

O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT

SUS out of the closet: conceptions of municipal health managers on the LGBT population

Sávio Marcelino Gomes^a

^aUniversidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN, Brasil.
E-mail: svgomes77@gmail.com

Luciana Maria Pereira de Sousa^b

^bUniversidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN, Brasil.
E-mail: lucianamaria_nutricao@hotmail.com

Thaissa Machado Vasconcelos^c

^cDistrito Sanitário Especial Indígena Potiguar. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Rio Tinto, PB, Brasil.
E-mail: thaissamachadov@gmail.com

Alynnne Mendonça Saraiva Nagashima^d

^dUniversidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Unidade Acadêmica de Enfermagem. Campina Grande, PB, Brasil.
E-mail: alynnems@hotmail.com

Resumo

As iniquidades sociais são determinantes que inviabilizam a garantia do acesso integral à saúde, afetando também a comunidade lésbica, gay, bissexual, travesti e transexual (LGBT). Esta pesquisa buscou investigar as dimensões do cuidado em saúde para a população LGBT no que compete à gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Cuité (PB). Para isso, adotou-se a abordagem qualitativa, através da realização de entrevistas semiestruturadas em profundidade, que foram posteriormente transcritas e analisadas a partir do método de análise de conteúdo. A análise permitiu depreender duas categorias empíricas, sendo elas: (1) “babado, confusão e gritaria”: divergências, discordâncias e desconhecimentos sobre a população LGBT, dividida em duas subcategorias que abordam o olhar das gestoras sobre a comunidade LGBT e também suas demandas, respectivamente; e (2) caminhos e desvios rumo à integralidade da saúde LGBT: fragilidades, potencialidades e perspectivas do processo, também dividida em subcategorias sobre a responsabilização das gestoras e sobre as estratégias identificadas. As gestoras apresentaram pouco conhecimento acerca das demandas e estratégias para a população LGBT e não se percebiam enquanto atores responsáveis pelo cuidado com esse público, contribuindo para a fragilidade e para a desarticulação da rede de atenção no que tange à comunidade LGBT.

Palavras-chave: Equidade em Saúde; Atenção Integral à Saúde; Gênero e Saúde.

Correspondência

Sávio Marcelino Gomes
Av. Senador Salgado Filho, 1.787, Lagoa Nova. Natal, RN, Brasil.
CEP 59056-000.

1 A pesquisa não possui fonte de financiamento.

Abstract

Social inequities are decisive factors that prevent the guarantee of integral access to health, affecting the lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) community. This study aimed at investigating the dimensions of health care for the LGBT population concerning SUS services in the city of Cuité-PB. This study has a qualitative approach, through the assessment of semi-structured interviews, which were then transcribed and analysed based on the content analysis method. The analysis led to the emergence of two empirical categories: (1) “Gossip, confusion and shouting”: differences, disagreements, and lack of knowledge about the LGBT population, which is divided into two subcategories that address the managers’ view of the LGBT community and also their demands, respectively; and (2) Pathways and deviations towards a comprehensive LGBT health: weaknesses, potentialities, and process perspectives, also subdivided into managerial accountability and health strategies. Managers showed little knowledge on the demands and strategies for the LGBT population and did not perceived themselves as actors responsible for the care of this public, contributing to the fragility and disarticulation of the care network regarding the LGBT community.

Keywords: Health Equity; Comprehensive Health Care; Gender and Health.

Introdução

As dimensões de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como da qualidade de seus serviços, estão ameaçadas pela existência das desigualdades sociais, a exemplo da desigualdade de gênero, que se estende para além das diferenças entre as identidades opostas, considerando também as categorias de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) (Ferraz; Kraiczky, 2010).

Essas discrepâncias são pautadas em um conjunto de intenções e ações capazes de interferir no processo saúde-doença do sujeito, de forma direta ou indireta, sendo possível destacar, historicamente, no âmbito LGBT: agressões; torturas; discriminação em órgãos públicos e privados e por autoridades governamentais; discriminação econômica, contra a livre movimentação, privacidade e trabalho; segregação familiar, escolar, científica e religiosa; difamação e preconceito promovido pela mídia; insulto e preconceito anti-LGBT (Gross; Carlos, 2015).

Na perspectiva de enfrentamento das situações remanescentes dessas citadas e de diminuição das barreiras impostas ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, foi instituída, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) através da Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, ficando a cargo das secretarias estaduais a definição das estratégias e do plano de ação para sua implementação e das secretarias municipais sua efetivação, a partir da identificação das necessidades de saúde da população LGBT em cada município (Brasil, 2011).

No entanto, a difusão das práticas transformadoras é um grande desafio devido ao condicionamento das organizações/sistemas a fatores complexos, como as percepções individuais e coletivas sobre inovação, além das características específicas dos sujeitos e dos fatores contextuais e políticos de uma organização/sistema (Silva; Souza; Barreto, 2014).

No Brasil, a distribuição de competências no sistema de saúde remete às organizações locais (Silva; Souza; Barreto, 2014), e o principal fator para a efetividade da implantação e da implementação de políticas e ações é a necessidade de mudança

de atitudes e valores prevaletentes no imaginário coletivo dos sujeitos ativos nesses processos, a exemplo dos gestores, caracterizados por possuírem papéis importantes nas tomadas de decisões referentes à promoção do acesso e da qualidade dos serviços (Mello; Avelar; Maroja, 2012).

Nesse sentido, este estudo se propôs a investigar as dimensões do cuidado em saúde para a população LGBT no que compete à gestão dos serviços do SUS no município de Cuité (PB) e, para melhor entendimento desses fatores, as seguintes questões de pesquisa foram traçadas: qual a concepção das gestoras e dos gestores municipais de saúde sobre as necessidades da população LGBT? Quais as fragilidades no cuidado da população LGBT? Que estratégias estão sendo desenvolvidas para reduzir as desigualdades da população LGBT?

