interseccionalidade como um caminho possível para analisar epistemologicamente as questões sociais que recebem atravessamentos por distintas categorias sociais, denominando esta habilidade de pesquisa como sensibilidade analítica. Ela pontua que “a interseccionalidade visa dar instrumentalidade

teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado” (Akotirene, 2019, p.14).

A interseccionalidade ganha força e é proposta com/pelo feminismo negro questionando os locais demarcados socialmente para as mulheres negras, invisibilizadas por outros movimentos sociais e que recebem estigmas e estereótipos a serem questionados e desconstruídos. Sendo assim, o conceito de interseccionalidade surge como uma esperança para essas mulheres, fortalecidas por suas ancestrais: “o feminismo negro dialoga concomitantemente entre/com as encruzilhadas, digo, avenidas identitárias do racismo, cisheteropatriarcado e capitalismo” (Akotirene, 2019, p.16).

Contrariando o que está posto, o projeto feminista negro, desde sua fundação, trabalha o marcador racial para superar estereótipos de gênero, privilégios de classe e cisheteronormatividades articuladas em nível global. Indistintamente, seus movimentos vão, desde onde estejam as populações de cor acidentadas pela modernidade colonialista até a encruzilhada, buscar alimento analítico para a fome histórica de justiça (Akotirene, 2019, p.16).

Enquanto homem, talvez caiba a mim aqui pedir o mínimo de licença ao utilizar a interseccionalidade para analisar a pesquisa, que é considerada o coração da mulher negra. E aproveito o espaço para evidenciar o meu respeito a todas as pesquisadoras que construíram essa abordagem teórica-metodológica e que através de suas construções eu pude me afetar para então abordar nesta pesquisa.

Desde sua criação/idealização, entre tantas demandas existentes, a interseccionalidade permite a quem quiser ver numa perspectiva decolonial que “independentemente da idade, o racismo infantiliza as mulheres negras. Velhice é como a raça é vivida; e a classe-raça cruza gerações, envelhecendo mulheres negras antes do tempo” (Akotirene, 2019, p. 18).

Num impasse de distintas opressões vivenciadas pelos distintos marcadores sociais, uma pessoa, que está atravessada por diversas categorias, vive essas opressões de forma simultânea, com tal junção que a tentativa de separar pode ser falha, uma vez que há uma inter-relação entre estes marcadores na forma como constroem e distribuem opressões sociais. Conforme as autoras, “nós sabemos que existe uma coisa que é uma opressão sexual-racial que nem é somente racial nem somente sexual, por exemplo, a história do estupro das mulheres negras por homens brancos como arma de repressão política” (Akotirene, 2019, p. 19).

A interseccionalidade é uma ferramenta analítica possível de visibilizar pessoas e grupos sociais historicamente invisibilizadas em suas lutas, no entanto, que participaram

ativamente de outras lutas que por vezes não lhe alcançaram, como a luta da comunidade lésbica que não evidenciava as mulheres lésbicas e negras. Para as autoras, “[...] metodologicamente interseccionam as estruturas de raça, gênero, sexualidade, nação e classe, estabelecendo coro latino-americano contra o colonialismo, imperialismo e monopólio epistêmico ocidental” (Akotirene, 2019, p. 21).

A interseccionalidade permite às feministas criticidade política a fim de compreenderem a fluidez das identidades subalternas impostas a preconceitos, subordinações de gênero, de classe e raça e às opressões estruturantes da matriz colonial moderna da qual saem. Eu não posso falar da perseguição do homem africano aos homossexuais e às lésbicas no território sem utilizar aporte interseccional na identificação dos norteamericanos evangélicos, heterossexistas, propalados pela Europa [...] (Akotirene, 2019, p. 24).

Homossexuais brancos e negros vivem situações sociais distintas marcadas pelo preconceito, discriminação racial e de orientação sexual, diante da reprodução e imposição do cisheterossexismo<sup>10</sup>. Ao atravessar aqui marcadores como raça, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e classe, como Carla Akotirene (2019) abordou, se torna utópico tentar desconsiderar as demais categorias ao olhar para uma pessoa, em detrimento a apenas uma delas. Se pensarmos aqui que o SUS se propõe a atender todas/es/os, estão inclusas/es/os homens, mulheres, cisgênero, transgênero, negras/es/os, brancas/es/os, das mais distintas orientações sexuais, classes sociais, idades, com capacidade ou deficientes, etc. O acesso dessas pessoas precisa ser posto em análise e a interseccionalidade coloca uma possibilidade para essa construção analítica.

Lélia Gonzalez (2020), por sua vez, pensando acerca da interseccionalidade, questiona o mito da democracia racial e pontua que a indiferença deriva deste mito e da própria ideologia do branqueamento. O movimento negro entra como agente de intervenção na desconstrução dessas tentativas de silenciar a luta em prol da população negra. Aqui trata-se de batalhas históricas, desde o período colonial e seguimos em resistência pela comunidade afro-brasileira, contra a exploração e todas as ações de opressão racial (Gonzalez, 2020).

Além do movimento negro, Lélia Gonzalez (2020) retoma outros movimentos sociais que obtiveram conquistas para mais de uma categoria social, como o feminismo que auxiliou na potencialização de espaços para as lutas da população LGBTQIA+. No entanto, a necessidade de se pensar e lutar pela raça permite e torna crucial outros movimentos, como o

---

<sup>10</sup> O fenômeno social que coloca a cisheterossexualidade enquanto modelo para a humanidade. Sendo assim, desvalorizando e desprezando as demais orientações sexuais e identidades de gênero.

feminismo negro, abordar as questões a partir de uma perspectiva interseccional (Gonzalez, 2020).

Ao falar sobre diversidades de pessoas e lugares nessas inter-relações, a temática e a metodologia me convida a ter uma postura de respeito a esses marcadores sociais e suas histórias, desafios e desdobramentos, a repensar de onde falo, localizando-me como homem cis, negro, gay, nordestino e de classe média-baixa. Lélia Gonzalez (2020) problematiza que “o lugar em que nos situamos determinará nossa interpretação sobre o duplo fenômeno do racismo e do sexismo. Para nós, o racismo se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira” (Gonzalez, 2020, p. 67).

Aqui evoco o lugar de fala, como um conceito relevante ao cuidado quando tratamos de grupos sociais. Dayane N. Conceição de Assis (Nzinga Mbandi) (2019) reforçam que é possível todos falarem, mas é importante entender os lugares que cada um ocupa ao falar de determinadas temáticas. Elas pontuam que todas/es/os temos lugar de fala, o que vai divergir é a posição social que ocupamos. Portanto, “a construção dos olhares e discursos não dizem respeito às experiências individuais em si, e sim a construção histórica dos lugares ocupados por determinados grupos sociais” (Assis, 2019, p.42).

A interseccionalidade permite este traslado entre os distintos locais de fala e empoderar-se como ferramenta metodológica-analítica dentro de uma concepção histórica, levando em consideração pontes entre os grupos sociais. Não só conectando-lhes, mas convidando-lhes a não caminhar separadamente, possibilitando uma visão integral dos sistemas de opressão. Isto porque para a visão total seria necessário viver as experiências, situação que pode ser imaginada, lida, mobilizada, mas apenas sentida por quem a vivencia. Deste feito, destacamos a dimensão histórica e ancestral compreendida nesse conceito, a partir de sua construção coletiva ao longo do tempo e do espaço.

### **3.2 O olhar para o acesso à saúde**

A saúde pública vem se construindo ao longo dos anos através de suas legislações, políticas, programas, práticas, e o SUS como a maior política pública de saúde do Brasil. Em sua organização alguns princípios são enfatizados a fim de guiar a saúde, aqui irei destacar os denominados princípios doutrinários ou filosóficos, que são eles: a universalidade, a equidade e a integralidade.

O princípio da *universalidade* garante o acesso à saúde para todas/es/os que precisarem, historicamente havia uma necessidade de contribuição para tal ato, no entanto, a

partir da Constituição Federal de 1988, este direito passou a valer para a população. O segundo princípio, o da *equidade*, propõe um olhar para os diferentes, enquanto diferentes, conhecido também como a igualdade com justiça, por compreender que existem diferenças entre grupos sociais, pessoas, marcadores, entre outros, e que estas diferenças precisam ser reconhecidas na distribuição e elaboração das atividades e das políticas públicas, além da própria garantia de direitos. Por fim, temos o princípio da *integralidade* que direciona o olhar integral para a população, enxergando para além dos fatores biológicos, mas também os sociais que envolvem o processo de saúde-doença (Castro, 2021).

O acesso é um fator importante para o atendimento das pessoas no contexto da saúde, sobretudo ao compreendermos que o SUS é universal, como pontuado anteriormente. A obtenção do acesso na saúde já pode ser considerada como uma etapa relevante para usufruir os dispositivos do SUS. Este elemento pode “favorecer a reorganização dos serviços de saúde e a qualificação da assistência prestada” (Lima; Ramos; Rosa; Nauderer; Davis, 2007, p.13).

Existem alguns tipos de acesso, conforme alguns dos autores consultados. O primeiro que podemos pontuar é o *funcional*. Este refere-se ao acesso real aos serviços de saúde, para as necessidades das/es/os usuárias/es/os. Inclui-se a este tipo os horários previstos, a qualidade do atendimento e os próprios serviços ofertados. Lima, Ramos, Rosa, Nauderer e Davis (2007) pontuam que há dificuldades para este tipo de acesso, sobretudo, para marcação de consultas.

Outro tipo de acesso relevante é o *geográfico*, que pode ser definido por Lima, Ramos, Rosa, Nauderer e Davis (2007) “a partir de tempo e forma de deslocamento e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde” (p.14). As autoras complementam com o acesso *econômico* ao qual “destaca-se a facilidade ou dificuldade na obtenção de medicamentos mediante apresentação de prescrição médica” (p. 15).

Na busca e ao conseguir o acesso em si, as/es/os usuárias/es/os enfrentam alguns desafios. Estes podem estar relacionados tanto a questões institucionais, quanto as/es/aos próprias/es/os profissionais dos serviços, influenciando inclusive na escolha do dispositivo a ser acessado, como podemos conferir a seguir:

Acesso geográfico e acolhimento estão relacionados, coincidindo com achados descrito<sup>(1-5)</sup> que identificaram: apesar de existirem serviços de saúde próximos da casa do usuário, sua escolha é influenciada pela forma como ele é recebido na unidade, pela confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade e a competência dos membros da equipe e a resolutividade desses serviços (Lima; Ramos; Rosa; Nauderer; Davis, 2007, p.15).

A Política Nacional de Atenção Básica publicada numa nova versão<sup>11</sup> através da portaria de 2.436 de 21 de setembro de 2017, *ano em que Michel Temer estava na presidência*, direciona como diretriz deste nível de atenção à saúde a resolutividade, ao qual é definida como a necessidade da Atenção Básica de resolver o máximo de problemas possíveis da população que lhe acessa. Logo, o acesso nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é uma colaboração com a própria política pública. E sendo relevante que as/es/os profissionais de saúde estejam caminhando junto com este processo, uma vez que são influenciadores do acesso da população aos serviços de saúde.

Travassos e Martins (2004) pontuam que o acesso aos serviços de saúde envolve dois elementos, o primeiro ligado à busca do serviço pela população, atribuído ao próprio comportamento de buscar atendimento nos equipamentos e políticas de saúde. E em segundo, as/es/os próprios profissionais de saúde. Para as autoras, “os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes” (p. 190).

A acessibilidade é um conceito que ganha espaço na temática do acesso, que vai estar ligada à relação entre característica dos indivíduos e o uso efetivo dos serviços de saúde (Travassos; Martins, 2004). Para fins desta pesquisa vamos compreendê-la como:

Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los (Travassos; Martins, 2004, p. 191).

Sendo assim, a acessibilidade pode facilitar ou limitar o acesso da população LGBTQIA+ ao SUS. Logo, a forma como são ofertados os serviços para a esta população e como está a relação das/es/os profissionais com este público, tornam-se fatores relevantes para a efetividade do acesso da comunidade LGBTQIA+ aos serviços de saúde.

Para os autores, o conceito de acesso possui algumas dimensões, a primeira é a *disponibilidade*, que podemos definir como a existência em si do serviço, tanto no local adequado, quanto no momento necessário. O segundo é a *aceitabilidade* ligado a como as/es/os usuárias/es/os percebem os serviços prestados, além da natureza desses serviços. O terceiro é *capacidade de pagamento*, compreende-se “como a relação entre o custo de serviços e a capacidade de os indivíduos pagarem por eles” (Söndal; Medrado, 2021, p. 781).

---

<sup>11</sup> Existiram duas versões anteriores, a primeira 2006, quando Lula era presidente do Brasil, e a segunda em 2011 quando Dilma assumiu a presidência.

Por fim, é a informação, que é uma dimensão extremamente relevante, sobretudo para compreender as demais dimensões.

Portanto, cada dimensão tem sua relevância para a compreensão do acesso, e se relaciona tanto com esse elemento quanto com o exercício profissional das/es/os trabalhadoras/es dos serviços de saúde. Aqui vamos pensar neste acesso e na sua relação com a população LGBTQIA+ na atenção básica, através dos profissionais de saúde, por uma óptica interseccional.

A pesquisa foi pensada para ser feita com profissionais de saúde, por compreender a relevância do trabalho delas/es/os frente ao acesso da população aos serviços de saúde. Também, pela própria proposta da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIA+ que pontua a dificuldade de acesso pelo público LGBTQIA+ aos serviços de saúde e evidencia a necessidade de se repensar e agir diante disto, estando os municípios, os estados e o Ministério da Saúde responsáveis pela inclusão de conteúdos relacionados a esta população para as/es/os profissionais de saúde (Brasil, 2011).

Aqui compreendemos que o acesso aos serviços de saúde e a realização desta pesquisa são atos de respeito, e como tais, em diálogo com os objetivos específicos propostos pela PNSILGBTQIA+ onde propõem que deve-se “promover respeito à população LGBTQIA+ em todos os serviços de saúde”, além de que também deve-se “realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT”, pois ter o acesso digno é um direito e realizar pesquisa é auxiliar na execução das políticas e na garantia de direitos pela população (Brasil, 2011, p. 02).

### **3.2.1 Local da pesquisa:**

As oficinas aconteceram na Unidade Básica de Saúde, sob anuência da secretaria municipal de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes em Pernambuco (anexo B).

O município de Jaboatão dos Guararapes é dividido em sete regionais de saúde, ao qual todas possuem UBS. São elas: Regional 01 - Jaboatão Centro; Regional 02 - Cavaleiro; Regional 03 - Curado; Regional 04 - Muribeca; Regional 05 - Prazeres; Regional 06 - Praias; e Regional 07 - Guararapes.

A unidade onde foi realizada a pesquisa, foi a Unidade de Saúde da Família II-I (USF) do bairro: Curado IV, em Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco. Ela existe desde o ano de 2020 e conta com diversas categorias profissionais. Segundo informações disponibilizadas no

*site* da prefeitura de Jaboaão dos Guararapes (2020), foi criada com a proposta de atender mais de 8 mil pessoas em seu território. Ela foi escolhida para a pesquisa por se enquadrar nos critérios e temática.

### 3.2.2 O uso de Oficinas enquanto viés metodológico

As oficinas podem ser recursos potenciais para coleta de dados dentro de uma pesquisa, visto que dependendo de como elas forem elaboradas, podem dar abertura para o recebimento de informações relevantes para a pesquisa. Dentro desta pesquisa, vamos compreender oficinas enquanto espaços discursivos, de circulação de fala, a partir de sentidos produzidos pelos participantes e que os posicionam socialmente (Spink; Menegon; Medrado, 2014).

[...] ressaltamos o potencial das oficinas em promover o exercício ético e político, pois, ao mesmo tempo em que geramos material para análises, criamos um espaço de trocas simbólicas que potencializam a discussão em grupo em relação à temática proposta, gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação. Ou seja, os efeitos da oficina não se limitam ao registro de informações para pesquisa, uma vez que sensibilizam as pessoas para a temática trabalhada, possibilitando aos seus participantes a convivência com a multiplicidade (nem sempre harmônica) de versões e sentidos sobre o tema (Spink; Menegon; Medrado, 2014, p. 33).

As oficinas podem ser compreendidas também como espaços facilitadores de trocas dialógicas, enquanto ferramenta metodológica ela articula formatos e possibilidades distintas, como por exemplo: rodas de conversa, técnicas grupais, entre outros. Tal como, o grupo focal, ao qual “herdamos especificamente o caráter do exercício proposto e animado pelo pesquisador: focaliza um tema específico e busca conduzir as produções discursivas do grupo em torno desse tema” (Spink; Menegon; Medrado, 2014, p. 34).

Souza *et al.* (2020) pontua que situamos as oficinas enquanto uma abordagem de pesquisa metodológica, que possibilita a obtenção de conteúdos para posterior análise. Possibilitando uma abordagem qualitativa de pesquisa, as oficinas contribuem para uma articulação teórica e vivencial.

Enquanto ferramenta metodológica, as oficinas realizadas nesta pesquisa adotaram a seguinte estrutura, elas foram roteirizadas previamente, apesar do roteiro (apêndice A), elas deram espaço para o novo, o inesperado, que ali emergisse entre as suas realizações. Todas tiveram como foco central a população LGBTQIA+, pensando desde a sua política, seus

direitos, o acesso à saúde, suas perspectivas interseccionais e sua realidade vivenciada a partir e com o olhar de profissionais de saúde.

Todas as oficinas foram estimadas para um tempo médio de 40 a 60 minutos, em virtude do tempo hábil para não interrupção das atividades profissionais dos participantes. Para sua organização, foram pensadas em atividades que pudessem ser realizadas no espaço dentro de uma sala, onde foi o local de realização das oficinas, bem como, ligadas à temática da pesquisa.

Fez-se necessário a compra de alguns materiais que facilitassem, enquanto recursos, as atividades propostas. Estes materiais foram: Post-it, Canetas, Lápis de cor, Papel ofício, Cartolina, Tesouras, Impressão das bandeiras e nomes dos grupos dentro da comunidade. Além disso, alimentos para os *coffee break*<sup>12</sup> também foram providenciados ao longo das oficinas, os alimentos continham opções doces e salgadas, além de um bolo, e bebidas, sendo refrigerante e suco, também foram comprados descartáveis, guardanapos e copos. Acredito que seja importante destacar essa parte, pois a realização de oficinas envolve muitas etapas, e não apenas a sua execução.

A elaboração de oficinas é uma etapa crucial para a eficiência de sua realização, a quantidade de participantes precisa ser prevista, mas é importante colocar uma margem para mais ou para menos, devido a disponibilidade dos próprios participantes. A realização das oficinas deste trabalho durou um mês, iniciando em 19 de fevereiro de 2025 e terminando em 19 de março de 2025, com um encontro semanal, e a pausa de uma semana em virtude do feriado de carnaval e data magna em Pernambuco. Podemos observar que foram utilizados dois meses distintos, fevereiro e março, além de imprevistos casuais, outros compromissos fixos, podem afetar a assiduidade dos participantes na pesquisa. Como foi o exemplo de uma participante, que precisou se ausentar do último encontro em virtude do início de suas férias, e uma viagem que já estava agendada.

Quando fui realizar o convite aos participantes<sup>13</sup>, enquanto pesquisador, fui me adequando à disponibilidade de dias e horários propostas por eles, visto que eu estaria adentrando no campo, e na rotina de um serviço. Inicialmente as quartas-feiras pela manhã foram adotadas como o dia e turno ideais. Porém, em algumas semanas, fez-se necessário a alteração em virtude da demanda e pedido das/dos próprios participantes.

---

<sup>12</sup> Um lanche que acompanhou a realização das oficinas.

<sup>13</sup> A explicação detalhada deste momento será encontrada mais abaixo neste capítulo.

Para análise das oficinas vamos considerar a descrição feita através dos diários de campo, e dos materiais elaborados nas oficinas, tendo como olhar e viés epistemológico a interseccionalidade.

A análise de cada oficina compreende vários procedimentos. Em primeiro lugar, descrevemos o contexto de realização da oficina, incluindo aspectos que antecederam seu desenvolvimento (divulgação, convite, receptividade), a caracterização da oficina (local, data, duração, assinatura dos consentimentos livres e esclarecidos, características de cada participante e dinâmica da discussão) e, para finalizar, o registro de possíveis eventos após a oficina (como eventuais contatos com os pesquisadores). Esses registros se aproximam menos de uma "descrição" neutra de estruturas móveis e eventos que caracterizaram o encontro e mais uma "inscrição" situada e posicionada do pesquisador (Spink; Menegon; Medrado, 2014, p. 36).

### 3.2.3 Procedimentos para a construção e organização de dados

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico a partir da busca pela bibliografia utilizada nesta pesquisa nos bancos de dados da Scielo, através de descritores como: acesso, LGBT, LGBTQIA+, saúde. Durante o levantamento bibliográfico foram utilizadas as bibliografias preferencialmente mais recentes, que dialogam com a temática aqui proposta, embasado na argumentação, fundamentando teoricamente e dando arcabouço para a concretização da pesquisa. Esse material foi organizado a partir de fichamentos textuais e construção de uma revisão bibliográfica em um texto sobre o material encontrado, elaborando e discutindo mapas temáticos desses fichamentos.

Os dados referentes às oficinas, utilizaram os produtos gerados nelas, ou seja, os materiais que foram elaborados pelas/es/os participantes a cada oficina, cumprindo sua proposta temática, conforme descreverei a seguir. Também utilizei um *diário de bordo*, de forma a registrar os acontecimentos e momentos de cada oficina que foram relevantes para a pesquisa, a partir do pesquisador. Pezzato, Botazzo e L'abbate (2019) pontuam que “o diário é uma ferramenta de intervenção utilizada pelos analistas institucionais que possibilita ‘fazer ver’ situações conflituosas e complexas existentes no cotidiano da instituição na qual se está intervindo” (Pezzato; Botazzo; L'abbate, 2019, p. 301).

