



Bruna Schneider Pinto Coelho

Somos de todas as cores: narrativas de acesso à saúde de mulheres cis lésbicas e bissexuais e de homens trans.

Ouro Preto

2021

Bruna Schneider Pinto Coelho

Somos de todas as cores: narrativas de acesso à saúde de mulheres cis lésbicas e bissexuais e de homens trans.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Maria de Figueiredo

Coorientador: Prof. Dr. Alexandre Costa Val

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Ouro Preto

2021

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

C672s Coelho, Bruna Schneider Pinto .
Somos de todas as cores: [manuscrito]: narrativas de acesso a saúde de mulheres cis lésbicas e bissexuais e homens trans.. / Bruna Schneider Pinto Coelho. - 2021.
98 f.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Maria de Figueiredo.

Coorientador: Prof. Dr. Alexandre Costa Val.

Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família.

1. Homossexualidade feminina. 2. Bissexualidade. 3. Pessoas Transgênero-Identidade. 4. Vulva. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Internos (Medicina). 7. Feminismo. 8. Saúde Mental. 9. Teste de Papanicolaou. 10. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 11. Residência médica . I. Figueiredo, Adriana Maria de . II. Val, Alexandre Costa. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 305

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE FAMÍLIA, SAÚDE
MENTAL E COLETIVA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Bruna Schneider Pinto Coelho

Somos de todas as cores: narrativas de acesso a saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e homens transexuais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 13 de agosto de 2021.

Membros da banca

Dr^a Adriana Maria de Figueiredo - Orientadora – Universidade Federal de Ouro Preto
Dr. Alexandre Costa Val – Universidade Federal de Ouro Preto (Co-Orientador)
Dr. Gustavo Antonio Raimondi – Universidade Federal de Uberlândia
Dr^a Eloísa Helena de Lima – Universidade Federal de Ouro Preto

Dr^a Adriana Maria de Figueiredo, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito no Repositório Institucional da UFOP em 25/09/2021



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Maria de Figueiredo, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 09/10/2021, às 08:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0231559** e o código CRC **D5E5AF4E**.

À minha mãe Beatriz que sempre incentivou a ser curiosa e dona de mim.

À Paulinha por me apoiar em tudo.

Às entidades que me protegem e me restauram o foco e a resiliência todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles e aquelas que vieram antes de mim e tornaram estas reflexões possíveis. A todas e todos que ousaram transgredir, subverter com seus corpos e vidas e falar sobre tabus.

Aos meus familiares - em especial a minha mãe - que me ensinaram o valor do estudo e que valorizaram a minha curiosidade e sede de saber.

Às sujeitas e aos sujeitos que cederam seu tempo e compartilharam comigo suas histórias, mesmo não me conhecendo.

Aos tantos amigos, nos quais se pode confiar nas horas difíceis. Graças ao apoio de tantos, que não me deixaram cair, continuei caminhando.

À minha família do CEFET (Eliza, Fer, Gabi, Leo, Daphine, tantos outros). Aos vários amigos de BH (Rai, Pedro, Letícia, Renata). Camila, Janaissa e Denis, presentes de Mariana. Aos amigos da residência de Medicina de Família. Além dos amigos do continente, agradeço às pessoas lindas que me receberam e me acolheram “longe de casa” até que a ilha se tornasse meu lar, e constituíram minha família aqui - especialmente aos que primeiro me receberam (Naline e Henrique, que me acolheram em seu lar; colegas da secretaria de saúde, por acreditarem no meu trabalho como médica e como pesquisadora, e me incentivaram a conciliar ambas as missões; e todos os amigos que aqui deixaram minha vida mais colorida).

Aos docentes da UFOP, que possibilitaram esse programa de mestrado, e que, com sua atenção e parceria, tanto contribuíram para esta travessia. Inclusive depois eu ter atravessado um pedacinho do oceano.

Um agradecimento mais que especial à minha orientadora professora Adriana, que, com sua sensibilidade, acolheu-me neste trabalho de pesquisa, embarcando comigo nesta trajetória acadêmica, e me apoiando diante dos percalços desta caminhada.

Ao meu coorientador professor Alexandre, por seu olhar agregador ao meu trabalho, que tanto somou a esta produção.

À Rafa, cujo olhar perspicaz e aguçado de acadêmica, tanto contribuiu com esta pesquisa.

Ao Vitor, por me incentivar nos meus projetos e sonhos, pelo amor, carinho e companheirismo diários.

À Luísa, que, através de sua criatividade e de suas partilhas, ajudou-me a adentrar neste caminho do saber.

Às minhas filhotas peludas: Jade, Bebel e Miúcha, que, com seus miados e ronronados, embalaram minhas tardes e noites de escrita; à Nina e à Claudinha, que tanto disputaram a atenção com o computador e as gatas, e que, com toda farra e bagunça sempre me enchem de amor e cachorrices.

Não ando só!

Arqueologia

Como uma arqueóloga
Faço um trabalho de escavação
Da poesia que mora nas entrelinhas do cotidiano.

...

Bailam algures, fugazes,
Invisíveis aos pragmáticos,
Inaudíveis aos materialistas.
Surpreendo-os, versos intrínsecos,
Vide! Repousam nas esquinas...

Descubro sonetos soterrados: em latência no asfalto.
Qual o quê! Concreto não sufoca, apenas oculta poemas abstratos.

...

As palavras que brotam da urbanidade rude,
Dos edifícios, do calçamento de paralelepípedos;
Das sinuosas ruas de pedra sabão, do barroco, do jardim;
As estrofes das matas, do sertão, de Bento, de fundão;
A vida que me comove: de Maria, de Joana, de João;
A poesia que capto nas cidades, na roça e nas gentes:
Espelha um certo sentimento do mundo
Também nascido em minh'alma:
Ponho-me a escavar.

Poeta que sou, escavar é como escrever
Meu refúgio, meu antídoto existencial.

Bruna Schneider

RESUMO

A população LGBTI+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexo e outros - sofre com piores desfechos de saúde e maiores barreiras no acesso aos serviços de saúde, podendo, deste modo, ser considerada uma população negligenciada. Constituem esse grupo uma gama de experiências diversas e diferentes conforme a orientação sexual, identidade de gênero, além das interseções com raça e classe social. Dentro desse termo guarda-chuva, nascer no sexo feminino determina uma série de vivências e questões de saúde para pessoas dissidentes da lógica cis-heteronormativa. Ou seja, mulheres lésbicas e bissexuais e homens trans sofrem, nos serviços de saúde, com invisibilização, desconhecimento de suas necessidades de saúde e discriminação. Aqui, denominamos esse recorte como LBT (lésbicas, bissexuais e trans) - DSFN (designadas(os) do sexo feminino ao nascer). Salientamos também que, com frequência, pessoas DSFN encontram-se à mercê de um cuidado em saúde reduzido ao binômio "mulher-útero", que engendra a medicalização de seus corpos, em detrimento da abordagem integral das necessidades e subjetividades destas pessoas. Com foco nessas questões, analisamos as experiências de pessoas LBT-DSFN da região de Ouro Preto, Mariana e Itabirito na busca por cuidados em saúde. Para isso, convidamos pessoas dessa região, maiores de 18 anos, através do contato com coletivos LGBTI+ da região, e de participantes indicadas(os) por outras(os) participantes. A partir da concordância desses em participar voluntariamente deste estudo, foi solicitado que assinassem um questionário sociodemográfico e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa de análise, através de entrevista individual, semi-estruturada, captada por meio de plataforma de vídeo-chamada. Todas as entrevistas foram transcritas, e, a partir delas, foram construídas narrativas para cada participante, as quais passaram por análise de conteúdo. Mostrou-se eloquente a heterogeneidade das experiências, que remetem aos marcadores das diferenças e revelam que as (os) participantes não são apenas vítimas passivas de um sistema normativo, mas também sujeitos ativos, o que se pode constatar através de sua resistência, subversão e negociações.

Palavras-chave: Homossexualidade Feminina. Bissexualidade. Pessoas Transgênero. Vulva. Atenção Primária à Saúde. Desigualdades em Saúde. Internato e Residência. Feminismo. Saúde Mental. Teste de papanicolau. Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

The LGBTI+ population - Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites, Transsexuals, Intersex and others - suffers from worse health outcomes and greater barriers in accessing health services. It can, therefore, be seen as a neglected population. Within this group, there is a range of diverse and different experiences according to sexual orientation, gender identity, as well as intersections with race and social class. Within this umbrella term, being born in the female sex determines a series of experiences and health issues for people who dissent from the cis-heteronormative logic: lesbian and bisexual women and trans men suffer, in health services, with invisibility, ignorance of their needs health care, and discrimination. Here, we call this clipping as LBT (lesbian, bisexual and trans) - DSFN (designated female at birth). Furthermore, we emphasize that DSFN people are often at the mercy of health care reduced to the "woman-uterus" binomial, which engenders the medicalization of their bodies, to the detriment of the integral approach to the needs and subjectivities of these people. We analyzed the experiences of LBT-DSFN people from the region of Ouro Preto, Mariana and Itabirito in their search for health care. For this, we invite people from this region, over 18, through contact with LGBTI+ collectives in the region, and participants nominated by other participants. After agreeing to voluntarily participate in this study, they were asked to sign a socio-demographic questionnaire and an Informed Consent Form (FICF). Qualitative methodology was used, through individual, semi-structured interviews, through a video call platform. All interviews were transcribed, and from them, narratives were built for each participant, who underwent content analysis. The heterogeneity of the experiences, which refer to the markers of differences, was eloquent. Furthermore, they make it clear that (the) participants are not only passive victims of a normative system, but also agents, through their resistance, subversion and negotiations.

Keywords: Female Homosexuality. Bisexuality. Transgender People. Vulva. Primary Health Care. Health Inequalities. Internship and Residence. Feminism. Mental Health. Pap Test. Sexually Transmitted Diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LGBTI+	Lésbicas, <i>Gays</i> , Bissexuais, Travestis/Transgêneros
DNSF	Designadas ao Nascer do Sexo Feminino
DSMN	Designadas do Nascer do Sexo Masculino
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
MS	Ministério da Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
GGB	Grupo <i>Gay</i> da Bahia
CID	Código Internacional de Doenças
SUS	Sistema Único de Saúde
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
HSH	Homens que fazem sexo com homens
GLS	<i>Gays</i> , lésbicas e Simpatizantes
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PRMMFC	Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 O segundo sexo. Por que falar do sexo feminino - do lugar de mulher.....	13
1.2 Mea vulva, mea máxima vulva (Von Trier, 2013)	16
1.3 Por que parir um trabalho que aborda gênero.....	17
1.4 Por que falar de dissidências de sexualidade e gênero?	18
2 - REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 As letras, afinal.....	21
2.1.1 Ainda sobre as letrinhas: as disputas internas e violências dentro da comunidade.....	23
2.2 Corpos medicalizados.....	23
2.3 Corpos fora do espectro cis-heteronormativo. O normal-patológico de Canguilhem (2011)	25
2.4 Mulheres indóceis. Vulvas à margem do cis-heterossexismo	28
2.5 Saúde LBT.....	30
2.6 Discursos sobre sexo seguro: medicalização e reforço a marginalização de dissidências .	32
2.7 Políticas públicas voltadas para a atenção a direitos sexuais e reprodutivos de pessoas com vulva, sob a denominação de saúde da mulher.....	33
2.8 Algumas ponderações interseccionais	36
3 - PERCURSO METODOLÓGICO	38
3.1 Cenário do estudo: criação do corpus, crise sanitária imposta e pandemia COVID-19.....	38
3.2 Tipo de estudo	41
3.3 <i>Corpus</i> e procedimento de coleta de dados	41
3.4 Análise dos dados	42
4 - CONTOS SOBRE DISCRIMINAÇÃO, RESISTÊNCIA, RESILIÊNCIA E AFIRMAÇÃO DAS DIFERENÇAS: NARRATIVAS DE PESSOAS LBT - DNSF	44
4.1 Matizes de lesbianidades: performances e resistência.....	44
4.1.1 Loíse: Não se nasce feminina, torna-se mulher.....	44
4.1.2 Gabi, oásis de acolhimentos no deserto na normatividade.....	48
4.2 Bissexualidade, essa apagadinha	53
4.2.1 Bia, apesar da bifobia, plenamente bi.....	53
4.2.2 Quel: Não é metade hétero	57

4.3 - Subjetividades Transmasculinas - O gozo do autoidentificação e os impasses na busca pela afirmação e o gênero	64
4.3.1 Tiago: A dor e a delícia de ser o que é	64
4.3.2 Regulação da visibilidade em contextos distintos	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRAFICO	93
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRAFICO (Cont).....	94
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRAFICO (Cont).....	95
APÊNDICE B - TABULAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	96
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97

1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objetivo compreender as experiências com os serviços de saúde de pessoas designadas ao nascer do sexo Feminino (DNSF), e que destoam do padrão cis-heteronormativo. Tal denominação não pretende fundar uma categoria, mas evidenciar o ponto de interseção do nosso recorte. Compreende mulheres lésbicas e bissexuais cisgêneras e homens trans (além de não binárias, pessoas transmasculinas, entre outras identidades de gênero de pessoas que tenham sido designadas ao nascer do sexo feminino)¹. A escolha desse tema diz respeito a questionamentos de ordem pessoal, e vem ao encontro de questionamentos e reflexões que faço enquanto mulher cisgênera, bissexual e médica de família. Minha educação, desde o ensino básico até a graduação em Medicina, e mesmo na escola médica, alicerçou-se em valores cis-heteronormativos.

Conforme destaca Louro (1999), a heteronormatividade constitui-se como uma lógica da representação hegemônica do gênero e da sexualidade. Esta define uma coerência “natural” e “intrínseca” entre sexo-gênero-sexualidade: cada sexo só poderia performar segundo as normas vigentes; e sentir atração e se relacionar com o sexo oposto; tal concepção, aliás, encontra-se bem alinhada com a possibilidade procriativa, encontrando na mesma sua justificativa mais contundente.

Se comparados aos pares cisgêneros-heterossexual, piores desfechos em saúde acometem geralmente as minorias sexuais, abrigadas sob o termo guarda-chuva da população LGBTI+. Maior o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas; maior incidência de transtornos mentais; violência, estigmatização e discriminação; menor uso de serviços de saúde voltados à prevenção (GRAHAM, 2011). Ademais, pode-se citar também a influência de valores cis-heteronormativos por parte de profissionais de saúde (FISH, 2006; GOLDBERG *et al.*, 2009). Não obstante as adversidades em comum enfrentadas por esta população, consideramos a existência das particularidades próprias de cada grupo dentro da sigla (e dentro de cada grupo, intersecções de raça, regionalidade, grupo social). Deste modo, este constitui-se como um grupo heterogêneo e que soma diferenças, em vez de um monólito.

¹ No Parecer Consubstanciado do Conselho de Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) este projeto de pesquisa fora intitulada: "Corpos livres: O discurso dominante sobre a saúde da mulher e a (in)visibilidade das necessidades das minorias sexuais e de gênero". Com o aprofundamento da pesquisa percebemos uma capilarização e aprofundamento das nossas reflexões sobre o tema tratado que não estavam contempladas no antigo título. Tal fato justifica a mudança do título para "**Somos de todas as cores: narrativas de acesso à saúde de mulheres cis lésbicas e bissexuais e de homens trans**".

Reconhecer a diversidade e as diferenças que permeiam o acrônimo LGBTI+ orientou a escolha de um recorte dentro desse grupo. As pessoas que nascem com vulva, e assim, com a marca do sexo feminino ao nascimento. Mulheres bissexuais e lésbicas, se comparadas às heterossexuais, sofrem com maior prevalência de doenças cardiovasculares, câncer de mama e adoecimento mental. Case *et al.* (2004) e Ávila e GrossiI (2010) ponderam sobre a falta de representatividade transmasculina e na escassez de estudos sobre o sobre o tema, quando comparada à produção sobre transfeminilidades.

Refletimos ainda que há uma série de implicações que permeiam a constituição da pessoa que nasce marcada com vulva, e que tais implicações partem do assujeitamento a uma sociedade de alicerces sexistas, misóginos e falocêntricos. Ao lado disso, o cuidado com a saúde sexual se constituiu a partir de um discurso produzido dentro desse contexto normativo. Sob essa perspectiva, discutiremos, neste trabalho, de que maneira esse discurso afeta vidas fora da norma, para que, nesse sentido, possamos apontar caminhos para uma interlocução mais alinhada entre pessoas que buscam cuidados e profissionais de saúde.

Com a escolha intencional deste recorte, nos propomos a entender como transcorrem os itinerários ao recorrer a cuidados de saúde. Caminhos percorridos para o cuidado, assim como no tocante à postura de profissionais e serviços de saúde mediante situações permeadas sejam pela abordagem (ou por uma esquivia) da saúde sexual e reprodutiva.

Neste trabalho, também as denominamos dissidências sexuais e de gênero, por não se conformarem com a normatização cis-heterossexual.

Reduzir as iniquidades e os abismos entre os grupos populacionais é uma das pedras angulares na saúde pública, considerando-se que alguns grupos populacionais experimentam maiores disparidades que outros. Nesse sentido é que, para combater as desigualdades e promover saúde é preciso entender as reais demandas de populações negligenciadas. Do contrário, repetiremos a narrativa normativa que, construída a partir de um lugar de poder, pretende se impor e se esquivia do diálogo.

1.1 O segundo sexo. Por que falar do sexo feminino - do lugar de mulher

"Se quero definir-me, sou obrigada inicialmente a declarar: 'Sou uma mulher'. Essa verdade constitui o fundo sobre o qual se erguerá qualquer outra afirmação. Um homem não começa nunca por se apresentar como um indivíduo de determinado sexo: que seja homem é natural (...) a ponto de dizer 'os homens' para designar os seres humanos" (BEAUVOIR, 1949, p. 9).

Um dos gatilhos deste estudo diz respeito ao fato de eu ser uma autora mulher médica bissexual escrevendo sobre matéria de gênero e sexualidade dentro da prática clínica. Portanto, faz-se necessário retroagir um pouco ao tempo que formou minha biografia e, por meio do discurso em meio da primeira pessoa do singular, enfatizar o lugar de onde falo e que perpassou a minha história de vida até aqui.

Nasci no fim do século XX, perto da virada para o século XXI, no seio de uma família de classe média radicada em uma capital brasileira. Cresci filha de pais separados, e fui criada pela mãe. Vim ao mundo de cor branca; designada como do sexo feminino (e complemento, cisgênera, posto que minha aparência e comportamentos representam congruência com o destino imposto pela minha genitália). Nasci em um país com histórico sexista; passado escravista (o último a abolir a escravização de pessoas negras); e hostil com dissidências sexuais e de gênero. Nação forjada sob a exploração dos povos nativos e da diáspora africana para a geração de riqueza para a metrópole europeia - que mais séculos após passou a ser justificado pelo discurso da mistura de povos. Latinoamericanamente, nessas terras inventadas a partir da colonização portuguesa.

Desenho o contexto para ilustrar o pano de fundo de um momento que configura o entorno de minhas vivências, das quais germinam minhas observações e reflexões. Afinal, se não evidenciamos a partida, deixamos uma vaga sensação de que determinada realidade está dada, ou, quiçá, que ela é fato natural. Concluir uma realidade como natural poderia ser formado. Entretanto, é inegável que tenho um repertório atrás de mim e ao meu redor. Em lugar de omiti-lo, resalto-o, linho-o, sublinho-o, destaco-o e o reafirmo.