Percurso metodológico

O estudo possui caráter transversal, exploratório, com abordagem qualitativa, justificada por ser uma forma coerente para entender a natureza de um fenômeno social em sua complexidade, buscando a possibilidade de aprofundamento nas particularidades do comportamento dos indivíduos (Lewin; Somekh, 2015).

O estudo foi realizado no município de Cuité, sede da 4ª Região de Saúde da Paraíba, localizado na mesorregião do agreste, com uma área de 747,84km² e população estimada de 20.348 habitantes. Seu índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,591, classificado como baixo, sendo seu produto interno bruto (PIB) de aproximadamente R\$ 157.121.000,00 e o PIB per capita de R\$ 7.735,40 (IBGE, 2017).

Foram incluídos no estudo todos os profissionais que ocupassem cargos de direção ou de coordenação de serviços alocados à secretaria de saúde do município. Esses foram selecionados partindo-se do critério de tempo de permanência no serviço, tendo sido estabelecido um tempo mínimo de seis meses, contemplando, ao final, 12 profissionais dos seguintes setores: coordenadores da Atenção Básica (direção e coordenação), da Farmácia Básica, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), do Centro de Reabilitação, do Hospital Municipal (direção,

coordenação e apoio), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e do programa Melhor em Casa - sendo esses os principais serviços oferecidos pelo SUS no município, os quais buscam garantir o acesso à saúde da população em geral através de ações coordenadas e direcionadas a diferentes ciclos de vida e especificidades.

Quanto às pessoas entrevistadas, 10 eram do gênero feminino e 2 do masculino. Todas(os) as(os) participantes se consideravam cisgêneros e heterossexuais. As idades das(os) entrevistadas(os) variou entre 24 e 47 anos. Com relação a raça e religiosidade, a maioria se autodeclarou branca e cristã. Todas(os) as(os) profissionais tinham nível superior completo, com pós-graduação, e o tempo de atuação profissional variou entre 8 meses e 4 anos.

Esta pesquisa é um recorte do projeto intitulado Cuidado à População LGBT: Concepções de Gestores e Profissionais do NASF, devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) sob o CAAE nº 68929917.1.0000.5182. Foi respeitada a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil, 2012b). Cada profissional recebeu orientações sobre os objetivos da pesquisa, bem como teve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando com uma via deste. Foi garantido o anonimato, sendo as(os) participantes identificadas(os) a partir da inicial G seguida da ordem na qual foram realizadas as entrevistas (G1, G2..., G10, G11, G12).

O corpus da pesquisa foi baseado nos discursos dos sujeitos pesquisados, e a estratégia utilizada para nortear a coleta de dados foi a de entrevista semiestruturada em profundidade, caracterizada pela aplicação de um roteiro aberto, com registro em áudio, abordando os seguintes pontos: conhecimento sobre a PNSI-LGBT e sobre as necessidades da população LGBT, desenvolvimento de estratégias para oferta de saúde em nível municipal, conhecimento de ações estaduais e federais voltadas para a garantia do direito à saúde desse público. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no local de trabalho das(os) colaboradoras(es), em espaço reservado, sem a presença de terceiros.

Os materiais provenientes das entrevistas semiestruturadas foram transcritos e analisados a partir da metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2009), contemplando um conjunto de técnicas de análise das comunicações a fim de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens, que se dá em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, ou seja, inferência e interpretação.

Na pré-análise as entrevistas foram organizadas e lidas integralmente, de maneira que se possibilitasse a escolha do material a ser analisado, considerando os produtos transcritos como corpus de análise para este trabalho. Posteriormente, foi realizada a exploração do material (segunda fase), que consiste na codificação de recortes representativos dos textos, formando e enumerando as unidades de registros. Estas foram agrupadas de acordo com temas correlatos e deram origem às categorias iniciais, também agrupadas tematicamente, originando as categorias finais que, por sua vez, possibilitaram as inferências já na terceira fase, que compreendeu a interpretação e a discussão das categorias criadas.

A análise possibilitou o agrupamento das respostas em duas categorias principais, cada uma dividida em duas subcategorias, sendo estas: (1) “babado, confusão e gritaria”: divergências, discordâncias e desconhecimentos sobre a população LGBT, compreendendo as subcategorias “a comunidade LGBT sob a ótica das gestoras” e “demandas da população LGBT sob a ótica das gestoras”; e (2) caminhos e desvios rumo à integralidade da saúde LGBT: fragilidades, potencialidades e perspectivas, compreendendo “saúde LGBT: responsabilidade de quem?” e “estratégias identificadas”.

Resultados e discussão

Os resultados foram organizados em categorias e subcategorias para propiciar uma melhor compreensão da análise e da essência do material coletado, inicialmente dialogando acerca do olhar dos profissionais à frente dos serviços de saúde sobre a comunidade LGBT para, posteriormente, explorar

a organização política de apoio a essa população no território.

Categoria I – “Babado, confusão e gritaria”: divergências, discordâncias e desconhecimentos sobre a população LGBT

Essa categoria teve por objetivo apresentar e discutir as concepções arraigadas no imaginário das gestoras e dos gestores de saúde em uma perspectiva que antecede questões sobre o conhecimento acerca de ações de saúde voltadas à comunidade LGBT, buscando compreender suas dinâmicas de envolvimento e de interesse com esses indivíduos, sendo dividida em duas subcategorias para sua melhor compreensão.

Subcategoria I - A comunidade LGBT sob a ótica das gestoras

Inicialmente, buscou-se compreender o que as(os) entrevistadas(os) compreendem sobre a sigla usada política e cotidianamente no movimento LGBT, sendo possível observar esse dado nas falas de G1, G8 e G10.