Para organizar os dados na pesquisa, utilizamos quadros e/ou tabelas, a depender do que emergiu nas oficinas em termos de produtos que pudessem ser imagens, textos, cartazes ou outros materiais.

O roteiro das oficinas aconteceu conforme as seguintes descrições. Farei uma

descrição sucinta das oficinas, para que nos próximos capítulos possamos seguir com as descrições e análises.:

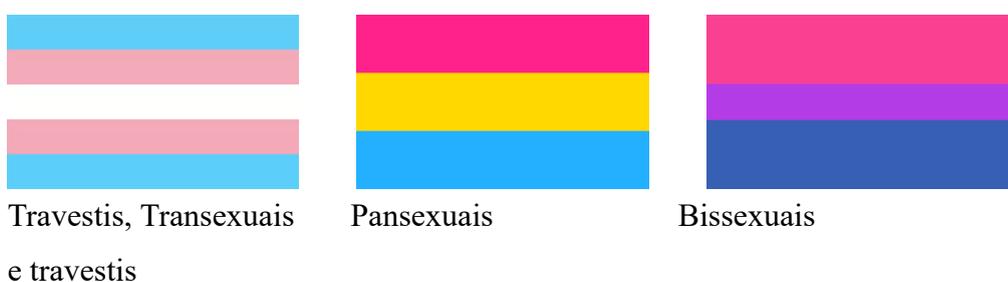
### **1ª Dia da Oficina - Apresentação geral, assinatura do TCLE e elaboração das regras do grupo de trabalho.**

No primeiro encontro, cada participante que concordou em participar das oficinas assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas cópias, isso se repetiu nas demais oficinas quando houve novas/es/os participantes. Foi realizada uma apresentação de forma interseccional em que todas/es/os envolvidas/es/os nas oficinas, sendo participantes ou pesquisador. Logo após, foram apresentadas a pesquisa e a proposta das oficinas, bem como, retiradas as possíveis dúvidas. Por fim, foi produzido conjuntamente com todas/es/os acordos e regras de grupo que nortearam as participações nos encontros das oficinas.

### **2ª Dia da Oficina - Atividades com as bandeiras e socialização das experiências**

Neste encontro, apresentei as bandeiras com temáticas da representatividade LGBTQIA+, numa perspectiva ilustrativa e impressa, nas quais apresentam-se diferentes orientações sexuais, identidades de gênero e sexo biológico. Podemos fazer uma associação entre as bandeiras e os nomes de forma lúdica, visando aprender mais acerca da temática. Em seguida foi feita uma atividade de identificação a partir de um conjunto de frases acerca das experiências vivenciadas pelas/os participantes.

Imagens 2 - As bandeiras das comunidades LGBTQIA+





Intersexo



Queer



Asexual

Lésbicas<sup>14</sup>

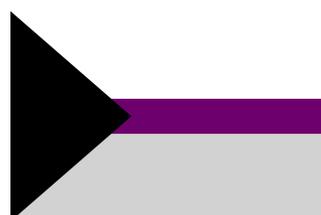
Lésbicas



Orgulho LGBTQIA+



Gay



Demisexual



Não-binário



Sexo Biológico Masculino



Sexo Biológico Feminino

<sup>14</sup> A bandeira da população lésbica teve uma alteração, no entanto, pelo respeito ao seu respaldo histórico e social, serão apresentadas as duas e explicada a alteração

Quadro 3 - Frases utilizadas na atividade da oficina 2

<b>Frases utilizadas</b>
Eu já tive dúvidas de qual pronome utilizar com as pessoas.
Eu não tive muitas informações sobre a população LGBTQIA+ na minha formação acadêmica.
Eu já busquei por conta própria conhecimentos sobre a temática LGBTQIA+.
Eu percebo diferença racial significativa na população LGBTQIA+.
Eu já perguntei para a pessoa como gostaria de ser chamada.
Eu percebo a relação entre raça e gênero/sexualidade.
Eu sei o que significa interseccionalidade.
Consigo me lembrar de muitas pessoas LGBTQIA+ que atendi.
Eu sinto falta de conhecimentos sobre a população LGBTQIA+.
Eu já presenciei situações discriminatórias ou preconceituosas.
Eu percebo na minha prática profissional que preciso saber conhecimentos sobre gênero/sexualidade.
Eu percebo na minha prática profissional que preciso saber conhecimentos sobre raça.

Fonte: Elaboradas pelo próprio autor/pesquisador

Após esse momento foi construído um cartaz vivencial, no qual as/es/os participantes apresentaram suas vivências com a população LGBTQIA+ em suas diferentes identidades de gênero e orientações sexuais.

### **3ª Dia da Oficina - Construção e socialização de notícias**

No terceiro dia da oficina foram disponibilizados materiais de papelaria como: Hidrocor, canetas, lápis de cor, papéis, lápis de cera colorido, papel ofício branco e colorido. Em seguida os dividi em duplas ou trios, e elas/ele puderam elaborar notícias sobre o acesso da população LGBTQIA+ à atenção básica, evidenciando classe social, raça, gênero, idade, se é ou não uma pessoa com deficiência, e o que aconteceu com esta pessoa. Logo após, a partir das narrativas construídas as duplas e/ou trios, socializaram as notícias e as/es/os demais envolvidas/es/os puderam trazer pontuações acerca das notícias das/des/dos demais.

#### **4ª Dia da Oficina - Construção da carta as/aos/es usuárias/es/os**

No quarto dia cada um pode falar como foram as oficinas, além do que mudou na sua vida pessoal/profissional e/ou o que aprendeu através de uma dinâmica sobre a linha de tempo, abordando o passado (antes das oficinas), o presente (durante a realização das oficinas) e o futuro (as perspectivas após a realização das oficinas). Foram construídas também três cartas direcionadas às/es/aos usuárias/es/os por profissionais de saúde da atenção básica, a partir de tudo que foi vivenciado nas oficinas, visando acolher e facilitar a adesão da população LGBTQIA+ à atenção básica. Estas cartas foram lidas e compartilhadas por todas/es/os que participaram das oficinas.

#### **3.2.4 Aspectos Éticos**

Por se tratar de uma pesquisa com seres vivos, para sua realização fez-se necessário a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), onde via plataforma Brasil, submeti o projeto e alguns documentos necessários para a viabilidade da pesquisa, tais como: modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Carta de anuência da prefeitura de Jaboatão dos Guararapes autorizando a realização da pesquisa, Carta de Anuência do Serviço de Psicologia Aplicada da UFPE se disponibilizando em caso de necessidade acolher algum participante, os currículos lattes meu, enquanto pesquisador e de Wanderson Vilton, enquanto orientador, a folha de rosto assinada pela coordenação, o termo de compromisso, e o próprio projeto de pesquisa. A primeira submissão foi em setembro de 2024, e entre alguns retornos para correções e ajustes, o projeto foi aprovado através do parecer de nº 7.342.352 (Anexo D) para execução em janeiro de 2025, tendo como CAAE nº 84180424.1.0000.5208.

#### **3.2.5 Amostra de Participantes:**

Foram realizadas quatro oficinas com profissionais de saúde de diferentes categorias e níveis de escolaridade, atuantes e com vínculo ativo na Atenção Básica do Município de Jaboatão dos Guararapes, que se disponibilizaram a participar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O número de participantes foi de 12 pessoas, variando a quantidade por oficina diante da disponibilidade das/dos/des trabalhadoras/es (conforme o gráfico 1). Este número foi pensado visando abranger as distintas categorias

profissionais, além de considerar um número médio dentre a quantidade de trabalhadoras/es numa Unidade Básica de Saúde. Exclusivamente para a terceira e a quarta oficinas, a pessoa participante deve ter participado ao menos de uma das oficinas anteriores.

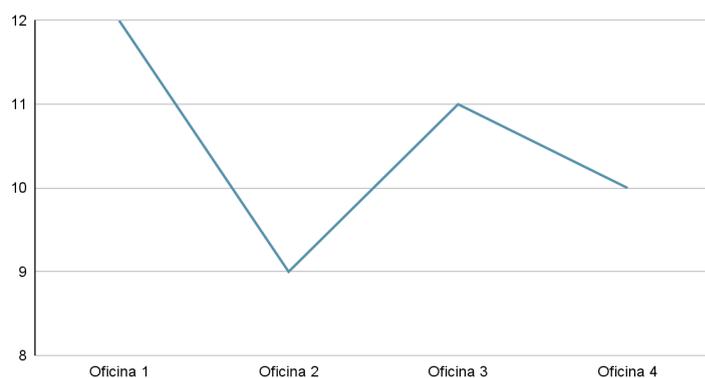
Foram adotados como critérios de inclusão e exclusão dos participantes, os seguintes pontos:

- *Critério de inclusão* – Profissionais de saúde lotadas/es/os na Atenção Básica no município de Jaboatão dos Guararapes em Pernambuco com vínculo ativo e em atuação, com idade igual ou superior a 18 anos, que expressem livremente o desejo de participar da pesquisa sob formalização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado pelo pesquisador e preenchido pelos participantes conforme resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. E que tenham um período mínimo de 6 meses de atuação profissional na UBS.
- *Critérios de exclusão* – Profissionais que de alguma forma expressem algum impedimento, que não tenham disponibilidade para participar das oficinas, e/ou profissionais afastados de suas atividades laborais seja, por férias, licença médica.

A pesquisa contou com a participação total de 12 participantes, variando a quantidade de acordo com o dia e disponibilidade destes, o gráfico abaixo expressa a quantidade de participantes por cada oficina. Todas/os assinaram o TCLE concordando com a participação na pesquisa.

### Gráfico 1 - Números de participantes nas oficinas

Realização das oficinas - Número de participantes



Fonte: Elaborado pelo próprio autor/pesquisador.

### 3.2.6 Convite aos participantes

Através da minha rede de contatos pessoal, consegui o contato de uma profissional de psicologia que trabalha na unidade, entrando em contato com ela, pude ter o apoio para viabilizar o contato e convite às/aos participantes. Ela se dispôs a participar da pesquisa, bem como, contactar os demais participantes para a realização da pesquisa. Entretanto, no meio desta organização senti a necessidade de ir pessoalmente na instituição para me apresentar e convidar as/os profissionais para participar da pesquisa.

Junto a esta profissional articulei um dia e turno em que seria mais viável para as/os profissionais me receber brevemente, para realizar o convite. No dia 12 de fevereiro de 2025, fui até a Unidade de Saúde da Família (USF) - Curado II-I, e ao chegar fui muito bem recebido, e pude conversar com alguns profissionais convidando para a pesquisa. Para isso, precisei me apresentar e apresentei a pesquisa. Expliquei como seria, e perguntei sobre a viabilidade dela ser executada na própria instituição. Recebi a disponibilidade de diversas/os profissionais para participarem, bem como, a própria abertura do serviço para receber a realização das oficinas.

Durante a visita senti falta de um crachá enquanto pesquisador, que me identificasse, apesar de estar levando todos os documentos, como a aprovação do CEP, meus documentos pessoais, e o próprio projeto, acredito que um crachá auxiliaria na apresentação enquanto pesquisador. Deixarei aqui e ao Programa de Pós Graduação, essa sugestão para outras pesquisas futuras.

Como dito, fui muito bem recebido, me levaram até a copa e me deram café e bolachas, onde conversamos brevemente acerca da proposta das oficinas, o que auxiliou a desmistificar possíveis ideias que poderiam ter sobre a pesquisa. Esse momento não planejado, contribuiu para a formação de vínculo entre pesquisador e participantes, e para a abertura genuína à realização da pesquisa.

## **4 A TEMÁTICA LGBTQIA+ E AS VIVÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: a prática e os encontros com os marcadores sociais**

Neste capítulo vamos abordar os dois primeiros encontros das oficinas, pontuando o que aconteceu e trazendo as reflexões críticas acerca dos produtos observados e produzidos nas oficinas. As duas oficinas tiveram tempo de participação semelhantes, uma hora cada, e contou com a participação de diversos profissionais de saúde, de profissões distintas, tais como psicologia, medicina, fisioterapia, nutrição, enfermagem, odontologia, técnica em enfermagem e Agente Comunitárias de Saúde (ACS). Os números de participantes variaram em cada oficina, diante das disponibilidades dos mesmos.

Para fins de organização geral deste capítulo, irei dividi-lo em algumas partes. Inicialmente descreverei os diários de campo de cada uma das duas oficinas, eles estão estruturados com o detalhamento de sua realização, pontuações discursivas e as atividades produzidas. Neste sentido, assumirei a narrativa das práticas em primeira pessoa e colocarei no plano narrativo minhas impressões e sentimentos, tal qual um diário de campo. Em seguida apresentarei a análise feita de ambas as oficinas, intercalando com as perspectivas teóricas-epistemológicas que adotamos nesta pesquisa acerca da interseccionalidade.

### **4.1 A primeira oficina**

A organização da oficina começa dias antes, além do roteiro que já foi pré-organizado, foi importante checar e organizar os materiais. Comprar e equilibrar as comidas do *coffee break*, tentando atingir o máximo de pessoas. Enviar uma mensagem de confirmação no dia anterior, e pedir para que seja partilhada entre as demais pessoas. Percebo que tudo isso facilita na organização, adesão e abertura do campo e das/dos participantes.

A oficina foi realizada no dia 19 de fevereiro de 2025, das 10:45h às 11:45h no horário local. Todas as oficinas foram realizadas na própria unidade. Ao chegar na Unidade Básica de Saúde (UBS) pontualmente conforme combinado anteriormente no recrutamento das/dos participantes, sinalizei para algumas profissionais a minha chegada, aguardei um pouco e fui em busca de um lugar para montar os materiais que seriam utilizados.

As agentes comunitárias de saúde me sinalizaram que tinham conquistado uma sala para elas, que eu poderia utilizar este espaço para as atividades. Sempre com muita hospitalidade, me ajudaram com alguns recursos físicos, como mesas e cadeiras, até uma toalha de mesa para o *coffee break*. Fui organizando tudo, colocando numa mesa os materiais que seriam utilizados nas atividades (papéis, lápis de cor, hidrocor, giz de cera e etc), e na outra mesa fui colocando as comidas.

Imagem 3 - Sala onde foi realizada a oficina



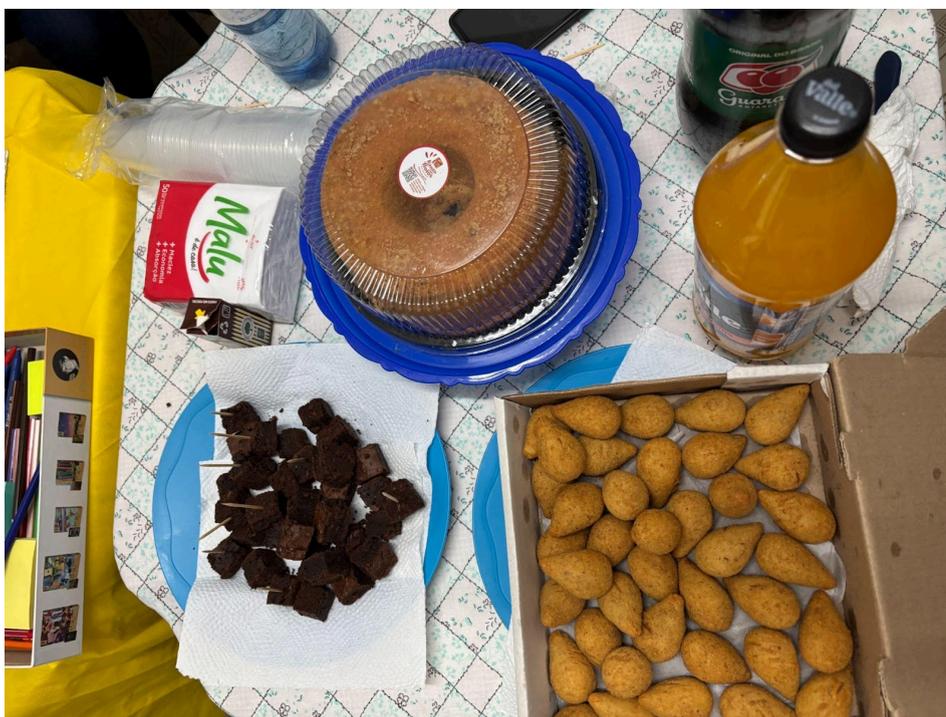
Fonte: Registrada pelo pesquisador

No primeiro dia, o cardápio do *coffee break*<sup>15</sup> contou com brownie, cortados em cubos, coxinha de frango, bolo sabor paçoca, suco e refrigerante. Para facilitar, já levei alguns utilitários, como faca, copos descartáveis, guardanapos, pratos para deixar as comidas e uma bailarina para o bolo (essa parte foi para deixar esteticamente mais bonito).

---

<sup>15</sup> O *coffee break* foi pensado como meio para manutenção das oficinas, e foi comprado com meu recurso próprio.

Imagem 4: Mesa com o coffee break da oficina 1



Fonte: Registrada pelo próprio pesquisador

No início as pessoas chegaram aos poucos à sala, então, para adiantar devido ao horário, já fui distribuindo os TCLE para quem estava lá, sempre entregando em duas cópias, em que uma ficou com os participantes, e outra comigo. Enquanto os participantes faziam a leitura e assinavam, eu fui andando pela UBS convidando outras pessoas para participar. Foi quando descobri que mesmo aquelas pessoas que eu não havia convidado diretamente, já estavam sabendo da oficina e existia uma expectativa entre alguns participantes. Enviei uma nova mensagem para todos os contatos que eu tinha, e informei o local onde aconteceria, bem como, que já estaríamos iniciando.

No geral, percebi as pessoas animadas para participar, e dispostas, o que facilitou o andamento da oficina que aconteceu entre 10:45h às 11:45h. No início algumas pessoas foram chegando em tempos diferentes, devido a rotina profissional na UBS, preenchimento de documentação, materiais para serem dispensados e atendimentos aos usuários. Após 20 minutos chegaram as últimas pessoas que participaram neste dia.

Participaram 12 pessoas, sendo 11 mulheres e 1 homem, contemplando as profissões de: psicologia, medicina, odontologia, nutrição, fisioterapia, técnica de enfermagem, e agentes comunitárias de saúde. Todas cis-gênero, sendo todas as mulheres heterossexuais, e o homem,

homossexual. O grupo em termos de raça/etnia pode ser descrito deste modo: variando de forma autodeclarada entre 3 amarelos, 8 pardos e 1 negra. Todas/os com tempo de atuação mínimo de 2 anos na atenção básica.

Iniciei a oficina me apresentando, explicando brevemente sobre a pesquisa, por se tratar de um local ligado a uma prefeitura municipal em ano de algumas mudanças de gestão, achei interessante ressaltar que eu não tinha envolvimento com a prefeitura, e que era um psicólogo, pesquisador, fazendo o mestrado e ligado à Pós Graduação da Universidade Federal de Pernambuco. Desde o convite, eu senti falta de um crachá institucional, acredito que reforçaria o local de onde estou partindo.

Após a apresentação pedi para que cada um se apresentasse de forma interseccional: expliquei que seria utilizando as categorias sociais. Neste momento surgiram muitas dúvidas, optei por dar um direcionamento geral, mas não necessariamente, responder as dúvidas, pois entendi como importante para a pesquisa. Então, pedi para colocarem nome, profissão, formação, tempo de atuação na atenção básica, classe social, raça/etnia, identidade de gênero e orientação sexual.

Quando fomos realizar as apresentações, foram sinalizadas algumas dificuldades, cinco pessoas informaram que não sabiam a diferença entre cisgênero e transgênero, duas pessoas não sabiam a classe social que pertenciam. Neste momento, uma pessoa foi pesquisar no celular, as diferenças das classes sociais para determinar a sua. Duas pessoas pediram ajuda aos colegas para saber sua orientação sexual e identidade de gênero, e uma pessoa não preencheu por não saber.

Neste momento questioneei se durante a formação delas/dele haviam estudado sobre a população LGBTQIA+, e apenas quatro pessoas responderam que sim. Alguns disseram que teve uma breve formação realizada pela prefeitura há alguns anos e que não sabem o tempo certo. Porém, relataram que praticamente não haviam estudado sobre a temática.

Fizemos uma rodada de apresentação, e ao terminar essa rodada, o grupo entrou numa discussão sobre raça/etnia, se seria algo pré-determinado ou autodefinido. Então começamos a dialogar sobre o que poderia definir uma raça/etnia para uma pessoa, foi trazido os traços físicos e as vivências como principais pilares para a atribuição, somadas a autodeclarações.

Após esse momento, pedi para virassem o papel de suas apresentações, e no verso escrevessem o que vem à mente quando pensam nas pessoas LGBTQIA+ que elas/ele atendem/atende na atenção básica. A partir daí tiveram algumas dúvidas sobre essa atividade, então precisei repetir, e quem foi entendendo foi explicando aos demais e assim ela foi se iniciando.

Porém, tivemos dois pontos curiosos e importantes em seu início, o primeiro foi que todas as pessoas que estavam participando tinham muito tempo de trabalho na atenção básica, anos. Entretanto, duas pessoas disseram não se lembrar de nenhuma pessoa LGBTQIA+ que tenha atendido. Em seguida, uma delas foi lembrando, e a outra não lembrou, e sinalizou que realmente este ponto nunca foi relevante para a sua prática, por isso era um conteúdo que não tinha tantas informações. O segundo ponto é que no decorrer da atividade as pessoas foram lembrando das/dos usuáries LGBTQIA+.

Quando iniciamos a socialização das falas, as pessoas demonstraram receio ao falar de alguns usuáries por não saberem ou entenderem algumas identidades de gênero. Pedi para que anotassem no papel tudo, e esses foram os textos escritos:

*“Só lembro de 1 casal de lésbicas, uma se veste como homem, e a outra como mulher, elas vem na unidade vacinar a filha que as mesmas adotaram. (São pardas)”*.

*Lembrou de “1 - Homossexual, gay, ensino médio incompleto, má higiene, pardo, aproximadamente 25 anos. 2 - Mulher homossexual, amarela, vestimenta masculina, utiliza o nome feminino e não quer trocar. obs. A maioria dos homossexuais (que ela atendeu) tinham algum distúrbio de formação, seja mordida aberta ou língua presa. 3 - Homossexual, com TDAH, masculino, pardo e baixa classe social”*.