Posto isso, ilustraremos melhor o referido contexto. O Brasil do século XXI é um país racista, embora reivindique o título "democracia racial". Com maioria da população (55,8%) de pretos e pardos, este grupo tem menores salários e sofre mais com violência e desemprego. De cada 100 pessoas assassinadas no Brasil em 2019, 75 são negras, como demonstradas pelo Atlas da violência de 2019.

Sobre desigualdade de gênero, o mapa da violência de 2015 colocou o país no vergonhoso 5º lugar de assassinatos de mulheres no mundo. Trata-se o feminicídio de um crime de homicídio praticado contra a mulher pelo simples fato de a vítima ser mulher, ou em decorrência de violência doméstica. O Código Penal brasileiro, em sua Lei nº 13.104 de 2019 introduziu um qualificador na categoria de crimes contra a vida alterando a constituída categoria dos denominados crimes hediondos, acrescentando nessa categoria o feminicídio. Na maioria dos casos, este crime é praticado por alguém próximo do convívio da vítima, podendo a motivação ser ciúme, separação ou rompimentos não aceitos. Esta tipificação

passou a ser qualificadora do homicídio em 2015 (o que aumenta a pena do infrator). Em 2019, o registro desse tipo penal contou 1310 vidas de mulheres interrompidas: 7,2% a mais que no ano anterior, que contabilizou 1222, destoando da redução do total de crimes violentos naquele ano. Ainda sobre o feminicídio, observando-se pelo prisma da desigualdade racial, mulheres negras foram 66% das vítimas em 2017².

A LGBTIfobia é a discriminação contra pessoas por sua orientação sexual ou identidade de gênero e apenas em 2019 (ano em que comecei a vislumbrar a possibilidade desta pesquisa) passou a ser criminalizada no Brasil. Naquela ocasião, o STF a enquadrou como crime de racismo. Embora as estatísticas oficiais sejam escassas, de acordo com o Grupo Gay da Bahia (GGB) o Brasil é o país que mais mata pessoas LGBTI+ no mundo. Em 2018, o GGB³ registrou 420 mortes violentas de pessoas LGBTI+; um assassinato a cada 20 horas. Agora posso dizer, então, que parto⁴, de uma reflexão sobre como a ciência e a arte médica sustentam/respondem/catalisam a manutenção da ordem social e do *status quo*, estendendo-se também às mulheres e às pessoas designadas como do sexo feminino pelo nascimento (PDSFN) (BEAUVOIR, 1949; FOUCAULT, 2011).

Desde jovem, percebia e entendia as implicações do que significava ser mulher. Ainda que, branca e de classe média, e, portanto, blindada de opressões de raça e de classe. Na faculdade de Medicina e com o exercício da profissão, pude ampliar a leitura que continuo a fazer das entrelinhas das vidas escrutinadas pelo sexismo que atinge pessoas DNSF.

Ensinos sobre "problemas de mulheres" - muitas vezes se reduzem a uma perspectiva funcionalista, medicalizada, como nas sabatinas para escutinar uso de métodos contraceptivos. Como se o fato ou a condição de ser mulher se resumisse a estar em "risco" de procriar. Que estado de doença, que CID-10 é esse?

Se o modo de pensar corrente das sociedades influencia a narrativa da ciência, parece que a aplicação prática desta também tem implicações no modo de ser, de pensar e de comportar das pessoas. Com frequência atendo pacientes que se queixam de um mau odor vaginal e, geralmente, ao examiná-las, não encontro nada de errado. Parece um incômodo

² Os dados supracitados foram publicados pelo Atlas da Violência e foram coletados através (i) das denúncias registradas no Disque 100, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), e (ii) dos registros administrativos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (IPEA, 2019).

³ O GGB há 41 anos levanta as estatísticas de pessoas assassinadas por homofobia no Brasil. O levantamento é feito a partir de matérias jornalísticas da imprensa, nas redes sociais e informações pessoais que este grupo tem acesso.

⁴ Adoto aqui o vocábulo "parto" flexionado na primeira pessoa do singular do verbo "partir"; embora seja perfeitamente possível a semântica de parir, considerando-se que dar à luz é uma essência do dom da criação - esta que é uma das definidoras do meu sexo feminino, a marcação da categoria "mulheres" pela possibilidade de gerar vida intra-útero.

oriundo de ter um órgão inodoro e insípido que tivesse que permanecer oculto a qualquer custo, e que, no entanto, insiste em exalar, naturalmente, seu aroma. Isso me faz leva a pensar que a vulva evoca a algo desprezível ou vergonhoso. Em outras palavras, parece um sistema silencioso e invisível que nos impele a de vigilância contínua e inequívoca. Trata-se de uma suposta busca por saúde que mais parece baseada em insanidade. Em uma vigilância tensa e algo policialesca.

Sobre a primeira menstruação, chamada também de menarca, um evento fisiológico e natural na vida de todo mundo que tem útero. Preocupante seria chegar aos 16 anos sem tê-lo vivido. Qual o propósito então, de uma visita médica diante do esperado? Quando indago, muitas respondem - "Ah, você sabe, doutora, quando a gente é mulher é complicado." - ou então "É, está ficando mocinha, aí já viu, tem que controlar pra não dar problema"⁵.

1.2 Mea vulva, mea máxima vulva (Von Trier, 2013)⁶

Sou mulher "por ter nascido com genitália feminina." Compreendendo que tal frase não corresponde à verdade universal, neste trabalho parto do entendimento de que sexo não define gênero.

Entretanto, como mulher, eu entendo que minha vulva me definiu desde antes de nascer. A vulva representa aqui a definição do outro sexo: a categoria que, destituída dos gozos da masculinidade marcada no nascimento - a partir da constatação, desde a vida intra-uterina, de que não haveria um pênis. E essa definição condicionou minha socialização para vestir rosa, para performar o que se entende como feminilidade. Reforços ao redor se consolidaram para que meu ser refletisse o que se espera da categoria mulher: gente que nasce para reproduzir e cuidar do lar e nem sempre usufruir do seu direito de ser sujeita.

Assim nos definiram os homens. Galeno (131-201) retoma Aristóteles, ao confirmar que a diferença dos sexos seria devida à diferença de temperatura. O pouco calor, na mulher,

⁵ Que mal há em possuir um útero que tem seus ciclos, ou, em abrigar um endométrio que descama? Por que as pessoas se alarmam tanto com uma vulva capaz de sangrar? Não seria o sangue o sinal da própria vida? Por que vivemos em uma estrutura sociocultural que vê tanto perigo em um sexo vivo que diverge do falo? Por que condenar o sangue menstrual à categoria do odioso e as bocetas ao exílio inodoro, submetendo-as à vigilância contínua e asséptica orquestrada pelos seres de aventais brancos, enquanto se perpetua a ode aos paus?

⁶ DOGVILLE. Lars Von Trier. Ninfomaniaca: Volume I. Nymphomaniac: Volume I. Lars Von Trier. Distrinuidor: ZentropaEntertainment, 2013. Referência a passagem deste filme cuja personagem principal, Joe, em sua adolescência, desenvolve um mantra junto a suas amigas que celebra a vulva, cantado em tom gregoriano "*Mea vulva, mea máxima vulva*", para celebrar o desejo sexual e o direito de ser desejante.

tornar-se-ia a causa de seus órgãos procriadores serem uma versão internalizada, débil, imperfeita da anatomia masculina. Útil, porém, para a geração de prole. Feministamente, a escolha pelo termo vulva em vez de vagina é proposital. Em "A origem do mundo" - uma história cultural da vagina ou a vulva versus o patriarcado, a quadrinista Liv Stromquist tece uma narrativa sagaz e bem-humorada para denunciar que a "as pessoas usam a palavra 'vagina' incorretamente quando querem se referir à vulva" Sua narrativa vai além, e mostra que esse tipo de linguagem constrói uma ideia equivocada de genitália oca, apenas interna, retratada como algo oculto em relação à masculina, que é externa.

1.3 Por que parir um trabalho que aborda gênero

De acordo com Scott, 1995, o gênero desponta como a categoria analítica para distinguir as "construções culturais" acerca de papéis destinados aos corpos sexuados. Com o aprofundamento em estudos de sexo e sexualidade, o termo gênero hipertrofia sua utilidade na medida em que oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis sexuais que se atribuem a mulheres e a homens.

O uso descritivo do termo gênero, ainda segundo o autor, histórico e socialmente vai fazer referência às relações entre os sexos. As teóricas feministas se valem desta categoria para lançar luz sobre a desigualdade de gêneros. Se as teorias do patriarcado o fazem para explicitar a necessidade masculina de subordinação das mulheres para dominar a reprodução, da quais homens se sentiriam alienados. Para MacKinnon (1982): "a fonte do desnível está na própria sexualidade, em que a objetificação sexual constitui o processo primário de sujeição das mulheres".

Conforme enuncia Derrida, a lógica ocidental opera, tradicionalmente, através de binarismos. Esta regra elege um elemento central ou fundante, como entidade ou sujeito, o que determina a posição do outro, seu antônimo, dele derivado, subordinado e inferior. Assim, podemos depreender que, o sujeito fundante na história da humanidade é homem, da qual a mulher é sua derivada incompleta. Dentro desse sistema de oposições binárias, Butler (1993) vai além, ao postular que o gênero constitui não só uma matriz que estabelece a hierarquia que situa masculino acima do feminino, assim como uma heterossexualidade compulsória. De acordo com essa matriz, há uma pressuposição de coerência e continuidade entre sexo biológico, desejo e expressão.

Ainda segundo a autora, as regulações de gênero implicam uma modalidade de regulação específica que tem efeitos sobre a subjetividade. Assim, o gênero não seria apenas a expressão de uma essência interna ou uma simples consequência de uma construção social. Antes, o sujeito se molda de repetições constitutivas que impõem efeitos substancializantes (BUTLER, 2006).

1.4 Por que falar de dissidências de sexualidade e gênero?

A equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e se traduz no reconhecimento das diferenças e no atendimento dos indivíduos e populações conforme suas necessidades, tendo, portanto, relação direta com igualdade e justiça. Assim, não basta apenas bradar “que todos são iguais”, pois como bem denunciou Orwell (1945) em "A Revolução dos bichos”, alguns “são mais iguais que outros” É preciso ir além e abordar ativamente as necessidades dos mais vulneráveis. Do contrário, corre-se o risco de reproduzir iniquidades e endossar dispositivos de exclusão.

A partir desse motivo, elegemos um recorte da população LGBTI+ como foco desta pesquisa. A discussão intenta realçar a visibilidade da população LGBTI+, sendo imprescindível reconhecer as demandas desse grupo negligenciado no que diz respeito ao combate às disparidades e iniquidades no acesso à saúde.

Nesse sentido, vale ressaltar que no tocante à promoção de saúde sexual, a produção relevante de estudos está focada em HIV Infecções Sexualmente Transmissível (IST) em homens que se relacionam com homens (HSH). Nesse ponto, Corcoran (2017) pondera que a saúde de mulheres que se relacionam com mulheres (MSM) raramente é tema de pesquisas e de intervenções de saúde pública. Grant (2018) afirma que a heteronormatividade na promoção à saúde sexual falha ao (não) orientar sobre práticas de sexo seguro entre MSM.

Dentre a produção de conhecimento acerca da sexualidade de pessoas que nascem do sexo feminino reproduz-se a presunção de comportamento e identidade heterossexual, em detrimento de questões relevantes para as dissidências sexuais e de gênero. Assim, a falta de especificidade na abordagem do conhecimento sobre particularidades das mulheres cisgêneras lésbicas e bissexuais, assim como de homens trans e pessoas não binárias, tem gerado lacunas no seu adequado acolhimento e, por conseguinte, aumentando as barreiras de acesso à saúde, como sugerido por Albuquerque Albuquerque *et al.* (2016, p.162).

Barbosa e Koyama (2006, p. 1.511) ressaltam que doenças como o câncer de mama e de colo de útero são agravadas devido à baixa utilização dos serviços de saúde por mulheres lésbicas.

Por esses pressupostos, decidimos estudar, levantar dados e analisar um corpus composto de informantes que constituem dissidências sexuais e de gênero, e designadas ao nascer do sexo feminino. Aqui, enuncio possibilidades, sem o intento de delimitá-las: Mulheres: (i) lésbicas cisgêneras (atração romântica e/ou sexual apenas pelo mesmo gênero), (ii), mulheres bissexuais (pessoas que sentem atração (afetiva ou sexual) por dois ou mais gêneros) e (iii) Pessoas transexuais (autorreconhecimento de uma identidade de gênero que diverge daquela imposta pelo nascimento e reiterada pela socialização. No escopo deste trabalho, abordamos homens trans, pessoas transmasculinas e não binárias).

Procuramos com este trabalho, em seu objetivo geral: compreender as experiências de mulheres cisgêneras lésbicas e bissexuais e homens trans em itinerários de acesso a saúde, e acerca da postura de profissionais e serviços de saúde a respeito da diversidade e da diferença a partir de suas narrativas. E em seus objetivos específicos:

(i) apreender percepções de mulheres cisgêneras lésbicas e bissexuais e homens trans acerca de como são percebidas e/ou invisibilizadas em contextos de cuidados primários à saúde;

(ii) levantar suas percepções de sobre posturas de profissionais a respeito da diversidade e da diferença; refletir sobre o impacto da postura de profissionais sobre as orientações que recebem destes; sobre o auto-cuidado; e o acesso e procura por serviços de cuidados primários de saúde;

(iii) propor mudança de atitude aos profissionais de saúde que atuam na APS acerca das particularidades de mulheres cisgêneras lésbicas e bissexuais e homens trans para favorecer sua inclusão nos serviços de saúde, com a devida humanização do cuidado e respeito;

(iv) e, por fim, identificar elementos que possam orientar as políticas de atenção e promoção à saúde voltada para a população LBT.

As reflexões e análises que compõem esta dissertação foram organizadas e distribuídas em 5 partes. A primeira se refere à Introdução. O capítulo 2 contém o referencial teórico no qual respaldamos nossa pesquisa. No capítulo 3, desenhamos o percurso metodológico deste trabalho. No capítulo 4 apresentamos fornecemos informações acerca dos sujeitos pesquisados, bem como sobre os dados coletados e as análises realizadas a partir dos relatos analisados. Para finalizar, são apresentadas as considerações finais.

Esperamos que esta dissertação apresente-se como um espaço de troca de experiência, de conscientização e formação dos profissionais da área da saúde. Esperamos, sobretudo, que este trabalho se afirme na formação de um novo olhar para o atendimento às pessoas da população LGBTI+ de nosso país. Com vistas a um futuro que traga cada vez mais luz às questões e impasses aqui apresentados, almejamos que nossa pesquisa possa inspirar outros trabalhos relativos ao tema aqui tratado e a outros pertinentes à população LGBTI+ no sentido de que sua condição mental seja mais bem acolhida e contemplada nos espaços de saúde. Por fim, como se almeja de todo trabalho de pesquisa, esperamos que a apreciação do que o estudo por ora apresentado possa subsidiar e provocar mais indagações, críticas e debates produtivos.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As letras, afinal.

Neste tópico, me amparo na produção de Regina Facchini (2021), para nos conduzir aos marcos de definição dos acrônimos que denominam as dissidências de sexualidade e gênero.

Cabe lembrar que as categorias a serem utilizadas variam de acordo com o contexto e o interlocutor. Argumenta a autora que as diferentes formulações do acrônimo que nomeia o movimento se entrelaçam com diferentes enquadramentos que coexistem. Estes enquadramentos se orientam por duas lógicas diferentes que sustentam o movimento brasileiro desde seu princípio e que tensionam uma à outra. Uma, é exaltar a diversidade, complexidade e fluidez que marcam a dissidência de sexualidade e gênero; a outra, pragmática, a de denominadores comuns - o essencialismo estratégico. À primeira lógica, a autora se refere como experiência, e, à segunda, por identidade.

Em meados da década de 1970, o país vivia a abertura "lenta e gradual" do regime autoritário militar. Em 1975, emergiram as primeiras iniciativas ativistas homossexuais reconhecidas como explicitamente politizadas.

Os anos 1980 assistiram à epidemia de HIV/AIDS, com o crescimento da demanda de ativistas por "direitos homossexuais". Fundações internacionais, como a Ford e a MacArthur, fizeram investimentos em formação de pesquisadores. A temática focalizada eram os direitos reprodutivos e HIV/AIDS. Naquele momento, floresceram os primeiros trabalhos sobre movimento e sociabilidade homossexuais, embora focados na homossexualidade masculina. A Constituinte de 1987-1988 recebe a demanda pela não discriminação por orientação sexual, o que coloca em cena a categoria "orientação sexual"

Os anos 1990 e 2000 assistem o "descentramento" na definição de sujeitos políticos do movimento. É a ocasião em que surge o movimento LGBTI+, e quando esses sujeitos políticos passam a reivindicar cidadania. A "resposta coletiva a epidemia", a partir da visibilidade oriunda da exposição midiática que associava sistematicamente Aids e homossexualidade, abriu espaço para uma "visibilidade positiva". Ações do mercado e da mídia passaram a se voltar para o público GLS (Gays, Lésbicas e Simpatizantes) ou GLBT (Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transexuais).

A categoria "homossexual" estreou em um documento governamental em 1996, no I Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-1), e no PNDH-2 há uma menção mais específica com dez ações relacionadas a GLTTB.

O período de maior intensificação da cidadania ocorre ao longo das gestões do Partido dos Trabalhadores no governo federal. Seu marco é a I Conferência de Políticas LGBTI+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), em 2008.

Nas passagens das décadas de 1990 e 2000, a multiplicação das letras cliva as "homossexualidades", e a "orientação sexual" se expande para "diversidade sexual" e "diversidade de gênero". A primeira se refere à afetividade e ao desejo: homens gays (que sentem atração pelo mesmo gênero); mulheres lésbicas (sentem atração pelo mesmo gênero), pessoas bissexuais (Sentem atração por dois ou mais gêneros); à segunda, à identidade de gênero (pessoas transgênero de autoidentificação divergem daqueles designados ao nascimento).

Os anos 2000 assistem à emergência trans e à demanda bissexual. O questionamento ao essencialismo estratégico, que passa pelo tensionamento entre identidade e experiência, ganha impulso com os estudos queer⁷.

Ao longo dos anos 2010, sujeitos com visibilidade no cenário internacional passam a ser incluídos como categorias: homens trans e intersexo. Posteriormente, emerge à figura das pessoas não binárias, em meados de 2015.

A diferença entre os acrônimos LGBTI e LGBTI+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e intersexo) ou LGBTIQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, queer, intersexo, assexual, e mais) e LGBTIQIAP+ refletem, a partir da adição de categorias, as possibilidades múltiplas de experiências. Por isso a adição do "+".

Neste trabalho, adotamos LGBTI+, por ser o termo que, recentemente, passou a abarcar mais possibilidades. Entretanto, outros acrônimos e denominações aparecem. Seja para designar os recortes feitos - sobretudo as dissidências sexuais e de gênero designadas ao nascer do sexo feminino (que são o escopo desta dissertação); seja para manter fidelidade à referência utilizada.

⁷ Os Estudos/Teorias *Queer* se voltam para a problemática da normalização e da regulação dos corpos, dado que a normalização é forjada no interior de instituições e discursos. Assim, entende-se que sexualidade e identidade são construções sócio-históricas produzidas pelos usos que fazemos da linguagem (BUTLER, 1990). Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/expectativa/article/view/24041/17092>. Acesso em: 14 de abr. 2020.