E... É um grupo né? De lésbicas... transexuais... gays... e bissexuais. (G1)

A sigla LGBT representa, é... o pessoal, que são os gays, lésbicas e simpatizantes, né? (G8)

Representa um grupo de pessoas homossexuais. (G10)

Na maioria das entrevistas, as falas confluem com a perspectiva de G1, que traz a definição da representação de um grupo composto por gays, lésbicas, bissexuais e transexuais, porém com nervosismo e insegurança, demonstrada por meio das pausas e pela busca da confirmação de sua resposta no entrevistador.

A fala de G8 remete à sigla GLS (gays, lésbicas e simpatizantes), criada por volta de 1990 com a proposta de direcionar o mercado para gays e lésbicas, mas com potencial inclusivo para consumidores heterossexuais, agregando-os como simpatizantes. Difere, portanto, da sigla LGBT que, por sua vez, é de cunho marcadamente político, com objetivo de

acolher também os sujeitos bissexuais, travestis e transexuais, sendo utilizada pelo movimento na luta por direitos (Facchini; França, 2009).

A invisibilidade das identidades trans nas falas é identificada através da limitação atribuída a respeito do grupo LGBT apenas à homossexualidade, como na fala de G10, o que colabora com a perspectiva de que as travestilidades e transexualidades têm sido historicamente interpretadas pelo dispositivo heteronormativo como experiências sem humanidade, “inaptas” para o status de sujeito (Ferreira; Guasch, 2015).

Essa invisibilidade é reflexo da pouca compreensão existente sobre essas existências, como se pode observar nas falas dos sujeitos, nas quais estes apresentam diferentes conceitos sobre identidades trans e têm dificuldade de reconhecê-las, demonstrando, na verdade, desconhecimento e confusão acerca de suas individualidades e da forma como tratá-las, a exemplo do artigo “o” ou “a” em suas colocações.

E os trans eu acho que é aquele pessoal que, eles as vezes nem tem a orientação, mas tem a afinidade com o gênero né, com o gênero oposto, no caso dos homens né? eu acho que o trans é aquele que por mais que ele não se relacione, ele tem afinidade pelo... pela forma como se veste, né? assim... gosta do... gosta, sei lá... o homem que gosta de usar maquiagem, gosta de usar roupa feminina, que gosta de se produzir, não sei se eu tô certa. (G3)

o travesti é aquele que se veste de mulher, transexual é aquele que modifica totalmente o seu gênero, a ponto até de fazer cirurgia, eu acho que é essa classificação (riso). (G5)

Transexual? Eu acredito que ele seja as duas coisas, ele seja hétero e seja bi, não sei... bom, é a minha concepção, se tiver errada... (G7)

Trans, se eu não me engano, é um homem que se veste de mulher ou uma mulher que se veste de homem. (G10)

As identidades trans, nas falas das gestoras, se relacionam à categoria do abjeto, termo utilizado

pela psicanálise e incorporado pelos estudos *queer* a partir da filósofa Judith Butler (2016), indicando aquilo que é ininteligível, algo que está fora das categorias de pensamento socialmente criadas. A noção de abjeção retrata a exclusão dentro dos termos da socialidade (Leite Junior, 2012; Butler, 2016), resultando em um quadro histórico de preconceito, maus-tratos, diversas situações de violência e carência de uma rede de apoio estável e específica para esse público (Otero et al., 2015).

Compreender identidades que desafiam a matriz binária de inteligibilidade requer a compreensão da construção e da reprodução de conceitos como sexo, gênero, orientação afetivo-sexual e expressão de gênero. A PNSI-LGBT registra a relação do pertencimento ao grupo LGBT com vistas à determinação da condição de saúde desses indivíduos (Brasil, 2011); no entanto essa mesma política não dialoga com os conceitos acima citados, o que revela uma fragilidade na desconstrução do sistema binário dos gêneros no âmbito da saúde.

Segundo Bento (2006), para compreender as experiências trans, deve-se entender que há um deslocamento entre corpo e sexualidade, negando a ideia de que a origem de suas identidades se dá por suas diferenças sexuais. No entanto, com base nas falas das gestoras, as pessoas só se tornam seres inteligíveis no sistema heteronormativo, ao adquirir seu gênero em conformidade com padrões reconhecíveis (Butler, 2016). Essa teoria fundamenta as situações em que, por exemplo, as travestis são vistas como excluídas da produção identitária de uma “verdadeira mulher” (Leite Junior, 2012), o que ocorre quando, como na entrevista de G5, a cirurgia de redesignação genital é apontada como fator para legitimar a expressão total do gênero.

As entrevistadas apresentam ainda uma limitação na compreensão das vivências afetivo-sexuais de gays, lésbicas e bissexuais, evidenciada na constante repetição do termo “opção”, a exemplo do entrevistado G8: *Eu acho e vejo ainda que sofre muito preconceito, né? Pela sua opção sexual (G8).*

Este discurso coloca a sexualidade do indivíduo como uma característica de escolha própria, o que pode direcionar para a responsabilização dos sujeitos por toda a discriminação que os rodeia. Naturalmente, as pessoas possuem liberdades de

escolha e podem decidir com quem se relacionar afetivamente; no entanto o desejo não pode ser impedido de emergir, mesmo quando reprimido ou negado. Nessa perspectiva, a homossexualidade não seria necessariamente uma opção, mas uma entre outras possibilidades de orientação afetivo-sexual; tampouco seria, conforme sugerem algumas pesquisas, influenciada geneticamente, mas também produzida nos compassos de questões políticas, históricas, culturais e de significados para a vida dos sujeitos (Sterling, 2000; Sanders et al., 2017; Roselli, 2017).

A carga histórica atribuída à homossexualidade enquanto desvio da normalidade também esteve presente em discursos dos entrevistados quando referenciando o grupo LGBT: *conjunto de pessoas que tem uma orientação sexual diferente da normal* (G5).