*“Tem homens gays com traços femininos. Tem mulheres lésbicas com traços masculinos. Tem mulheres trans com aparência feminina. Tem homens gays com traços masculinos. As raças/etnias são diversas, tendo negros, pardos e brancos”*.

*“Na minha área mora 1 - um casal de homossexuais que se vestem como homens e que se comportam como tal perante a sociedade, nunca tendo relatado sua orientação sexual para mim (ambos de cor parda). 2 - Mora também um casal de lésbicas que vivem em conflitos constantes. E uma delas tem uma filha que mora com elas (todas de cor parda). 3 - Tenho também uma pessoa que acredito é trans, pois se veste como mulher, usa nome de mulher e se comporta como tal (de cor parda). 4 - Também tem uma senhorita que é lésbica, mora sozinha (de cor parda), e vive em conflito com as parceiras. 5 - Tem um caso de um jovem que desde os 12 anos (hoje tem 19 anos), vive trancado no quarto, por não aceitação do padrasto e da avó, ele se declara mulher, usa nome de mulher e se veste como tal. 6 - Lembrei de um casal de lésbicas que*

*vivem juntas há anos (sendo que uma delas tem 3 filhos), (pardas). 7- Conheço também dois jovens, irmãos, uma do sexo feminino e outro do sexo masculino. A fêmea é lésbica e o macho é gay. 8 - Tem uma moça lésbica que se assume como tal e mora com sua companheira”.*

*“Na área, que eu saiba tem 2 mulheres lésbicas. Uma tem relacionamento há alguns anos. As duas têm um pouco de aparência feminina, mas se vestem com roupas masculinas (ambas pardas) com 64 e 23 anos”.*

*“Sim, tenho paciente que é homossexual mas nunca me falou que era assim, e se comporta e se veste como homem, mesmo diante das pessoas (negro)”.*

*“Invisibilidade, não me recordo de nenhuma pessoa que trouxe a questão de gênero/orientação sexual para a consulta. Não é algo que pergunto na minha anamnese, acolhimento, e não lembro de alguém trazer essa questão para consulta”.*

*“Tenho um paciente que é homossexual, casado, eles se vestem como homem, e muito educados para falar sobre si. (são pardos)”.*

*“Meu contato com usuários LGBTs+ se limitam a poucos encontros, acessam pouco o serviço, não me recordo de nenhum atendimento específico. Minha ficha de avaliação nutricional tem a informação de composição familiar; 1 - tive uma experiência com um paciente, acompanhante da mãe, que sofria violência do filho, mas não queria morar com a filha por ela ser lésbica. (pardas). 2 - Pessoa homossexual homem, veio para orientação nutricional, negro e obeso. 3 - Casal de lésbicas que veio para orientação nutricional, não lembro a cor/raça. 4 - Profissional de saúde pediu orientação com avaliação nutricional, obesa, lésbica (negra)”.*

*“Homossexual parda”*

*“Já atendi algumas pacientes homossexuais que chegaram para mim apresentando sofrimento psicológico em decorrência de preconceitos vivenciados. Lembro de uma adolescente feminina se vestindo de acordo com seu sexo biológico. Outra*

*adolescente, homossexual se vestindo de forma masculinizada (cabelo bem curto, jeito mais masculinizado) cor amarela as duas”.*

*“Tenho um casal, onde uma se veste masculinamente e outra feminina. Não teve vergonha em falar sua orientação sexual (ambas pardas) e criam uma criança”.*

Cada pessoa leu o que escreveu (essas frases anteriormente destacadas) e falou brevemente sobre sua experiência. Num dado momento, o debate acerca de uma mulher trans de 19 anos, que estava se trancando no quarto, passou a se destacar. Entretanto, o uso do pronome masculino era constante. Questionei como a pessoa gostaria de ser chamada, e foi reforçado que era no feminino, a profissional relatou que a chama pelo seu nome social, e não o morto, mas no momento do diálogo foi utilizado algumas vezes o pronome masculino.

Em todos os momentos direcionei para uma visão interseccional, na medida do possível. Ou seja, ao pensar na população LGBTQIA+ que era atendida, pensassem nas categorias sociais que atravessassem, a apresentação inicial deu um suporte neste momento, pois algumas dúvidas já haviam sido tiradas. Durante a circulação da fala, a temática de raça surgiu e trouxe incômodos, duas pessoas utilizaram o termo “cabelo bom” se referindo a cabelos lisos, o que incomodou outros participantes que corrigiram, informando que se há cabelos bons, teoricamente os demais seriam ruins, e os termos corretos seriam cabelos lisos, crespos, cacheados e etc.

Em seguida dialogamos sobre os conceitos de sexo biológico, identidade de gênero e orientação sexual, pedi para que falassem sobre, e ao fim, eu fui reiterando e complementando, e por fim, apresentei também o conceito de expressão de gênero, onde todos expressaram não ter conhecimento acerca dele até então.

Finalizamos o encontro dialogando sobre o dia e elaborando o contrato de convivência considerando o que foi vivenciado e as perspectivas para as próximas oficinas. Ficou da seguinte forma:

- 1 - Falar livremente sem julgamentos externos.
- 2 - Respeitar os horários pré-definidos.
- 3 - Participar de todos os encontros.
- 4 - Estimular os colegas para participar dos encontros, e os lembrar também.
- 5 - Respeitar as falas dos colegas.

Todas/os as/os presentes concordaram com os pontos do contrato, e finalizamos a oficina com o *coffee break*, e a organização da sala.

## 4.2 A segunda oficina

A segunda oficina ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2025, de 10:45h às 11:45h, na Unidade Saúde da Família do Curado. Participaram nove profissionais vinculadas/o à atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes, e atuando há mais de seis meses. Ao chegar na unidade, me direcionei ao local onde havia acontecido a oficina anterior, lá fui organizando os materiais e já recebendo as participantes. Em seguida, andei pela instituição avisando aos demais que estivessem presente, que a oficina se iniciaria dentro de alguns minutos. Também fui pegando cadeiras para ir completando a quantidade de participantes. As/o participantes foram chegando e se acomodando, e fomos dando início à oficina.

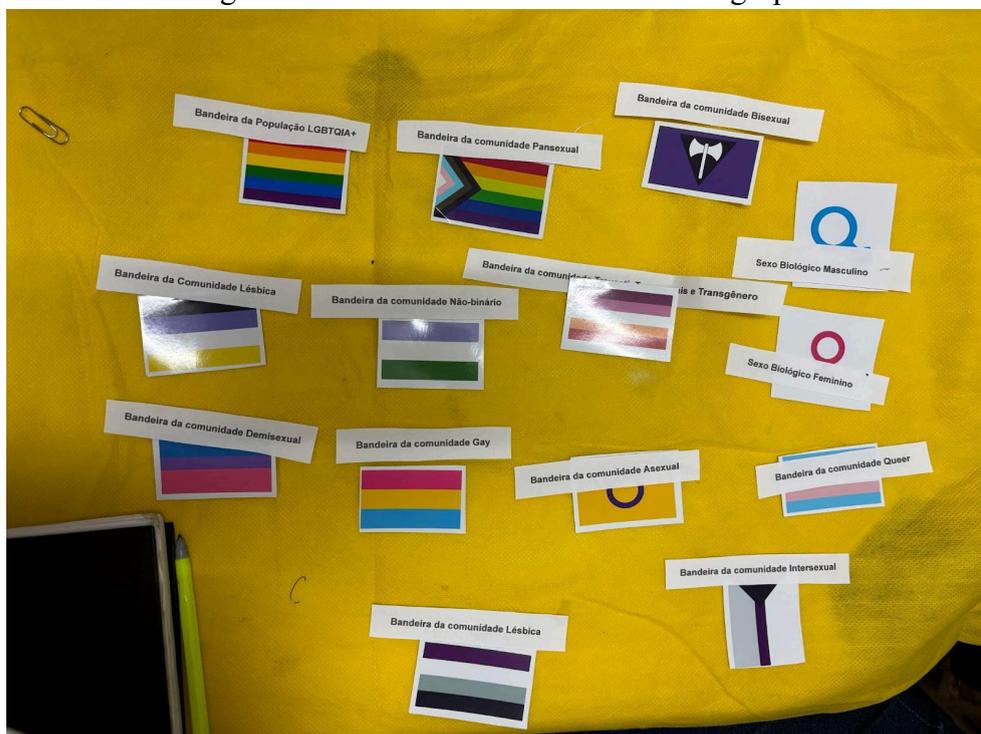
Iniciamos lembrando a oficina anterior, relendo o contrato e reafirmando os acordos que havíamos fechado. Da oficina anterior, quatro participantes não puderam se fazer presentes, e uma que não estava na primeira, participou da segunda, o que se fez necessário realizar uma ambientação. Também pontuei que fazia parte dos critérios da pesquisa que para participar do terceiro e quarto encontro, os participantes tivessem participado ao menos do primeiro ou segundo.

Após a releitura do contrato, perguntei se queriam fazer alguma alteração, inclusão de algum ponto, mas todos concordaram com o que estava e seguimos. Iniciei a atividade com as bandeiras, perguntei inicialmente o que seria uma bandeira, e foi respondido que seria “uma forma de representação” e um “símbolo”. Então, eu pedi para que se dividissem em três grupos, cada um com três pessoas, ao qual separei quatorze bandeiras e quatorze nomes por grupo, e os entreguei para que tentassem associar os nomes às suas respectivas bandeiras.

O primeiro grupo era formado por três profissionais com nível superior, o segundo com duas profissionais de nível superior, e uma de nível médio, e o terceiro grupo com três profissionais de nível médio. Os três grupos apresentaram dificuldades para identificar as bandeiras, e a respeito das nomenclaturas existia uma média, sabiam o que alguns significavam e outros não. Também foi pontuado a dificuldade em diferenciar orientação sexual e identidade de gênero, algumas pessoas que sabiam foram explicando, e eu fui complementando ou explicando também, caso fosse necessário.

O primeiro grupo acertou duas bandeiras, o segundo também acertou duas bandeiras, ambos foram as bandeiras relacionadas aos sexos biológicos masculino e feminino, o terceiro grupo acertou três bandeiras, além das de sexo biológico, acertaram a da população bissexual (abaixo as imagens referentes aos resultados dos três grupos).

Imagem 5 - Atividade com as bandeiras do grupo 1



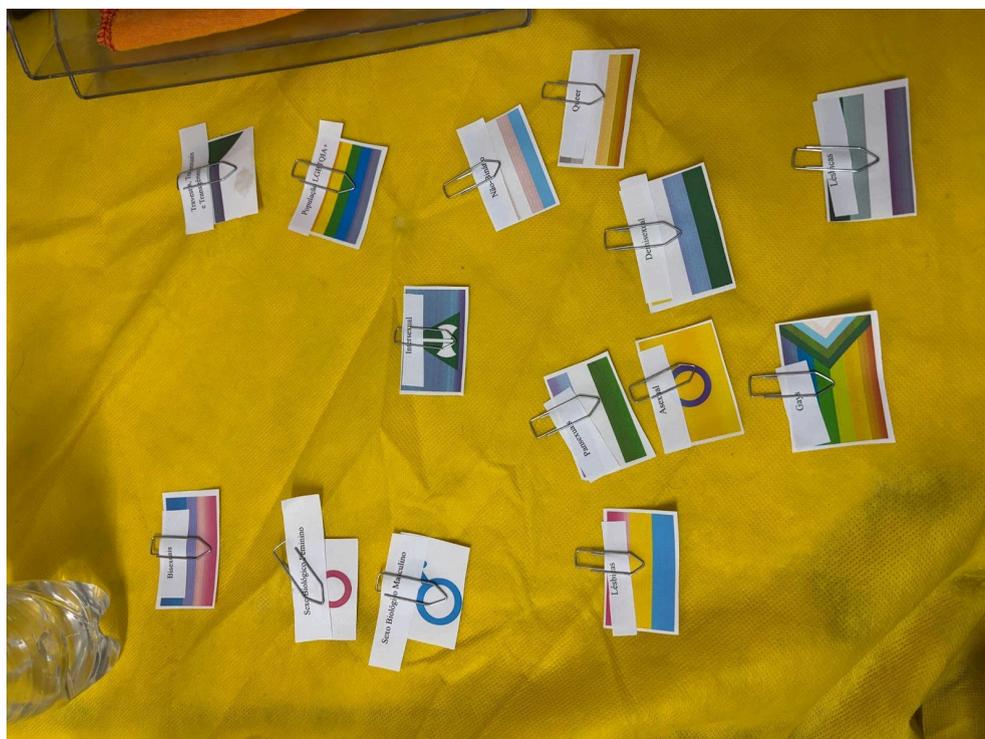
Fonte: Registrada pelo pesquisador.

Imagem 6 - Atividade com as bandeiras do grupo 2



Fonte: Registrada pelo pesquisador.

Imagem 7: Atividade com as bandeiras do grupo 3



Fonte: Registrada pelo pesquisador.

Após finalizarem as atividades, eu entreguei para cada participante, uma folha com as respostas, contendo as bandeiras e seus respectivos nomes. Em seguida fomos conversar sobre cada nome, e fui questionando se saberiam o que seria e quais as especificidades. Precisamos iniciar distinguindo o que seria orientação sexual, identidade de gênero, expressão de gênero e o sexo biológico. Os termos “Lésbicas”, “Gays”, “Sexo biológico masculino”, “Sexo biológico feminino”, “Travestis, Transexuais, Transgênero” e “Bissexuais” foram explicados pelos participantes, demonstrando um nível de compreensão para a maioria. Os termos “intersexual”, “Pansexual” e “Demisseuxal” foram explicados apenas por um participante, que é um participante homossexual, e as demais disseram não saber. Os demais termos “Assexual”, “Queer” e “Não-Binário” foram explicados por mim, enquanto facilitador.

Também expliquei o motivo social e de respeito pelo qual foram utilizadas duas bandeiras para a comunidade lésbica. E finalizei mostrando a bandeira da população LGBTQIA+, seu simbolismo e representatividade. Deixei os papéis com as bandeiras e seus nomes para que ficassem e os estimei a aprender. Logo após questionei se ao longo da formação elas/es haviam tido contato com esses conteúdos, e todas/os disseram que não, que

tiveram pouquíssimo contato ou nenhum com informações acerca da população LGBTQIA+. Também expressaram interesse e verbalizam compreender a importância social e sanitária de conhecer e entender as informações sobre a população LGBTQIA+ para sua prática profissional.

Neste momento também foi pontuado que estavam gostando das oficinas, e chegaram a me pedir para fazer mais. O que demonstra o interesse pelo assunto, e que mesmo sem todo o conhecimento, há uma busca e abertura sobre a temática.

A terceira parte da oficina foi planejada de uma forma diferente ao qual foi executada, a mudança não prejudicou o resultado, mas precisou ser feita em acordo com a disponibilidade de infraestrutura do local. A ideia inicial era traçar uma linha ao meio e ler doze frases, aos quais quem se identificasse se aproximaria desta linha, mas por questões de espaço disponível no campo, a mesma atividade foi executada utilizando papel, então após ler cada frase, as pessoas colocariam no papel o número referente as que se identificaram. Neste caso, eu li uma por vez, e fui sinalizando o número referente a cada uma, conforme apresentado no quadro 3<sup>16</sup>.

**Quadro 3 - Frases utilizadas na atividade da oficina 2**

<b>Ordem</b>	<b>Frases utilizadas</b>
1	Eu já tive dúvidas de qual pronome utilizar com as pessoas.
2	Eu não tive muitas informações sobre a população LGBTQIA+ na minha formação acadêmica.
3	Eu já busquei por conta própria conhecimentos sobre a temática LGBTQIA+.
4	Eu percebo diferença racial significativa na população LGBTQIA+.
5	Eu já perguntei para a pessoa como gostaria de ser chamada.
6	Eu percebo a relação entre raça e gênero/sexualidade.
7	Eu sei o que significa interseccionalidade.
8	Consigo me lembrar de muitas pessoas LGBTQIA+ que atendi.
9	Eu sinto falta de conhecimentos sobre a população LGBTQIA+.
10	Eu já presenciei situações discriminatórias ou preconceituosas.

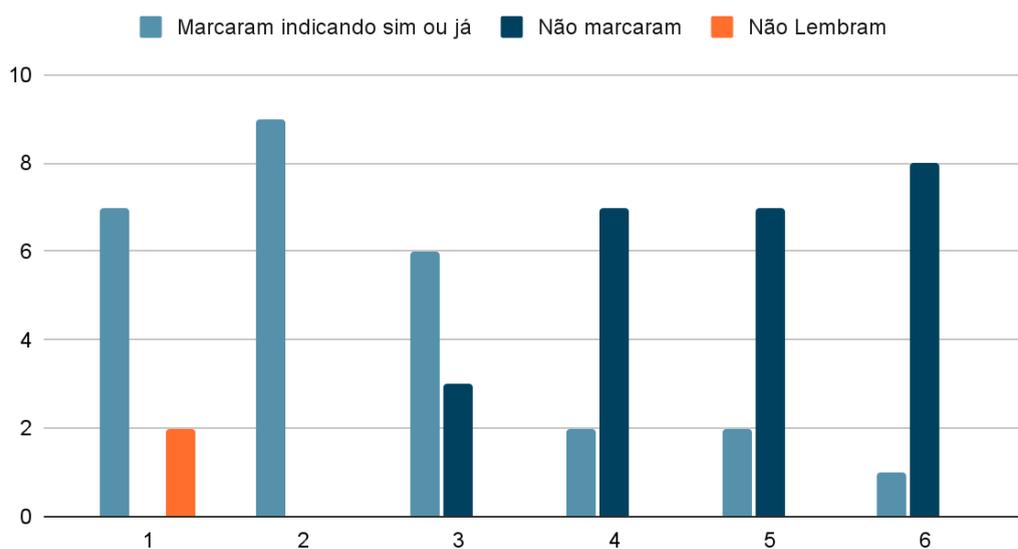
<sup>16</sup> Apresentado inicialmente na página 65, do capítulo 3 desta dissertação, irei reapresentar o Quadro 3 aqui novamente para fins de consulta em relação aos gráficos elaborados para este capítulo, a diferença aqui é que o Quadro 3 está numerado e em sua primeira aparição isso não ocorreu.

11	Eu percebo na minha prática profissional que preciso saber conhecimentos sobre gênero/sexualidade.
12	Eu percebo na minha prática profissional que preciso saber conhecimentos sobre raça.

Fonte: Elaboradas pelo próprio autor/pesquisador

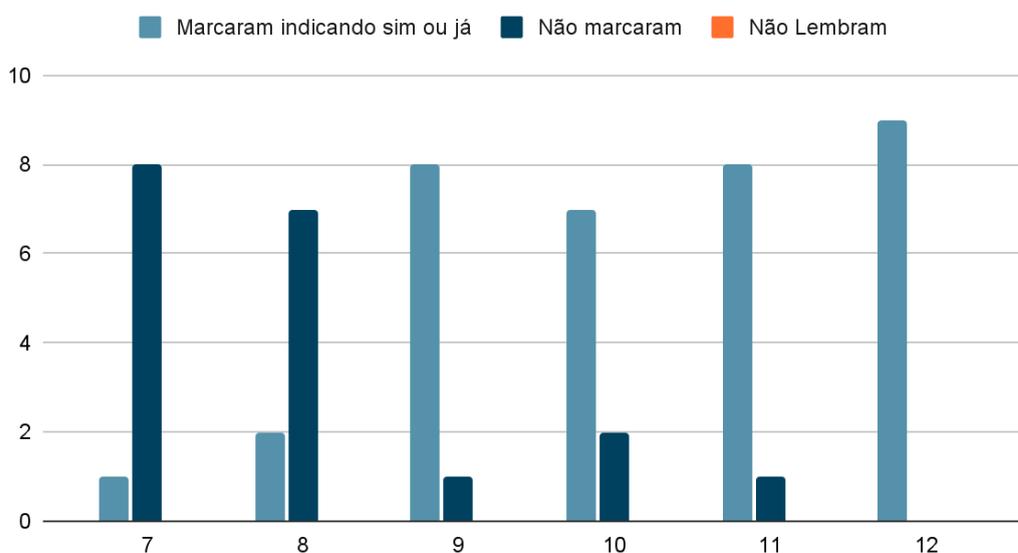
Para facilitar a visualização das respostas, abaixo elaborei dois gráficos, sendo divididos por seis frases cada, mostrando os resultados das respostas a partir de três colunas, sendo a primeira “Marcaram indicando sim ou já” para quem marcou o número se identificando com a frase, a segunda “Não marcaram” para quem não marcou o número indicando não se identificou com a frase, e por fim “Não lembram” para quem sinalizou não lembrar.

Gráfico 2 - Referente às respostas das frases 1 a 6 do quadro 3



Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Gráfico 3 - Referente às respostas das frases 7 a 12 do quadro 3



Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Após a leitura das frases perguntei se eles tinham alguma dúvida, e todas/os expressaram não conhecer o termo “interseccionalidade”, então expliquei e contextualizei um pouco do termo para fins de compreensão, e perguntei se haviam entendido, e todas/os sinalizaram que sim. Mais uma vez foi pontuado que não tiveram acesso a esses conteúdos ao longo das suas formações, mas demonstraram interesse em compreender mais.

Neste momento dois debates importantes se iniciaram, o primeiro foi abordando a religiosidade enquanto atravessador na prática assistencial, foi pontuado por duas profissionais que já tiveram casos de usuários que “escondiam” sua orientação sexual por conta da religião que seguiam, mas que era uma informação, sobre as suas orientações sexuais, em que o próprio território já comentava a respeito. Neste momento, o grupo comentou brevemente a respeito, e trouxeram que a religião promoveu o cenário de precisarem se esconder.