2.1.1 Ainda sobre as letrinhas: as disputas internas e violências dentro da comunidade

Aguião (2016) reitera que a sigla LGBT evoca um imaginário de “coletividade imaginada”, que, por um lado, reforça um processo de legitimação da identidade coletiva LGBT. Entretanto, o autor salienta que não obstante, as dinâmicas internas entre os segmentos: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais não são isentas de disputas.

O autor acima evoca cenas de plenárias de conferências estaduais e nacionais LGBT para ilustrar episódios de discussões entre representantes do movimento, permeados por múltiplos marcadores da diferença - além de LGBT: periférica (o), negra (o), índia(o), branca (o), feminista, pessoas que estão na academia, pessoas de alguma religião (matriz africana, evangélica).

Nos recortes, aparecem episódios simbólicos das disputas internas, que chegam a assumir mesmo nuances de violência. Exemplifico, a começar por uma fala que explicita o de apagamento da bissexualidade: na necessidade de haver um representante de cada identidade, o interlocutor levantou a necessidade de um representante trans, um gay e uma lésbica; entretanto, as pessoas bissexuais não precisariam de uma representação específica, pois já estariam representados por gays ou lésbicas.

Em outras ocasiões, houve batalhas discursivas entre mulheres lésbicas e travestis pela visibilidade e por disputas internas ao “feminino”. O debate é complexo, pois discorre da mortalidade alta de mulheres trans - por serem encaradas como seres que tensionam as normas; ao mesmo tempo, em que lésbicas reivindicam a visibilidade do lesbocídio - assassinato de mulheres lésbicas por serem lésbicas, que acomete, sobretudo, mulheres de *performance* que distoam do feminino habitual.

Ainda, é importante frisar que em torno das disputas subjaz a figura do homem branco gay de classe média, forjada como modelo representativo de sujeito universal LGBT, a partir do qual as outras identidades são forjadas em situações de espelhamento e de oposição.

2.2 Corpos medicalizados

Historicamente, a abordagem à saúde da mulher por meio do saber Médico Ocidental construiu-se a partir de uma perspectiva moralizante e sexista, reduzindo-a a um aspecto reprodutivo. Entre os séculos XVI e XVIII, segundo Leite (2017, p 49),

"[...] todo o conhecimento científico subjacente ao corpo feminino dizia respeito ao órgão identificado pelo termo madre(útero). Os médicos eram obcecados em entender o funcionamento anatômico da madre, mas o olhar funcionalista dirigia-se tão somente ao seu caráter reprodutivo ."

Tais considerações revelam que, à ciência médica, interessava apenas atingir uma compreensão tecnicista do corpo feminino, preterindo o cuidado integral à pessoa. As raízes dessa construção remontam também à influência da moral religiosa cristã, o que nos leva a fazer uma breve retrospectiva aos séculos XIV e XVII na Europa, e considerarmos o contexto de consolidação da Acumulação Primitiva, no qual o Mercantilismo ganhava cada vez mais impulso. Entretanto, paradoxalmente, naqueles períodos o Velho Continente foi assolado pelas epidemias de peste, com episódios de grande mortalidade. Deste modo, o acúmulo de riquezas exigia força de trabalho humana, sendo necessário solucionar as crises populacionais para garantir o excedente de mão de obra.

Muito resumidamente, podemos dizer que o advento da "Caça às bruxas", orquestrado pela Inquisição e Estado, foi uma das respostas à necessidade de gerar um excedente de mão de obra, como aponta Federici (2004, p.322):

"[...] a questão do trabalho se tornou especialmente urgente no século XVII, quando a população na Europa começou a entrar em declínio novamente (...). Com este plano de fundo, parece plausível que a caça às bruxas fosse, pelo menos em parte, uma tentativa de criminalizar o controle da natalidade e de colocar o corpo feminino, o útero, a serviço do aumento da população e da acumulação da força de trabalho. (...) Desse ponto de vista, não pode haver dúvida de que a caça às bruxas destruiu os métodos que as mulheres utilizavam para controlar a procriação, posto que eles eram denunciados como instrumentos diabólicos, e institucionalizou o controle do Estado sobre o corpo feminino, o principal pré-requisito para sua subordinação à reprodução da força de trabalho."

Com relação aos acontecimentos supracitados, esses podem ser considerados como parte dos aspectos patriarcais e sexistas da nossa cultura, cujos métodos de controle e de cerceamento de mulheres engendraram pensamentos e práticas que se somaram ao intuito de aliená-las no tocante à autonomia do próprio corpo. As linhas de pensamento a seguir sinalizam os processos que contribuíram para sedimentar o poder patriarcal.

Pateman (1993, p.39) ressalta que o termo patriarcado não ressoa como um consenso, mas que, na contramão disso, algumas autoras feministas argumentam até mesmo pelo seu abandono. Entretanto, alinhava que fazê-lo representaria a perda do único conceito relativo, especificamente, à sujeição do feminino, e que "singulariza" a forma de direito político que todos os homens [cis-héteros e brancos, ou o que é homem de acordo com a significação de homem] exercem pelo fato de serem homens. É essa significação que adotaremos quando recorrermos a tal conceito.

A crescente apropriação dos corpos femininos ganhou impulso também com o advento da racionalidade científica, um dos pilares do paradigma Médico Ocidental. Curandeiras, erveiras e parteiras foram expropriadas de seus saberes ancestrais, em benefício do “doutor”, como apontam Ehrenreich e English (1973):

"[...] Com a perseguição à curandeira popular, as mulheres foram expropriadas de um patrimônio de saber empírico, relativo a ervas e remédios curativos, que haviam acumulado e transmitido de geração a geração, uma perda que abriu o caminho para uma nova forma de cercamento: o surgimento da medicina profissional, que, apesar de suas pretensões curativas, erigiu uma muralha de conhecimento científico indisputável, inacessível e estranha para as "classes baixas."

Com base nas reflexões acima, é importante dizer que este trabalho vislumbra problematizar, no melhor sentido da palavra, o cientificismo, que, em sua aparente linguagem neutra, enquanto epistemologia erigida e dirigida por homens é protagonizado por homens, sujeitos a seus conflitos de interesses e pontos de vista subjetivos. Não se trata de uma simples metáfora o fato de que a medicina, com sua robustez tecnológica e discurso masculino, vem ocupando um lugar de poder ao longo dos tempos, invalidando os saberes ancestrais das mulheres sobre suas práticas de cuidado. Ora, na esteira dessa reflexão, é preciso ressaltar que as ciências que estudam a Saúde da Mulher, dentro do escopo da Medicina Ocidental, endossaram esses movimentos de subordinação, tal como ilustrado por Priori (2006, p.84):

"[...] falta de conhecimento anatômico e fisiológico amalgamada às fantasias sobre o corpo feminino abriam) espaço para que a ciência médica construísse um saber masculino e um discurso de desconfiança em relação à mulher. A misoginia do período a empurrava para um território onde o controle [de seu corpo] era exercido pelo médico, pai ou marido”.

2.3 Corpos fora do espectro cis-heteronormativo. O normal-patológico de Canguilhem (2011)

"[...] "Toda doença tem uma função normal correspondente da qual ela é apenas a expressão perturbada, exagerada, diminuída ou anulada." [9,56]. Claude Bernard "A medicina, disse Sigerist, é uma das ciências mais intimamente ligadas ao conjunto da cultura, já que qualquer transformação nas concepções médicas está condicionada pelas transformações ocorridas nas idéias da época."

A história da medicina demonstra uma busca pela definição da doença, e aponta rotas de fuga em estados de boa saúde. Canguilhem (2011) narra que o normal em fisiologia e em medicina deriva do conceito de norma, que, etimologicamente, significa esquadro: o que constitui a média. Em seguida, questiona se o normal assim se define como o estado visado como fim a ser atingido pela terapêutica, ou o contrário, se a terapêutica o visa por ter o status

de norma. O próprio autor conclui que a segunda relação é a verdadeira, fato que encaro na minha rotina como pessoa e como médica.

Mas a leitura de nossa saúde não deve se restringir apenas a um estado de mera ausência de doenças, nem como "completa sensação de bem estar físico, psíquico e social" (OMS) - deveras utópica. De fato, a saúde em muito transcende nossos aspectos biológicos. Afinal, sempre é bom lembrarmos que somos seres sociais, vivemos em um contexto permeado pelas instâncias do tempo e espaço, temos uma psiquê e (em muitos casos) temos uma perspectiva metafísica da nossa condição humana.

Nesse sentido, é muito válida a abordagem de Gollner (2005) para quem o corpo, embora seja a estrutura física de um organismo vivo, é “mutável e mutante, suscetível a inúmeras intervenções consoante o desenvolvimento científico e tecnológico de cada cultura bem como suas leis, seus códigos morais, as representações que cria sobre os corpos, os discursos sobre ele produzem e reproduzem”.

Ainda nessa perspectiva, o sociólogo Le Breton considera que a corporeidade é alvo de mecanismos, regras de disciplinamento do tecido social. Relendo Foucault, o autor destaca que a disciplina, em emprego da repressão, constitui-se como estratégia de produção da docilidade e eficácia dos atores. Foucault (2011) destaca que a normatividade é sócio-historicamente produzida e que seu controle sobre os corpos opera pela enunciação de práticas, discursos e saberes que se disseminam na colcha social, moldando subjetividades.

Diante de tais ponderações, nos inclinamos a uma reflexão sobre alguns tentáculos do biopoder que emanam das ciências da saúde. No entanto, não adotaremos uma visão maniqueísta de bem e mal, mas, ao contrário disso, contemplaremos as múltiplas e complexas camadas. Além disso, não afirmaremos que o cuidado à saúde é apenas via de controle; pois as profissões estudam e logram aprimorar o cuidado e prevenção de agravos em cujos benefícios e utilidades, acreditamos - sejam individual ou coletivo. Por exemplo, antes do século XX, a humanidade não conhecia o emprego de antibióticos; após a descoberta de Pasteur, a expectativa de vida aumentou em vários países. Entretanto, como afirmado acima, a medicina, longe de ser alheia ao seu tempo e sua cultura, reflete as concepções e organizações de sua época, bem como da bagagem de períodos anteriores.

Na obra “Problema de gênero”, Butler (2013) sublinha que a construção do gênero evoca uma suposta coerência entre sexo biológico e uma designação psíquica e cultural do eu e um desejo pelo sexo oposto, constituindo-se, deste modo, como uma norma no campo da sexualidade. Diante disso, adotaremos o termo heterossexualidade compulsória para nomeá-

la, na certeza de que este produz um efeito que, ao mesmo tempo em que circunscreve cidadãos de bem, distingue-os das pessoas de comportamento aberrante, perverso, marginal.

A homofobia, e, posteriormente, a LGBTIfobia, remontam à ordem sexual em que as relações sociais entre sexos e o comportamento sexual foi organizado em torno de papéis que naturalizam a diferença entre os sexos. Nessa abordagem, o masculino vincula-se ao universo exterior, da caça; caracterizado por ser agressivo, racional e científico e por dominar o feminino, sendo este voltado à intimidade, à fragilidade, ao cuidado, à vida doméstica, ao domínio das emoções e à passividade.

No torvelinho de distinguir saúde de doença, no afã de espanar moléstias, a definição de anormalidade muitas vezes recaiu sobre o diferente. E esse dispositivo também se presta a controlar subjetividades, pois, ao se deslocar do lócus da normalidade, acaba por endossar vias de marginalização de travestis, de pessoas trans, contrapondo a incongruência de seus corpos com as normas de gênero impostas. Assim também o discurso médico, ao invés de acolher, exclui afetos, erotismos, e os padrões que, na sua visão, ameaçam a hegemonia da cis-heteronormatividade.

A própria noção de homossexualidade foi construída historicamente como resultado de uma tentativa de medicalização da velha ideia de sodomia. Em “A invenção da heterossexualidade”, Jonatan Neds Katz apresenta a "estréia do termo heterossexual", como o conhecemos hoje, que surgiu no início de 1893, publicado por um professor de Psiquiatria e Neurologia da Universidade de Viena, Richard von Krafft-Ebing, em *Psychopathia Sexualis, with Special Reference to Contrary Sexual Instinct: A Medico-LEgal Study*. Este livro se tornou uma das principais referências sobre a então sexualidade dita patológica.

A obra faz uma diferenciação entre o que se denomina de instinto sexual - que é reprodutivo – os termos instinto sexual patológico e instinto sexual contrário, que seriam correspondentes ao desejo não reprodutivo. Deste modo, o autor coloca o erotismo entre sexos opostos no campo da normalidade, e nas entrelinhas subjuga tudo que destoia desta regra como doentio, anormal, patológico.

Ademais, ao discorrer, em seu ponto de vista paternalista e patriarcal sobre a natureza feminina, Krafft-Ebing afirma que a mulher tem uma passividade inata, que está em sua estrutura orgânica sexual [natureza]. Esse tipo de discurso reforça uma visão da mulher que a considera não como sujeito, mas como alguém que vive em função do homem, uma espécie de complemento, destinada para a subserviência ao masculino, ou seja, desprovida de desejos, mas pronta para satisfazer os do homem. Acrescente-se a essa abordagem, o fato de que ela também é colocada como um objeto de desejo masculino e de seu insaciável apetite.

A heterossexualidade aparece, assim, como o padrão, o esquadro, sendo uma norma para avaliar todas as outras sexualidades. Essa qualidade normativa - e o ideal que ela encarna - é constitutiva de uma forma específica de dominação, que aqui denomino heterossexismo, que se traduz como uma ideia de hierarquia das sexualidades, em que a heterossexualidade ocupa a posição superior. Todas as outras formas de sexualidade são consideradas, na melhor das hipóteses, incompletas, acidentais e perversas; e, na pior, patológicas, criminosas, imorais e destruidoras da civilização. Dentro dessa leitura de normatização da sexualidade e consequente marginalização dos que são diferentes, Louro (2013, p. 17) afirma:

"[...] Uma matriz heterossexual delimita os padrões a serem seguidos e, ao mesmo tempo, paradoxalmente, fornece a pauta para as transgressões. É em referência a ela que se fazem apenas não apenas os corpos que se conformam as regras de gênero e sexuais, mas também os corpos que subvertem".

2.4 Mulheres indóceis. Vulvas à margem do cis-heterossexismo

"E não precisa ser Amélia pra ser de verdade
Cê tem a liberdade pra ser quem você quiser
Seja preta, indígena, trans, nordestina
Não se nasce feminina, torna-se mulher".

Bia Ferreira, cantora lésbica e preta, em sua canção de 2019 ecoa em sua voz o direito de diferir das normas, questionar e transcender. Na mesma inclinação da canção de Ferreira, são valiosas as palavras de Bourdieu (1998) no sentido de evocar o padrão de ouro que se espera ou se imagina quando se evoca a palavra "mulher",

"[...] [As Mulheres] existem, em primeiro lugar, pelo e para o olhar dos outros, ou seja, enquanto objetos acolhedores, atraentes e disponíveis. Espera-se que elas sejam 'femininas'; ou seja, sorridentes, simpáticas, atenciosas, submissas, discretas, reservadas e, até mesmo, invisíveis. E a pretensa "feminilidade" não passa, na maior parte das vezes, de uma forma de complacência em relação às expectativas masculinas, reais ou supostas, particularmente em matéria de ampliação do ego. Por conseguinte, a relação de dependência para com os outros (e não só dos homens) tende a tornar-se constitutivo de seu ser" (BOURDIEU, 1998, p. 73).

Como se depreende do fragmento acima, a feminilidade é um aspecto do feminino que se propõe a satisfazer o imaginário masculino bem como as suas expectativas, e o seu desejo. Portanto, a feminilidade, nesse sentido, não seria um atributo da mulher, sobre o qual ela poderia decidir, ou dar a configuração que melhor lhe couber, mas diz respeito a alimentar o ego do homem, a ser aprovado ou não por ele. Ora, por esse ângulo, a feminilidade então, teria uma faceta apenas, e estaria bem distante de ser uma verdade para a mulher.

Posto isso, retomemos a noção de mulher segundo a lógica de divisão binária dos gêneros, em que se espera uma suposta coerência entre sexo designado ao nascer - no caso, a vulva - gênero, prática sexual e desejo. Afinal, estes elementos pedem uma reflexão.

Pessoas que nascem com a marca da vulva do nascimento estão destinadas, de alguma forma, a não usufruírem do topo da pirâmide social, representada pelo homem cisgênero heterossexual (e acrescento: branco). Entretanto, se forem dóceis e bem adestradas, e performarem os ideais de feminilidade esperados, e não ousarem sair da linha da coerência cis-heterossexista terão um lugar de complacência. Pois bem, vidas à margem deste compasso, como as pessoas que rompem esse pacto: lésbicas, bissexuais, homens trans, pessoas não binárias, entre outros - estão sujeitas à retaliação feita/praticada por muitos mecanismos de controle social, tais como: discriminação em espaços públicos, microagressões, distanciamento do núcleo familiar, não validação do afeto / do relacionamento entre mulheres/pessoas com vulva, estupro corretivo (ou sua ameaça).

Gough (1971) em seu ensaio *A Origem da Família*, enumera algumas características de sociedades arcaicas e contemporâneas através das quais o poder masculino é manifestado e mantido. Rich (2019, p. 23) pondera que tais características não só produzem desigualdade sexual, mas reforçam como sendo inevitável o fato de a sexualidade das mulheres estar subordinada aos homens, reafirmando a heterossexualidade compulsória.

Na direção dessas ponderações é importante elencar as situações abaixo, pois estas ilustram o que discutimos acima:

- i. A negação da sexualidade da mulher (que releio como a sexualidade não hegemônica, cismasculina) - por meio da mutilação do clitóris; restrições à masturbação; negação e apagamento da sexualidade de mulheres mães e no climatério
- ii. Forçar à sexualidade masculina - por meio do estupro (inclusive o marital); idealização do romance heteroafetivos na arte, literatura e mídia; a socialização que faz da pulsão sexual masculina como um direito;
- iii. Por fim, Rich conclui que as medidas que visam a manter mulheres dentro dos limites sexuais masculinos passam pela heterossexualidade compulsória como um mecanismo de assegurar o direito masculino (vamos ler aqui como cismasculino, ou patriarcal, para não apagar as transmasculinidades) de acesso físico, econômico e emocional a elas. Segundo a autora, a invisibilidade da possibilidade de existência lésbica é assim reforçada. E acrescento aqui, o apagamento da bissexualidade, das existências trans. Toda não conformidade com a expectativa

que se cria de uma mulher submissa a partir da pessoa que nasce com vulva é posta à margem.

2.5 Saúde LBT

O Ministério da Saúde reconhece que diversas formas de discriminação, incluindo a LGBTIfobia, “devem ser consideradas como fatores impulsionadores na produção de doenças e sofrimento”. No entanto, existem outros fatores que potencializam o processo de adoecimento dessa população, como o desemprego, o racismo e a inacessibilidade à moradia e à alimentação (BRASIL, 2008a, p.570).

Temos observado que a produção de conhecimento acerca da sexualidade feminina reproduz a presunção de comportamento e identidade heterossexual, em detrimento de questões relevantes para as minorias sexuais e de gênero. Desse modo, a falta de especificidade na abordagem do conhecimento sobre particularidades desse grupo populacional gera lacunas no seu adequado acolhimento, aumentando as barreiras de acesso à saúde, como sugerido por Albuquerque *et al.* (2016, p 16).