A ideia de uma sexualidade inata ao ser humano se deve ao isolamento das expressões da sexualidade pelo imaginário judaico-cristão dominante no Ocidente. Esse processo contribuiu com a noção de normalidade atribuída à heterossexualidade que, como toda norma, é uma construção teórica e, portanto, ideológica (Ceccarelli, 2012). Mas foi no discurso médico-científico que as categorias de identidades sexuais foram geradas, e esse mesmo discurso legitimou o direito de pertencimento reconhecido de uma identidade, enquanto as demais seriam denominadas bastardas (Moscheta et al., 2016).

Nos discursos, alguns apontamentos também emergiram com relação ao grupo LGBT enquanto movimento, a exemplo da fala do entrevistado G8:

eu acho que até a população mesmo LGBT não deve se marginalizar. Marginalizar é quem vive à margem da sociedade, né? Então eu acho que eles têm que procurar o papel deles e se aceitar, e se inserir, não ligar para o que os outros pensam, o que os outros estão imaginando deles e conviver igualmente, não à margem da sociedade. (G8)

Nessa fala, a pessoa entrevistada centraliza a culpa do que é vivido pela comunidade LGBT nos próprios sujeitos que são vítimas de uma estrutura social heteronormativa, machista e homofóbica. A PNSI-LGBT foi instituída também para legitimar e reconhecer a influência do preconceito e da exclusão

social contra LGBT no processo saúde-doença do indivíduo (Brasil, 2011). Porém o que se percebe é um desinteresse em compreender e reconhecer quais os fatores que os levam às margens, convergindo também com o entrevistado G1 quando diz: *eu acho assim... que a população, ela... ainda é meio isolada, ela ainda é... ela é às vezes... pra chegar no serviço ainda tem uns entraves, delas... das próprias pessoas* (G1).

Paulo Freire (1994, p. 23), em seu livro *Pedagogia do oprimido*, indaga “como poderiam os oprimidos dar início à violência, se eles são o resultado de uma violência?”, permitindo compreender que a comunidade LGBT não está na gênese de sua ininteligibilidade, mas é na realidade vítima desse processo. Pensar sob essa ótica só dificulta a efetivação de qualquer estratégia política em prol de suas demandas.

Subcategoria II - Demandas da população LGBT sob a ótica das gestoras

Um dos objetivos específicos da PNSI-LGBT diz respeito à qualificação das informações em saúde, incluindo coleta, processamento e análise de dados específicos sobre a saúde da população LGBT, dialogando no intuito de monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT. Tais objetivos se materializam enquanto competência para as secretarias municipais de saúde, a partir da identificação das necessidades da população LGBT local (Brasil, 2011).

Alguns dos entrevistados revelaram não conhecer as necessidades da população LGBT no município, como demonstram as falas a seguir:

Pra te ser muito sincera, na!... Não tenho conhecimento não disso. (G3)

É porque, assim, eu não tenho muita aproximação, tenho poucos amigos assim.... Mas, os que eu tenho, gosto bastante deles! Mas nunca cheguei a conversar a esse respeito, não; a gente se trata como pessoas normais. (G10)

Segundo Mello, Avelar e Maroja (2012), os sujeitos só se tornam legítimos de políticas públicas a partir do despertar de uma cumplicidade social

generalizada com seus problemas. No entanto, a relação da comunidade LGBT com a categoria do abjeto, anteriormente discutida neste estudo, afasta os olhares de gestores e profissionais de saúde, diferentemente de outros grupos, como idosos, crianças e adolescentes, acarretando a invisibilidade de suas necessidades e direitos.

Mesmo que essa população faça parte do convívio pessoal do gestor, como no caso citado pela entrevistada G10, que diz ter amigos que se incluem neste grupo, esse fato não retrata, necessariamente, o reconhecimento político do sujeito, mas sim a existência de uma normatização e de uma invisibilidade das especificidades trazidas na vivência do indivíduo.

Outros discursos ainda trazem a marca estigmatizante das doenças sexualmente transmissíveis (DST) como demanda primordial da população LGBT. Essa relação é herança da explosão da denominada “peste gay” (Ribeiro, 2011), que prevalece nos discursos cotidianos até a contemporaneidade: *a questão do apoio à presença de DSTs, a oferta do tratamento à essas DSTs* (G2).

A maioria das falas aponta o preconceito e a falta de reconhecimento como as pautas mais relevantes da população LGBT, tendo como principal exemplo a LGBTfobia familiar, como se pode perceber no discurso de G6:

Pelo público [com] que eu tenho contato, os adolescentes são filhos de evangélicos, pais evangélicos, e que de maneira nenhuma aceitam eles em casa. Eu conheço adolescentes, que atendo aqui, que os pais já expulsaram de casa [...] os adolescentes ainda sofrem esse tabu dentro de casa, sabe? com o familiares... (G6)

De fato, os indivíduos LGBT compartilham um cenário similar em relação a estigmas, rejeição, preconceito e violência em diferentes relações e contextos. No entanto, generalizar as demandas de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais como uma demanda universal é minimizar os processos envolvidos em cada vivência, sejam elas sexuais ou identitárias, e generalizar as demandas que cada uma dessas experiências gera para o indivíduo (Moscheta et al., 2016).

Nesse sentido, a superficialidade encontrada nos discursos demonstra a invisibilidade dos indivíduos LGBT ante os olhares das gestoras entrevistadas: por não os enxergarem, ou não (re)conhecerem suas demandas, esses sujeitos passam despercebidos pelos serviços de saúde como se deles não fizessem uso e, caso realmente não o façam com tanta frequência, isso não é problematizado conforme preconizam os princípios de um sistema de saúde universal, equânime e integral.

Categoria II – Caminhos e desvios rumo à integralidade da saúde LGBT: fragilidades, potencialidades e perspectivas

Esta categoria buscou explorar, no âmbito da organização política do município, o envolvimento das gestoras com estratégias de redução das desigualdades que assolam a comunidade LGBT, na tentativa de identificar os passos que foram e os que ainda precisam ser dados na busca pela igualdade de gênero e também em respeito às diferentes orientações afetivo-sexuais e identidades de gênero.