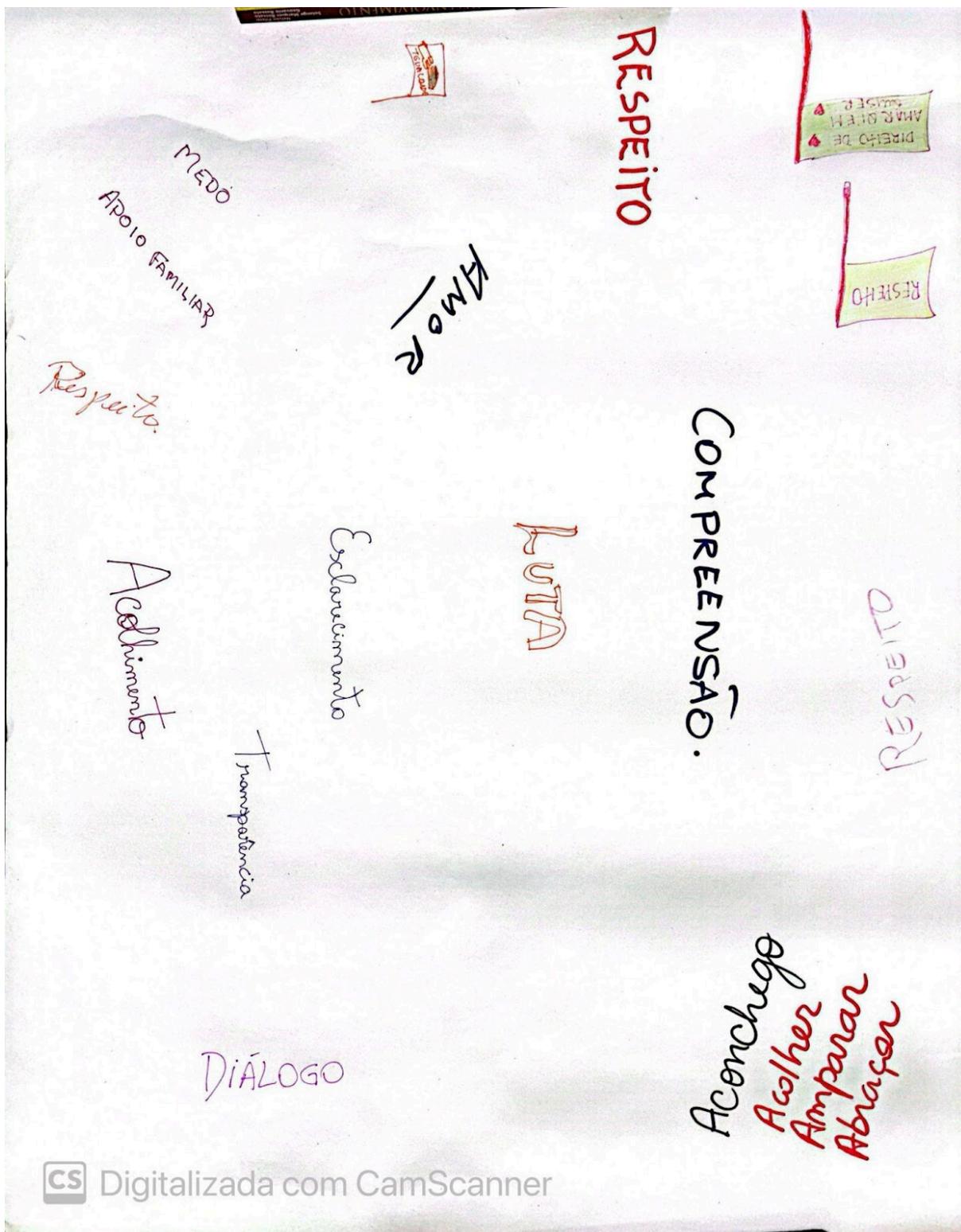
O outro ponto, foi o papel da família enquanto facilitador ou dificultador para a população LGBTQIA+, visto que devido a preconceitos e discriminações, alguns familiares inibiam as/os usuárias/os ou até se recusavam a os visitar. É importante ressaltar que essas histórias foram expressadas pelas profissionais compreendendo empaticamente as/os usuárias/os LGBTQIA+, e demonstrando solidariedade.

Seguimos para a última atividade do dia da oficina II, que seria a construção de um cartaz vivencial. Abri um papel *colorset*, e disponibilizei lápis de cor, hidrocolor, pilotos, e

demais materiais, e pedi para que expressassem através de desenhos, palavras ou como quisessem, suas vivências com a população LGBTQIA+, algo que esteja fazendo sentido a partir do pensar nesta população.

As seguintes palavras foram apresentadas: Respeito (4 vezes), Amor (1 vez), Igualdade com o desenho indicando duas mãos dadas de raças/etnias distintas (1 vez), Medo (1 vez), Apoio Familiar (1 vez), Luta (1 vez), Compreensão (1 vez), Direito de amar quem quiser (1 vez), Esclarecimento (1 vez), Aconchego, Amparar e Abraçar (1 vez), Acolher/Acolhimento (2 vezes) e transparência (1 vez).

Imagem 8: Cartaz Vivencial



Fonte: Registrada pelo pesquisador.

Ao término, pedi para que cada uma/um explicasse um pouco dos sentidos das palavras apresentadas, e foi relatado o medo que a população LGBTQIA+ sente por viver e

ser quem são, que ainda há muita luta a ser feita para conquistar espaços. A necessidade de acolher, amparar, abraçar, compreender e aconchegar as pessoas LGBTQIA+ em detrimento de suas vivências muitas vezes difíceis, e de todo preconceito e discriminação existente na sociedade. A importância de entender que todas/os tem o direito de amar quem quiser, e de por vezes esclarecer (no sentido de informar) as informações importantes para essas pessoas. Além de tentar prevalecer a transparência de ser quem são. O respeito foi o mais pontuado, tanto a partir de uma autocobrança profissional, quanto uma necessidade social a ser direcionada para a população LGBTQIA+. E algo que chamou a atenção, foi a igualdade numa perspectiva de pensar a igualdade no tratamento independente de raça/etnia, e da sua compreensão na assistência.

Ao fim, questionei como foi o encontro para elas/ele e se gostariam de dizer algo ou sugerir, todas/os elogiaram e demonstraram aberturas para os demais encontros, verbalizam estarem gostando das oficinas e pontuaram estarem aprendendo com o processo. Finalizamos lanchando as comidas do *coffee break* conforme imagem a seguir – a imagem do lanche apenas.

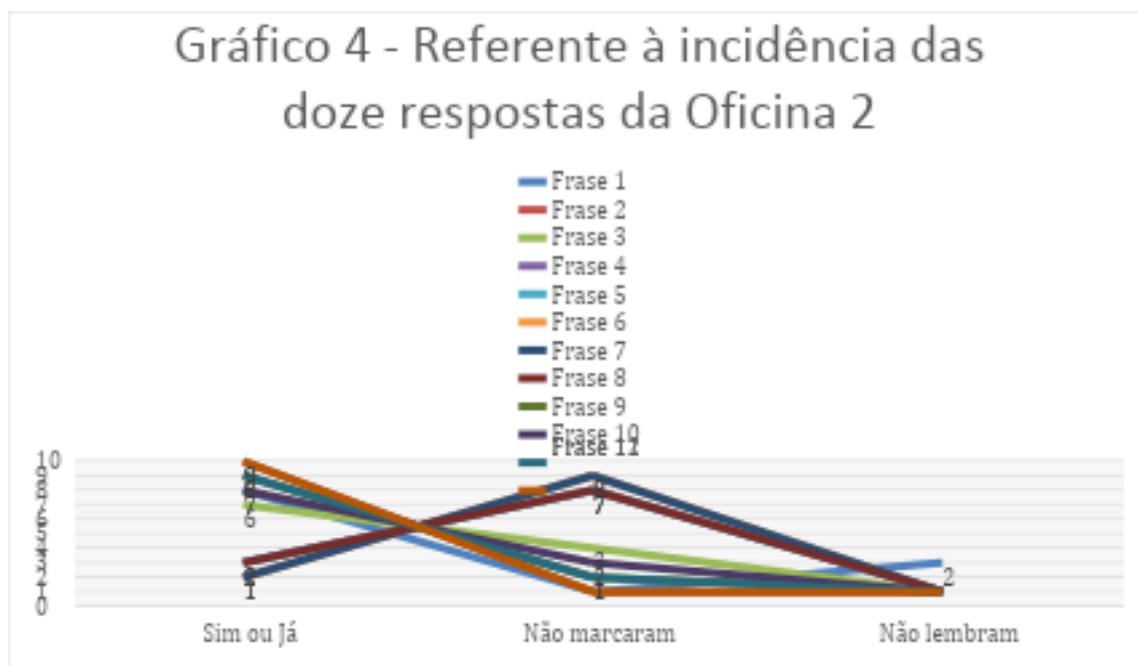
Imagem 9: Coffee Break



Fonte: Registrada pelo pesquisador.

### 4.3 Discussão ampliada da primeira e da segunda oficinas

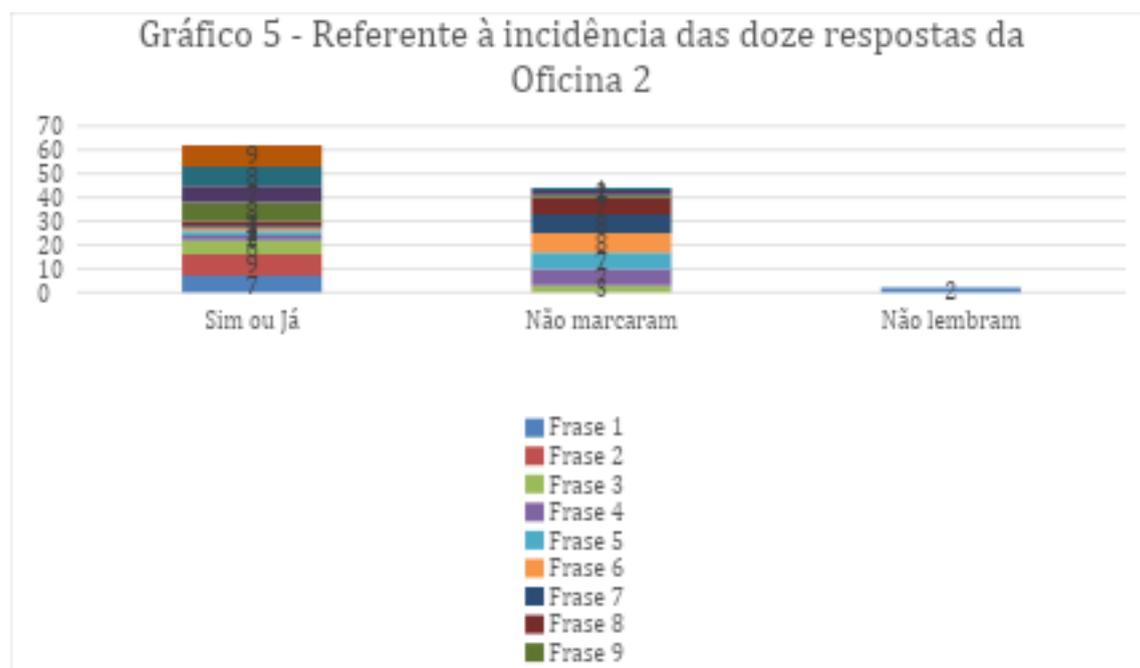
Nestes dois encontros podemos observar pontos cruciais que demonstram a relevância de pensarmos acerca da população LGBTQIA+ pelas/os profissionais de saúde, aqui podemos observar que mesmo com anos de atuação, ao serem questionadas/os acerca de exemplos de usuárias/os/es LGBTQIA+, os profissionais relataram ter dificuldade de lembrar ou não marcaram respostas. Outras/os lembraram, porém de poucos exemplos. Essa característica manifestada se torna preocupante pois se nos baseamos nas perspectivas propostas pela Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQIA+, vamos perceber que entre seus objetivos específicos, está o quinto objetivo que diz “monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial” (Brasil, 2011, p. 2), porém, para este objetivo ser alcançado é necessário a visibilidade desta população. O que significa que as/os/es profissionais necessitam de estratégias que facilitem a obtenção de informações básicas, como a orientação sexual, a identidade gênero e outras que igualmente forem relevantes para assegurar um acesso à saúde efetivo pela população LGBTQIA+.



Fonte: Elaborado pela autoria.

No Gráfico 4, referente à incidência das doze respostas da Oficina 2, vemos que as linhas formam uma figura parecida com um peixe indicando que a maioria das respostas polarizaram e se concentraram ao longo da leitura das frases na opção “não marcaram”. Apenas na Frase 1 (linha com uma tonalidade de azul) houve marcação de duas pessoas. No

entanto, embora poucos não lembrassem (apenas 2 em uma frase), há uma considerável presença de “não marcaram” ao longo do gráfico o que indica a nossa preocupação anteriormente circunscrita, principalmente quando aliada à resposta “Sim ou já” vem a ausência de exemplos ou a dificuldade em lembrar de alguma situação que sirva para isto.



Fonte: Elaborado pela autoria.

No Gráfico 5 conseguimos ver a incidência das respostas por blocos em um universo de até 70 respostas. O que nos mostra este gráfico é uma certa maioria de uma soma de cerca de 62 respostas em “sim ou já”, cerca de 44 respostas em “não marcaram” e 2 respostas em “não lembram”. Estes dados, embora não estejamos fazendo uma pesquisa quantitativa, demonstram é que numericamente há uma incidência maior em “sim ou já” e apenas duas respostas que admitem não lembrar. No entanto, quando solicitamos um exemplo de situação relacionada os profissionais apresentam dificuldades para relatar, pois não lembram.

Esse contexto pode ser facilitado com o apoio da efetividade do objetivo específico 22 da PNSIPLGBTQIA+, que evidencia a necessidade de “incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde” (Brasil, 2011, p. 2). Durante as oficinas, as/os participantes além de se colocarem disponíveis para conhecer mais sobre a temática da população LGBTQIA+, também pontuaram verbalmente não terem tido ou terem tido poucas formações especificamente sobre o assunto,

seja na formação acadêmica ou durante a prática profissional. Contudo, o desejo pela continuidade das oficinas, a frequência das participações nas oficinas, e a verbalização sobre o desejo de querer compreender mais, demonstram a abertura e a implicação social-sanitária dentro de um caráter responsável, que busca o acolhimento e a garantia dos direitos da população LGBTQIA+.

A dificuldade apresentada pelas/os participantes ao tentarem se autodescreverem e sinalizarem não saber a diferença entre pessoas cisgênero e transgênero, além da classe social, retoma a nossa discussão acerca da importância da formação na temática LGBTQIA+ como forma de garantia de direitos, mas também se expande para a emergência da compreensão interseccional, ou seja, a obtenção de conhecimentos sobre os mais variados marcadores sociais que atravessam a população.

Localizar a classe social de uma pessoa transexual evidencia as possibilidades de necessidade de que esta pessoa pode ter. Então, dentro da atenção básica de saúde, enquanto principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, faz-se de extrema relevância que todas/os/es compreendam estes conceitos para assegurar as distintas necessidades sociais e sanitárias advindas da população LGBTQIA+, e garantir o acesso à saúde efetivo.

Observei entre as falas das/dos participantes que havia um receio em como obter as informações básicas e interseccionais das/dos/des usuárias/os/es, então ao serem apresentados a possibilidade de perguntar diretamente para as pessoas, percebi que havia um receio em não ofender de alguma forma. Esse fato representa dois pontos, o primeiro a preocupação das/dos profissionais no cuidado com a população, e o segundo, a perpetuação da invisibilidade dessa população, visto que para ter os seus direcionamentos específicos garantidos, torna-se fundamental saber quem são as pessoas LGBTQIA+ atendidas.

Preciado (2004) evidencia a indispensável ressignificação dos códigos de masculinidade e feminilidade, propondo uma visão ampliada e circunscrita no contato com o próprio sujeito, indo de contra a lógica de falar sobre o corpo, mas deixando que o corpo fale e se expresse. Se pararmos para pensar, possivelmente muitas outras pessoas LGBTQIA+ tiveram contato com as/os participantes, mas o olhar possivelmente heteronormativo normalizado pela sociedade, pode ter impedido a visão daquele corpo presente a sua frente como um corpo LGBTQIA+.

A interseccionalidade propõe portanto, a visibilidade e a voz para estas pessoas, dentro de seus distintos marcadores sociais, trata-se do ato primordial de sairmos das caixinhas impostas socialmente, e presentes na colonialidade, em que a ideia de uma métrica singular persiste em dizer que há uma igualdade, escondendo a imensidão das diferenças. Diferenças

estas que são convidadas cotidianamente para os enfrentamentos por quem as vivencia. Akotirene (2022, p.90) pontua que “a interseccionalidade não dá conta de configurações identitárias recentes e sem fixação de gênero na abordagem [...]”. Desta forma, ao cuidar dessas pessoas, conhecer elas com um olhar interseccional, estamos dando um passo para a equidade e para auxiliar o acesso à saúde.

Neste ponto, precisamos fazer alguns recortes das oficinas, o primeiro é que ao notarmos nos exemplos citados na atividade da primeira oficina, quando foi pedido para falar sobre as/os/es usuárias/os/es LGBTQIA+, em sua maioria, quase total, foram descritas/os/es como pessoas negras. O que nos demonstra um perfil comum de pessoas LGBTQIA+ negras que acessam este serviço de saúde. Estes dois marcadores, somados à classe social, foram trazidos nas atividades em alguns momentos, o que reforça a indispensável aquisição de informações sobre as suas particularidades, visto que é evidenciado que esta população tem tido acesso à saúde.

O racismo enquanto um preconceito a partir da raça/etnia é produto de um período colonial que se perpetua na colonialidade, ou seja, nos períodos após a colonização em que guardam significações e ressignificações de construções históricas e sociais da colonização. “A raça, como atributo social e historicamente elaborado, continua a funcionar como um dos critérios mais importantes na distribuição de pessoas na hierarquia social” (Gonzalez; Hasenbalg, 2022, p. 112).

O recorte racial pode ser evidenciado em alguns momentos, tanto quando nas descrições das/os/es usuárias/os/es a raça é descrita como última informação, depois de todos os outros pontos. Como também quando é abordado o termo pejorativo “cabelo bom”, dando a entender que o cabelo liso remetido às pessoas brancas seria algo bom, e os demais cabelos, sobretudo os crespos, seriam um cabelo ruim. A reprodução deste termo colabora para uma lógica eurocêntrica colonial de que o correto era tudo que fosse associado ao padrão branco/europeu, propondo aos demais a adaptação para este padrão. O que por anos perpetuou em nossa sociedade a ideia do alisamento capilar como um bem-estar estético, na tentativa da busca incessante por se encaixar num local monodirecionado pela colonialidade.

O termo “cabelo bom” foi utilizado mais de uma vez e por mais de uma pessoa, o que explicita uma ideia normalizada para um termo com uma carga histórica potencialmente danosa socialmente. Em contrapartida, a rápida preocupação dos demais colegas, e o incômodo emergido, demonstram o conhecimento sobre a problemática e suas consequências. Aqui, notamos que não podemos generalizar, ou tão pouco pré-julgar, mas não cabe silenciar ou permitir a normalização de um termo racista. Então, na própria oficina, as/os participantes

que tinham conhecimento, trouxeram a explicação e também a relevância de não se utilizar o termo, e enquanto facilitador além de acompanhar, pude observar o quão este termo era entendido como algo corriqueiro para as pessoas que o citaram.

As consequências do seguimento de palavras que colaboram com o racismo, mesmo que sem conhecimento produz efeitos de práticas discriminatórias, além de “uma organização social racista também limita a motivação e o nível de aspirações do negro” (Gonzalez; Hasenbalg, 2022, p. 113).

A fala de uma das participantes na atividade chama a atenção, ela diz “*Tem homens gays com traços femininos. Tem mulheres lésbicas com traços masculinos. Tem mulheres trans com aparência feminina. Tem homens gays com traços masculinos. As raças/etnias são diversas, tendo negros, pardos e brancos*”. Aqui temos a interseccionalidade como uma ferramenta substancial, em que a participante aborda distintos marcadores sociais que atravessam os corpos das/dos/des usuárias/os/es atendidas/os/es na unidade. Os traços pontuados no trecho podem ser associados a expressão de gênero, que seria como essas pessoas se expressam socialmente. Preciado (2004, p.45) pede que “os códigos da masculinidade e da feminilidade se transformem em registros abertos à disposição dos corpos vivos no âmbito de contratos consensuais temporários”. Este pedido reitera a essencial compreensão de fluidez no campo do gênero e da sexualidade, as pessoas e seus corpos vão se expressar de formas distintas e não necessariamente contínuas, mudanças podem ocorrer, pois os corpos estão circunscritos numa esfera fluida.

Em outro trecho, uma participante situa que “*já atendi algumas pacientes homossexuais que chegaram para mim apresentando sofrimento psicológico em decorrência de preconceitos vivenciados*”, a explicitação da demanda presente no campo de atuação e no acesso das/dos/des usuárias/os/es, e acende o alerta para a formação continuada para acolher as mais distintas particularidades que possam surgir desta população. Este fato não é um pedido, é uma garantia de direito assegurado por políticas públicas.

Uma participante trouxe em sua atividade três trechos que merecem destaque, o primeiro: *Tenho também uma pessoa que acredito é trans, pois se veste como mulher, usa nome de mulher e se comporta como tal (de cor parda)*. O segundo: *Tem um caso de um jovem que desde os 12 anos (hoje tem 19 anos), vive trancado no quarto, por não aceitação do padrasto e da avó, ele se declara mulher, usa nome de mulher e se veste como tal*. E o terceiro: *Conheço também dois jovens, irmãos, uma do sexo feminino e outro do sexo masculino. A fêmea é lésbica e o macho é gay*. Observamos aqui que no primeiro trecho não uma certeza, e sim uma suposição, possivelmente por não ter tido a pergunta “qual sua a sua

identidade de gênero?”, essa pergunta facilitaria tanto a adequação à como a usuária se vê, como também aos direcionamentos dos seus direitos, visto que a população trans e travesti tem pontos específicos na PNSIPLGTQIA+, como nos objetivos específicos de 6 ao 9:

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados; VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis (Brasil, 2011, p. 2).