Como já mencionado acima, doenças como o câncer de mama e de colo de útero - passíveis de diagnóstico precoce - são agravadas devido à baixa utilização dos serviços de saúde por mulheres lésbicas (BARBARA; KOYAMA, 2006). Entre os fatores associados que conduzem ao adoecimento, também são citados "o uso abusivo de drogas ilícitas, tabaco, álcool e o grande sofrimento psíquico". A Rede Feminista de Saúde (2006, p.21) destaca que "a violência física na família, no trabalho e em lugares públicos" pode acometer mais frequentemente as mulheres lésbicas do que as heterossexuais.

Lambe, Cerezo e O'Shaughnessy (2017) elencam que as mulheres bissexuais são estigmatizadas com estereótipos negativos, dentre os quais podem ser elencados: a promiscuidade, maior transmissão de IST, confusão sobre sua identidade, representada pelos termos "em cima do muro" ou "só uma fase". As últimas expressões reforçam o apagamento e a invisibilidade desta identidade. Brown (2002) aponta que bissexuais experimentam dúvidas, incertezas e ambivalências a respeito de sua orientação em níveis mais elevados que seus pares homossexuais. Essa constatação pode explicar por que pessoas bissexuais tendem a ter piores níveis de saúde mental que gays e lésbicas (SZYMANSKI, 2009) e índices mais altos de ideação suicida (HOBURG *et al.*, 2004).

ALMEIDA (2012) conceitua a transexualidade em torno do conflito com o gênero - pessoas que em alguma medida (que não passa, necessariamente, pela via cirúrgica ou química) decidem modificá-lo. Essas pessoas se deparam com múltiplos empecilhos em virtude do binarismo de gênero e da matriz heterossexual vigente na maioria das culturas. Portanto, é sempre necessário destacar que o desejo de modificar a genitália através da cirurgia, assim como fazer alterações corporais por meio de hormônios, varia entre os indivíduos, pois é natural que haja diversidade e diferença em um grupo que não é monolítico. Almeida resgata dificuldades vividas pelas pessoas trans, como a frequente ruptura com a família de origem, obstáculos de acesso à educação e de colocação no mercado de trabalho. No caso de pessoas transmasculinas ou FTM (female to male), a visibilidade é menor em relação às travestis ou MTF (male to female). O autor observa, ainda, que isso ocorre muito em função do olhar falocêntrico cuja medida guia as representações sobre a experiência masculina.

O cotidiano marcado pela “ansiedade, pelo medo e pela expectativa de rejeição”, sentimentos que, conforme a Rede Feminista de Saúde (2006, p. 21) funcionam como gatilhos para o uso abusivo de drogas, podem contribuir também para o alto índice de doenças crônicas dessa população. Podemos também citar a influência de valores cis-heteronormativos por parte de profissionais de saúde (FISH, 2006; GOLDBERG *et al.*, 2009), lembrando-nos que profissionais são parte de uma sociedade e de um tempo, e que o pensamento será formado e influenciado por determinado contexto. As abordagens da saúde pública tendem a associar a sexualidade com o risco de doenças, o que pode reforçar padrões morais antiquados (MISKOLCI, 2018).

Acrescentamos que a formação é deficiente nesta matéria. Ao investigar o entendimento de alunos de medicina do último ano da graduação em uma Universidade Federal acerca de sexualidades Val *et al.* (2019) destaca que a base é heteronormativa, centrada em aspectos biológicos, e ofusca questões históricas, sociais e subjetivas imprescindíveis às práticas de cuidado. A naturalização da heteronormatividade curricular, segundo o autor, somada ao despreparo de docentes, à sobrecarga curricular e à carência de discussões centradas na prática são obstáculos para o despreparo dos alunos em lidar com questões relativas à sexualidade.

Buscamos, à margem do patriarcado, as dissidências no entendimento de que o (des)conhecimento sobre suas especificidades faz mal à saúde, produzindo e ecoando iniquidades.

2.6 Discursos sobre sexo seguro: medicalização e reforço a marginalização de dissidências

As definições de “sexo seguro” são construídas. De acordo com A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), a saúde sexual é

“[...] Um estado físico, emocional, mental e social de bem estar em relação à sexualidade; e não a mera ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa das relações, assim como a possibilidade de sentir experiências prazerosas, seguras, e livres de coerção, discriminação e violência”.

Apesar desta utópica e holística descrição, o discurso prático da saúde coletiva soa bem diverso. “Sexo seguro” remete à noção medicalizada, centrada na prevenção de infecções e de gestação não planejada, através do uso de métodos de barreira durante o sexo (hetero) (COX; MCNAIR, 2009; POWER *et al.*, 2009; RICHTERS *et al.*, 2010).

A não menção às maneiras de evitar a transmissão de infecção no sexo entre vulvas, na relação sexual sem pênis reforça o apagamento de sexualidades dissidentes, como se não fosse sexo de verdade (LOGIE, 2014:7). Ao mesmo tempo, cria e reforça o mito de que tais relações homoeróticas são inerentemente imunes a ISTs, como apontado por Dolan e Davis (2003).

A promoção de saúde sexual tem uma produção relevante de estudos com foco em HIV e IST em homens que se relacionam com homens (HSH) (FLOWERS *et al.*, 1999), e pessoas heterossexuais. (MOORE; HALFORD, 1999). Corcoran (2017) pondera que a saúde de mulheres que se relacionam com mulheres (MSM) raramente é tema de pesquisas e de intervenções de saúde pública. Grant (2018), afirma que a heteronormatividade na promoção à saúde sexual falha ao (não) orientar sobre práticas de sexo seguro entre MSM.

Mulheres cisgêneras lésbicas e bissexuais e homens trans são acometida(o)s com numerosos problemas de saúde que não encontram representação no discurso *mainstream* do sexo seguro. Apesar das taxas de transmissão de HIV entre mulheres/entre vulvas serem baixas, essa população pode contrair infecções sexualmente transmissíveis, como herpes (MARRAZZO; STINE, 2003), HPV (FERRIS *et al.*, 1996), vaginose bacteriana(BAILEY *et al.*, 2004).

O conhecimento sobre a prevenção de IST na relação entre mulheres/hoemns/trans/pessoas é pouco difundido, o que contribui para a escassa percepção de risco (BARBOSA; FACCHINI, 2006 (2009); MARRAZZO; COFFEY; BINGHAM, 2005).

Dentre os métodos para a prevenção de IST na relação entre pessoas com vulva, estão segundo Daniel (2017),

- A adaptação de métodos de barreira - a ser usada em todo o contato entre mucosas (vulva-vulva e boca-vulva). O uso de preservativo masculino (cortado para se tornar um retângulo que se adaptaria à vulva) ou o preservativo feminino; luvas; o dental dam, um material odontológico que pode ser adaptado entre a mucosa oral e a vulvar. O uso de plástico PVC que foi amplamente divulgado no passado como método de barreira a ser utilizado não é seguro ou eficaz;
- Usar preservativos nos brinquedos sexuais, e utilizar um preservativo novo a cada vez que o dispositivo for usado em uma pessoa diferente;
- Evitar contato com sangue menstrual e lesões genitais;
- Usar luvas e lubrificantes para as práticas sexuais que podem causar sangramento. Preferir unhas curtas.

Por fim, as conclusões que levam à percepção do sexo entre mulheres/homens/trans/pessoas com vulva de "baixo risco" envolvem muitos equívocos, como a premissa de que lésbicas nunca têm relação como homens (cis). Lésbicas podem vir a se envolver em relações com pessoas designadas do sexo masculino ao nascer, incluindo homens gays e bissexuais. Além disso, relatam taxas altas de estupro perpetrado por homens e violência doméstica por parceria de todos os gêneros. Nessa linha, Mcnair (2009) concluiu que a prevalência de ISTs é semelhante entre mulheres cis-heterossexuais e lésbicas e possivelmente mais alta entre mulheres bissexuais.

2.7 Políticas públicas voltadas para a atenção a direitos sexuais e reprodutivos de pessoas com vulva, sob a denominação de saúde da mulher

No Brasil, a saúde de pessoas com vulva, denominada “saúde da mulher”, foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Em princípio do século XX, como estratégia para responder a questões de saúde de dimensões sociais, principalmente endemias e epidemias - surgem ações voltadas para o coletivo, para monitoramento e vigilância.

No Brasil, a inclusão das mulheres nos serviços de saúde ocorre no início do século XX, tendo sido limitada inicialmente a demandas relativas à gravidez e ao parto. Programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, foram instituídos a partir das metas de redução da mortalidade infantil. A oferta de ações educativas, como higiene e puericultura, fazia-se necessária para reduzir a desnutrição e a morbimortalidade das crianças. Entretanto, sem deixar de reconhecer os méritos dessas políticas, chamam atenção alguns fatos: a verticalidade dos programas, em vez da promoção da integralidade; a estereotipação do sexo biológico feminino voltado para o destino e vocação incontestável à maternidade, ao ambiente doméstico e, por conseguinte, para o cuidado da família (e nas entrelinhas, em detrimento de si).

Na segunda metade do século XX, ante a falência do modelo de saúde mecanicista, biologicista e centrado no hospital, avançam discussões sobre modelos de sistemas de saúde com base comunitária, descentralizada, abrangente, que partisse da dimensão bio-psico-social dos sujeitos. Em 1978, na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, foi concretizada a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, definindo um modelo de saúde universal e integral para todas as populações, e traçando um plano de saúde para todos até o ano de 2000. A Conferência teve representantes de mais de 134 países, com assinatura da OMS e o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

No Brasil, a partir da década de 1970, diante da crise do regime de Estado autoritário, movimentos sociais encontraram espaço para divulgar políticas de reforma sanitária.

Em 1984 o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi criado pelo Ministério da Saúde, em conformidade com as propostas do Movimento Sanitário: princípios de descentralização, a hierarquização e regionalização dos serviços; integralidade e equidade da atenção.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, datada de 1986, teve um papel decisivo ao lançar os princípios básicos para a formulação de novas políticas de saúde, destacando-se o reconhecimento da saúde como dever do Estado e direito da(o) cidadã(o). Em 1988, com a aprovação da nova Constituição Federal, foram lançadas as bases para o SUS, regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A atenção básica caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2017).

Nessa concepção a atenção básica representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados de saúde estão situados mais próximos, dentro da sua possibilidade, aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978).

A implantação do PAISM passa a ser influenciada pela municipalização e reorganização da atenção básica, por meio da estratégia Saúde da Família. Apesar da integralidade por princípio, o que se verifica no cotidiano dos serviços é a existência de dificuldades na implementação de ações de políticas públicas em sua totalidade.

Em 2001, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e define a "regionalização da assistência" como um braço para enfrentar tais barreiras.

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino (COELHO, 2003).

Apenas em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher (PNAISM, 2004), passou a incluir a diversidade de orientação sexual nas políticas públicas de saúde. Tal delimitação de ações básicas mínimas para os municípios revela o reconhecimento das dificuldades de se implementar e consolidar ações expressivas na promoção de saúde no intuito de atingir índices de morbimortalidade.

Sem negar a importância de políticas específicas para reduzir a mortalidade materno-infantil, é relevante fazer um contraponto; não a esta política, mas no sentido de considerar que a necessidade de sua existência escancara duas feridas. A primeira é que a integralidade e a equidade, descritas como diretrizes de nosso Sistema Único, não estão de fato garantidas. Pode-se ponderar como derivado de restrições orçamentárias, que resultam em subfinanciamento de um sistema que se propõe universal e integral; como do descaso de inversão de prioridades pelo poder público.

A segunda ferida é que a definição de prioridades passa pela saúde reprodutiva: vai ao encontro do estereótipo de mulher - heterossexual, que performa feminilidade e deseja

maternar - e silencia as diferenças e diversidades da perspectiva de gênero, sexualidade, raça e subjetividades

2.8 Algumas ponderações interseccionais

Conforme se pode observar, orbitam nesse trabalho um recorte das dissidências sexuais e de gênero, bem como várias temáticas sobre identidade, diversidade e diferença. Por isso mesmo, qualquer abordagem será incompleta se a discussão não for racializada.

Nessa perspectiva, é relevante comentar que a noção de raças humanas parte da cultura e que, no século XIX, tentou-se estabelecer que haveria raças e distinções (leia-se, hierarquia) entre elas. Embora, do ponto de vista biológico, essa teoria tenha se provado fracassada, tal categoria já estaria cultural e socialmente fundada. Ser branca, negra ou indígena são condições que subscrevem identidades, e, conseqüentemente, contextos, oportunidades e vivências distintas.

Pensando nisso, para visibilizar como pessoas diferentes se movimentam nas múltiplas camadas identitárias, adotamos o olhar da interseccionalidade, no qual a relação entre marcadores sociais não pode ser pensada como uma operação de “soma de opressões”.

De acordo com a pensadora negra feminista Carla Akotirene (GELEDÉS, 2018), trata-se de uma ferramenta teórica e metodológica usada para pensar a inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo, cis-heteropatriarcado e as articulações daí decorrentes, e que, imbricadas, repetidas vezes situam mulheres negras como mais expostas e vulneráveis aos trânsitos dessas estruturas.

Já tratamos aqui do conceito de heteronormatividade que permeia muitas das questões que embargam as sexualidades dissidentes. Recorro, agora, a outro conceito, de certa forma, correlato, o de homonormatividade, por meio do qual as dissidências sexuais são representadas: brancas, jovens e de classe alta. Isso exclui pessoas negras, mais velhas, com deficiência e de estratos sociais baixos.

Na esteira desse conceito ao qual nos inclinamos são válidas as afirmações de alguns pensadores que a este assunto se debruçaram. Lee (2009/2002) relata que pessoas negras, indígenas e asiáticas se sentem estereotipadas em espaços LGBTI+. Ghabrial (2017) demonstra que o discurso do empoderamento, de sair do armário (revestido de um ar de autenticidade), dominante em meios LGBTI+ brancos, não são sensíveis às diversidades étnico-culturais. Pessoas negras e de sexualidades dissidentes relataram que a pressão para

sair do armário ameaça o senso de bem-estar e de pertencimento a suas comunidades. Khan (2018) concluiu que pessoas LGBTI+ negras negociam a demonstração de suas identidades conforme o contexto.

Facchini (2009) elencou contrastes entre mulheres de sexualidade dissidentes de acordo com raça, classe e geração. As distinções mais expressivas surgem nas comparações entre mulheres acima de 30 anos de estratos populares e mulheres com menos de 30 anos de estratos médios e altos. Entre estas mulheres ganham afirmação a partir do estigma, como no uso dos termos Sapatão, sapa, e autoclassificação como bissexual, além da recusa de rótulos. Na relação com as famílias de origem, o homoerotismo se articula como um lugar social de “normalidade”. Nos estratos mais populares e entre mais velhas, entendida é a categoria mais usada; não se usam termos para distinguir mulheres que se relacionam com mais de um gênero/com homens.

Lima (2018) reflete que mulheres negras não heterossexuais padecem de violências diversas, diuturnamente silenciadas e apagadas. Tanto na comunidade LGBTI+, hegemonicamente branca, com elementos misóginos, sexistas e racistas; como no movimento negro, encaram lesbofobia e misoginia.

Marcelino (2016) identifica que mulheres lésbicas negras brasileiras passam por violências físicas e simbólicas nas relações familiares. A dificuldade de aceitar a lesbianidade passa por questionamentos sobre a “origem do erro” e barganhas de ordem espiritual; ainda, mencionou-se perdas em casa, como a liberdade, a confiança e a afetividade

3 - PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Cenário do estudo: criação do corpus, crise sanitária imposta e pandemia COVID-19

Quarentena

Exposta, ossos à flor da pele.
 No frio do consultório
 (arde fora o mormaço do fim de março)
 Permaneço a respirar o ar de perdigotos que exalas
 Atrás de meu avental - tão somente equipamento de proteção individual
 (ao vislumbrá-lo, me projetas imortal)
 Mal suspeitas da minha reles humana condição
 Frágil e perecível, assim como tu e teus avós.

Meus ouvidos tênues a perscrutar teus segredos,
 A adivinhar expectativas e secretos medos
 Amores reclamados em rítmicas bulhas
 Murmúrios vesiculares de afetos sofridos.

As mãos, ressequidas de álcool e sabão,
 Contornam espinhelas caídas
 Investigam quenturas doídas
 Percutem hidroaéreos ruídos de teus são intestinos.
 Silencia Não.

A vida faz barulho, movimento desordena amotina
 Oficioso ócio até que... Respiratório!
 ameaçadoramente desliza face e em febre arde
 Hesitantemente palpita.

Este projeto começou a ser desenhado em 2019, no meu primeiro ano de mestrado. Minha motivação inicial foi o interesse pela temática da desigualdade de gênero, ao qual se somaram meus questionamentos em relação às normatizações impostas na esfera da sexualidade.

Na metade daquele ano, ocorreram mudanças importantes na minha vida pessoal. Em busca de novas oportunidades na minha carreira, mudei-me de cidade e de estado. Além

disso, precisei conciliar essas mudanças com o andamento do programa de pós-graduação e da escrita desta dissertação. Minha pesquisa, cuja população estudada era os participantes das adjacências de Ouro Preto- trouxe-me alguns desafios extras. Considerando justo devolver à comunidade local alguma produção de conhecimento, propus-me a viajar para fazer as entrevistas e, antevendo algumas dificuldades de ordem geográfica, e seguindo o conselho de minha orientadora, cogitei a possibilidade de entrevistas à distância, por meio de plataformas de videoconferência.

Março de 2020 chegou, e foi declarado que a COVID-19 alcançara o status de pandemia, com transmissão comunitária em âmbito nacional. Profissionais de saúde padeceram - e muitos perderam a vida. Não havia vacinas, faltavam máscaras e equipamentos de proteção individual em todo o mundo. A ingerência e falta de liderança nacional prenunciavam o desastre. Para piorar, as pessoas estavam em pânico. E eu, assim como outros profissionais de saúde, que supostamente deveríamos ser um esteio, um porto seguro. Passamos a ser chamados de "Os heróis da saúde".

Diante desse cenário, o primeiro semestre daquele ano foi de pausa no andamento da pesquisa. Na UBS em que trabalhava, o ritmo de trabalho mudou sobremaneira: consultas eletivas desmarcadas; atividades de saúde coletiva suspensas - era necessário não se aglomerar!

No segundo semestre de 2020, retomei as tarefas propostas para a pesquisa. Retomei a busca de pessoas elegíveis para a entrevista individual. O local de referência era a região dos Inconfidentes. Coletivos feministas e grupos LGBTI+ da região foram nossos interlocutores iniciais. Fizemos contato com os coletivos por meio de mídias digitais - Instagram⁸, e-mail⁹, Facebook¹⁰, WhatsApp¹¹. A partir do primeiro contato, nos apresentamos e explicamos o objetivo do projeto de pesquisa. De início, pedimos que nos indicassem pessoas elegíveis (designadas ao nascer do sexo feminino - DNSF - e dissidentes da cis-heteronorma, maiores de 18 anos, que morassem na região). Assim, entramos em contato com algumas pessoas, que

⁸ É aplicativo da rede social online cujo objetivo é a comunicação e autoria visual. Foi criada por Kevin Systrom, Mike Krieger (Burbn, Inc.) e lançado no cenário do ciberespaço em outubro de 2010. Acesso em: 21 jun. 2020.

⁹ Correio eletrônico, ou simplesmente e-mail (abreviatura de electronic mail), é uma ferramenta assíncrono de comunicação que possibilita a escrita, edição e envio e recebimento de mensagens, textos, figuras e outros arquivos no meio virtual. Acesso em: 21 jun. 2020.