Esta categoria se divide, portanto, em duas subcategorias, com o intuito de compreender, inicialmente, o nível de aproximação dos entrevistados com as demandas apresentadas no seu território, bem como suas concepções acerca dos atores e dos agentes responsáveis pelo atendimento dessas demandas. Posteriormente, são apresentadas e discutidas as estratégias de combate às desigualdades da população LGBT já adotadas pelo município, abarcando os entraves envolvidos nesse processo e as perspectivas futuras que foram apresentadas pelas gestoras.

Subcategoria I - Saúde LGBT: responsabilidade de quem?

Durante as entrevistas percebeu-se que a PNSI-LGBT, instituída no ano de 2011, é pouco conhecida pela maioria das(os) entrevistadas(os), enquanto aquelas(es) que relataram saber de sua existência afirmaram não a terem lido. Nessa perspectiva, percebeu-se que há uma grande fragilidade no reconhecimento da responsabilidade pelo cuidado dessa população. A falta de conhecimento acerca dessas estratégias é justificada pelos profissionais

pelo motivo de não se envolverem com ações voltadas para essa temática, como explica a entrevistada G1: *Eu sinceramente não conheço direito, eu não trabalho diretamente com a... Só quando tem algum evento é que eu vejo isso* (G1).

Os entrevistados buscavam constantemente apontar outros setores como responsáveis pela instituição da PNSI e de ações voltadas às especificidades da população LGBT no município. Ainda na mesma entrevista, pode-se destacar o apontamento para a atenção básica como campo disseminador dessas práticas.

Olhe... Eu já andei lendo assim [...] mas a outra parte fica mais dedicada ao pessoal aí da gestão mesmo - a secretária, o pessoal da atenção básica e a psicóloga do NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família] com os profissionais. (G1)

Outros profissionais que não estão à frente de nenhum dos serviços da atenção básica também se eximem da responsabilidade, a exemplo de uma das gestoras da atenção especializada:

Essa questão da política LGBT, ela precisa ser trabalhada, não sei, nas unidades de saúde. Eu acho que essa resposta você vai ter melhor lá na secretaria mesmo, porque aí o pessoal vai te passar o que tem sido feito, né? [...] eu acredito que essa questão dessas políticas, elas são mais trabalhadas realmente na atenção básica... Através, né, dos programas. (G3)

Observa-se ainda outra fragilidade, que seria a desarticulação dos serviços de saúde para o cuidado dessa população, de modo que a responsabilidade pelas ações é direcionada apenas para a atenção básica, eximindo a responsabilidade da gestão e excluindo outros serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS)², nos diferentes níveis, e são importantes para a continuidade do cuidado dos indivíduos (Brasil, 2010).

Destaca-se, portanto, que a PNSI-LGBT deve atuar “na qualidade de vida, na promoção da saúde, na prevenção, vigilância em saúde, na atenção básica e atenção especializada, incluindo, as ações de urgências e emergências” (Brasil, 2011). De fato, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) traz como uma das características do processo de trabalho das equipes que atuam nesse nível a programação e a implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades da população, bem como o desenvolvimento de ações que priorizem grupos de risco, com a finalidade de prevenir fatores que possam influenciar no processo saúde-doença da comunidade, ficando também a cargo desta a articulação com os demais níveis de atenção à saúde (Brasil, 2012b).

Essa política, no entanto, foi atualizada pela Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017a), e suas alterações possibilitaram maior autonomia para a gestão local para implementação de modelos de atenção básica divergentes do que se priorizava na atualização anterior, em uma perspectiva de corte de gastos proporcionada pelo Novo Regime Fiscal, instituído através da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Outras dimensões sociais também são apontadas, a exemplo da educação no âmbito escolar e também familiar:

Então, isso é coisa de educação e tem que ser com educação: investir mais nas escolas, fazer mais palestras, investir nos pais também, falar com os pais. Acho que educação é que salvaria essa geração futura que tá... essa que tá se formando agora, que não é tão homofóbica como essa nossa é. (G1)

O redirecionamento das ações voltadas à população LGBT para outros setores pode significar o não reconhecimento do setor da saúde como agente necessário para a qualidade de vida desse grupo, muitas vezes devido a concepções limitadas do processo saúde-doença que não permitem

2 A RAS, de acordo com a Portaria nº 4.279/2010, consiste na integração de diferentes serviços e níveis de atenção para atuação coordenada e continuada no cuidado à saúde, tendo como redes prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, devendo ser coordenada a partir da Atenção Primária à Saúde.

compreender como os determinantes sociais interagem com a saúde do indivíduo.

Com relação à divulgação de informações sobre a comunidade LGBT, as(os) participantes mais uma vez não referem os serviços de saúde como possíveis articuladores desse processo, apontando a mídia como meio responsável pela transmissão de informações, como foi possível observar na fala de G11:

Eu acho que capacitação profissional e, como comunidade de brasileiros, a nível de mídia é sempre importante, como vem acontecendo em novelas, filmes, sendo retratada a... a dificuldade que a comunidade tem, a comunidade LGBT. (G11)

As pautas levantadas pela mídia possuem papel extremamente significativo nas sociedades de massa, a exemplo da influência na formação de agendas públicas e governamentais, nas relações sociais, na opinião de inúmeras pessoas, na participação política e na organização de interesses. No entanto, os órgãos da mídia são, em sua maioria, empresas privadas e, como tais, objetivam o lucro, agindo segundo a lógica e os interesses privados dos grupos que representam. É necessário, portanto, diferenciar agentes privados da esfera pública, para assim compreender a dimensão da atuação de empresas privadas neste último âmbito, onde a democracia é elemento-chave, entendendo a problemática de terceirizar o processo de educação e informação em saúde (Fonseca, 2011).