No segundo trecho, apresentado no parágrafo anterior, a jovem é mais um caso que demonstra a primordial necessidade de se ter conhecimento sobre a temática LGBTQIA+, por ser um caso que expressa a importância do acolhimento. Aqui precisamos ressaltar as próprias limitações profissionais, muitas vezes impostas pela família, não podemos entrar numa lógica de vamos mudar o mundo a todo custo, mas podemos adotar a lógica de que podemos fazer pequenas mudanças que podem auxiliar em grandes mudanças no mundo. Digo isto, porque ao trazer esse caso, a profissional relatou tentativas de acessar a jovem e sua família, e a dificuldade da própria jovem em interagir e trazer suas demandas para ter seus direitos básicos assistidos.

No terceiro trecho, encontramos os termos “macho” e “fêmea” sendo atribuídas a um homem gay, e a uma mulher lésbica, esses termos trazem uma conotação reducionista às genitálias. Preciado (2004) levanta um pensamento heterocêntrico que centraliza no pênis um local social de poder, ao qual promove a demanda de uma resignificação desta ideologia, para não colaborar com um corpo significado como superior, o do macho, e outro como inferior, o da fêmea. Mais uma vez, emergindo a necessidade de se pensar um corpo fluido.

Seguindo essa perspectiva de visibilidade para a população, encontramos na segunda oficina um fato que levanta o alerta para a expansão da discussão sobre os conteúdos LGBTQIA+, quando foi realizada a atividade com as bandeiras, além de não conhecerem as bandeiras, suas histórias e representações, houve também uma dificuldade coletiva em saber distinguir as diferenças entre identidade de gênero, orientação sexual e expressão de gênero. Expandindo-se também para a ampla diversidade dentro destas questões. Refletindo por outro ângulo, podemos nos questionar como as distintas demandas de cada grupo dentro da população LGBTQIA+ podem ser preservadas se não forem reconhecidas? Uma pessoa não-binária poderá ter particularidades distintas de uma pessoa intersexual ou assexual, e

assim por diante. Tratar todas essas pessoas da mesma forma, sem reconhecer as suas diferenças, é não andar em acordo com a equidade, tão pouco com a constatação de que cada especificidade precisa ser compreendida dentro da sua esfera de necessidades.

Algo que colabora com a evidência deste contexto, é quando os participantes pontuam na segunda atividade com as frases, onde na primeira frase que diz: *“Eu já tive dúvidas de qual pronome utilizar com as pessoas”*, sete pessoas pontuam que já tiveram dúvidas, e duas referem-se não se lembrar. Aqui, retomo o que disse anteriormente, constatei que o potencial receio pautado numa crença de que a pergunta acerca do pronome pode gerar algum incômodo no outro, impediu muitas vezes as/os profissionais de perguntarem.

Na frase cinco, que diz *“Eu já perguntei para a pessoa como gostaria de ser chamada”*, apenas duas pessoas trouxeram que já perguntaram. Durante a oficina intervi trabalhando a normalização desta pergunta como facilitadora para a garantia dos direitos dos/das/des usuários/as/es e também para o suporte ao trabalho de cada um. Vale salientar que a abertura das/dos participantes tanto para dúvidas, quanto para o reconhecimento das práticas demonstra a preocupação e o desejo em conhecer mais os conteúdos, e também desmistificar algumas construções que foram normalizadas socialmente por eles.

As frases dois e três nos remetem a um olhar combinado, a dois diz: *“Eu não tive muitas informações sobre a população LGBTQIA+ na minha formação acadêmica”*, enquanto a três: *“Eu já busquei por conta própria conhecimentos sobre a temática LGBTQIA+”*. A frase dois teve resposta unânime, todas/os sinalizaram que não tiveram muitas informações sobre a população LGBTQIA+ ao longo da formação acadêmica, o que direciona a necessidade de se abordar esses conteúdos nos mais distintos cursos, sobretudo, os cursos que estão formando profissionais de saúde, o que vai impactar no acesso das/dos/des usuárias/os/es.

No campo do ideal, toda e qualquer pessoa deveria ter uma compreensão básica ou avançada sobre a população LGBTQIA+, no entanto, indo para o campo do real, as/os/es acadêmicas/os/es e profissionais de saúde tem além de uma necessidade, um dever previsto em lei, como na lei nº 8080/1900 que pontua a *“igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”* (Brasil, 1990, p. 3), além das políticas públicas de saúde que também direcionam a fundamental compreensão das temáticas LGBTQIA+. A frase três sendo sinalizada como feita por seis participantes, explicita que houve a necessidade de se buscar mais informações e conteúdos, e que foi feita essa pesquisa, o que colabora tanto com a educação permanente, em que as/os/es profissionais precisam

estar sempre se atualizando, quando com a própria PNSIPLGTQIA+ que espera esse direcionamento das/dos/des profissionais de saúde, em caso de dúvidas ou alguma situação específica, que busquem mais conhecimentos, e neste caso, não exerçam uma métrica reducionista.

Nas frases quatro, seis e sete, respectivamente *“Eu percebo diferença racial significativa na população LGBTQIA+”*, *“Eu percebo a relação entre raça e gênero/sexualidade”*, *“Eu sei o que significa interseccionalidade”*, existe uma ligação entre os marcadores sociais de gênero/sexualidade e de raça. Na frase quatro, apenas duas pessoas sinalizaram perceber a diferença racial significativa na população LGBTQIA+, enquanto nas frases seis e sete apenas uma pessoa em cada pontuou perceber a relação entre raça e gênero/sexualidade, e compreender o que significa interseccionalidade. Como abordamos aqui, sobretudo na primeira oficina, identificamos que há um recorte racial presente entre a população LGBTQIA+ que frequenta a unidade de saúde, mesmo sendo pontuado pelas/os próprias/os participantes no primeiro encontro que a maioria das/os/es usuárias/os/es que se recordava eram negras/os/es, ainda encontramos uma dificuldade em compreender a relação interseccional entre esses dois marcadores.

Djamila Ribeiro (2019, p.25) discorre que há uma divisão social entre as raças, e que *“essa divisão social existe há séculos, e é exatamente a falta de reflexão sobre o tema que constitui uma das bases para a perpetuação do sistema de discriminação racial”*. Estes dados tornam-se convites para se discutir as reflexões da negritude, e seus impactos interseccionais. Por falar em interseccionalidade, apenas uma pessoa trouxe que compreendia o conceito, então achei interessante apresentar, explicando e propondo um olhar crítico, de que há diferenças sociais e sanitárias entre uma mulher cisgênero, heterossexual e branca, para uma mulher transexual negra, como também, para um homem assexual negro, e também expandindo-se para os demais marcadores, como capacidade, se é ou não uma pessoa com deficiência, a classe social e etc.

O lugar de fala, é um local social que todos nós temos, Ribeiro (2019) diz que cada um parte de algum contexto social. Então, falar sobre a negritude ou a branquitude é possível e indispensável para todas/os/es que precisam estar em diálogo com quem vivencia essa realidade cotidianamente. Ela completa que:

Pessoas brancas, por exemplo, devem questionar por que um restaurante, muitas vezes, as únicas pessoas negras presentes estão servindo mesas, ou se já foram consideradas suspeitas pela polícia por causa da cor. Trata-se de refutar a ideia de um sujeito universal - a branquitude também é um traço identitário, porém marcado por privilégios construídos a partir da opressão de outros grupos. Devemos lembrar que esse não é um debate individual, mas estrutural: a posição social do privilégio

vem marcada pela violência, mesmo que determinado sujeito não seja deliberadamente violento (Ribeiro, 2019, p.33).

Abordar a compreensão de interseccionalidade é dar voz para as várias populações silenciadas, aqui destacando, o contexto racial ao qual venho discutindo, me encontro com as falas da Chimamanda Ngozi Adichie, quando propõe que devemos ter cuidado com histórias únicas, ou seja, com as narrativas criadas e perpetuadas como verdade. Quando se identifica que as/os participantes têm essa dificuldade de compreensão geral da temática racial e de interseccionalidade, penso que outras histórias precisam ser contadas, a fim de desmistificar e construir a relação entre raça e gênero, por exemplo. Ou de se perceber a diferença racial significativa na população LGBTQIA+, Adichie (2009) diz que “as histórias foram utilizadas para espolar e caluniar, mas também poder ser usadas para empoderar e humanizar. Elas podem despedaçar a dignidade de um povo, mas também podem reparar essa dignidade despedaçada” (p.32). As histórias negras são importantes e importam, para que palavras como “cabelo bom” ou “cabelo ruim” tenham a compreensão do seu sentido pejorativo, para que uma pessoa negra seja atendida em sua integralidade, e sobretudo, para que nenhum direito seja violado.

Nas frases oito e nove, respectivamente “*Consigo me lembrar de muitas pessoas LGBTQIA+ que atendi*”, e “*Eu sinto falta de conhecimentos sobre a população LGBTQIA+*”, as respostas refletem o *déficit* de conhecimentos acerca da temática de gênero e sexualidade, apenas duas pessoas sinalizaram lembrar de muitas pessoas LGBTQIA+ que tenham atendido, e oito pessoas pontuaram que sentiam falta de conhecimentos sobre a população LGBTQIA+. Louro (2018) aponta que alguns mecanismos atuam no campo da sexualidade, colaborando para a generalização e naturalização da heterossexualidade como “normal”, e as demais sexualidades fora desta normalidade. A falta de recordação das pessoas LGBTQIA+ atendidas pode estar implicada nesta heteronormatividade, conforme falei anteriormente. O que precisa ser desconstruído. Já o reflexo da maioria revelar que sente falta destes conhecimentos, colabora para esta linha de pensamento. Voltamos à expressa responsabilidade de todas/os/es falarem sobre todos os conteúdos. Guacira Lopes Louro direciona que:

Os grupos sociais que ocupam as posições centrais, “normais” (de gênero, de sexualidade, de raça, de classe, de religião, etc) têm possibilidade não apenas de representar a si mesmos, mas também de representar os outros. Eles falam por si e também falam pelos “outros” (e sobre os outros); apresentam como padrão sua própria estética, sua ética ou sua ciência e arrogam-se o direito de representar (pela negação ou pela subordinação) às manifestações dos demais grupos. Por tudo isso,

podemos afirmar que as identidades sociais e culturais são políticas (Louro, 2018, p. 19).

Esse compromisso social, se assim pudermos chamar, de auxiliar na potência das vozes dos grupos sociais minoritários, de poder falar por esses outros, ganha destaque quando na frase dez, que diz *“Eu já presenciei situações discriminatórias ou preconceituosas”*, e a maioria responde que já presenciou, evidenciando que existe uma compreensão do que seriam situações discriminatórias e preconceituosas, como também, que são situações que atravessam os espaços em que as/os participantes circulam. As outras duas pessoas que responderam não terem presenciado levantam a discussão para uma outra situação, talvez já tenham presenciado ou até vivenciado, mas podem ter naturalizado algumas situações que não ligaram ao contexto de ser um ato discriminatório ou preconceituoso. Independente da situação, é válido o discernimento deste compromisso social de que o seu local social pode auxiliar as potencialidades do outro. E dentre tantos marcadores sociais, tal como a interseccionalidade propõe se pensar, os eventos podem não acontecer de forma isolada, ou direcionada para um único marcador, e sim para as distintas categorias sociais que vão estar constituindo os sujeitos que estão acessando a saúde.

As últimas duas frases da atividade, a onze e a doze respectivamente: *“Eu percebo na minha prática profissional que preciso saber conhecimentos sobre gênero/sexualidade”*, e *“Eu percebo na minha prática profissional que preciso saber conhecimentos sobre raça”* sugerem a noção de que há uma compreensão sobre a necessidade de se ter mais conhecimentos sobre gênero/sexualidade e raça, onde quase todas/os as/os participantes sinalizaram perceberem essa falta de conhecimentos, apenas uma pessoa na frase onze sinalizou não perceber essa carência, e na frase doze a resposta foi unânime, todas/os concordaram.

Dentro de tudo isto que estamos tecendo, na segunda oficina, de forma sutil surge um diálogo acerca da religião e seus atravessamentos para a comunidade LGBTQIA+. Apesar de não ser um dos focos de discussão daqui, é válido refletir sobre o que foi trazido, uma das participantes trouxe que a religião, não especificando qual, estaria produzindo limitações para que dois usuários pudessem falar abertamente sobre suas orientações sexuais.

As religiões em geral, tem o direcionamento de produzirem normas e condutas a serem seguidas, entretanto não necessariamente quer dizer que as pessoas irão seguir. Porém, essas imposições podem gerar sofrimentos psíquicos por não se adequarem aos perfis

interpostos. É fundamental entender que “a concepção de cada religião sobre o tema poderá influenciar a vida de pessoas de orientação homossexual, que podem aceitá-la ou então buscar uma “cura” ou resolução para o ‘problema’” (Ribeiro, Scorsolin-Comin, 2017, p. 2).

Se pensarmos que as religiões influenciam os sujeitos em seu cotidiano, isto porque ditam e direcionam como as pessoas devem agir, ou até pensar, em alguns casos, poderemos construir a ponte para a saúde, uma vez que os sujeitos com necessidades de saúde, são sujeitos sociais e atravessados pela religiosidade própria ou de terceiros, que podem emitir julgamentos os aprisionando, como no caso explicitado pelas/os participantes.

Para a interseccionalidade a religião também é um marcador social. As religiões emitem princípios e doutrinam moralidades a serem seguidas por quem as tem como uma vertente de vida. Esses princípios “também dizem respeito às práticas sociais, à sexualidade e aos comportamentos sexuais” (Ribeiro, Scorsolin-Comin, 2017, p. 2).

O que se observa, em grande parte das religiões existentes no contexto brasileiro, é uma atitude de cerceamento das expressões das sexualidades, buscando normatizações ou padrões que podem ou não ser seguidos por seus praticantes/adeptos (Ribeiro, Scorsolin-Comin, 2017, p. 3).

Compreender essas dinâmicas religiosas também influencia tanto no acolhimento para a população LGBTQIA+, no acesso à saúde, quanto para possíveis direcionamentos das/dos/des profissionais. Visto que o acesso à saúde desta população vai ser envolvido pela compreensão de suas condutas, e estas condutas são influenciadas por suas instituições, tais como as religiões.

Além da religião, um outro assunto que emergiu foi o apoio familiar. Aqui, a família é trazida por duas formas pelos participantes, como apoio familiar para a população LGBTQIA+, as/os profissionais identificam a potencialidade do apoio familiar como suporte para as/os/es usuárias/os/es. Porém, também abordam experiências em que a família não se apresentou desta forma, e sim enquanto discriminatória ou preconceituosa, produzindo violência, opressão e silenciamento. A busca pelo diálogo com a família pode ser uma ponte de acesso para o empoderamento das/dos/des usuárias/os/es LGBTQIA+ que vivenciam esses contextos discriminatórios. Neste contexto, o conhecimento pode se revelar como uma resolução e suporte.

Esse ponto sensível e outros são trazidos também na atividade do cartaz vivencial, onde o apoio familiar é pontuado mais uma vez, e é reforçado a sua importância em parceria com a prática das/dos/des profissionais de saúde. Além de outras palavras que complementam essa perspectiva, como *respeito, amor, igualdade com o desenho indicando duas mãos dadas*

*de raças/etnias distintas, Medo, Luta, Compreensão, Direito de amar quem quiser, Esclarecimento, Aconchego, Amparar e Abraçar, Acolher/Acolhimento e transparência.* Em seu conjunto demonstrando a humanização e o afeto das/dos participantes pelas/os/es usuárias/os/es LGBTQIA+, o que viabiliza o acesso à saúde destas/es usuárias/os/es.

As duas primeiras oficinas além de muito produtivas foram espaços de troca, de aprendizado, de compreensão e de produção de conhecimentos. Tudo isso aconteceu diante da abertura e disponibilidade das/dos participantes. O que se faz por perceber nas atividades o quanto há interesse evidente em compreender mais sobre as temáticas abordadas, a ponto de pedirem mais oficinas. Acredito que essas oficinas plantaram sementes para que pudessem ir atrás de mais informações, entretanto percebo que uma necessidade de um suporte gerencial, a nível de gestão, possibilitando e facilitando momentos vivenciais e de enriquecimento acadêmico-profissional.

## 5 DIÁLOGOS INTERSECCIONAIS E A PRÁTICA NA SAÚDE

Neste capítulo serão abordadas as duas últimas oficinas, a terceira e quarta, realizadas com fins metodológicos. O capítulo está organizado a partir da apresentação das oficinas três e quatro, suas vivências e atividades, bem como, as pontuações relevantes acerca das temáticas abordadas, e uma análise interseccional dos dados obtidos de forma qualitativa. Este capítulo busca atender os objetivos desta pesquisa considerando o caráter interseccional presente desde a construção de informações nesta pesquisa até a análise dos discursos de profissionais sobre o acesso de pessoas LGBTQIA+ a serviços de saúde na Atenção Básica.

### 5.1 A terceira oficina

A terceira oficina aconteceu no dia 13 de março de 2025, às 14:45h e durou até às 15:30h. Quando cheguei na Unidade de Saúde da Família, me direcionei ao local onde aconteciam as oficinas, na sala das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's), e fui organizando os materiais e a sala, preparando precisamente para a chegada das/do participantes. Neste momento, as próprias participantes já avisaram aos demais que eu havia chegado, era comum a frase “Eri chegou”, e todas já se organizaram para participar da oficina. Para complementar, eu andava através da instituição avisando da minha chegada e buscando demais participantes.

A terceira oficina foi a primeira que contou com um pré-requisito, a partir dela para participar precisaria ter participado de ao menos uma das anteriores (a primeira ou a segunda). Este ponto foi avisado previamente aos participantes, entretanto, uma pessoa buscou a possibilidade de participar verbalizando que havia escutado falar bem das oficinas, no entanto, em acordo com os pré-requisitos estabelecidos no projeto, expliquei que não poderia. Mas deixei a porta aberta para o momento que retornarei com a devolutiva para os participantes.

Esta oficina contou com a participação de onze profissionais, de distintas profissões (Agente Comunitário de Saúde, Técnica de Enfermagem, Enfermeira, Nutricionista, Médico, Dentista e Fisioterapeuta). Iniciamos conversando sobre como estavam, e falando brevemente das oficinas anteriores para rememorar. Todas foram lembrando do que foi abordado e fui auxiliando em alguns pontos, como conceitos sobre orientação sexual e identidade de gênero. Percebi que alguns conhecimentos estavam sendo construídos, e este ponto foi verbalizado.

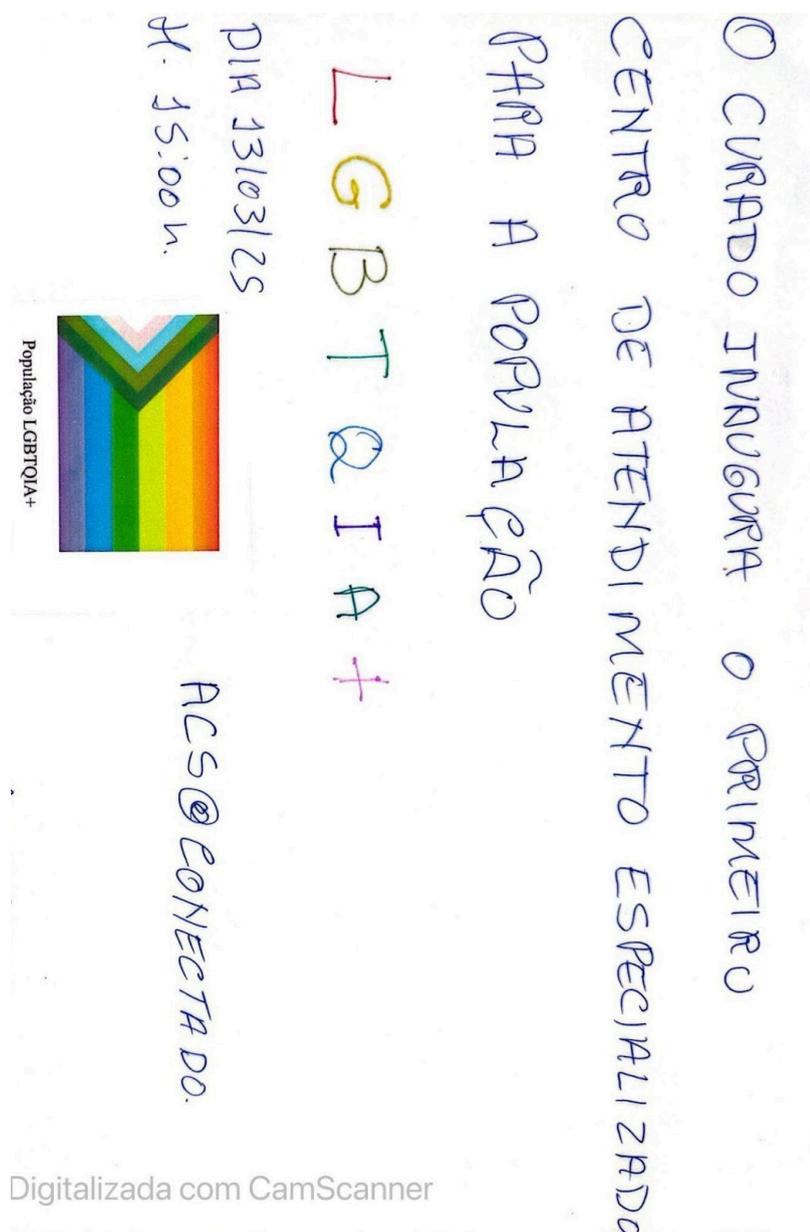
No meio da conversa, uma participante chegou ao meu ouvido e me pediu para fazer mais oficinas, e disse que estava gostando. Expliquei que por hora seriam apenas quatro, mas que pretendo retornar para fazer a devolutiva da pesquisa.