¹⁰ Rede social lançada por Mark Zuckerberg, por Mark Zuckerberg, Eduardo Saverin, Andrew McCollum, Dustin Moskovitz e Chris Hughes em 2004. Acesso em: 21 jun. 2020.

¹¹ WhatsApp um aplicativo de troca de mensagens e comunicação em áudio e vídeo pela internet, disponível para smartphones Android, iOS. Disponível em: https://www.whatsapp.com/?lang=pt_br. Acesso em: 21 jun. 2020.

demonstraram interesse em participar da pesquisa. Também perguntamos às pessoas que participaram se poderia indicar-me outras pessoas, recurso denominado amostragem por bola-de-neve.

No entanto, vale ressaltar que este formato de seleção traz algumas implicações. A primeira é que pessoas indicadas pelos Coletivos LGBTI+, por estarem inseridos nesses meios, provavelmente são pessoas "fora do armário", com algum engajamento acerca de seus direitos. Isso significa que, possivelmente, poderiam ter relatos distintos de pessoas fora desses círculos.

A segunda é que, conforme prevíamos esses vieses, tínhamos a expectativa de que a indicação de participantes através de outros informantes nos aproximariam dos relatos de pessoas que ainda sofrem com maior impacto as limitações e cerceamentos da LGBTIfobia.

Um terceiro ponto a ser citado que considero relevante é que, antes das entrevistas, eu me apresentava às pessoas como autora deste estudo, como mestrande e como médica. Questionei-me se essa última credencial poderia ter causado alguns receios das pessoas entrevistadas, deixando-as apreensivas para se expressarem. Quanto a isso, posso fazer duas análises: inicialmente, eu diria que sim, para, em seguida, me contradizer. Entendo que pode, sim, ter influenciado o contato na medida em que os entrevistados se sentissem acanhados ao mencionarem condutas inadequadas de outros profissionais de saúde comigo, sabendo que se tratava a pesquisadora/entrevistadora de uma profissional da área. Some-se a isso o fato de que me apresentar como médica me coloca em uma posição de poder.

Entretanto, busquei transcender essa assimetria, e foquei no objetivo desta pesquisa, que é, através da reflexão e dos questionamentos, combater as desigualdades. Com relação às entrevistas, as dificuldades se deveram à grande quantidade de relatos de heteronormatividade nas consultas, especialmente, sobre as dificuldades de se encontrar profissionais e serviços acolhedores. Entretanto, foi com surpresa que ouvi relatos muito positivos a partir dos entrevistados. Parte destes *feedbacks*¹² advém do recorte que foi desenhado em minha pesquisa, bem como do meu objeto de estudo e os informantes que compõem meu corpus. Outra variável a se considerar diz respeito à existência de um Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade (PRMMFC) na região, cujos médicos residentes integram parte de uma equipe de Saúde da Família, e estão vinculados a um médico preceptor experiente, o que estreita o relacionamento destes profissionais com a comunidade. As

¹² Segundo o Dicionário online Michaelis a etimologia (origem da palavra *feedback*) é do inglês *feedback*. No português, este vocábulo é categorizado como um substantivo masculino cujo significado é retroalimentar, dar resposta a uma atitude ou comportamento de alguém. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/feedback>. Acessado em: 12 abr. 2020.

idades de Ouro Preto e Mariana são, portanto, os cenários de atuação no PRMMFC da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

3.2 Tipo de estudo

Este estudo adota a metodologia qualitativa, ancorada em entrevistas de profundidade, que possibilita um mergulho nas subjetividades, características e vivências da pessoa entrevistada, o que, conforme declara More (2015, p.127), “É a busca dos significados atribuídos à experiência humana”. Usou-se um roteiro semi-estruturado, em que as perguntas exerciam uma função norteadora, para abrir o leque da conversa; de forma que cada participante pudesse expandir a partilha de experiência conforme sentisse necessidade. Além de dispor de uma estrutura de diálogo entre quem entrevista e quem é entrevistada, essa metodologia também cria um ambiente de liberdade de expressão de opiniões, crenças e emoções, constituintes das experiências individuais, sendo importante a posição do pesquisador ou pesquisadora na mediação e controle do fluxo de informações (MORÉ, 2015, p.126).

3.3 *Corpus* e procedimento de coleta de dados

Os critérios de inclusão compreendem pessoas lésbicas, bissexuais e transexuais (LBT) designadas do sexo feminino ao nascer (DSFN). Dentro do recorte DNSF-LBT, selecionamos informantes da região abrangida pelos municípios de Mariana, Ouro Preto e Itabirito, maiores de 18 anos. A seleção dos/das informantes ocorreu por meio da técnica denominada de bola de neve que consiste na indicação, por parte dos/das participantes contatados mediados por Coletivos feministas e grupos LGBTI+ da região, e também pela inclusão daquelas indicadas por outras pessoas entrevistadas, tecendo-se, assim, uma rede de contatos. Um total de 14 informantes foi convidado para as entrevistas. Três não responderam e cinco desistiram por indisponibilidade de horário. Com uma duração média foi de 45 minutos, as entrevistas ocorreram entre setembro de 2020 e maio de 2021, por meio de plataformas de conversação através de vídeo (*Google meet*¹³, *Skype*¹⁴, *Zoom*¹⁵, *WhatsApp*),

¹³ *Google Meet* é um serviço de comunicação por vídeo desenvolvido pelo *Google Corp* cujo lançamento foi realizado em 2017. Funciona com sistema operacional Windows, macOS, Linux, Android, iOS. Disponível em: <https://meet.google.com/>. Acesso em: 24 mar. 2021.

¹⁴ *Skype* é um software que permite comunicação pela Internet através de conexões de voz e vídeo, criado por Janus Friis e Niklas Zennstrom desenvolvido pela *Microsoft Skype Division*. Disponível em: <https://www.skype.com/pt-br/>. Acesso em: 21 maio. 2020

tendo cada participante escolhido a plataforma de sua preferência. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Cada um dos participantes foi identificado por meio de questionário sócio-demográfico (vide Apêndice A), respondido antes de cada entrevista e preenchido com nomes fictícios.

3.4 Análise dos dados

Com relação à análise das entrevistas, essa se baseou no estudo de conteúdo, buscando-se absorver das narrativas os elementos que funcionassem como contrapontos às teorias em estudo e que foram se configurando ao longo do processo de trabalho de pesquisa. Posteriormente, procedeu-se a uma pré-análise, em que foram levantados os principais elementos que emergiram nas entrevistas, o que culminou com a escrita no formato de narrativas. É importante sinalizar que o recurso da abordagem da narrativa, no campo das pesquisas qualitativas, vem ao encontro de nosso desejo de construir significados para a existência humana, a partir da descrição de experiências vividas. Perceber a polifonia presente nos discursos, assim como explicitar a autoria da voz é parte inseparável do enredo. Contamos histórias, pois o tecido de nossa cultura é permeado por narrativas que nos constituem como humanos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

Revelamo-nos através do que narramos, inclusive nos lapsos de fala, nos silêncios, nas repetições, e até naquilo que ocultamos. Desde os primórdios, quando ainda nem tínhamos voz, já cumpríamos o destino de narrar, mesmo que por linguagem não-verbal. Caso contrário, nossa humanidade teria sido comprometida.

Estabelecendo, aqui, um contraponto, com a visão cartesiana de suficiência dos métodos (entendido com uso disciplinado da razão) para evitar o erro a qualquer custo, chamamos a atenção para o fato de que estamos imersos em tradições, e que a necessidade e a função terapêutica das narrativas, bem como o autoconhecimento que elas proporcionam fazem parte deste universo de saberes e competências que nos dão munção para viver, expressar nossa dor e nossa delícia de ser. Deste modo, ao pensarmos nas narrativas, nos remetemos às tradições, e em como elas nos afetam, bem como as nossas atitudes e nossas instituições.

Onocko-Campos *et al.* (2013) Benjamin (1994) nos ensina sobre o conhecimento da experiência através das narrativas - inacabadas, entrecortadas, fora de ordem - que é o que

¹⁵ *Zoom Meetings* ou Zoom Reuniões é um aplicativo que permite realizar reuniões virtuais. Disponível em: <https://zoom.us/pt-pt/meetings.html>. Acesso em: 21 mar. 2020

confere o caráter de experiência ao vivido, conforme o autor. Nessa perspectiva, ao esmiuçar os diferentes contornos e matizes da forma de se viver a experiência (GOOD, 1994), a narrativa é mais que um meio de se comunicar. Trata-se de uma dimensão inerente à experiência, constituindo-se como uma forma de enfatizar a corporeidade (DAHL, 2012). Na conversação por meio de vídeo cada participante escolheu a plataforma de sua preferência. A duração média foi de 45 minutos. Todas elas foram gravadas e posteriormente transcritas.

4 - CONTOS SOBRE DISCRIMINAÇÃO, RESISTÊNCIA, RESILIÊNCIA E AFIRMAÇÃO DAS DIFERENÇAS: NARRATIVAS DE PESSOAS LBT - DNSF

Serão apresentados a seguir, em formato de narrativas, os construtos sobre a trajetória de vida e incursões no acesso à saúde - como direito - e a serviços de saúde, como um dos meios de acessar este direito. Não busco uma produção de igualdade no plano discursivo. Pelo contrário, os participantes que cederam seu tempo para a partilha de histórias e experiências para esta pesquisa o fizeram a partir de suas subjetividades, seus contextos de vida e identidades, na plenitude das diferenças. Sublinhamos as afirmações de Facchini (2021) para quem o "acionamento da experiência aciona as diferenças (...) - que são compreendidas como operando na produção do sujeito e da subjetividade, mas de modo indissociável de aspectos estruturais, como o racismo, o machismo, a cis-heteronormatividade".

Ainda antes da narrativa, apresento o quadro em que, longe de pretender um enquadramento, mas por se tratar de uma pesquisa acadêmica, enumero as sujeitas e sujeitos entrevistados. Foram usados, nas narrativas deste trabalho, nomes fictícios para preservar o sigilo dos participantes. Os demais dados foram obtidos por respostas de questionário sócio-econômico.

4.1 Matizes de lesbianidades: performances e resistência.

4.1.1 Loíse: Não se nasce feminina, torna-se mulher

Em suor, em cheiro, em som
sem roteiro, sem script, sem adequação
nem questão
desliza no baile dos corpos, os dizeres, os ais.
Dança seus prazeres, desfilam fruto, descarnam, encarnam.

Loíse, de 25 anos, é uma mulher lésbica negra “*butch*”¹⁶. O termo evoca uma aparência inteligível como menos feminina, sob a ótica pela qual a nossa sociedade lê a *performance* de gênero, enraizada sobretudo na binariedade. Por meio de uma verbalização de vanguarda, ela reafirma sua identidade como mulher além dos estereótipos.

¹⁶ Termo utilizado para autodenominação de lésbicas que assumem uma expressão de gênero distinta da representação de feminino tradicional. De acordo com Preciado (2014, p. 214): “A *butch* produz uma feminilidade alternativa. Sua identidade surge exatamente do desvio de um processo de repetição”.

“[...] eu (...) era muito “mocinha” (...) [tinha] aquela *performance* de feminilidade que as pessoas conhecem, como se hoje eu não *performasse* feminilidade (porque eu performo), mas não essa feminilidade que nos é imposta.” (LOISE, informação verbal, 2020).

Sua existência lésbica, através de seu corpo de aparência feminina não estereotipada, desafia os papéis de gênero. Em alguns contextos, a heteronormatividade é convocada para enquadrá-la. Exemplo disso é o dentista que se sentiu à vontade em destaque típicos de um pacto da masculinidade sobre a objetificação de corpos femininos “dóceis”.

“[...] Eu ia no dentista como menina e depois fui novamente nesse mesmo dentista (que era um homem) como *butch*, e aí me lembro que fui tratada de uma forma diferente. Não diferente no sentido de olhar para mim e pensar ‘que coisa horrível!’, mas diferente no sentido de me questionar sobre o que eu achava da moça da secretaria. Sobre comentários relacionados a outras mulheres, me tratando como se eu fosse um homem. Como se o fato de eu não me vestir com vestido, maquiagem, salto, enfim... o fato de eu ser uma mulher *butch* desse a esse dentista o direito dele me tratar como se eu fosse um brother dele e me perguntar sobre o que eu acho da bunda da secretária dele.” (LOISE, informação verbal, 2020).

Em outras ocasiões, a tentativa de contenção e enquadramento emergiu da própria “margem”, a comunidade LGBTI+.

“[...] enfim... já aconteceu de homens trans me perguntarem “será que você não é trans?” e eu responder que não, eu não sou homem trans, sou uma mulher que não performa essa feminilidade.” (LOISE, informação verbal, 2020).

Os deslocamentos em destaque ilustram subversões enunciadas por Butler (2013), ao fraturar a coerência entre sexo biológico, expressão de gênero e desejo, assim como a lógica binária de gêneros. Ela não se vê representada pelo “feminino” sustentado na convergência entre heterossexualidade compulsória e falocentrismo; não obstante, rejeita a circunscrição na ordem do masculino. Seu corpo tenciona a matriz heterossexual, na medida em que sua aparência dificulta o processo de generificar a sujeita (BATISTA; DE SOUZA, 2019).

“[...] me incomoda o fato deles deduzirem o gênero, as pessoas estão tão acostumadas com mulheres que performam (...) essa feminilidade ocidental, (...) de cabelo longo, maquiagem, salto alto, roupa curta, enfim... Qualquer pessoa que fuja desse estereótipo de mulher feminina já é um problema. Comigo, considerando a minha sexualidade enquanto mulher lésbica, eu acho uma grande agressividade me deduzirem como homem trans.” (LOISE, informação verbal, 2020).

São recorrentes em sua história episódios de situações constrangedoras em serviços de saúde. Após ter procurado o dentista do exemplo acima, ela procurou outra profissional, e ressalta que passou a escolher somente profissionais do gênero feminino. Entretanto, parece que não foi suficiente para se proteger de violências.

“[...] Hoje mesmo a minha dentista me perguntou como mulheres lésbicas transavam, e aí para entrar na brincadeira, disse para ela transar com uma para saber. E daí ela me perguntou se eu não tenho vontade de transar com homem, eu disse que não, quem estava interessada em saber sobre a relação com mulheres era ela.” (LOISE, informação verbal, 2020).

Como mostra a narrativa acima, a profissional questiona suas práticas sexuais em um episódio de cuidado odontológico - uma situação em que tal informação não é relevante, sendo, inclusive inadequada e descontextualizada. Ponderam Fébole e Moscheta (2017) que quando esse tipo de questionamento invasivo parte do profissional de saúde, o clima de constrangimento prejudica o vínculo entre profissional e paciente - podendo se tornar uma barreira para o cuidado. A curiosidade do profissional em destaque reflete a ignorância acerca da sexualidade entre mulheres (cis), configurando-se em uma ininteligibilidade dessas práticas; uma invisibilidade, portanto.

Essa especulação expressa uma demonstração de poder da profissional em relação à paciente, já que as perguntas em nada contribuíram com a condução do tratamento e o cuidado com a paciente. Loíse usa a estratégia da irreverência, "pra entrar na brincadeira", recurso discursivo muito utilizado, inclusive, quando um dos interlocutores vivencia uma situação de tensão em relação ao outro. Ou seja, pode ser também uma forma de sofrer menos o impacto do constrangimento, e distender o conflito. Birman (2010) sinaliza que "pelo humor e pela piada o poder, nas suas diferentes formas e instâncias, fica momentânea e efetivamente acossado". Loíse reconhece que tal constrangimento não acontece com pessoas que não navegam nas dissidências de sexualidade.

“[...] Mas são assim umas piadas que ela não faria para uma pessoa hétero, perguntas do tipo “como você transa?” porque a forma que eu transo ou deixo de transar é uma questão minha e com quem eu estou transando e de mais ninguém, né!” (LOISE, informação verbal, 2020).

É interessante observar que perguntas sobre as práticas sexuais e sobre a orientação sexual e de gênero das pessoas entrevistadas são escassas, raras, ou mesmo inexistentes, justo no contexto em que certamente fariam grande diferença na assistência. Essa observação encontra ecos na narrativa de Bia, 32 anos, mulher branca e bissexual:

“[...] Todos [profissionais de saúde] sempre de forma muito sutil, nunca quiseram saber muito. A primeira vez que eu tive realmente alguém que perguntou sobre a minha sexualidade foi o ginecologista e mesmo assim quando falei... ele ficou na dele, não perguntou nada mais e nem em termos de me fornecer orientação. (...) Então, isso é realmente uma parte que eu nunca senti abertura com quase ninguém para poder falar; e como vamos nos proteger? Se nem falamos sobre o assunto! A

maioria dos médicos só querem falar sobre prevenir gravidez.”(BIA, informação verbal, 2020).

A narrativa acima revela que o vínculo construído pelos serviços e profissionais de saúde com seus pacientes de sexualidades dissidentes tece um lugar de não garantia de acolhimento. A consequência disso é um sentimento de desconfiança generalizada, por parte dos pacientes, em relação aos profissionais de saúde, revelando indicadores de saúde menos favoráveis, se comparados aos pares cis-heterossexuais. Loíse expressa sua desconfiança:

"[...] Eu não vou em médico porque eu não gosto de médico, não gosto de dentista, não gosto de ginecologista, tudo que está ligado à saúde eu tenho pavor. Só de pensar eu já fico nervosa, prefiro fazer um chá de boldo do que ir em um médico. Não procuro porque realmente não gosto, tenho pavor. Mas se eu precisasse de fato de ir ao médico se acontecesse alguma coisa assim bem grave eu acho que iria, mas aí não sei mesmo como seria essa experiência pois não sou uma pessoa que costuma ir muito em médico. Considero que todo esse receio talvez posso ter relação com a minha identidade de gênero e sexualidade, porque assim sempre acho que para ir ao médico eu vou ter que tirar a roupa, então assim, se eu tiver que ir ao ginecologista e ter que tirar minha roupa eu já fico assim 'quero ir não'." (LOISE, informação verbal, 2020).

Rodrigues e Falcão (2021) ponderam que a perspectiva de introdução de um instrumento na vagina para mulheres de *performance*¹⁷ avessa à normatização da feminilidade pode assumir contornos de aversão e de violência. A evitação ao encontro com profissionais de saúde abrange ainda o desconforto com a expectativa de sofrer tratamentos inadequados (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2012) e passa pelo temor da exposição que tensiona a intimidade (PRATA, PESSOA, 2019).

"[...] Também por causa da minha trava, eu não faria um exame de mama porque ter alguém ali me apalpando me sentiria muito desconfortável. E esse meu desconforto relacionado ao meu corpo (...). Eu quando mais nova estudei em colégio interno e já era sapatão. E sempre senti um incômodo por parte das meninas comigo perto, como nós morávamos no colégio interno era tudo junto, quartos compartilhados, banheiros compartilhados, trocávamos de roupas juntas e tinha que fazer tudo junto. Eu sempre sentia um desconforto em estar presente no quarto quando elas estavam trocando de roupa ou tomando banho, (...) sempre me sinto muito incomodada de estar ali no mesmo ambiente e por eu ser lésbica. Daí surgiu esse incômodo desde a minha adolescência." (LOISE, informação verbal, 2020).