A própria comunidade LGBT também foi apontada como agente responsável por esse processo, a partir de sua organização política e de sua participação social: *é preciso que comece com esse grupo, que já existia representatividade no conselho (G7).*

A entrevistada acima se refere à representação de uma organização não governamental (ONG) LGBT no Conselho Municipal de Saúde (CMS), a qual se desvinculou deste no início da nova gestão municipal (em 2017) por questões que serão discutidas adiante. Além do movimento organizado, atribuiu-se aos profissionais de saúde que se identificam enquanto LGBT a responsabilidade de dar impulso às ações nos diferentes serviços:

A gente sabe que tem colegas nossos que fazem parte desses... desse meio social. Então, assim, às vezes por ser lésbica, eles têm que então procurar algo pra ajudar né? [...] mas se eu tivesse, vamos assim dizer, um profissional que fosse gay e que dissesse “[...] vamos fazer isso pra gente ver aqui os nossos outros colegas”, que às vezes tem outros né? Aí, assim, a gente sempre vai acatar, né? Porque eu tenho que fazer uma gestão pra todos. (G4)

Nas falas da maioria dos profissionais, fica claro o pouco envolvimento e compreensão do bem-estar da comunidade LGBT e de sua relação com os serviços públicos de saúde. Para o reconhecimento de um problema na esfera política, é necessário que os indivíduos (gestores) percebam a situação de tensão causada na vida de um determinado segmento populacional, identificando-a como problemática. A partir disso, esse problema deve passar da esfera privada (do indivíduo que o sofre) para um problema social/coletivo. No entanto, para que isso aconteça, são necessários a capacidade e o interesse do grupo condutor das estratégias (Deubel, 2002).

Na perspectiva de Motta (2011), é possível compreender que o processo político se relaciona principalmente com as negociações e os consensos entre interesses comunitários divergentes, destacando o setor de saúde como aquele em que a divergência de interesses perdura em todas as fases de um processo decisório.

Segundo Deubel (2002), a falta de informação e a não mensurabilidade dos problemas são características que dificultam a presença destes na agenda política. Vale considerar ainda os fatores citados por Motta (2011), como: o apego a valores, a ideação, as relações pessoais, os conflitos latentes e os interesses de grupos com recursos importantes no processo decisório.

Todos esses conjuntos de fatores podem estar na gênese do desvio de responsabilidade pela saúde desse segmento populacional, o que fere os princípios basilares do SUS e destoa dos objetivos e das premissas de programas e políticas como o “Brasil sem homofobia”³ (Brasil, 2004) e a PNSI-LGBT,

3 O Programa Brasil sem Homofobia é um marco histórico na luta por equidade e no fortalecimento do exercício da cidadania. A educação e a mudança de comportamento dos gestores públicos estão entre os objetivos centrais desse programa, orientando possibilidades acerca

fragilizando seu processo de implementação no âmbito municipal.

Silva e Benito (2013) realizaram uma pesquisa com o objetivo de reconhecer as representações sociais sobre o acesso aos serviços de saúde presentes em discursos de gestores municipais de saúde. Alguns dos resultados se relacionam aos expostos nesta pesquisa, a exemplo da pouca aproximação com as necessidades reais do usuário, da desarticulação dos níveis de atenção à saúde e do entendimento limitado e fragmentado sobre o que significaria “acesso de qualidade”. Isso interfere diretamente na compreensão de integralidade da saúde, indo, muitas vezes, na contramão das reais necessidades da população.

Apesar da tímida relação do setor saúde no que concerne ao comprometimento contra as desigualdades em saúde da população LGBT, o município apresenta algumas propostas em andamento para enfrentamento destas, ao mesmo tempo em que expõe os entraves e também as perspectivas envolvidas nesse processo, sendo ambos apresentados e discutidos na subcategoria a seguir.

Subcategoria II - Estratégias identificadas

Algumas estratégias foram apontadas pelas gestoras: (1) o espaço cedido à população LGBT no CMS e (2) o grupo LGBT formado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Uma das competências municipais dispostas na PNSI-LGBT é referente ao apoio da participação social de movimentos organizados pela população LGBT nos CMS, nas Conferências de Saúde e nos demais processos participativos (Brasil, 2011).

O CMS foi o único espaço em que foi relatada a participação de representação LGBT, e, mesmo assim, muitas divergências foram encontradas nos discursos acerca dessa representação - alguns se referindo à participação atual, outros (predominantes) ao tempo passado. A partir da apuração da informação, tomou-se como verdade a representação no tempo passado, como a entrevistada G3 aponta:

Enquanto Conselho Municipal de Saúde, eu sei que, quando nós assumimos, que houve as reuniões de

ajuste, né? Dos integrantes do conselho, tinha essa ONG, né? que inclusive uma das pessoas que fazia parte dela, ela participou dessa nossa primeira reunião e ele falou a respeito da ONG. Mas essa ONG, por motivos do grupo mesmo, ela foi destituída. (G3)

A desarticulação das atividades para a população LGBT é justificada por G7 pela falta de representatividade que esta tem no CMS, espaço que, segundo G3, foi cedido a outros por desarticulação do próprio movimento: *É preciso que comece com esse grupo que já existia representatividade no Conselho (G7).*

A ONG que a entrevistada G3 cita é o Grupo pela Livre Orientação Sexual (Glos) que, segundo ela, está desarticulado e, por esse motivo, cedeu seu acento no CMS. A entrevistada G7, assim como outras, apontam ao longo de sua fala a importância dessa representação no Conselho na tentativa, talvez, de justificar a ausência da temática na pauta da saúde do município.