Em seguida, dividi os participantes em quatro grupos, três deles contendo três participantes e um contendo duas participantes. Deixei livres para se quisessem caminhar pela instituição ou já fazer a atividade, em seguida expliquei que a atividade se tratava da construção de uma notícia que poderia ser real ou fictícia envolvendo pessoas LGBTQIA+. Os grupos se animaram, então, eu disponibilizei os materiais e deixei livre. Fiquei observando a construção.

O primeiro grupo formado por três agentes comunitárias de saúde, me chamou atenção pois resolveram colocar uma bandeira na notícia, e elas iniciaram desenhando e pintando, entretanto, elas perceberam sozinhas que queriam colocar a bandeira da população LGBTQIA+, no entanto, estavam desenhando a da população gay, então resolveram alterar, e pegaram as bandeiras que eu havia deixado da oficina anterior, cortaram uma e colaram na notícia.

A notícia escolhida foi intitulada: “O curado inaugura o primeiro centro de atendimento especializado para a população LGBTQIA+”. Elas explicaram que seria uma instituição de atendimento completo com os diferentes setores (saúde, educação, social e etc) respeitando as especificidades da população LGBTQIA+. A Imagem 12 apresentada a seguir mostra a produção feita pelo grupo:

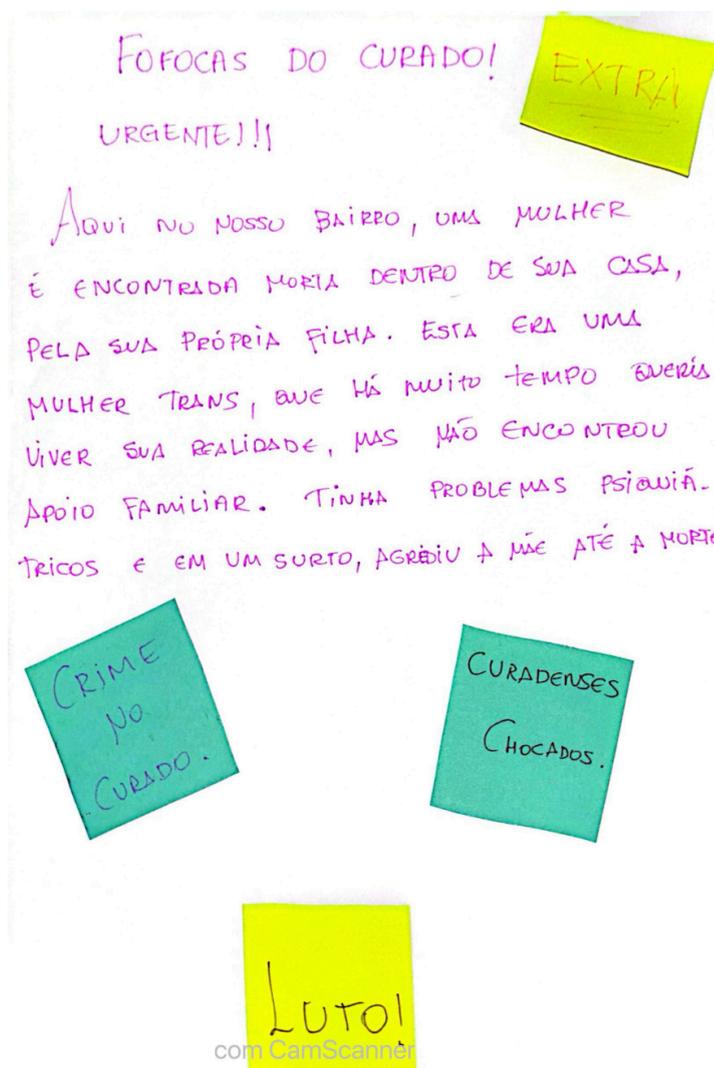
Imagem 10: Produção de notícias 1



Fonte: Registrada pelo pesquisador.

O segundo grupo composto por um médico, uma técnica de enfermagem e uma agente comunitária de saúde criou uma notícia a partir de um jornal intitulado: “Fofocas do Curado!”, a manchete se tratava de uma notícia urgente, e descreve: “Aqui no nosso bairro, uma mulher é encontrada morta dentro de sua casa, pela sua própria filha. Esta era uma mulher trans, que há muito tempo queria viver sua realidade, mas não encontrou apoio familiar. Tinha problemas psiquiátricos e em um surto, agrediu a mãe até a morte”. A manchete também conta com as chamadas: “Extra”, “Crime no Curado”, “Curadenses Chocados” e “Luto”. Abaixo a manchete feita:

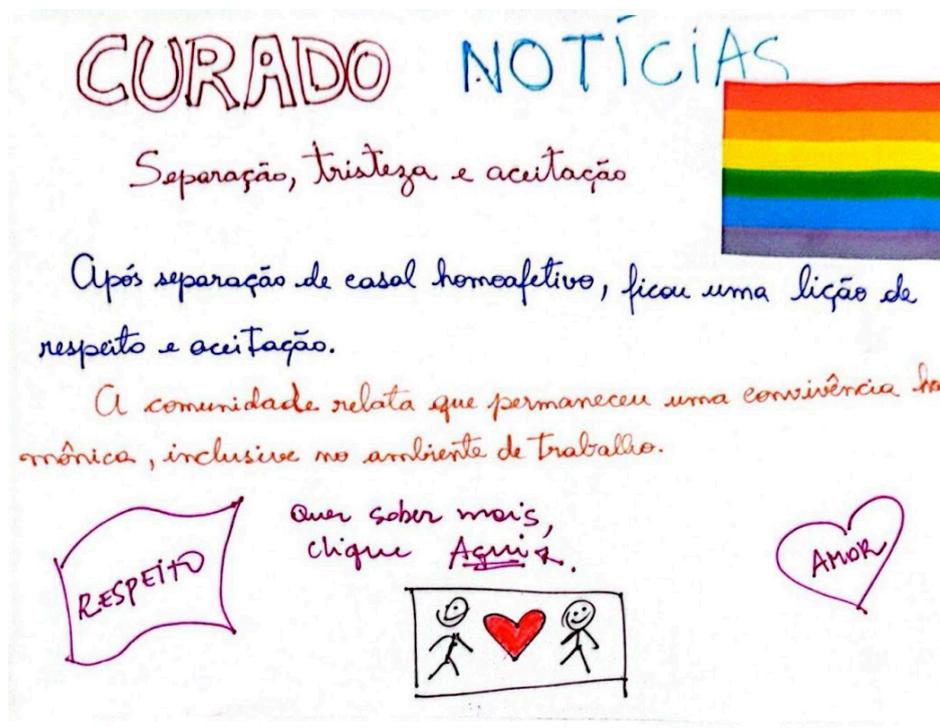
Imagem 11: Produção de notícias 2



Fonte: Registrada pelo pesquisador.

A terceira notícia foi feita por uma dentista, uma fisioterapeuta e uma agente comunitária de saúde, e teve como jornal intitulado: “Curado Notícias”, o nome da notícia foi “Separação, Tristeza e Aceitação”. A notícia abordou que “Após separação de casal homoafetivo, ficou uma lição de respeito e aceitação. A comunidade relata que permaneceu uma convivência harmônica, inclusive no ambiente de trabalho”. Também trouxe as chamadas “Respeito”, “Amor” e Quer saber mais, clique aqui”. Foi incluída a bandeira da comunidade gay, e o desenho de dois bonecos simbolizando dois homens e um coração.

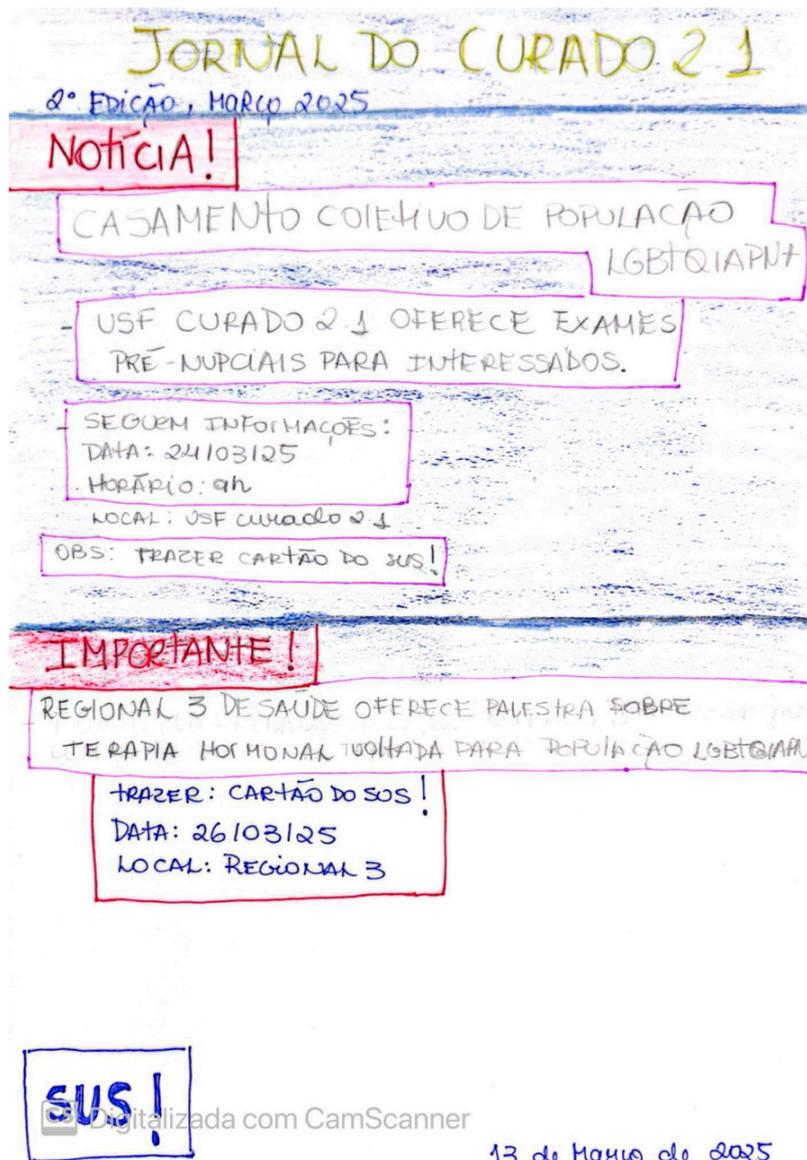
Imagem 12: Produção de notícias 3



Fonte: Registrada pelo pesquisador.

A quarta equipe foi formada por duas participantes, sendo uma enfermeira e uma nutricionista, elas construíram duas notícias de um jornal que denominaram “Jornal do Curado 2.1”. A primeira notícia trata-se de um anúncio de casamento coletivo para a população LGTQIAPN+, e a chamada que a USF CURADO 2.1 oferece exames pré-nupciais para interessados. Além da observação para levar o cartão do SUS. A segunda notícia se iniciou com a chamada trazendo que é “Importante” e diz que a regional 3 de saúde (aqui refere-se ao município de Jaboatão dos Guararapes) oferece palestra sobre terapia hormonal voltada para a população LGBTQIAPN+. Ambas trazendo data e horário, e no final uma logo desenhada do SUS!. Abaixo a imagem:

Imagem 13: Produção de notícias 4



Fonte: Registrada pelo pesquisador.

Ao término conversamos sobre as notícias, que mesmo sendo fictícias, talvez elas tivessem potenciais de serem reais. E eles verbalizam que foram criadas a partir de lembranças de notícias semelhantes, ou de perspectivas que poderiam acontecer. Percebi ainda algumas dúvidas acerca de identidade de gênero e orientação sexual, então expliquei um pouco sobre as distinções e rememoramos a oficina anterior. Por fim, recebi o feedback das/dos participantes que gostaram da oficina e que não queriam que a próxima fosse a última. Aqui admito que também me vinculei ao campo, e já estava sentindo saudade da

construção que estávamos tendo, ao passo que estava feliz com os feedbacks e resultados que foram se desenvolvendo. Enfim, fizemos o *coffee break* e finalizamos.

Imagem 14: Coffee Break 2



Fonte: Registrada pelo pesquisador.

## 5.2 A quarta oficina

A quarta e última oficina foi realizada no dia 19 de março de 2025 das 13:45 até às 14:48h. Como nas demais oficinas, ao chegar no campo, eu fui organizando os materiais e o local, em seguida fui avisando para as demais pessoas que a oficina iria começar. Esta oficina contou com dez pessoas.

Inicialmente quando chegaram nove pessoas, as reuni para relembrarmos as oficinas, conversamos brevemente como estavam. Foi pontuado que queriam que as oficinas continuassem, e que gostaram das vivências. Expliquei sobre a necessidade do encerramento, e também pontuei que voltaria para visitar e para fazer a devolutiva da pesquisa.

Após esse momento distribuí uma folha de papel ofício em branco e disponibilizei lápis e canetas, então apresentei a proposta que seria elaborar uma linha do tempo dividida em

três partes, o passado representou o período antes das oficinas, o presente representa o período durante e naquele momento, da quarta oficina, e o futuro seria o que pensavam ou planejavam fazer com o que foi abordado nas oficinas. Dei-lhes um tempo de quinze minutos, que precisaram ser estendidos para vinte, e os deixei elaborando, até que ao término de todos, pedi que apresentassem o que construíram. No meio da atividade, a décima pessoa chegou e participou. As seguintes atividades foram elaboradas:

---

**1ª participante: (Esta pessoa dividiu em tópicos, assim farei na transcrição aqui)**

- Aprendi a diferenciar os termos da comunidade LGBTQIA+;
- Aprendi sobre as bandeiras das comunidades;
- Aprendi a lidar com esses temas de maneira mais calma e tranquila;
- Aprendi que perguntar ao paciente/usuário sobre como ele quer ser chamado é a forma mais simples e assertiva de acertar no tratamento;
- Aprendi como nossa cultura e vivências influenciam sobre a maneira e a forma como pensamos e reagimos a sexualidade e o gênero;
- Aprendi a lidar com e desconstruí-los;
- Ri e comi muito;
- Aumentei minha criatividade;
- Espero melhorar minha abordagem com os pacientes e acolhê-los melhor;
- Irei repassar tudo que aprendi.

**2ª participante:**

Passado:

- Falta de conhecimento;
- Lacunas;
- Vivências;
- Olhar curioso;
- Ausência de conhecimento específico sobre a política LGBTQIA+.

Presente:

- Melhor entendimento.

Futuro:

- Conectar;
- Compreender;
- Ampliar;
- O que eu posso contribuir para acolher melhor?
- Há algo específico como fisioterapeuta que posso estudar para atuar?

### **3ª Participante:**

Passado:

- Necessitando de orientações a respeito da população LGBTQIA+, para melhor atender e enxergar suas peculiaridades, e não agir de forma preconceituosa mesmo que sem intenção.

Presente:

- Entendo a necessidade de mais atenção dos serviços de saúde, do meu próprio atendimento como nutricionista, e minha conduta como cidadã.
- Atenção às necessidades peculiares a essa população, garantindo e fazendo ser garantido seus direitos.

Futuro:

- Continuar sensível à temática, buscando atualização de modo a melhor atender e interagir em comunidade de forma respeitosa e integral.

### **4ª Participante:**

Em relação às oficinas valeu de aprendizado para algo que não tinha conhecimento.

Tipo: os gêneros, as siglas e cores.

Já no dia a dia como trabalho com várias pessoas, entendo que o respeito ao próximo é um ponto crucial para uma boa convivência como todo. É o que penso em relação ao presente e futuro.

**5ª Participante:**

Passado:

Tinha um olhar mais generalizado em relação à população LGBTQIA+. Não fazia muita distinção das opções/diferenças entre esta comunidade, seja por falta de conhecimento ou interesse.

Presente:

Hoje costumo observar e ter um olhar mais atencioso para a população LGBTQIA+. Procuo dar mais abertura ao diálogo.

Futuro:

Pretendo continuar com a escuta atenta e observando os pequenos detalhes que estão presentes nesta comunidade, participar mais dos cursos/debates em relação a comunidade LGBTQIA+.

**6ª Participante:**

Esta participante fez em formato de mapa mental e aqui vou colocar as palavras escolhidas e as suas respectivas explicações:

**Alarme:** Ela verbalizou que percebeu que precisava ter mais conteúdos sobre a população LGBTQIA+. E que a sua primeira participação nas oficinas (que foi na segunda oficina), foi um alarme para que ela não faltasse mais, pois já tinha perdido a primeira.

**Aprendizado:** Ela pontuou que através das oficinas ela aprendeu conhecimentos que não tinha acerca da população LGBTQIA+.

**Consciência:** Ela verbalizou que através dos aprendizados ela precisa ter consciência para planos futuros e relacionou essa palavra com outras: Diferenças, Liberdade, Compartilhamento, Aceitação, Desenvolvimento, Amizade, Respeito, Amor, Saúde e Vida. Ela pontuou que todas essas palavras precisavam ser compreendidas e tomada consciência para atuação junto à população LGBTQIA+.

**7ª Participante:**

Iniciei com pouca orientação e muitas dúvidas sem saber como diferenciar as situações vividas. Não tinha nenhuma orientação das siglas, nem das cores que representam cada grupo. Mas tudo foi muito bem esclarecido de uma maneira ótima. Mas agora sei que devemos saber respeitar a orientação sexual de cada pessoa.

**8ª Participante:**

Analisando hoje tudo que foi falado, vi que não tínhamos conhecimento nenhum em relação ao LGBTQIA+, que precisamos cada vez mais nos informar e aprender que os direitos são iguais para todos, e que acima de tudo precisamos respeitar as escolhas um dos outros. Espero que no futuro próximo possamos viver com mais humanidade e igualdade para todos.

Obrigado por sua doação de conhecimentos (frase direcionada para a pesquisa e para mim, enquanto pesquisador).

**9ª Participante:**

Olá,

Bem, no início eu cheguei sem conhecimento de coisas básicas sobre a população LGBTQIA+, como por exemplo as siglas, que são maiores.

A partir do primeiro encontro fomos aprendendo as siglas, sobre respeito, sobre acolhimento a essa população tão discriminada.

Durante a formação aprendi que independente de raça, cor ou religião, todos temos direito ao respeito e ao amor.

Espero que possamos agora no presente e no futuro, acolher todos igualmente, na saúde, na educação, na religião e principalmente na família.

**10ª Participante:**

*Esta participante não compareceu a todos os encontros, indo apenas para o primeiro e o último, percebi que ela tinha dificuldade em organizar algumas ideias e pensamentos, ela*

*fez a atividade de forma escrita, demonstrando dificuldade em compreender, repeti algumas vezes e de formas diferentes, me dispus a ajudar, mas fui respeitando os limites dela. Quando apresentar, ela optou por não fazê-lo, os demais participantes tentaram estimular, mas ela decidiu não apresentar. Em sua atividade escreveu o seguinte:*

Passado:

Antigamente não fala sobre essas coisas.

Presente:

Não tenho nada contra.

Futuro:

Que eu possa ajudar.

---

Após essa parte entramos na última atividade, a qual seria uma carta elaborada para os usuários pelos próprios profissionais de saúde. Desta forma, dividi as dez pessoas participantes em três grupos e dei o um tempo médio de 15 minutos para ser realizado, neste momento os grupos conversaram entre si e seguiram elaborando a carta. O primeiro grupo era constituído por três pessoas, o segundo por três pessoas também, e o terceiro grupo passou a ter quatro pessoas, a divisão foi espontânea, levando em consideração o espaço físico e a logística na sala para a construção das cartas.

---

**Carta do primeiro grupo:**

*Desejamos que em um futuro próximo, possamos unir nossas mãos e nossas ideias para podermos compartilhar conhecimento, acolhimento, respeito, amor, igualdade.*

*Que possamos fazer parte de uma sociedade mais justa, com menos violência, mais aceitação à escolha de cada um. Que haja uma sociedade onde não falte trabalho, saúde de qualidade, educação de qualidade, para que não se precise de cotas para se cursar uma universidade.*

*Que seja normal estarmos todos juntos em ambientes sem olhares julgadores. Que todos tenham os mesmos direitos e propósitos para o bem estar de todos.*

### **Carta do segundo grupo:**

*Carta Aberta*

*À comunidade LGBTQIA+,*

*Temos o prazer de informar que nós, profissionais de saúde e pessoas interessadas no acolhimento dessa comunidade, estamos abertos e disponíveis para atender vocês. Aqui vocês irá encontrar respeito, acolhimento, informação e direcionamento em relação à saúde e seus direitos como cidadão. Convidamos vocês para comparecerem aos serviços de saúde e caso haja pauta relevante para esta comunidade, estamos de coração aberto para contribuir para um melhor direcionamento.*

### **Carta do terceiro grupo:**

*Olá a todos, todas e todes!*

*Bem vind@s a nossa unidade de saúde, sintam-se a vontade, aqui qualquer pessoa será respeitada, acolhida, bem tratada e ouvida nas suas necessidades e subjetividades.*

*Será atendida pelo nome que quiseres, respeitada pela roupa que vestires, independente da cor da sua pele ou estilo de cabelo.*

*Durante o atendimento na nossa unidade serás bem tratado(a) desde a recepção, os(as) profissionais farão escuta ativa e acolhedora atentos (as) e sensíveis as suas demandas.*

*Senta-se confortável para seres quem és, e expressar suas angústias, sentimentos e emoções.*

*Nos comprometemos a usar todos os recursos disponíveis na rede de atenção à saúde para garantir que sua demanda seja de alguma forma atendida.*

*Finalizamos assim, desejando boas vindas e se por acaso, sua demanda não for atendida, orientamos preencher nosso formulário de avaliação de atendimento disponível na recepção.*

*Volte sempre!*

---

Encerramos a atividade com a leitura de todas as cartas e finalizamos os ciclos das oficinas. Iniciaram um período de agradecimentos e de trocas de afetos, onde inclusive, ganhei um presente dos participantes. Agradei a disponibilidade, coloquei-me à disposição para quaisquer dúvidas, ou necessidades que possam ter surgido. Sinalizei que pretendo voltar para fazer a devolutiva e demos início ao *coffee break*. Após a finalização, ajudei na organização da sala, e me despedi de todas/os.