Acerca da escola como dispositivo que respalda a sensação de abjeção, Miskolci (2018) ressalta que esta se estabeleceu historicamente como um importante veículo de normalização estatal. Nesse ínterim, Martin e Hetrick (1988) descrevem o isolamento social

¹⁷ De *performance* avessa à feminilidade.

que pode ser dirigido às lésbicas no ambiente escolar, através de rejeição por parte de seus colegas heterossexuais. Neste espaço de socialização, a marca da diferença recebe o estigma do dissonante, do estranho ao grupo.

Loíse não se deixa intimidar. Apesar das amarras que uma sociedade lesbofóbica tenta impor, ela segue em frente, orgulhosa de si, de seu corpo feminino que questiona a noção de uma feminilidade pré-fabricada; orgulhosa de si por ser de ser vanguarda e de ser resistência. Assim como afirma Louro (2000), ela ostenta a compreensão da sexualidade não apenas como questão pessoal, mas também social e política.

“[...] A minha orientação sexual que é lésbica, deduzem. Olham para mim e ficam “hum, sapatão”, o que é bom! Eu gosto, eu acho que ser *butch* é ser resistência lésbica e é dar a cara a tapa. Porque se eu não dou a minha cara à tapa e a bichas afeminadas não dão a cara à tapa as mulheres femininas não tem essa preocupação, que acontece no caso com as *butch* e as gays afeminadas”. (LOISE, informação verbal, 2020).

A dinâmica entre a sociedade e o abjeto/obsceno (que significa fora da cena), marginaliza aquilo que, na visão hegemônica, prefere-se não ver, como salientado por Miskolci (2018). O abjeto, ao transitar, escancara a instabilidade da matriz heterossexual e dos gêneros. Por conseguinte, encarna a diferença.

“[...] Então, sim! As pessoas deduzem a minha sexualidade e eu não vejo isso de uma forma negativa. Mesmo as pessoas que deduzem a minha sexualidade e não gostam, do tipo aquelas que apontam o dedo e dizem “ai que coisa horrível, se veste igual um menininho” “querendo parecer um homem, que nojo” mesmo com essas pessoas acho que o fato de eu ser uma mulher *butch* de estar na cara para as pessoas deduzirem que eu sou lésbica, é bom e eu gosto disso, eu acho que estou aqui para ser a frente dessa luta mesmo.” (LOISE, informação verbal, 2020).

Desse modo, Loíse levanta o estandarte da vanguarda. A *butch* simboliza a dissidência sexual das mulheres que preferem mulheres. Centraliza-se como ícone do lesbianismo por sua não conformidade com a feminilidade hegemônica (FADERMAN, 1992).

4.1.2 Gabi, oásis de acolhimentos no deserto na normatividade

Ela é
natureza leve
lépida
lésbica
les bicam las bocas de las chicas
mon chouchou, mon cherie, munamourr

Gabi é uma mulher lésbica, preta, de 39 anos. Orgulhosa, afirma a importância de ter que “se posicionar enquanto homossexual”, e destaca que tem encontrado atendimentos de saúde devidamente acolhedores na região dos Inconfidentes, o que relaciona com a influência da Universidade. Salienta a importância da sua visibilidade, enquanto lésbica, na formação continuada dos profissionais de saúde, em um processo mútuo.

“[...] aqui no posto da UFOP o pessoal é muito acolhedor, tem médicas mais novas e tal, às vezes eu me sinto um pouco tímida para algumas perguntas principalmente sobre a sexualidade. Mas é super tranquilo no sentido de que temos que nos posicionar enquanto homossexual, né?! Tem que falar, dizer o que realmente é, como vivemos, as experiências, o que estamos sentindo de fato e é importante para ter um diagnóstico mais preciso, né.” (GABI, informação verbal, 2020).

A respeito da anamnese em situações de cuidado à saúde sexual/reprodutiva, Pinto (2004) salienta que a coleta de informações durante a consulta deve inquirir trajetórias sexuais e reprodutivas, em vez de presumir heterossexualidade, assim como evitar rotulações estereotipadas.

Podemos elencar alguns elementos que perpetuam a presunção da heterossexualidade. Val *et al.* (2019) sinalizam que, embora se fale muito sobre a temática da sexualidade no curso de medicina, sobretudo no que diz respeito à saúde da mulher, a temática é focada em aspectos orgânicos e reprodutivos. Essa tônica do currículo reforça normas - a saber, cis-heteronorma - e hierarquias, que outorgam às dissidências a margem. Em relação às atividades práticas, foram frequentes os relatos que aludem ao desconhecimento ou baixa capacitação técnica de professores, o que é alarmante, se considerarmos que, na graduação, o aprendizado orbita em torno do que eles deduzem que os docentes e as instituições consideram relevantes.

Entre profissionais de saúde, a adoção do discurso de uma suposta igualdade (PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019), como se não houvesse diferença entre a população LGBTI+ e demais populações, soando como “todos somos iguais”, é utilizada para velar preconceitos enquanto se apagam as diferenças sob um viés de suposta neutralidade. Cabe ressaltar, aqui, que uma posição neutra tenderá a reforçar as concepções normativas, conforme denunciado por Ferreira e Bonan (2020). Assim, para garantir a oferta de cuidados a pessoas em situações de vulnerabilidade, não basta tratar a todos igualmente, é necessário que necessidades específicas sejam abordadas. O trecho abaixo exemplifica um episódio de cuidado.

“[...] Não tive orientações [sobre prevenção de IST]. O preventivo que fiz foi de maneira bem direta, foi feita somente a coleta e pronto. Acredito que quando eu for fazer o preventivo no posto da UFOP por ter o curso de medicina, acredito que deva ter maiores orientações. Mas antes disso não aprofundaram nestas informações.

Acho que não tem muitos métodos para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis no sexo entre duas mulheres, acho meio impossível, né? Por enquanto, pelo que eu saiba ainda não tem.” (GABI, informação verbal, 2020).

Apesar dos avanços observados acerca de uma anamnese constituída por perguntas não normativas, chamam a atenção os fragmentos que pecam pela falta de um cuidado verdadeiramente integral. Em um estudo realizado por Andrade *et al.* (2020), os autores concluíram que a maioria das LBT-DSFN (83,3%) não recebeu informações sobre IST nos serviços de saúde.

A falta de disponibilidade de um método de barreira que tenha sido criado para o contato entre vulvas denota a falta de interesse no cuidado às pessoas DSFN, especialmente quando sua sexualidade destoa da órbita em torno do falo. Estudos como o de Barbosa e Facchini (2006) e Marrazzo, Coffey e Bingham (2005) apontam a falta de percepção de risco na relação sexual entre vulvas, pois se acredita que IST não são transmitidas nessas relações. Essa percepção corrobora a ideia da vulnerabilidade às IST associadas à figura fálica. Segundo Irigaray (2007) o falo recebe o lugar exclusivo e privilegiado de organizador simbólico em torno da sexualidade. De acordo com Meler (2013), este simbolismo remete a poder e prazer, e é produto de uma dominação social masculina (BOURDIEU, 2010 (1998)).

A expectativa de cuidados mais apropriados e orientações mais claras, expressas na frase “Acredito que quando eu for fazer o preventivo no posto da UFOP por ter o curso de medicina, acredito que deva ter maiores orientações”, corrobora a pressão por mudanças no serviço e transição de paradigmas ocasionada pela inserção de estudantes em serviços de atenção primária, como exposto por Caldeira, Leite e Rodrigues Neto (2011). Os elogios aos cuidados prestados - ainda que careçam incorporar outras dimensões para uma integralidade verdadeiramente robusta - não ofuscam a realidade que estes são antes uma exceção que a regra.

Desse modo, a visão heteronormativa do sexo contribui com a vulnerabilidade às ISTs (PRADO; RIBEIRO, 2015) e reforça o apagamento de existências lésbicas. Wittig (1980), ao declarar que a lésbica não é uma mulher, reitera que o dispositivo mulher existe pela lógica da heterossexualidade. Inversamente, quando a paciente no consultório se apresenta como mulher, a ela é imputada a conotação da congruência (suposta) com o desejo pelo gênero oposto. Aliás, é recorrente o centramento do cuidado em saúde em uma pressuposição de heterossexualidade. Nesse sentido, Gabi pondera:

“[...] Acredito que em todo momento [é tratada como se fosse heterossexual]. Acho que a maioria das pessoas e principalmente os mais velhos não fazem muito essa diferenciação de orientação sexual, principalmente clínico geral. Já me perguntaram

se tomava anticoncepcional, e este é o momento que tenho que falar sobre a minha sexualidade que não tenho relacionamentos heterossexuais.” (GABI, informação verbal, 2020).

A virada em que replicam interpelações de cunho heterossexistas vai ao encontro da constatação de Barbosa e Facchini (2009). Ou seja, na consulta ginecológica, a orientação sexual usualmente acontece depois de perguntas que presumem heterossexualidade. A maioria das mulheres que relatou a orientação sexual durante a consulta ginecológica o fez para direcionar a consulta à sua experiência. Usualmente, acontece depois de perguntas que presumem a heterossexualidade.

A estratégia de fazer perguntas abertas (DE OLIVEIRA; ALMEIDA; NOGUEIRA, 2014) e questionamentos sobre autopercepção da sexualidade e sobre experiências e práticas (BAKER; BEAGAN, 2014), poderia ser adotada com naturalidade em lugar de perguntas sobre contracepção e de suposição do gênero (masculino) da parceria de antemão. Desta maneira, de acordo com Rodrigues e Falcão (2021) poderia ser criado um ambiente favorável e seguro para a afirmação da orientação sexual.

Às repetidas investidas de invisibilização, somam-se também ocasiões em que o constrangimento ocorre por foco excessivo ou inoportuno. O relato abaixo escancara a importância da formação de um bom vínculo entre profissional e paciente para adentrar o terreno da intimidade do paciente. O contexto é uma consulta para um problema de pele. Trata-se de uma situação aparentemente inofensiva, em que a profissional demonstra ter conhecimento de sua orientação sexual por meio do prontuário médico.

"[...] Então já me perguntaram o gênero das pessoas com quem me relaciono, inclusive fica escrito no prontuário quando a gente fala, se troca de médico, por exemplo, já tem isso lá. A ultima vez que estive no posto por causa de uma pequena alergia no pescoço, passei lá pois queria uma pomada. Então era médica nova, ela estava meio sem graça e disse “eu vi aqui que você é homossexual”, meio que me pegou de surpresa, mas logicamente confirmei." (GABI, informação verbal, 2020).

Fébole e Moscheta (2017) apontam nuances de violência institucional nos atendimentos em saúde de pessoas LGBTI+. Quando a sexualidade está posta no consultório, ela pode ser hipervisibilizada, com sobreposição às demais características da pessoa. Esta demonstração de acesso à informação configura ainda um exercício de poder, dada a desconexão da informação com o episódio de cuidado à saúde (FÉBOLE; MOSCHETA; ANZOLIN, 2016).

Gabi evoca memórias mais distantes para frisar que nem sempre encontrou profissionais que tivessem interesse em suas singularidades.

"[...] eu estudei no [sigilo] e na época eu procurei um psicólogo lá. Este atendimento já não gostei, porque ela não falou praticamente nada comigo. Eu queria fazer um acompanhamento, mas não senti firmeza, ela não foi uma profissional interessada em me ajudar no momento." (GABI, informação verbal, 2020).

O desinteresse relatado vai ao encontro da categoria do "discurso da não-diferença", elencada por Paulino *et al.* (2019), como estratégia para velar o preconceito contra pessoas LGBTI+. Ao mesmo tempo, não reconhece suas demandas e processos de sofrimento e exclusão que as atingem. Por fim, retoma a dificuldade em aderir à rotina de rastreamento de câncer de colo de útero, não só sua, mas como de seus pares. O que pode corroborar os apontamentos de Rufino *et al.* (2018), de que mulheres lésbicas percebem o exame pélvico como doloroso após revelarem sua identidade sexual na consulta.

"[...] Que mulher lésbica é meio que avessa para fazer este tipo de exame, entendeu?! Eu também sou porque fui uma vez e tô tentando ir de novo, mas as pessoas não dão muita importância, sabe?! É importante sim, todo mundo frisa muito isso e na idade que estou com 39 anos já tenho que começar a me cuidar melhor." (GABI, informação verbal, 2020).

O recorte acima revela uma certa autorresponsabilização por parte da paciente por estar em atraso com o exame de detecção precoce de câncer do colo do útero. Nesta toada, podemos ler que há representações de postulados neoliberais em se pensar na autogestão da saúde. O neoliberalismo é uma ideologia sócio-política radicada na desregulação de mercados, descentralização e individualismo. Medidas neoliberais pautam-se em reduzir a regulação pelo Estado e priorizar a responsabilidade individual. (CHEN, 2013). Na nossa sociedade industrializada, as nuances do neoliberalismo na saúde promovem uma racionalidade individualizante, através da ênfase em fazer escolhas saudáveis (ADAM, 2005). Neste contexto, desfechos desfavoráveis em saúde são respaldados como falhas individuais, que resultam de uma irresponsabilidade e negligência com autocuidado, enquanto bons níveis de saúde são lidos como resultados de boas escolhas.

Contrariamente a estes pressupostos, temos o paradigma dos determinantes sociais da saúde. No modelo adotado atualmente pela OMS, de Solar e Irwin (2010), causas estruturais assumem uma posição de destaque, representando a prioridade causal no estado de saúde e condições de vida. As causas estruturais correspondem à classe social, gênero, etnia, educação, renda; contexto socioeconômico e político. Assim, creio ser importante ponderar que, talvez, o motivo de Gabi estar "atrasada" com relação ao papanicolau, não seja por sua própria falta. Retomando Rufino *et al.* (2018), mulheres lésbicas relatam que, ao procurarem

uma consulta ginecológica, o clima hostil criado por perguntas heteronormativas desfavorece a saída do armário. O relato de experiência de dor no exame pélvico também foi recorrente.

Na perspectiva por nós adotada nesta pesquisa, a saúde vai muito além de seus determinantes biológicos. E, para que a população LGBTI+ tenha acesso a cuidados de saúde segundo esses postulados, é importante romper com barreiras simbólicas que mantêm afastadas dos serviços as dissidências sexuais e de gênero (MELLO *et al.*, 2011), em vez de se manter uma ordem em que, pessoas à margem, de alguma forma, culpabilizam-se pelas conseqüências de estarem à margem.

4.2 Bissexualidade, essa apagadinha

4.2.1 Bia, apesar da bifobia, plenamente bi

O encontro com vínculos afirmativos e o descaso de orientações pré-fabricadas

O verbo se fez livre, e colocou o armário no baú das relíquias.
Roda a roda, gira, namora, estica, sorri, desdeprime.

Bia, 32 anos, mulher branca cisgênera e bissexual, nasceu e cresceu em uma grande cidade da zona da mata mineira. Mudou-se para Ouro Preto para estudar na Universidade e por lá se estabeleceu. Ela ressalta as experiências positivas em frequentar um serviço de atenção primária que funcione com um grau de coerência importante com seus atributos essenciais, em especial, o acesso e a longitudinalidade.

“[...] Lá na minha cidade eu não tinha atenção primária porque a gente não tinha posto de saúde no bairro e era só em caso de urgência que a gente corria para o hospital, mas aqui foi quando eu comecei a vivenciar.” (BIA, informação verbal, 2020).

Ainda nesta perspectiva, detalha experiências satisfatórias de cuidado, relacionando-as com o serviço no qual se sente acolhida e com sua tranquilidade para expor sua orientação sexual e seus afetos.

“[...] E eu faço terapia, no momento não estou fazendo mais por causa da pandemia, mas era terapia em grupo e era um lugar que eu estava me sentindo muito à vontade para falar sobre isso (sexualidade) e antes eu não falaria, mas com ela eu tive essa liberdade para falar em frente a várias mulheres, nosso grupo era majoritariamente composto por mulheres de várias idades e várias crenças, e assim, sem problemas nenhum para falar sobre esses assuntos e esse foi um fato que eu gostei (risos).” (BIA, informação verbal, 2020).

Nesta ocasião, Bia descreve um vínculo de confiança entre ela, terapeuta e grupo terapêutico. Destaca isto como algo que a influenciou em se sentir confortável em relatar sua condição de bissexual. Bonan e Ferreira (2020) concluem que a boa relação entre paciente e profissional de saúde é uma condição que facilita a revelação da orientação sexual nos serviços de saúde.

Bia relata outro episódio em que buscou cuidados, por ocasião de um processo depressivo. Correlacionou o fato de conseguir falar de si, incluindo sua sexualidade, com o sucesso do projeto terapêutico. Utilizou o recurso de falar da então parceira como ferramenta para expressar sua orientação sexual:

“[...] Cheguei falando que me relacionava com mulheres, só não me lembro bem agora o contexto, mas estava em um relacionamento com uma mulher e estava no início de um processo depressivo, então foi nessa situação e com ele que eu consegui me abri para me fornecer uma assistência nesse processo depressivo.” (BIA, informação verbal, 2020).

Esta situação reflete a constatação de que pacientes que escolhem visibilizar sua orientação sexual na clínica tendem a utilizar serviços de saúde com mais frequência (DIAMANT; SCHUSTER; LEVER, 2000) e relatam maior satisfação com o cuidado recebido (BARBARA *et al.*, 2001; BERGERON; SENN, 2003; DIAMANT *et al.*, 2000; STEIN; BONUCK, 2001; VAN DAM *et al.*, 2001). Pacientes que não saem do armário apresentam níveis mais baixos de bem-estar mental (DURSO; MEYER, 2013). Bia evocou a figura da então namorada para lançar luz sobre sua orientação. Conforme Fredericks, Harbin e Baker (2016) esta é uma das formas de facilitar a saída do armário na consulta, como mecanismo de simplificar o processo. Ferreira e Bonan (2020) refletem sobre a importância da construção de um vínculo de qualidade entre pessoas de dissidências sexuais e profissionais de saúde que prestam cuidados. Na revisão dos autores, essa qualificação foi apontada como condição para a revelação da orientação sexual/identidade de gênero na consulta, o que é indispensável para uma assistência resolutiva.

Pereira e Leal (2005) e Rosário *et al.* (2006) discorrem que, estar fora do armário, ou seja, estar visível quanto à orientação sexual e/ou de gênero, pode ser indício de atitudes positivas quanto à própria sexualidade, por refletirem uma boa integração da pessoa, enquanto dissidência sexual, e menor tendência a internalizar estigmas. Gomes, Costa e Leal (2020) refletem que níveis mais altos de ocultação da identidade sexual e de gênero se associam a maior risco de estresse psicológico, embora possa funcionar como estratégia de proteção contra estigmatização e violências diversas, a depender da circunstância.

“[...] Acho que é mais nesse sentido de que eu não fico guardando as coisas, não fico escondendo, porque tem muitas pessoas que eu sei que escondem. Neste ponto eu não tenho muito problema não, é a questão de eu soltar mesmo e falar tudo que tenho para falar.” (BIA, informação verbal, 2020).

Entretanto, há pessoas que ocultam sua sexualidade ou regulam em que situação a exibem, dado que há circunstâncias em que a não revelação da orientação sexual pode constituir fator de proteção contra violência e estigmatização (PEREIRA; LEAL, 2005).

Bia contrasta essas experiências acolhedoras com casos de indiferença. Exemplifica com um relato sobre uma ida a um ginecologista.

“[...] A primeira vez que eu tive realmente alguém que perguntou sobre a minha sexualidade foi o ginecologista e mesmo assim quando falei ele ficou na dele, não perguntou nada mais e nem em termos de me fornecer orientação. (...) Então, isso é realmente uma parte que eu nunca senti abertura com quase ninguém para poder falar; e como vamos nos proteger? Se nem falamos sobre o assunto! A maioria dos médicos só querem falar sobre prevenir gravidez.” (BIA, informação verbal, 2020).