No entanto, é válido salientar a importância do papel de **escuta ativa** que deve ser desenvolvido pelas gestoras. A “escuta ativa” é um conceito da análise de políticas públicas relacionadas à gênero e sexualidade que se coloca sob um ponto de vista ético-político feminista. Trata-se de um processo em que os grupos organizados e as lideranças em relação às temáticas objeto das políticas acessam campos de diálogo com o Estado e intervêm na elaboração de políticas públicas (Fernandes, 2014).

A segunda estratégia apontada foi a de formação de um grupo LGBT por uma das unidades, fato esse conhecido por todas as gestoras:

Ela é realizada lá no teatro. São palestras, vai psicólogos, vai médicos, dentista falar sobre a saúde, e sempre a gente tá convidando um palestrante que seja ou trans, né, ou lésbica, ou gay, pra falar um pouco sobre como é o preconceito, como é a aceitação do início até hoje, né? E tá sendo bem interessante, e a tendência da gente é justamente isso, é focar na saúde desse público, que a gente sabe que é um público que às vezes não vem no postinho fazer um

teste de HIV, sífilis, nem de nada, por questão de preconceito mesmo, mas a gente quer quebrar esses tabus e realmente mostrar “olhe, os postos estão abertos pra vocês”, mais ou menos isso. (G6)

Segundo a entrevistada, a ideia do grupo surgiu da seguinte forma:

É porque, assim, é uma exigência do Ministério da Saúde, do mesmo jeito que gestantes, pacientes com câncer, crianças, mulheres e homens têm que ser atendidos pela atenção básica, e esse grupo também específico tem que ser. Então é cobrado do Ministério da Saúde, ele cobra, ele exige que as UBS sejam responsáveis por fazer o atendimento a esse público. Aí como foi que a gente pensou em fazer esses atendimentos? Já que eles têm uma dificuldade em vir até o posto, a gente marcar esses encontros fora do posto, né?! E, por exemplo, a partir do momento que a gente criar vínculos com eles em grupo, eles se sentirem mais acolhidos, eles irão procurar um psicólogo, procurar um dentista, sem sofrer tanto preconceito. (G6)

A implantação de práticas educativas na rede de serviços do SUS está preconizada na PNSI-LGBT (Brasil, 2011), como também na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2006) e na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Brasil, 2012c). A dinâmica de grupo é um exemplo de “organização humana complexa”, segundo Seminotti (2016), constituída por múltiplos pensares, sentires, vozes e mãos que, possibilitando o compartilhamento de olhares e contextos, podem garantir a autonomia e a interdependência através dos diálogos e de outras formas de comunicação.

Esse grupo se revela, a partir da fala de G6, como uma tentativa de criação de vínculo entre profissionais e comunidade, o que permite compreender a existência de uma fragilidade anterior a ele, não identificada explicitamente na fala das gestoras entrevistadas, mas implicitamente estabelecida em seus discursos, o que pode justificar uma baixa procura da comunidade LGBT pelos serviços de saúde do município.

Faz-se importante ainda observar as reais necessidades do território, uma vez que referenciar

as vivências LGBT com DST cria uma barreira estigmatizante entre estes e o serviço, anteriormente aqui discutida, que insistentemente se faz presente nas falas dos entrevistados.

Seminotti (2016) explicita que, para que o diálogo seja estabelecido, os conhecimentos técnicos e acadêmicos dos profissionais têm de dar espaço e voz aos conhecimentos, saberes e experiências populares, que transcendem as teorias tradicionais e podem revelar elementos singulares a partir de contextos sócio-históricos específicos.

Pelo que foi relatado, o grupo acontece em apenas uma UBS do município. A ideia partiu de alguns estudantes universitários que realizavam estágio supervisionado no local, sendo acolhida e mantida pela equipe, com perspectivas de implantação em outras UBS, como diz a entrevistada G2: *A gente tá tentando trabalhar, cada unidade de saúde desenvolver grupos voltados para esta política pra inclusão, pra chamar essa população, essa parte da população pra perto da unidade* (G2).

A estratégia se mostra como um início lento de uma perspectiva de saúde equânime no município, impulsionado pela presença da universidade e absorvida pelos profissionais de saúde, com potencialidade para se espalhar e iniciar a disseminação de ações federais e estaduais.

Em 2017 foi divulgado o II Plano Operativo da PNSI-LGBT (Brasil, 2017b), referente ao período 2017-2019, dando continuidade às propostas do I Plano Operativo da PNSI-LGBT (2012-2015), com os seguintes eixos norteadores:

- I - Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde;
- II - Promoção e vigilância em saúde;
- III - Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação;
- IV - Mobilização, articulação, participação e controle social;
- e, V - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Nesse sentido, é competência da gestão municipal do SUS articular a implementação das estratégias referentes aos eixos norteadores, promover essa inclusão no Plano Municipal de Saúde (até então não presente no município), bem como monitorar essas ações a partir do Relatório Anual de Gestão,

coerentes com a realidade, as demandas e as necessidades do território (Brasil, 2017b, 2011).

As ações desenvolvidas até o momento pelo município acontecem de maneira vagarosa quando se toma como referência as estratégias e as orientações adotadas em nível estadual e federal, de modo que essas ações somente podem ser desenvolvidas quando forem encaradas de forma positiva e legítima pelo município, por meio de uma maior abertura e da escuta ativa em relação às demandas da população LGBT, possibilitando assim a implementação de estratégias que atendam a essas necessidades e também às necessidades dos profissionais de saúde.

Considerações finais

Os sujeitos envolvidos no processo de gestão do SUS no município apresentam dificuldade de realizar uma escuta ativa e de reconhecer as demandas latentes da comunidade LGBT ao longo da história. Essa inviabilidade das demandas influencia de forma negativa a busca por conhecimento sobre essas vivências por parte dos gestores, bem como a percepção de suas responsabilidades para com a população LGBT no SUS, inviabilizando a promoção de ações para redução das desigualdades e para a aproximação dos indivíduos do sistema público de saúde.