### 5.3 Discussão ampliada da terceira e quarta oficinas

A atividade de construção das notícias realizada na terceira oficina apresenta alguns pontos que precisam ser abordados, o primeiro foi a utilização das bandeiras para construção das notícias, demonstra o resgate dos conteúdos abordados na atividade da segunda oficina, o que colabora com o compromisso ético e político dessa dissertação, caracterizando nossa pesquisa como uma pesquisa-intervenção. Pois, além de coletar dados, a perspectiva adotada também se propõe à construção de conhecimentos, o que as atividades e oficinas já expressam que foi realizado.

As atividades com as notícias possibilitaram exteriorizar de forma lúdica e criativa as realidades vivenciadas pela população LGBTQIA+ na visão das/dos participantes diante de seu acesso à saúde. A primeira e a quarta notícias relatam possíveis serviços que podem ser ofertados para esta população, essas notícias evidenciam que as/os participantes compreendem os direitos que devem ser assegurados para a comunidade LGBTQIA+, por exemplo, na quarta notícia quando trazem uma palestra sobre terapia hormonal, o que dialoga com um dos objetivos específicos da PNSILGBTQIA+, que diz “*promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais*” (Brasil, 2011, p. 2).

A segunda notícia apresenta uma situação difícil, trata-se de um crime realizado por uma mulher trans contra sua própria mãe, a partir de um surto psiquiátrico e com a ausência de apoio familiar. Se pensarmos aqui, essa notícia imaginada de forma hipotética para a construção da atividade, não está distante da realidade. Visto que, a transfobia posiciona as/os/es sujeitos no local de desconforto e sofrimento psíquico.

“Os achados do presente estudo também apontaram que a transfobia repercutiu em agravos à saúde física e mental dos investigados, motivados pela negação de direitos humanos essenciais, como no exercício livre, seguro e saudável da cidadania e da expressão das suas identidades, assim como pela violência institucional e degradação dos vínculos familiares, marcadas pelo afastamento do ambiente de convívio familiar e de habitação/abrigo” (Lobo *et al.*, 2023, p. 7).

A transfobia enquanto preconceito, emerge como um instrumento cisheteronormativo que impacta na saúde da população trans, e direciona para uma lógica difusa em que o cuidado à saúde é desafiado pelas barreiras sociais. Neste exemplo trazido na notícia, a violência intrafamiliar surge como consequência da transfobia. Dentro da saúde, é crucial inverter essa lógica para a perspectiva de cuidado, pois, além de interferir no acesso à saúde, também se torna uma problemática, visto que “a existência da transfobia nos serviços de saúde configura erro e infração grave à garantia dos princípios do SUS, que prevê a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção à saúde” (Lobo *et al.*, 2023, p. 8).

A terceira notícia tratou-se de uma separação de um casal e foi abordado direcionando a separação caminhando junto com o respeito e a aceitação pelos envolvidos. A notícia traz em outros locais, as palavras “respeito” e “amor”, fazendo uma leitura social, podemos compreender que o grupo expressou a representação de um término de relacionamento funcional, considerando também o ambiente de trabalho do casal.

Quando olhamos por uma ótica interseccional, podemos perceber que em nenhuma das notícias foram explicitados outros marcadores sociais além de gênero/sexualidade e idade, não sabemos quais as raças/etnias, capacidade e etc. A ausência dessas informações explicita o que a interseccionalidade propõe, que devemos ter um olhar para todas as categorias sociais que atravessam um sujeito, neste caso, houve uma construção monocular. A ampliação desta visão facilita o acesso à saúde, promovendo compreensão e acolhimento.

O fato de nomear a cor/raça além de visibilizar interseccionalmente as pessoas, também rompe com a ideia a partir de algum tipo de medo social de pronunciar algumas palavras, como “negro”. Ribeiro (2019) pontua que precisamos verbalizar, nomear e abordar esta e outras palavras, isto produz a desconstrução do racismo. Situar socialmente os marcadores sociais presentes nas pessoas, localiza as possíveis vivências que os sujeitos tiveram, além de demandarem algumas necessidades.

Vale lembrar que, como dito anteriormente, ao término conversamos sobre mesmo as notícias sendo fictícias, que talvez elas tivessem potencial de serem reais. E eles verbalizam que foram criadas a partir de lembranças de notícias semelhantes, ou de perspectivas que

poderiam acontecer. Percebi que essa atividade além de estimular a criatividade, possibilitou que as/os participantes pensassem sobre a temática LGBTQIA+ de uma forma lúdica.

Na quarta oficina, iniciamos com a atividade linha do tempo em que cada um escreveu e falou um pouco sobre o passado, presente e futuro em relação às oficinas e os conteúdos abordados. Em sua maioria, referindo-se ao passado, as/os participantes pontuaram a necessidade de obterem mais conhecimentos sobre os conteúdos da população LGBTQIA+, bem como a relação desta necessidade com a prática profissional. Aqui vou usar a numeração das/dos participantes que usei no relato da oficina acima.

Fica explícito a abertura e disponibilidade das/dos profissionais/participantes em obterem mais informações e conhecimentos, o que se faz necessário tanto para a garantia dos direitos, quanto para a desconstrução dos estigmas e preconceitos construídos socialmente. Este fato fica evidente na fala da/do 3ª participante, quando diz que *“Necessitando de orientações a respeito da população LGBTQIA+, para melhor atender e enxergar suas peculiaridades, e não agir de forma preconceituosa mesmo que sem intenção”*. Louro (2014) pontua que há uma lógica que direciona um lugar fixo para cada gênero, a desconstrução seria um trabalho contra essa lógica, fazendo *“perceber que a oposição é construída e não inerente e fixa”* (Louro, 2014, p. 36).

Nestas falas da/do 1ª participante, podemos identificar a construção dos conhecimentos e os benefícios das oficinas, quando é dito que:

*“Aprendi a diferenciar os termos da comunidade LGBTQIA+; Aprendi sobre as bandeiras das comunidades; Aprendi a lidar com esses temas de maneira mais calma e tranquila; Aprendi que perguntar ao paciente/usurário sobre como ele quer ser chamado é a forma mais simples e assertiva de acertar no tratamento; Aprendi como nossa cultura e vivências influenciam sobre a maneira e a forma como pensamos e reagimos a sexualidade e o gênero; Aprendi a lidar com e desconstruí-los”*.

Podemos notar que a perspectiva para olhar a temática foi repensada, além disso, o caminho da desconstrução emergiu enquanto possibilidade para lidar com as particularidades relacionadas a comunidade LGBTQIA+, facilitando o acesso à saúde.

A/o 5ª participante destacou que não tinha tantas informações antes por falta de conhecimento ou interesse, porém, após a realização das oficinas, percebeu a necessidade de compreender e abordar a temática para o seu exercício profissional. E frisou com suas

palavras que pretende “*continuar com a escuta atenta e observando os pequenos detalhes que estão presentes nesta comunidade, participar mais dos cursos/debates em relação a comunidade LGBTQIA+*”.

A/O 8ª participante posiciona-se diante da necessidade de conhecimentos, e se localiza na sua relação anterior com a temática LGBTQIA+, dizendo que

*“analisando hoje tudo que foi falado, vi que não tínhamos conhecimento nenhum em relação ao LGBTQIA+, que precisamos cada vez mais nos informar e aprender que os direitos são iguais para todos, e que acima de tudo precisamos respeitar as escolhas uns dos outros. Espero que no futuro próximo possamos viver com mais humanidade e igualdade para todos”.*

Fica marcado aqui neste trecho a evidência de uma/um profissional de saúde que pontua em suas palavras não ter conhecimento nenhum, este fato preocupa e alerta sobre a importância da atualização de conteúdos, e da educação permanente em saúde. Essa fala entre todas, me chama atenção, pois é gritante a importância de falar sobre os conteúdos LGBTQIA+ para profissionais de saúde.

A/O 9ª participante foi a única pessoa que abordou a raça em sua atividade, quando trouxe que “*A partir do primeiro encontro fomos aprendendo as siglas, sobre respeito, sobre acolhimento a essa população tão discriminada. Durante a formação aprendi que independente de raça, cor ou religião, todos temos direito ao respeito e ao amor*”, aqui foram pontuados alguns marcadores sociais, a raça e a religião foram pensadas em conjunto com o gênero e sexualidade, logo, podemos perceber que houve uma ponderação interseccional pela/o participante.

Seguindo para a **finalização da oficina**, a última atividade foi a elaboração das cartas para as/os/es usuárias/os/es. Após a realização das quatro oficinas muitos conteúdos foram abordados e conhecimentos construídos, podemos observar a expressão destes conhecimentos, quando olhamos as primeiras oficinas e a elaboração das cartas.

Este fato pode ser evidenciado pelo uso da sigla enquanto “LGBTQIA+”, anteriormente havia dúvidas quanto à sigla. A ponderação de aspectos interseccionais na carta, apesar do direcionamento ser para pessoas LGBTQIA+, gênero e sexualidade não foram os únicos marcadores pensados na elaboração das cartas, podemos observar isso no trecho da terceira carta: “*Será atendida pelo nome que quiseres, respeitada pela roupa que*

*vestires, independente da cor da sua pele ou estilo de cabelo*”, a raça e seus traços são pontuados, abrangendo as/os/es usuárias/os/es de forma interseccional.

Somente com o transbordamento dos estreitos traços desenhados por uma ordem social excludente é que esses grupos minorizados (que a rigor sequer são minorias) conquistam sua visibilidade, suas reivindicações e seus direitos (Quinalha, 2022, p. 177).

De forma ampliada, podemos observar nas três cartas a abertura das/dos participantes para acolher as/os/es usuárias/os/es, e os desejos positivos direcionados para a população LGBTQIA+, o seguinte trecho da primeira carta expressa exatamente isso, “*Que seja normal estarmos todos juntos em ambientes sem olhares julgadores. Que todos tenham os mesmos direitos e propósitos para o bem estar de todos*”. Este trecho evidencia a abertura para a viabilidade e efetividade do acesso à saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interseccionalidade propõe uma visão ampliada dos sujeitos, na prática, podemos observar que não é possível pensar num sujeito apenas por um único marcador social, esta tentativa invisibilizaria a imensidão social vivenciada pelos sujeitos. Por isso, no campo da saúde, espaço em que a população procura cuidado, acolhimento e acesso humanizado, as/os/es profissionais precisam ter conhecimento acerca dos mais distintos marcadores sociais, além de compreender suas relações e evitar um olhar monocular.

Após tantos anos de lutas, violências, silenciamentos e discriminações, a população LGBTQIA+ precisa a cada dia ocupar mais espaços, sobretudo, os que são seus por direito, e ocupar de forma humanizada e acolhedora. A atenção básica à saúde enquanto principal porta de entrada do SUS, é um desses espaços que são abertos também para esta população, e que, portanto, precisa estar preparada para receber essas pessoas.

A construção de conhecimento dialógico ao longo das oficinas, demonstram saberes que foram adquiridos no percurso dos encontros, remete a uma ideia de que não podemos enxergar a pesquisa acadêmica apenas como coleta de dados, esse fato evoca uma lógica reducionista de um pensamento ultrapassado. Digo isto, pois além de explícito o aprendizado obtido ao longo das oficinas, este fato era dito verbalmente pelas/os participantes, e emergido ao longo das atividades.

O pedido pela expansão da quantidade de encontros das oficinas abordando a mesma temática, expressa o desejo pelos conhecimentos, e colabora com o compromisso ético e profissional dos/das trabalhador/as. O que retoma a ideia de que precisamos pensar pesquisas que se envolvam com o campo, o escutando, intervindo, mas sobretudo, o respeitando.

Estes pontos promovem a reflexão de que uma pesquisa acadêmica precisa de implicação, de responsabilização e de disponibilidade para sua co-construção. Ao entender que apesar de me colocar no lugar de pesquisador e facilitador, a construção foi compartilhada, sem as/os participantes nada se sustentaria.

Após a realização da terceira oficina, observei que os dados obtidos nas oficinas anteriores eram mais abrangentes, inclusive, porque nas demais oficinas houve mais de uma atividade realizada pelas/os participantes. Por isso, na oficina quatro, a última, inclui mais uma atividade que antes não estava prevista inicialmente, foi a atividade da linha do tempo, especificada na metodologia. Percebi que neste caso, foi importante ter uma metodologia flexível ao campo, mesmo que imaginando o que poderia ser, na prática, durante a execução das oficinas, o campo demandou adequações, a sensibilidade do diálogo entre metodologia e o campo tornou as oficinas mais ricas academicamente.

Estar implicado na pesquisa me permitiu me aproximar e distanciar, quando necessário, das ponderações abordadas na oficina. No sentido de que me aproximei enquanto um ser LGBTQIA+, negro e morador de Jaboaão dos Guararapes, e me distanciei enquanto pesquisador, para observar os fenômenos de outros lugares.

As/Os participantes demonstraram desde o convite até durante sua execução, a abertura para os encontros, mesmo diante de algumas lacunas destes conhecimentos, que foram estimulados ao longo das oficinas. Aqui não cabe culpas as/os participantes por não terem alguns conhecimentos acerca da população LGBTQIA+ ou de interseccionalidade, acredito que esta problemática vai além de um pensamento individual. É necessário a estruturação de momentos formativos para as/os/es profissionais de saúde, que sejam frequentes e sempre atualizados, entendendo que diariamente novas produções científicas são produzidas.

As oficinas podem ser um caminho metodológico de acesso, visto que as/os participantes demonstraram e verbalizam gostar da proposta, elas podem ser utilizadas como via para promoção de novos aprendizados e epistemologias. Desta forma, além de estar acontecendo a efetividade das políticas públicas de saúde, há também a perpetuação da garantia de direitos da população.

Esta dissertação contribui para as temáticas de saúde e gênero e sexualidade, destacando pontos como as perspectivas dialógicas das/dos profissionais de saúde e suas relações com estes dois temas. De forma analítica, abordando também a visão interseccional acerca da relação do acesso à saúde e suas relações com os marcadores sociais.

Podemos identificar algumas possíveis barreiras que influenciam no acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde, demonstrando que o caminho do conhecimento como resultado do aprendizado para as/os/es profissionais, pode ser uma via que facilite a efetividade do acesso à saúde para essa população. Visto que, com mais conhecimentos há maior compreensão das particularidades e necessidades que a comunidade LGBTQIA+ possui.

É imprescindível a elaboração e estruturação de formações periódicas que promovam e circulem informações necessárias para a assistência na saúde e impactam no acesso à saúde. Já existe a abertura das/dos/des profissionais, agora necessita-se da aplicação efetiva da política de Educação Permanente em Saúde, juntamente com a PNSIPLGBTQIA+.

Diante dos resultados, sugere-se duas possibilidades de pesquisa, uma com a população LGBTQIA+, suas relações com a saúde, compreensão de suas vivências interseccionais e acesso à saúde. Além da própria gestão, enquanto facilitadora de vias que

viabilizem a disseminação dos conhecimentos acerca das temáticas de gênero, sexualidade e interseccionalidade.

Finalizo essa dissertação trazendo um trecho da música Born This Way da Lady gaga, quando diz que: *A different lover is not a sin*, em tradução para o português quer dizer: *Um amor diferente não é pecado*. Em tempos de tantas violências, preconceitos, discriminações e afins, entender que o amor entre uma ou mais pessoas, independente de identidade de gênero ou orientação sexual, é algo genuíno, pode e deve ser vivido, respeitado e cuidado. Trago esse trecho porque durante as entrevistas o marcador religião foi citado e amar dentro da comunidade LGBTQIA+ é visto como um amor diferente pela cisheteronormatividade, esse trecho reverte a lógica propondo compreender que não trata-se de um pecado.

Pesquisas como essa precisam existir, abordando temas que tentam ser silenciados, mas são vivenciados diariamente na pele das pessoas, diante dos mais distintos marcadores sociais. Como abordado no início, por muitos anos a população LGBTQIA+ foi silenciada – fomos silenciadas/os/es –, as pesquisas em seus mais diversos formatos, neste caso uma dissertação, podem ser vias de dar voz e visibilidade para as necessidades que atravessam as pessoas, estas, que precisam dos seus direitos assegurados. Por isso, pesquisar temáticas como LGBTQIA+ e interseccionalidade não é só produzir pesquisa, é levantar bandeiras, é posicionar lutas, e sobretudo, respeitar histórias.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adichie, Chimamanda Ngozi. **O Perigo de Uma História Única**. São Paulo: **Companhia das Letras**. 2009.

Akotirene, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: **Editora Pólen**. 2019.

Almeida, Raul Gomes de; Santos, Manoel Antônio dos. **Políticas afetivo-sexuais na cisheteronormatividade: resistências e estratégias de bem viver de uma mulher transexual**. São Paulo: **Psicologia USP**, vol.35. 2024.

Assis, Dayanne N. Conceição. **Interseccionalidades**. Salvador: **Gênero e Sexualidade na Educação**. p. 1-58. 2019.

Bernardes, Anita Guazzelli. **Trabalhar conceitos como um exercício de transgressão: acontecimento e acontecimentalizar**. **Revista Polis e Psique**. v. 4, n. 2, p. 143-154. 2014.

Brasil. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 2016.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM nº 2.436, DE 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM nº 2.836 de 01 de setembro 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). Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produções de Saúde**. 2ª ed. Brasília: **Editora MS**. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: **HumanizaSUS**. 1ª edição, p. 1-16. 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 24.

Buffara, Júlia Maria Milanese. **Conceitos sobre gênero e diversidade: um desafio para a sociedade e o direito**. **Revista Estudos Feministas**. 2022.

Butler, Judith. **Problemas de gênero: Feminismo e Subversão da identidade**. 16ª edição. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**. 2018.

Caldas, Patrícia Trindade; Cavalcante, Carlos Eduardo. **Praticando a cidadania: criação e validação de uma escala de mensuração.** *Cadernos EBAPE.BR*, v. 21, n. 4, p. e2022-0132, 2023.

Castro, Crystiane França Silva. **A atuação do psicólogo no contexto do SUS: repensando práticas.** *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. São João del-Rei, v. 16, n. 1, p. 1-10. 2021.

Coelho, Ana Célia Rodrigues; Leite, Maria Valcilene; Carneiro, Kleyce Fernanda Prestes; Mendonça, Joabson Romário Borges; Mesquita, Livia Karynne Martins; Vasconcelos, Thiago Brasileiro de. **Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro.** *Cadernos Saúde Coletiva*, vol. 31, n 2, p. 1-11. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/xzLkqGLsQqhY8VpV4dxRbCh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 04 dez. 24.

Collins, Patrícia Hill; Bilge, Sirma. **Interseccionalidade.** 1ª edição. São Paulo: Editora Boitempo. 2021.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas, Psicólogos e Psicólogues em Políticas Públicas para POPULAÇÃO LGBTQIA+.** 2023.

Favero, Sofia. **“Como atender travestis e pessoas trans?”: (des) cisgenderizando o cuidado em saúde mental.** *Cadernos Pagu*, p.1-15. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/wv34FdrtmzG3fQTQNmvkJJM/>>. Acesso em: 30 set. 2024.

Favero, Sofia. **Pesquisando a Dor do Outro: os efeitos políticos de uma escrita situada.** São João del-Rei: *Pesquisas e Práticas em Psicologia*. v. 15, n. 3, p. 1-16. 2020. Disponível em: <[http://www.seer.ufsj.edu.br/revista\\_ppp/article/view/e3518/2397](http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/e3518/2397)>. Acesso em 02 out. 2024.

Favero, Sofia; Machado, Paula Sandrine; Freitas, Rafaela Vasconcelos. **Corpo da Criança, Corpo do Adulto: um olhar sobre as revisões diagnósticas que compõem fronteiras entre pessoas trans.** *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*. n. 38, p. 1-21. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sess/a/WPvxTN3cjHcVbkXYmPQRMqQ/>>. Acesso em: 30 set. 2024.

Ferreira, Breno de Oliveira; Nascimento, Marcos. **A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 27, n. 10, p. 3825-3834. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kKYtxMMmQnCrCSvfbrMnkDc/>>. Acesso em: 04 dez. 24.

Galeano, Giovana Barbieri *et. al.* **Psicologia, Políticas Públicas e processos de subjetivação: enfrentamentos em tempos urgentes.** Rio de Janeiro: *Arq. bras. psicol.*, v. 73, n. 1, p. 87-103, abr. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672021000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672021000100007&lng=pt&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2021v73i1p.87-103>. Acesso em: 03 de Jul. 2023.

González, Lélia. **Por Um Feminismo Afro Latino Americano: Ensaios, intervenções e diálogos.** Rio de Janeiro: Zahar. 2020.

Gonzalez, Lélia; Hasenbalg, Carlos. **Lugar de Negro**. Rio de Janeiro: **Editora Zahar**. 2022.

Lima, Maria Alice Dias da; Ramos, Donatela Dourado; Rosa, Raquel Borba; Nauderer, Taís Maria; Davis, Roberta. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários**. Editora **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 20. n.1. 2007.

Lobo, Bernardo Haylan de Souza do Carmo; Santos, Gabriele da Silva; Porcino, Carle; Mota, Tilson Nunes; Machuca-Contreras, Felipe Aliro; Oliveira, Jeane Freitas de; Carvalho, Evanilda Souza de Santana; Souza, Anderson Reis de. **A transfobia como doença social: discursos de vulnerabilidades em homens trans e pessoas transmasculinas**. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 1-11. 2023.

Louro, Guacira Lopes. **Gênero, Sexualidade e Educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas**. Belo Horizonte: **Educação em Revista**. n. 46, p. 201-218. 2007.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/edur/a/5mdHWDNFqgDFQyh5hj5RbPD/?format=pdf&lang=pt>>

Acesso em: 19 set. 2024.

Louro, Guacira Lopes. **Gênero, Sexualidade e Educação: Uma perspectiva pós-estruturalista**. Rio de Janeiro: **Editora Vozes**. 2014.