Ferreira e Bonan (2020) frisam que a revelação de orientações e práticas dissidentes pode causar constrangimentos nos profissionais de saúde pouco sensibilizados ou capacitados para o atendimento a estas populações. Após a verbalização da identidade, usuários relatam que percebem o desconforto de profissionais, com rápida mudança de assunto, incapacidade de continuar a comunicação, ou mesmo expressão de incredulidade.

Rufino *et al.* (2018) analisam que muitos ginecologistas seguem um roteiro pré-definido de perguntas heteronormativas ao redor da contracepção. Criam, assim, um ambiente hostil à saída do armário. Apesar deste cenário, a maioria das pacientes entrevistadas neste estudo escolheu falar sobre sua orientação mesmo sem ser perguntada, e, sobretudo, inclusive como uma resposta à cis-heteronormatividade da forma como são interpeladas.

Perspicaz, Bia denuncia a obsessão com o ciclo gravídico-puerperal por parte de especialistas que assumem os cuidados com a parte sexual. Para Rodrigues e Falcão (2021), tais atitudes remetem à medicalização do corpo da mulher (cis), que parece resumido à congruência feminino-mulher-útero.

“[...] No ano passado eu resolvi parar de tomar o remédio e quando eu fui ao ginecologista ele tentou, mesmo eu falando que estava em um período em que não estava me relacionando com homens, tentou me fazer voltar para o anticoncepcional. E eu falei: “olha... eu não quero, não estou interessada no momento” e então ele me ofereceu o DIU como método de contraceptivo, mas na época eu não estava nem fazendo sexo com ninguém, e disse para ele que não tinha o porquê de eu usar.” (BIA, informação verbal, 2020).

Foucault (1975/2002) ressalta que a imposição vertical da contracepção por parte do médico vai ao encontro da pretensão do ordenamento dos indivíduos, mantendo-os obedientes

e medicalizados. Desse modo, a medicalização da sociedade e da sexualidade opera, assim, do lugar de um saber hegemônico - o saber médico - voltado para a regulação de processos vitais humanos - como a reprodução e o nascimento, no caso.

Costa *et al.* (2006) destrincham a medicalização do corpo feminino, explicando que a partir da década de 1960, os planos de desenvolvimento internacional passam a promover o controle populacional como dispositivo de redução da pobreza. A necessidade de controlar as populações levou a questão demográfica em pauta a ser tratado pela ginecologia e obstetrícia. Destarte, a capilarização da necessidade de controle populacional contribuiu para uma pressuposição generalizada de que todas as pessoas DSFN em idade reprodutiva estariam lidando com a contracepção - como refletido por Rodrigues e Falcão (2021). Por fim, materializa contornos cis-heteronormativos, ao considerar que assume uma congruência irrestrita entre sexo, gênero e desejo.

Em outro episódio, a incerteza em encontrar um olhar acolhedor do outro lado da mesa de consulta, assim como o medo de uma postura julgadora, influencia na busca por cuidados em situações críticas.

“[...] admito que fiquei com medo [de procurar uma orientação de profissional de saúde] porque transei sem proteção [com um homem cis] e estava desesperada. Demorei muito tempo para conseguir ir ao médico para poder conversar, pois fiquei com medo do que poderiam falar sobre eu ter feito relação sexual sem proteção. Acho que o meu medo neste momento era de procurar o atendimento médico e ser discriminada por ter me relacionado sem proteção.” (BIA, informação verbal, 2020).

Como pontuado por Costa *et al.* (2006), o papel social do médico no exercício do biopoder incorpora a função de guardião da moral, e o discurso médico-higiênico considera a doença como um desvio a ser combatido. Esse ambiente de vigilância pode intimidar pessoas que necessitam de orientação, e resultar na omissão na procura por assistência para se proteger de uma situação de constrangimento.

Paralelamente, não encontrei, em sua narrativa, ecos de histórias sobre profissionais que tenham sido propositivos quanto a orientações sobre sexo seguro. Mesmo considerando o contexto reduzido à dimensão biológica da sexualidade, o conteúdo de suas narrativas são conversas empobrecidas, soando mais como monólogo.

“[...] [Com] Profissionais da saúde eu admito que nunca cheguei a ter uma conversa sobre o assunto [prevenção de ISTs], o máximo era o ‘use camisinha’, né?! Quando eu comecei a me relacionar com uma mulher, (que inclusive está era a primeira vez que estava me relacionando com uma mulher), que eu fui procurar saber como a gente poderia se proteger porque a camisinha não iria nos proteger contra isso. E já vi também várias dicas de meninas na internet, porém nunca cheguei a colocar em prática, pois acho bem surreal essas coisas de plástico filme, campo cirúrgico, são

várias coisas que acabam tirando toda a graça do negócio, e eu acho que é muito difícil e complicado isso. "(BIA, informação verbal, 2020).

Fox e Ralston (2016) chamam luz para o fato de que pessoas dissidentes das normas de sexualidade e de gênero tendem a suprir as lacunas de acesso à informação (negada pela via *mainstream* da consulta médica) através da internet. O anonimato proporcionado pela rede de computadores, aliado à possibilidade de transcender barreiras geográficas, constitui uma janela de oportunidade para encontrar pares e autoidentificação de maneiras que não seriam acessíveis *offline*. (CAMPBELL, 2004; MCKENNA; BARGH, 1998; WAKEFORD, 2002).

A acolhida pelo espaço virtual contrasta com o discurso do não saber, posição que alguns profissionais de saúde adotam em dissonância com o pedestal de detenção de saber historicamente relegado à medicina (PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019) Destacamos como exemplo o caso do ginecologista acima relatado, que embora tenha perguntado sobre a orientação sexual de Bia, não adotou nenhuma postura de cuidado a este respeito. Cabe ressaltar, no entanto, na linha do pensamento de Heredia-Martínez, Artmann e Nascimento (2020), que a informação oriunda da internet nem sempre é confiável, a despeito do status de “fonte privilegiada” para sanar dúvidas. A busca por outros meios de orientação parece corroborar com a constatação de Val *et al.* (2019), acerca da abordagem da sexualidade nas formação médica, focada nos aspectos biológicos e de base heteronormativa.

A denúncia da omissão de profissionais de saúde em acolher e informar adequadamente também é vocalizada por Loíse:

“[...] E para as mulheres lésbicas, mais informações também, (...) e, por favor, nada de transar com plástico filme, porque quando eu era adolescente eu acreditei nisso e depois vi que era mentira.” (LOISE, informação verbal, 2020).

É comum a sensação de distanciamento da realidade relatada pelas pessoas em relação ao método de barreira. O uso de plástico filme no contato entre mucosas não tem eficácia como barreira; o preservativo masculino cortado para uso como barreira não demonstra praticidade, visto que não foi desenhado para tal. Há um abismo entre a orientação que se efetiva na clínica e as reais necessidades das pessoas DSFN-LBT que buscam cuidados.

4.2.2 Quel: Não é metade hétero

Rosa cravo gerânio jasmin
 Gosto de manjerição e de alecrim, açafraão e pimenta
 Respiro de menino e de menina e de menino e de gente
 Não toda gente, só gente boa.
 Ai! Se for bom eu piro!
 O que importa é a pele, a epiderme da alma,

a pulsação que arrepiava a espinha.
 Quem generifica se istrumbica.
 Que fazer amor se faz com a alma.

Quel tem 23 anos, é uma mulher cisgênera, bissexual, preta. Nasceu e cresceu “na roça”, como ela mesma se refere ao distrito rural de onde veio. Aos 18, mudou-se para Mariana junto com sua família, e iniciou os estudos na UFOP.

A conversa com Quel foi permeada de lugares comuns que evocam estigmas relacionados comumente à bissexualidade, que favorecem o apagamento e a invisibilização desta identidade.

Good (2008) descreve a bifobia como a deslegitimação e invisibilização das experiências bissexuais. O termo é empregado para descrever reações negativas de pessoas heterossexuais, lésbicas ou gays. É comum que pessoas lésbicas ou gays considerem que bissexuais sofram discriminação apenas quando em relacionamento com pessoa do mesmo gênero. Neste sentido, refletem Jaeger *et al.* (2019) sobre o apagamento da subjetividade da pessoa bissexual, acrescentando que a ininteligibilidade da bissexualidade a mantém marginalizada, sendo a mesma encarada como duvidosa, ambivalente, relacionada à não-monogamia, à infidelidade e à transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A saída do armário, denunciada por sua irmã, foi abrupta,

“[...] Minha irmã mais nova que acabou contando para a minha mãe. Quando ela começou a namorar, por volta dos 16 anos, minha mãe foi conversar com ela sobre coisas importantes que devem ser conversadas no período da adolescência. E ela acabou jogando tudo de mim no ventilador também. ‘Ah, mãe, mas pelo menos eu não fico com mulher! Porque Quel não fica só com homem, fica com mulher também.’ (QUEL, informação verbal, 2020).

Segundo Segdwick (2007), o armário é um regime de controle da sexualidade, que, desde o final do século XIX, mantém a divisão binária hetero-homossexual. O armário, vocábulo utilizado como uma metáfora para esta situação, demarca o espaço público como heteronormativo e o privado como um reduto de segurança e privacidade. Saggese (2008) denuncia que a saída do armário nem sempre é voluntária, podendo ocorrer pela acusação por terceiros. Velho (1981) aponta que "acusações" que enfatizam uma suposta anormalidade em detrimento da "humanidade" são investidas contra os "desviantes", a saber, pessoas cujo modo de ser ou de viver represente uma ameaça aos padrões vigentes.

Como se observa na narrativa abaixo, a aceitação pela família não se desenrolou linearmente. Tampouco se deu de modo pacífico, recheado de compreensão.

“[...] Eu tinha mais ou menos 18 anos na época. Ela disse que ‘isso não pode ser verdade’. (...) Eu disse ‘é verdade. Eu gosto de menino e eu também gosto de menina.’ Como que pode existir? Como que funciona isso? Mas você já namorou! [com um homem]’. Tive uma conversa com ela, bem o básico, até na UFOP me ajudaram bastante a entender isso. Disse que era verdade (...) inclusive já me envolvi com uma menina. Ela sentou e chorou uns quarenta minutos, ficou uns dias sem falar comigo, ficou um clima bem estranho, não sei se ela estava tentando entender.” (QUEL, informação verbal, 2021).

Os tensionamentos intrafamiliares sofridos por Quel reverberam nos apontamentos feitos por Ghabrial (2017) sobre especificidades de pessoas LGBTI+ não brancas, para quem a saída do armário tende a estar mais suscetível às turbulências, das quais são exemplos a fragilização dos vínculos familiares, o risco de ser expulso de casa (especialmente entre jovens) e a estigmatização da dissidência, que passa a recair sobre toda a família, como um signo de falência ou insuficiência da educação parental.

Acerca do estigma associado à orientação sexual a fofoca ocupa lugar de destaque e faz o papel de denúncia, repetindo novamente a categoria acusatória (VELHO, 1981). No trecho abaixo, a fofoca tem a função de estender o estigma associado à sexualidade de Quel a sua família nuclear; funciona, também, como uma espécie de defesa de quem articula a fofoca, como uma possibilidade de o articulador da fofoca se mascarar o estigma relacionado a outro núcleo familiar, que "sofre" com o "escândalo" de um rapaz que se assumiu gay.

“[...] O filho da minha madrinha acabou se assumindo gay, ainda mora na roça, teve um relacionamento de mais de três anos e levou o namorado para a roça. Foi um escândalo enorme. Moram poucas pessoas lá, mas muitas pessoas mais velhas, que tiveram uma criação bastante rígida. E eles [o filho da madrinha e o namorado] já tinham uma filha, já tinham namorado mulheres e ficou difícil explicar isso para eles. E depois disso acabou surgindo que Quel não se relaciona só com homens, ela também é Gillete, ela corta para os dois lados. E eu não tentei explicar. Por causa da pandemia, eu não vou mais lá, mas sempre que me encontram, as pessoas tentam saber como que tá isso ‘você tá com menina ou com menino?’ - e eu acabo cortando o assunto.” (QUEL, informação verbal, 2021).

A narrativa acima sinaliza que a curiosidade obsessiva pelo gênero da parceria da entrevistada tem uma intenção de fiscalizar a sua orientação. Como sugeriram Weinberg *et al.* (1994), a exposição crônica a crenças monossexistas podem forjar a internalização de estigmas sobre a bissexualidade. Além disso, causa sofrimento e conflitos internos nas pessoas que se sentem atraídas por outras do mesmo gênero e do gênero oposto.

Brown (2002) aponta que bissexuais experimentam dúvidas, incertezas e ambivalências a respeito de sua orientação em níveis mais elevados que seus pares homossexuais. Essa constatação pode explicar por que pessoas bissexuais tendem a ter piores níveis de saúde mental que bissexuais e lésbicas. No trecho abaixo, a narrativa de Quel ilustra um episódio de tensionamento vivido no seio de sua família, devido a sua orientação sexual.

“[...] depois de um tempo ela [a mãe] disse que eu teria que escolher um ou outro (no caso, o menino, ela queria que eu escolhesse o menino). Mas ela disse ‘já que você disse que é isso, você vai ter que escolher. Eu te aceito hétero, eu te aceito até sapatão, mas os dois, não.’ [...] Como depois disso eu acabei me envolvendo mais com rapazes, ela entende que eu estou heterossexual.” (QUEL, informação verbal, 2021).

Chan *et al.* (2020) explicam que pessoas bissexuais são constantemente pressionadas a se adequarem à lógica de uma dicotomia monossexista, sob a expectativa de que se definam como heterossexual ou homossexual, colocando suas subjetividades sob a tutela do apagamento. Crawford (1992), na mesma linha de pensamento, acrescenta que a categoria “heterossexual” não pode existir sem a oposição da categoria “homossexual”. Em uma matriz de heterossexualidade compulsória, em que a homossexualidade é a margem, a fluidez do desejo ameaça as demarcações entre o erotismo normatizado e o abjeto.

Acerca dos tensionamentos intrafamiliares, Palma e Lewandowski (2013) denunciam que a revelação da orientação sexual dissidente da heteronorma perante a família comumente se traduz em intolerância e inconformismo. A postura familiar, nesse caso, passa pela repressão e por cobrar compromissos heterossexuais.

As narrativas de Quel deixam claro que ela vem negociando um tratado de paz com sua mãe. Consente que ela a tome por heterossexual, no intento de evitar conflitos devido a problemas de saúde na família, e às dificuldades de ordem material. Seu pai encontra-se em um estado de insuficiência cognitiva, e ela, filha mais velha de quatro, divide com sua mãe a chefia da família.

“[...] Desde 2016, meu pai começou a (...) [perder] as condições de resolver as coisas, então eu acabei assumindo o lugar dele na família desde 2016 e to até hoje. (...) criar um conflito com a minha mãe é um pouco delicado neste momento, e eu prefiro deixar ela no grau de conhecimento que ela tem de orientação sexual.” (QUEL, informação verbal, 2021).

De alguma maneira, semelhante ao vivido por Quel, Igor, homem trans de 24 anos, também regula a visibilidade de sua orientação de gênero para evitar embates com a mãe.

“[...] Complicado. Só a minha mãe que sabe. De resto é muito complicado, é uma família muito religiosa [católica]... é um rolê que não é fácil. A gente tem que tá sempre construir, na verdade tentando desconstruir, na verdade não é fácil. Só quando chegar numa festa e tiver com barba vai perceber. Mas é um rolê que eu fico levando (...)”. (IGOR, informação verbal, 2021).

Cabe lembrar que Quel e Igor são pessoas negras. Essa regulação do quanto estar fora do armário encontra ecos nos estudos de Ghabrial (2017). Para o autor, pessoas LGBTI+ não brancas tendem a ter uma rede de apoio menos consistente, em comparação aos pares brancos,

pois são mais suscetíveis no enfrentamento à LGBTI+Ifobia em suas famílias e ao racismo na comunidade LGBTI+ *mainstrain*, que conforma uma representatividade predominantemente branca.

Como se não bastassem esses obstáculos, Quel ainda enfrenta as dificuldades de se adaptar ao formato virtual das aulas na Universidade, e, com isso, encontra-se penalizada, sob risco de jubramento.

"[...] É bastante coisa, têm as aulas também, estou tentando ser aluna da Ufop,(...) Estudo [sigilo], mas estou em risco de jubramento. As aulas online estão sendo muito difíceis, é outro grau de autonomia. Agora tá um pouco melhor, mas estou me adaptando ainda. Mas foi uma conquista muito grande para uma mulher preta e LGBTI+ estar na universidade pública. (QUEL, informação verbal, 2021).

Conforme Lima (2019), discentes de universidades federais que provêm da classe trabalhadora empobrecida encontram desafios de ordem material para permanecerem na instituição. A situação se agrava com a postura do governo atual, que despreza a importância da assistência estudantil Saldanha (2015) levantou que 40% dos alunos que adentram a universidade abandonam o curso em algum momento por carências financeiras que obstam a sua conclusão.

Nunes, 2021, alerta que a oferta emergencial de educação durante o período da pandemia utilizando meios tecnológicos não pode ser caracterizada como Educação à distância. Este processo acentuou as desigualdades no plano da educação. Sentimentos como ansiedade, falta de motivação, além dos fatores acúmulo de tarefas e falta de rotina contribuem para a piora do desempenho discente.

Apesar da postura de negação expressa no ato de evitar falar no assunto, apontada por Palma e Levandowsky (2013), inicialmente adotada pela mãe de Quel, esta parece fluir para a possibilidade de abertura, ao se abrir para o universo da filha, e pegar uma cartilha - o que não passou despercebido por ela. Nesse sentido, Goldfriend e Goldfriend (2001) enfatizaram as diferentes fases pelas quais os pais passariam no processo de aceitação da orientação sexual dissidente dos filhos.

"[...] Minha mãe já pegou cartilha inclusive, no 'PSF' que a gente se consulta, o que eu achei o máximo. Foi um grau de avanço dela, mas mesmo assim é complicado de ela entender isso. E no momento ela acha que eu sou hétero (...), que isso vai passar, é uma fase e eu vou ter que escolher entre um dos dois. E eu preferi deixar assim para não causar problemas, que a gente já tem mais outras coisas para resolver . E nós duas somos, digamos, que as responsáveis pela família, então não é muito bom que haja um clima de conflito entre nós duas. (QUEL, informação verbal, 2021).

No que concerne à frequência a serviços de saúde, Quel rememora um episódio de invisibilização, quando foi explicitamente deduzida heterossexual, em detrimento da sua autodeterminação.

"[...] Teve um situação que marcaram um formulário, e marcaram que eu era heterossexual. Eu falei que não era heterossexual, eu sou bissexual. Pediram desculpas. E depois não teve outro episódio." (QUEL, informação verbal, 2021).

Cavalcanti (2007) constata que a bissexualidade, por não se expressar através de algum estereótipo, comportamento ou marca através do corpo, levanta-se como a sexualidade indecifrável e, através dessa ininteligibilidade, perturba e causa instabilidade aos padrões vigentes.