Pode-se constatar também que a RAS se encontra desarticulada e sem comunicação a respeito das demandas da população LGBT que perpassam os níveis de atenção. Esses sujeitos passam pelos (ou se afastam dos) serviços da rede sem que sejam enxergados, reconhecidos ou mesmo ouvidos, fazendo-se necessária a realização de capacitação de recursos humanos, de acompanhamento da agenda da saúde e de participação social para essa população em específico.

Esses elementos sugerem a existência de fragilidades na capilarização das estratégias federais para contextos locais, o que prejudica a consolidação de ações e contribui para a inviabilidade, na esfera local, do processo de implementação da PNSI-LGBT, fazendo-se necessário o reconhecimento dos obstáculos a partir de contextos locais para a efetivação da PNSI-LGBT no âmbito nacional.

No entanto, as discussões dessa temática na universidade estão favorecendo pequenos

avanços, ainda que de forma desarticulada, que parecem repercutir entre todas as gestoras. Porém são necessárias ainda outras estratégias para sensibilizar estes líderes a disseminar e conhecer a PNSI-LGBT, para assim compreenderem a importância de uma escuta ativa da população e de suas demandas enquanto grupo, de forma macro, como também a importância de seus papéis enquanto gerentes de serviços de saúde universais.

Este estudo teve como fragilidades, porém, a resistência e a recusa de alguns gestores à participação nas entrevistas, sob a justificativa de que seus cargos não se relacionavam diretamente à problemática estudada, além da escassez de estudos na literatura científica que abordassem as práticas de gestão em saúde em nível municipal e de experiências de municípios na implementação da PNSI-LGBT.

Faz-se necessário, ainda, investigar os entraves envolvidos na participação popular LGBT e na sua dinâmica de organização - uma vez identificada a presença de uma ONG LGBT no município, com pouca participação nas ações de saúde -, bem como ampliar as discussões e os cuidados voltados à população LGBT nas instituições formadoras de recursos humanos, na tentativa de ampliar o olhar dos profissionais e de minimizar as desigualdades nestes espaços.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 2009.

BENTO, B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 256 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil sem homofobia: plano de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 20 de dezembro de

2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 dez. 2011. Seção 1, p. 35.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2012a. Seção 1, p. 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2012c.
- BRASIL. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Seção 1, p. 2.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017a. Seção 1, p. 68-69.
- BRASIL. Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 out. 2017b. Seção 1, p. 90-91.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Record, 2016. 287 p.
- CECCARELLI, P. R. A invenção da homossexualidade. *Bagoas: estudos gays*, Natal, v. 2, n. 2, p. 71-93, 2012.
- DEUBEL, A. N. R. *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Aurora, 2002. 230 p.
- FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no movimento LGBT brasileiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 54-81, 2009.
- FERNANDES, F. B. M. Os desafios da “Escuta Ativa”: manifesto por uma gestão queer em políticas feministas e LGBT. *Revista Periódicus*, Salvador, v. 1, n. 1, p. 92-105, 2014.
- FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da Unesp*, Assis, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.
- FERREIRA, E.; GUASCH, O. A invenção do estigma do travesti no Brasil (1970-1980). *História, histórias*, Brasília, DF, v. 1, n. 5, p. 39-51, 2015.
- FONSECA, F. Mídia, poder e democracia: teoria e práxis dos meios de comunicação. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, DF, n. 6, p. 41-69, 2011.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. 288 p.
- GROSS, J.; CARLOS, P. P. Da construção da sexualidade aos direitos LGBT: uma lenta conquista. *Revista Direito e Política*, Itajaí, v. 10, n. 2, p. 747-761, 2015.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE Cidades: Cuité*. Rio de Janeiro, 30 ago. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ee3UTb>>. Acesso em: 14 jun. 2018.
- LEITE JUNIOR, J. Transitar para onde? Monstruosidade, (des)patologização, (in) segurança social e identidades transgêneras.

Estudos feministas, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 559-568, 2012.

LEWIN, C.; SOMEKH, B. *Teoria e métodos de pesquisa social*. Petrópolis: Vozes, 2015. 472 p.

MELLO, L.; AVELAR, B.; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 289-312, 2012.

MOSCHETA, M. S. et al. Da (im)possibilidade do diálogo: conversações públicas e os direitos LGBTs. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 516-525, 2016.

MOTTA, P. R. Formulação de políticas e definição de objetivos: imposições do contexto administrativo, In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 440 p.

OTERO, L. M. R. et al. Violencia em parejas transexuales, transgénero e intersexuales: una revisión bibliográfica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 914-935, 2015.

RIBEIRO, D. Stonewall: 40 anos de luta pelo reconhecimento LGBT. In: COLLING, L. *Stonewall*

40+ o que no Brasil? Salvador: Edufba, 2011. p. 153-156.

ROSELLI, C. E. Neurobiology of Gender Identity and Sexual Orientation. *Journal of neuroendocrinology*, Hoboken, v. 30, n. 7, p. 1-8, 2017.

SANDERS, A. R. et al. Genome-wide association study of male sexual orientation. *Scientific reports*, London, v. 7, n. 1, p. 1-6, 2017.

SEMINOTTI, N. *O pequeno grupo como um sistema complexo: uma estratégia inovadora para produção de saúde na atenção básica*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 218 p.

SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. V. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, 2013.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014.

STERLING, A. F. The five sexes, revisited. *The Sciences*, New York, v. 40, n. 4, p. 18-23, 2000.

Contribuição dos autores

Gomes e Nagashima foram responsáveis pela concepção e execução da pesquisa. Sousa e Vasconcelos colaboraram na análise e revisão da sistematização do trabalho. Todos os autores, com destaque para Gomes, participaram da redação do artigo.

Recebido: 21/06/2018

Reapresentado: 18/07/2018

Aprovado: 31/07/2018