Louro, Guacira Lopes. **Gênero e Sexualidade: pedagogias contemporâneas**. **Pro-posições**, v. 19, n. 2. 2008. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pp/a/fZwcZDzPFNctPLxjzSgYvVC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 set. 2024.

Louro, Guacira Lopes. **O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade**. **Belo Horizonte: Editora Autêntica**. 2018.

Manso, Maria Elisa Gonzalez; Alves, Júlio Cezar Magalhães. **Manual de Saúde Coletiva e Epidemiologia**. 1ª ed. São Paulo/SP: **Editora Martinari**, 2015.

Melo, Eduardo Alves; Mendonça, Maria Helena Magalhães de; Oliveira, Jarbas Ribeiro de; Andrade, Gabriella Carrilho Lins de. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**. V. 42, N. 1. p.38-51. 2018.

Mendes, Wallace Góes; Duarte, Marco José de Oliveira; Andrade, Carlos Augusto Ferreira de; Silva, Cosme Marcelo Furtado Passos da. **Revisão sistemática das características dos homicídios contra a população LGBT**. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 26, n.11, p. 5615-5628. 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/MGMGSTN9W6vjsJQYPxf65HM/?lang=pt>>. Acesso em 10 dez. 24.

Merlini, Sara. **As formações discursivas da experiência de gênero**. São Paulo: **Caderno Pagu**. 2022.

Monteiro, José Dimas D'Ávila Maciel; Nunes, Rui. **Conceito de dignidade humana: controvérsias e possíveis soluções**. Brasília: **Revista Bioética**, vol. 28, n. 2. p.202-211. 2020.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/hP6HKBcrjr5Mhy3h3rmbM9t/>>. Acesso em: 01 dez. 24.

Nascimento, Luiz Gustavo Fonseca do. **Do acesso à saúde aos determinantes sociais: um olhar para o acesso da população LGBT na atenção primária de Francisco Morato**. São Paulo: SESSPIS. p. 01-38. 2022.

Passos, C. S; Panelli-Martins, B. E. **Desafio à Prática do Acolhimento na Atenção Primária em Saúde no Brasil**. Editora REVISE, 2019. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1710/894>. Acesso em: 04 jun 2022.

Pereira, D.M.R. et. al. **Notificações compulsórias de violências perpetradas contra as pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Município de Jaboatão dos Guararapes (PE)**. *Brazilian Journal of Development*, Vol. 10, n.1, 7335-7352. 2022. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/43344> Acesso em: 30 de Ago. 2022.

Pezato, Luciane Maria. Botazzo, Carlos; L'Abbate, Solange. **O diário como dispositivo em pesquisa multicêntrica**. São Paulo: **Saúde Sociedade**. vol.28, n.3, p.296-308. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DHWtPbhBJQ6gcJzhqSdrG9w/>. Acesso em: 15 jan. 25.

Pinto, Elizabeth Batista. **A Pesquisa Qualitativa Em Psicologia Clínica**. São Paulo: **Psicologia USP**, Vol. 15, n. 1, p. 71-81. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/sC76Gj5gn8gmbZ7ZFC36Xxw/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 14 jan. 25.

Preciado, Paul B. **Manifesto Contrassexual: Práticas subversivas de identidade sexual**. Rio de Janeiro: **Editora Zahar**. 2004.

Ribeiro, Djamila. **Pequeno Manual Antirracista**. São Paulo: **Companhia das Letras**. 2019.

Sartre, Jean-Paul. **O Existencialismo é um Humanismo**. Tradução de Rita Correia Guedes. São Paulo: **Vozes de Bolso**, 1978.

Schmitz, Beto. **Observatório 2023 de Mortes Violentas de LGBTQ+ no Brasil, Grupo Gay da Bahia. Grupo Dignidade**. 2024. Disponível em: <<https://cedoc.grupodignidade.org.br/2024/01/19/2023-de-mortes-violentas-lgbt-no-brasil-gg>>. Acesso em: 30 nov. 24.

Sebasti, Sabina; Vieira, Ana Gabriela da Silva; Caetano, Márcio. **Corpos sem órgãos versus cisheteronormatividade: os territórios do corpo nas artes, na sociedade e na escola**. Campo Grande: **Sér.-Estud.**, v. 26, n. 58, p. 145-165, set. 2021. Disponível em <[http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2318-19822021000300145&lng=pt&nrm=iso](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-19822021000300145&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 dez. 2024.

Silva, R. B.; Carvalhaes, F. F. DE .. **PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: IMPASSES E REINVENÇÕES.** *Psicologia & Sociedade*, v. 28, n. 2, p. 247–256, maio 2016.

Silva, Wanderson Vilton Nunes da; Santos, Matheus Rios Silva; Silva, José Vanilson Torres da; Silva, Rafael Machado da. **Algumas Notas Às Políticas Públicas:** Historicidade E Populações. Goiânia: **Revista Mosaico**, v. 16, n. 3, p. 105–117, 2022. DOI: 10.18224/mos.v16i3.12588. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/12588>. Acesso em: 16 nov. 2024.

Söndahl, Naylla Mascarenhas; Medrado, Benedito. **Narrativas Sobre Acesso Aos Serviços De Atenção Em Saúde À População Lgbt Por Mulheres Lésbicas.** E-BOOK X CINABEH - Vol 01. Campina Grande: **Realize Editora**, 2021. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/74987>>. Acesso em: 19 mai. 24.

Souza, Kátia Reis De; Rodrigues, Andréa Maria dos Santos; Santos, Maria Blandina Marques dos; Felix, Eliana Guimarães; Barbosa, Regina Helena Simões; Fernandez, Verônica Silva; Barros, Walcyr de Oliveira. **Oficinas em saúde do trabalhador:** ação educativa e produção dialógica de conhecimento sobre trabalho docente em universidade pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. 1-9. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/PLHTsn77WQmvJbKmStLmWPv/>>. Acesso em: 03 mar. 25.

Spink, Mary Jane; Menegon, Vera Minicoff; Medrado, Benedito. **Oficinas Como Estratégias de Pesquisa:** Articulações Teórico-Methodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**. Vol. 26, n.1, p. 32-43. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/wrfMHbjhHNppX7Lppk8DMNJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 22 dez. 24.

Travassos, Claudia; Martins, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Rio de Janeiro: **Caderno Saúde Pública**. 2004.

Vecchi, Ipojucan Demétrius; Garcia, Marcos Leite; Pilau Sobrinho, Liton Lanes. **O Princípio da Dignidade Humana e suas Projeções no Âmbito Laboral:** possibilidades e limites. Florianópolis: **Sequência**, n. 85, p. 249–286, maio 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/seq/a/8LmxPHVJpVWcG8WLcKp459M/>>. Acesso em: 01 dez. 24.

Vieira-Da-Silva, Ligia Maria. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde.** Editora **Fiocruz**. Rio de Janeiro. 2014.

Vieira, FS; Benevides, R de Sá. **O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado.** *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*. Vol.10, n.3. p. 1984-1639, 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/01/o-direito-a-saude-no-brasil-em-tempos-de-crise-economicaajuste-fiscal-e-reforma-implicita-do-estado/>. Acesso em: 31 de Ago. 2022.

Quinalha, Renan. **Movimento LGBTI+:** Uma Breve História do Século XIX aos Nossos Dias. Belo Horizonte: **Autêntica**. 2023.

## APÊNDICE - A - ROTEIROS DAS OFICINAS

### Roteiros das oficinas

#### **Oficina I**

05 minutos - apresentação da pesquisa

05 minutos - assinatura do TCLE

10 minutos - apresentação individual (em forma de dinâmica)

05 minutos - Pergunta norteadora sobre a temática da pesquisa

10 minutos - criação de contrato com regras

20 minutos - Construção e apresentação da população LGBTQIA+ atendida

05 minutos - coffee break

total: 60 minutos (Estimativa)

#### **Oficina II**

05 minutos - Zeramento e rememoração do contrato

10 minutos - Apresentação e explicação das bandeiras da comunidade LGBTQIA+

15 minutos - Debate a partir das perguntas norteadoras

10 minutos - Dinâmica de vivência

15 minutos - Criação de cartaz vivencial

05 minutos - apresentação do cartaz vivencial

05 minutos - coffee break

total: 60 minutos (Estimativa)

#### **Oficina III**

05 minutos - Recepção e zeramento

10 minutos - Retomada da temática e apresentação da proposta no dia

20 minutos - criação das notícias

20 minutos - Apresentação das notícias

05 minutos - coffee break

Total estimado: 60 minutos

#### **Oficina IV**

05 minutos - Recepção e zeramento

05 minutos - Retomada das últimas oficinas

15 minutos - Construção da linha do tempo

05 minutos - Socialização da linha do tempo

15 minutos - Construção das cartas aos usuários LGBTQIA+

05 minutos - leitura das cartas

05 minutos - Encerramento das oficinas

05 minutos - Coffee break e finalização e possibilidade de devolutiva

Total estimado: 60 minutos

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



***UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO***  
***CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIA HUMANAS***  
***PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA***  
***MESTRADO EM PSICOLOGIA***

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

**Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (O ACESSO LGBTQIA+ À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: INTERSECCIONALIDADE EM OFICINAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Erivanderson Ferreira Santos Silva, Rua Mário Melo, 56, Jardim Jordão, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco – CEP: 54315-100 – Telefone: (81) 99733-2012, e-mail: erivandersonsantos@gmail.com.**

**Está sob a orientação de: Wanderson Vilton Nunes da Silva Telefone: (81) 99664-2560, e-mail (wanderson.vilton@ufpe.br).**

**Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.**

**O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será**

possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

➤ **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** A pesquisa busca compreender se dá o acesso da população LGBTQIA+ na atenção básica em saúde a partir de uma ótica das/des/dos profissionais. A pesquisa utilizará de oficinas, realizadas em 4 encontros para a coleta de dados. A/o voluntária/o ou participante irá contribuir respondendo as perguntas, e através das respostas acontecerá a análise por meio de uma abordagem qualitativa, utilizando a interseccionalidade como método analítico. As oficinas acontecerão presencialmente, numa sala reservada da Unidade Básica de Saúde ou do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFPE, com duração média de 1 à 2 horas. Para execução da pesquisa as/os voluntárias/os precisarão assinar o TCLE em concordância com a utilização dos dados nesta pesquisa e como fornecimento de dados secundários para outras pesquisas que puderem usufruir academicamente com rigor ético e científico.

➤ **RISCOS:** constrangimento ao participante da pesquisa. Para minimizar estas implicações as oficinas serão facilitadas pelo pesquisador principal, que estará atento a qualquer constrangimento, acolhendo, caso necessário, a desistência do participante, e possíveis encaminhamentos necessários para acolhimento. Em caso de necessidade de deslocamento, o pesquisador não se responsabiliza pelos riscos do trajeto. Os participantes que precisarem de encaminhamento serão direcionados para o plantão psicológico no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Pernambuco (SPA/UFPE).

➤ **BENEFÍCIOS** A pesquisa visa através de seus resultados possibilitar o desenvolvimento científico acerca da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBTQIAP+), bem como, auxiliar na aplicação efetiva, alcançando a população usuária do Sistema Único de Saúde, e promovendo a facilitação e efetividade do acesso à saúde para a população LGBTQIA+. Não trazendo benefício direto para a/o participante.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos

pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, imagens), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação diretamente na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).

---

(assinatura do pesquisador)

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo O ACESSO LGBTQIA+ À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: INTERSECCIONALIDADE EM OFICINAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

<b>Nome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Assinatura:</b>	<b>Assinatura:</b>

## ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Barreto de Menezes, s/n - Bairro Prazeres - CEP 54315-570 - Jaboatão dos Guararapes - PE

### **SOLICITAÇÃO -**

**SMS-GAB/SMS-SEGAF/SMS-SGSUS/SMS-GGES/SMS-CEP** Anuência

68/2024

Jaboatão dos Guararapes, 03 de setembro de 2024.

### **CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo o pesquisador responsável: **Erivanderson Ferreira Santos Silva** e equipe, a realizarem o projeto de pesquisa intitulado "**O ACESSO LGBTQIA+ À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: INTERSECCIONALIDADE EM OFICINAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE**", sob o parecer técnico de Juliana Lucena - Gerência de Atenção Básica da secretaria de saúde do Jaboatão dos Guararapes, sendo concedido o acesso e uso das instalações e consentimento para abordagem dos profissionais, gestores e usuários para entrevistas.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares por parte dos pesquisadores, comprometendo-se a utilizar os dados da pesquisa exclusivamente para fins científicos. Assim, devem manter o sigilo e garantir que não haverá qualquer prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, bem como não haverá nenhuma despesa para o Município decorrente da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador deve apresentar o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa

envolvendo seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP e, em caso de não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de se retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.



---

Documento assinado eletronicamente por **Zelma De Fátima Chaves Pessoa**,  
**Secretária Municipal**, em 04/09/2024, às 08:24, conforme Decreto Municipal  
243/2023.



---

A autenticidade do documento pode ser conferida no site  
[https://sei.jaboatao.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?](https://sei.jaboatao.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)  
[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.jaboatao.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0) informando o código  
verificador **0041749** e o código CRC **7AA6C4C5**.

---

## ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA – UFPE**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que o Serviço de Psicologia Aplicada - UFPE aceita receber em seu plantão psicológico, atualmente realizado nas quartas-feiras (dentro do limite de vagas definidos para o dia e de acordo com a ordem de chegada), as possíveis pessoas encaminhadas em decorrência do desenvolvimento do projeto de pesquisa "O ACESSO LGBTQIA+ À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: INTERSECCIONALIDADE EM OFICINAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE". Este projeto é desenvolvido pelo pesquisador Erivanderson Ferreira Santos Silva, sob a orientação do Professor Wanderson Vilton Nunes da Silva

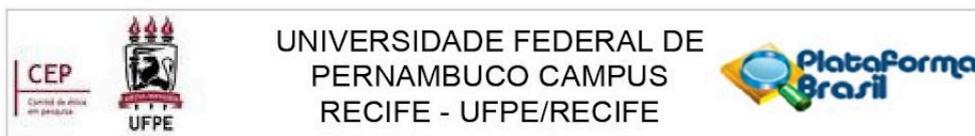
Recife, em 20/08/2024

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** WEDNA CRISTINA MARINHO GALINDO  
Data: 20/08/2024 12:45:11-0300  
Verifique em <https://validar.rli.gov.br>

---

**Professora Wedna Galindo  
Vice-Coordenadora do SPA**

## ANEXO D - PARECER DE APROVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O ACESSO LGBTQIA+ À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: INTERSECCIONALIDADE EM OFICINAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Pesquisador:** ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 84180424.1.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.342.352

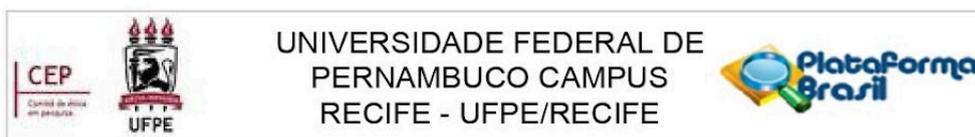
#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas/CFCH da UFP, intitulado: "O acesso lgbtqia+ à saúde na atenção básica: interseccionalidade em oficinas com profissionais de saúde".

Pesquisador responsável o mestrando, Erivanderson Ferreira Santos Silva Orientador: Prof. Dr. Wanderson Vilton Nunes da Silva.

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa e exploratória. Os pesquisadores apresentam na metodologia um fluxograma com as etapas do desenho da pesquisa a saber: etapa1 levantamento bibliográfico; etapa 2 serão realizadas quatro oficinas, previamente elaboradas e em acordo com as/es/os voluntárias/es/os; etapa 3 análise das informações obtidas nas oficinas; etapa 4 discussão dos resultados organizados em relação com os materiais bibliográficos do levantamento bibliográfico realizado. A pesquisa será realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro, Curado IV, em Jaboatão dos Guararapes. A amostra será composta por profissionais de saúde de diferentes categorias e níveis de escolaridade, atuantes e com vínculo ativo na Atenção Básica do Município de Jaboatão dos Guararapes com um N= 6 a 10 participantes por oficina. O recrutamento dos participantes, roteiro, conteúdo que será abordado nas quatro oficinas e à análise dos dados encontra-se descrito na metodologia.

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 7.342.352

O pesquisador apresenta como critério de inclusão: Profissionais de saúde lotadas/es/os na Atenção Básica no município de Jaboatão dos Guararapes em Pernambuco com vínculo ativo e em atuação, que expressem livremente o desejo de participar da pesquisa sob formalização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado pelo pesquisador e preenchido pelos participantes conforme resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. As/es/os profissionais serão convidadas/es/os para pesquisa através de convite pessoalmente feito pelo pesquisador nos serviços de UBSs, explicando sobre as oficinas, procedimentos éticos e o objetivo da pesquisa. Critérios de exclusão: Profissionais que não estão lotadas/es/os na Atenção Básica do município de Jaboatão dos Guararapes em Pernambuco, bem como aqueles/as que apresentem algum impedimento e qualquer pessoa que não atenda aos critérios de inclusão estabelecidos no projeto, bem como aqueles/as que expressarem desejo de não participar da pesquisa.

#### Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Problematizar os discursos de profissionais de saúde relacionados ao acesso da população LGBTQIA+ à Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na Atenção Básica do município de Jaboatão dos Guararapes (PE).

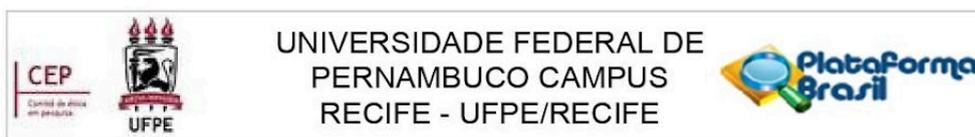
Específicos:

- z Analisar os discursos de profissionais da saúde sobre os desafios e as necessidades do acesso da população LGBTQIA+ na Atenção Básica em Jaboatão dos Guararapes.
- z Identificar possíveis melhorias para aplicação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIA+ na Atenção Básica em Jaboatão dos Guararapes.
- z Construir conhecimento de forma compartilhada que visem a implementação efetiva da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIA+ nas Unidades Básicas de Saúde.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador classifica como risco o constrangimento ao participante da pesquisa. Para minimizar estas implicações as entrevistas serão aplicadas pelo pesquisador principal, que estará atento a qualquer constrangimento, acolhendo, caso necessário, a desistência do

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 7.342.352

participante e possíveis encaminhamentos necessários para acolhimento. Os participantes que precisarem de encaminhamento serão direcionados para o plantão psicológico no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Pernambuco (SPA/UFPE), conforme carta de anuência. A presente pesquisa não traz benefícios diretos aos participantes da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A presente pesquisa aborda temática relevante tendo como objeto de estudo a construção de discursos e práticas sobre o acesso acerca da Política Nacional de Saúde Integral para LGBTQIA por profissionais de saúde na Atenção Básica da Saúde. A pesquisa apresenta cronograma e orçamento compatível com a proposta do estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos exigidos pelo Comitê de Ética CEP anexados a Plataforma Brasil:

1. Folha de rosto assinada pelo responsável da pesquisa de forma digital e assinada e carimbada pelo Coordenador do PPG em Psicologia Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca;
2. Termo de confidencialidade;
3. Currículo Lattes dos pesquisadores;
4. TCLE;
5. Projeto detalhado;
6. Projeto PDF Plataforma Brasil;
7. Declaração de vínculo;
8. Carta de anuência da PCR de Jaboatão dos Guararapes assinada de forma eletrônica pela Secretária Municipal Zelma De Fátima Chaves Pessoa;
9. Carta de anuência do Serviço de Psicologia Aplicada à UFPE, assinada de forma digital pela Vice coordenadora do SPA Wedna Cristina Marinho Calindo.
10. Carta resposta;

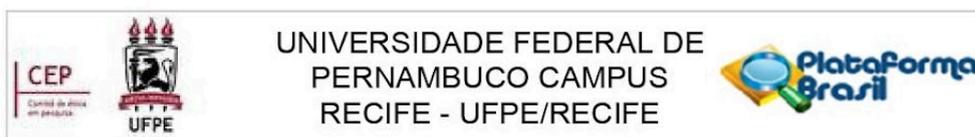
**Recomendações:**

Não há.

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

Todas as alterações solicitadas por este CEP para um melhor desenvolvimento da pesquisa foram realizadas e apresentadas através dos documentos anexados a Plataforma Brasil. Desta forma considero o projeto aprovado.

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 7.342.352

#### Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

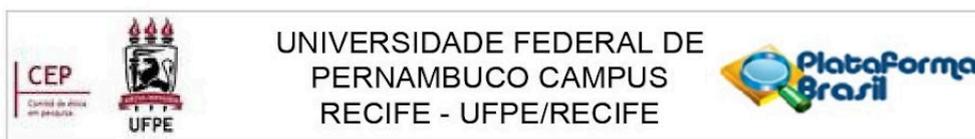
Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em [www.ufpe.br/cep](http://www.ufpe.br/cep) para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2415197.pdf	31/12/2024 17:49:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/12/2024 17:48:45	ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA	Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	31/12/2024 17:48:12	ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Erivanderson.pdf	31/12/2024 17:47:54	ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Erivanderson.pdf	21/10/2024 22:24:37	ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Wanderson_Vilton_Nunes_da_Silva.pdf	12/10/2024 23:49:54	ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA	Aceito

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)



Continuação do Parecer: 7.342.352

Outros	Curriculos_Lattes_Wanderson_Vilton_Nunes_da_Silva.pdf	12/10/2024 23:49:54	SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_matricula.pdf	12/10/2024 23:49:09	ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA	Aceito
Outros	TermoCompromissoConfidencialidadeassinado.pdf	12/10/2024 23:47:29	ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinado.pdf	30/09/2024 21:00:08	ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_Servico_de_Psicologia.pdf	30/09/2024 10:33:02	ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_Prefeitura.pdf	30/09/2024 10:29:44	ERIVANDERSON FERREIRA SANTOS SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 23 de Janeiro de 2025

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. das Engenharias, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br