Os padrões insistem em reger a vida das pessoas DNSF LBT, como nos deparamos no microcosmo de Quel. Tentativas de pressupor heterossexualidade como acima, se somam a consultas médicas não dialógicas, pautadas na medicalização do corpo, ao biopoder que se impõe sobre sua sexualidade de maneira a mantê-la ajustada à engrenagem social (Foucault, 1976/2010). Como Rufino *et al.* (2018) concluíram, ginecologistas parecem deduzir que o desejo de maternar é universal é irrestrito para mulheres.

"[...] Uma vez eu disse que eu não queria ter filhos. [o ginecologista] era um homem e se assustou 'como não? 'Ué, eu não quero, não quero ter filhos. Foi só esse momento. Os ginecologistas sempre perguntam qual método contraceptivo eu uso. Para evitar a gravidez. Mas não perguntam como evito doenças sexualmente transmissíveis. Eu só falo "a camisinha" E aí tô entendendo que eles acham que sou hétero, que estão me atendendo em uma perspectiva heteronormativa." (QUEL, informação verbal, 2021).

Essa postura de tratar apenas da contracepção, além de heteronormativa, foge aos pressupostos da abordagem centrada na pessoa. Na contramão disso, esta forma de conduzir a entrevista na clínica parte da escuta ativa, proporcionando a formação de um bom vínculo e, além disso, pressupõe, entre outras coisas, uma atenção para as expectativas de quem consulta (LOPES, 2012). Como Quel exemplifica abaixo, sua busca em relação ao tratamento de sua cólica desencontra dos direcionamentos encontrados.

"[...] Eu tenho um problema com meu ciclo menstrual que é terrível. A dor que eu sinto na cólica é muito forte. E eu já fui em alguns médicos para ver a possibilidade de algum remédio para tirar essa dor, mas o que eu queria mesmo era tirar meu útero. E me disseram que não [por não estar nos critérios de ter 25 anos ou mais ou dois filhos], que eu tenho que aguentar, e que é isso mesmo. E eu fico pensando se eles não encontram essa solução para essa dor por eu ser uma mulher negra. Que eu sou "forte". E já fiz muitos exames, inclusive achei que tivesse endometriose, mas não. E uma vez, quando estava para chegar esse período, uma psicóloga falou para eu procurar um médico. E eu falo "não vou, eles vão me falar que esse é meu corpo, que tenho que aguentar e que eu tenho que voltar para casa." (QUEL, informação verbal, 2021).

As narrativas de Quel são reflexões sobre os impactos de ser uma pessoa negra em uma sociedade racista. Sobre ser preta, uma mulher preta bissexual. Sobre as multiplicidades que se interseccionam e dão contornos à sua existência.

"[...] Sempre que descobrem que eu sou bi, vem na cabeça dos homens que vão fazer um ménage comigo (e comigo mais outra mulher). Com a mulher preta, sempre foi isso também. Não precisa conhecer para julgar que ela é uma coisa de outro mundo. Só por ser uma mulher preta a gente não deveria ser animalizada. Uma animalização da mulher preta, da mulher "mulata" que é um termo racista. A mulher negra de pele clara. E a brasileira também, que a imagem da brasileira vendida para fora é a da globeleza, da mulher preta de pele mais clara que samba. E eu sambo! Eu sambo porque eu gosto, porque eu gosto de dançar. E eles acham que podem chegar só porque eu sou uma mulher preta que sambo. Sobre todos os pontos de vista, somos vista como um objeto para ser visto por alguém no caso, os homens. Normalmente os homens brancos, e em alguma medida, os homens negros. (QUEL, informação verbal, 2021).

Teles *et al.* (2020) atestam que o imaginário coletivo/social acerca das mulheres negras as concebe segundo uma sexualidade exposta, de fácil acesso e disponibilidade, como uma representação da "Globeleza". Nesta toada, a supererotização do corpo da mulher negra encarna a herança colonial escravista e machista, que pretende negar a subjetividade dessas mulheres para objetificá-las e violentá-las. Isto se intersecciona com o que Jaeger *et al.* (2019) sublinham sobre a erotização que permeia discursos bifóbicos. No caso de mulheres bissexuais, a mídia e a pornografia tradicional reiteram a produção de uma bissexualidade "promíscua" e ameaçadora. O fetiche com a mulher bissexual hipersexualizada, disposta a realizar as mais diversas fantasias do espectador homem cisgênero heterossexual (especialmente a do *ménage à trois* - prática entre três pessoas) é reproduzida repetitivamente. Segundo Einer (2013) e Corey (2017), essa imagem das mulheres bissexuais as coloca como alvo mais vulnerável ao assédio e à violência sexual.

Na encruzilhada de viver a diáspora de seu distrito de origem, atravessando as durezas na lida com o pai enfermo, somada ao contexto pandêmico, Quel ainda se ergue, ainda, contra o sexismo e o racismo. Altiava, ela estuda e samba "até mais tarde"¹⁸, como o personagem da canção, QUEL contraria a expectativa de subalternidade que a branquitude cis-heteronormativa pretende lhe impor, e em busca de conforto, ela se permite vislumbrar espectros de um futuro mais dialógico e com mais entendimento.

¹⁸ Como bem referencia a canção de Chico Buarque de Holanda, na qual o eu-lírico assim o diz: "eu faço samba e amor até mais tarde"). Como o personagem da canção.

4.3 - Subjetividades Transmasculinas - O gozo do autoidentificação¹⁹ e os impasses na busca pela afirmação e o gênero

4.3.1 Tiago: A dor e a delícia de ser o que é

Irretocável, como espectadora admiro.
que o corpo masculino emerge
da ambiguidade da intrasigência binária
alma pura alma vida nova verdadeira

Tiago é um homem trans branco, heterossexual de 27 anos. Natural de uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte/MG, ele se mudou para a região dos Inconfidentes para cursar a Universidade. Seu relato sobre os caminhos que o levaram a se entender dentro da transmasculidade é permeado de delicadeza e sensibilidade. O encontro consigo é um conto de amor - de amor próprio, somado a incertezas e desconhecimentos que a falta de representatividade reverbera.

"[...] É uma ambiguidade porque é doloroso e super prazeroso também! Me identifico como homem desde criança, basicamente por volta dos meus 4/5 anos de idade, que é quando me lembro de ter uma consciência em si. Porém na minha cabeça somente a transição do homem para mulher era possível, por já conhecer bastante mulheres trans e travestis que me cercavam(...). Uma vez fui participar de uma reunião com um rapaz (...) que era um homem trans, neste momento fiquei pensando que tive a oportunidade de saber e conhecer, fiquei com um pouco de medo por ser desconhecido, né?! E ele me fez uma pergunta muito chave, dizendo: “olha, quantas vezes você se olha no espelho? (...) Comecei a procurar na internet. Naquela época não tinha quase ninguém, basicamente a maioria das pessoas que eu encontrei eram homens trans estrangeiros dos EUA, Europa [...]”. (IAGO, informação verbal, 2020).

Com base nas narrativas supracitadas, não se pode perder de vista os apontamentos de Ávila e Grossi (2010) sobre a falta de representatividade transmasculina, que se reflete também na escassez de estudos sobre o tema no Brasil; especialmente se comparado à produção sobre transfeminilidades. Os autores (2010) verificaram que a percepção da identidade ocorre através de discursos que circulam sobre a transexualidade - na mídia, na internet. Na mesma linha de pensamento, Almeida (2012), autor transmasculino, discorre sobre a dificuldade de autorreconhecimento e lembra que, mediante a ausência de espaços sociais onde seria possível encontrar pares, algumas experiências trans se incorporam a espaços lésbicos. A autoidentificação de homens trans, ainda segundo o autor, frequentemente ocorre através de comunidades virtuais. O autor explica que, entretanto, a demora para ir ao

¹⁹ Preferimos dizer que a transexualidade é “autoidentificada” para colocar a questão em termos de “identidade” e não de “diagnóstico”, em uma tentativa de distanciamento dos discursos patologizantes.

encontro de um tratamento afirmativo de sua identidade de gênero foi longa, tendo sido necessário percorrer uma trilha interceptada por obstáculos, desencontros, ausências; permeada de transfobia institucional. Por fim, suas constatações atestam que tal situação é o reflexo de um país que não acolhe pessoas trans; espectros de uma necropolítica que rejeita corpos lidos como incongruentes.

"[...] Às vezes você também chegar em um posto de saúde e perceber aqueles olhares de transfobia, de preconceito e a falta de estrutura para nos receber, pessoas LGBTI+'s [...]." (TIAGO, informação verbal, 2020).

"[...] Comecei em contagem, cidade onde nasci, então procurei a UBS mais próxima do meu bairro onde frequentava desde a minha infância. Chegando lá eu passei pela assistente social no primeiro momento né?! E ela tinha um desenho meu de quando fiz aos 11 anos de idade (já estava com 23 na época) [...] Neste desenho eu havia me feito de menino sabe?! E eu disse a ela que gostaria de realizar este sonho de quando tinha 11 anos. Foi a parti daí que ela me transferiu para esse psicólogo [...]." (TIAGO, informação verbal, 2020).

"[...] O psicólogo disse que eu poderia morrer! Disse que poderia morrer porque isso, poderia fazer mal ao meu fígado e poderia ter complicações muito sérias, que talvez fosse interessante só a tentativa de uma cirurgia de tirar os seios e ficar sem tomar os hormônios. Disse a ele que não sabia se era bem isso que queria e sai de lá, obviamente. Dá um medo, né?! Mas pesquisei depois e vi que não morre tão facilmente assim como ele tinha dito [...]." (TIAGO, informação verbal, 2020).

Causa perplexidade o fato de caber, justamente, ao Conselho Federal de Psicologia caber a autoria de Resolução 0001/99, que proíbe a participação de psicólogos em serviços ou eventos que tenham propostas de "tratar" ou "curar" pessoas LGBTI+. A resolução vanguardista deste conselho se contrapõe à atitude deste profissional. A ameaça forjada pela afirmação de que "poderia morrer" remete ao exercício de poder vinculado ao lugar de saber, que pretende legitimar práticas autoritárias de gestão de corpos e de desejo.

"[...] "[A]chei o ambulatório na UFMG pelo site na internet, mas que na verdade ele não funciona como ambulatório [de acolhimento a] transsexual, [...] o prédio destinado ao ambulatório estava funcionando [...] [para atendimento em] oncologia. Então assim, não tinha! Só tinha no site que havia sido inaugurado, mas efetivamente não funcionava, entende?! E foi horrível, né?! é desesperador porque a gente vai contando com essas possíveis possibilidades de conseguir o tratamento; e chegamos lá e recebemos um não, vai pra outro lugar recebe outro não, e a gente vai percebendo que o corredor vai se fechando e a gente vai ficando sem saída cada vez mais. Mas quando eu fui para Ouro Preto para estudar, não fui a procura da transição, tive a sorte de conhecer esses médicos que falaram: 'olha eu não sei nada sobre o assunto, mas me dá um tempo que vou estudar e você volta daqui a 30/60 dias que já terei um pouco mais de conhecimento.' E assim nós fizemos! Para quem esperou 26 anos, 30/60 dias não era nada, né?! [...] Ter encontrado uma equipe de saúde que pudesse me ajudar acho que demorou em torno de dois a três anos. Acho "que um ano e meio para eu ter a coragem e um ano e meio pela dificuldade do sistema." (TIAGO, informação verbal, 2020).

O percurso de Tiago para alcançar o acompanhamento de terapias afirmativas de identidade de gênero ilustra os apontamentos feitos pelo relatório sobre políticas públicas para homens trans, coordenados por Souza (2015). Em números, 25% declaram ter tentado o acompanhamento pelo SUS de terapias afirmativas da identidade de gênero, sem sucesso, contra apenas 14% bem sucedidos. Entre os motivos para não estar em acompanhamento, 25% responderam não saber como consegui-lo; 21% estão na espera; 14% não têm o processo em seu município; 3,5% desistiram devido ao tempo de espera na fila. As portas fechadas, infelizmente, são um lugar comum, o que muitas vezes pode culminar com a automedicação (ALMEIDA, 2012)

Braz (2019) afirma que a espera é uma imposição comum aos itinerários terapêuticos das transmasculinidades. E que ela se materializa como a distância entre as expectativas e o vivido, traduzindo-se como parte de um sistema de gênero mais amplo. O acolhimento inadequado, as ausências e inexistências se refletem em escolhas de percursos de procura por cuidados que envolvem trocas de informação por meio de mídias sociais, “vaquinhas” online para ter acesso à mamoplastia masculinizadora, bem como obtenção de hormônios no mercado clandestino.

Entretanto, Tiago encontrou uma virada das negativas para um vínculo acolhedor, que lhe possibilitou um acesso a um tratamento digno, enquanto ser humano, assim como as terapias de modificações corporais. Merrhy (2013) assinala que é a qualidade do encontro que define se o caminho terapêutico percorrido será compartilhado com uma equipe de saúde ou se será um caminho solitário com dificuldades de acesso e de profissionais despreparados indicando uma leitura de certa escassez associada ao serviço público, e que extrapola uma suposta melhor formação daqueles que trabalham em serviços particulares.

[...] “Então... Acredito que por utilizar muito os serviços do SUS desta região de Mariana/Ouro Preto tive boas experiências na maioria dos atendimentos. Sempre encontrei médicos que se propuseram ao atendimento no sentido da readequação de gênero, a reposição hormonal. Mesmo os médicos não sendo especialistas (em endocrinologia, em terapia hormonal) e também nunca tendo lidado com esses casos [...] acho que esses são uns dos primeiros pontos que gostaria de falar. Também tem a ver um pouco das respostas desses médicos com os alunos da medicina, a forma como eles se dispõem a passar estes conhecimentos e preparar esses alunos, né?!” (TIAGO, informação verbal, 2020).

É importante ressaltar aqui uma particularidade da região onde foi feito o estudo. Em Ouro Preto, existe um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, que envolve a atuação de médicos especialistas em saúde da família e médicos residentes em formação. Esse grupo se configura pelo interesse em oferecer acolhimento adequado à

população local. Isso inclui o atendimento a pessoas trans, e, nesse sentido, passa pela busca por referências adequadas para o atendimento desta população.

As narrativas de Tiago (assim como as de Igor, a serem apresentadas a seguir) no tocante ao acompanhamento médico adequado às expectativas de acesso a terapias hormonais, são, antes, uma exceção que uma regra. Fora da área de abrangência do polo formador, a realidade é bastante diversa. Paulino, Rasesa e Teixeira (2019), evidenciaram que, entre médicos alocados na Estratégia de Saúde da Família nos municípios de Uberlândia e Belo Horizonte são acionados discursos de não - não diferença, não saber, não querer - frente às demandas em saúde da população LGBTI+.

Trata-se de um discurso da não diferença, que nega as necessidades específicas desse grupo, dissolvendo-o numa suposta igualdade amorfa com a população geral (presumidamente cis-heterossexual). O discurso do não saber, acionado para anunciar, a partir do desconhecimento do tema, o descompromisso com o cuidado. E, por fim, o discurso do não querer, que pretende justificar a ausência da população LGBTI+ nos serviços de saúde a partir de um suposto desinteresse individual no autocuidado.

“[...] Então em Ouro Preto tem o Dr. Yago que é o precursor desse movimento todo lá (de iniciar terapias afirmativas para pessoas trans, e compartilhar saberes com colegas), e eu tive a sorte dele ter explorado esses assuntos e levado para lá. Hoje em dia tenho conseguido todos os meus atendimentos, inclusive faço acompanhamento com este Dr. Yago. “(TIAGO, informação verbal, 2020).

O médico em questão, Dr Yago, é assumidamente gay, e aciona e promove discursos e debates acerca de saúde e direitos de pessoas LGBTI+ que reverberam no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFOP. Outros atores também contribuíram para promover a autonomia de Tiago.

“[...] ela (uma técnica de enfermagem) foi uma pessoa muito importante porque me ensinou, me preparou para futuramente fazer minhas próprias aplicações (de hormônio injetável) em casa e não precisar ficar sempre indo ao posto de saúde ou em farmácias” (TIAGO, informação verbal, 2020).

Para contextualizar o itinerário das existências trans, recorro a Souza (2020), que pondera que o corpo trans é um devir, em processo de construção desde sempre. No caso das pessoas transmasculinas, esses processos de construção continuada são performados por um conjunto que pode incluir (mas não prescinde de) uso da testosterona; assim como faixas e binders (para comprimir e esconder as mamas); e a mastectomia masculinizadora. Antes de ser um marco regulatório, a hormonização apenas materializa parcialmente o processo de masculinização, iniciada muito antes de sua injeção na carne da pessoa que a ela recorre.

De acordo com Lima e Cruz (2016), o processo transexualizador focaliza processos cirúrgicos e farmacológicos, priorizando, pois, a dimensão biológica em detrimento da integralidade do cuidado mais ampla. Paralelamente, podemos afirmar (idem) que o processo de hormonização é uma das ações de maior investimento por parte de transexuais. Ao alterar características como distribuição de pela, textura da pele, voz, entre outras, o corpo passa a se assemelhar mais com o gênero de identificação. Além de modificações corporais, o asseguramento de direitos, como o uso do nome social, demarca um impacto importante no bem-estar das pessoas trans. O uso do nome social nos serviços de saúde é garantido pela Portaria no 1.820/2009 (BRASIL, 2009). Garantir o acesso e o respeito a esse direito oportuniza o cuidado integrado e o fortalecimento de vínculos (SILVA *et al.*, 2017):

“[...] na primeira vez que fui ao médico o Dr. Zazu logo de cara já me disse para mudar o nome [...] (no) cartão do SUS, [...] A gente recebe aquele folheto de termo de responsabilidade, então ali já temos um preparo do que pode acontecer nessas mudanças. Então assim... sinto que fui muito bem amparado, que sou bem amparado por essas pessoas. Mas sinto que muitas pessoas não são, porém só posso falar por mim.” (TIAGO, informação verbal, 2020).

Tiago ressalta a importância do bom vínculo que formou com os profissionais que encontrou. Ressalta a associação desses profissionais com a Universidade, polo propagador de conhecimento, e a plausibilidade de que isto tenha contribuído para o seu acesso às modificações que procurava e a sensação de respeito a sua cidadania. Ainda assim, reconhece a dificuldade em acessar alguns cuidados e serviços de saúde, seja por lacunas institucionais e de formação de profissionais, seja como forma de defesa, no sentido de se proteger de experiências de discriminação. Relata não ter se submetido à coleta de papanicolau; não ter recebido oferta de rastreio de ISTs; mastectomia masculinizadora; orientações profissionais sobre contracepção ou planejamento reprodutivo.

“[...] Eu que tive que procurar em todas as vezes que pedi esses exames (de rastreio de ISTs) foi por iniciativa própria, eles não se dispuseram a pedir ou indicar, sabe?!” (TIAGO, informação verbal, 2020).

O excerto acima retoma a reflexão de que o cuidado integral da pessoa trans ainda precisa avançar - e muito! Por mais que profissionais sejam bem intencionados e motivados a buscar meios de acolher essas pessoas, o seguimento ainda parece focalizado no vértice da adaptação hormonal.

“[...] Inclusive, o exame do papanicolau eu também nunca fui porque inicialmente na minha cabeça não era necessário. Depois quando descobri que era necessário eu já estava neste momento (transição) que complica um pouco mais. Acaba bloqueando a gente de ir. Considero que este bloqueio que me impede da busca pelo

exame do papanicolau são os profissionais de saúde, no sentido de me tratarem mal, sabe?!“ (TIAGO, informação verbal, 2020).

Barreiras a um efetivo acolhimento em saúde mental são ilustradas abaixo. A omissão a um cuidado que vislumbre e preste atenção à subjetividade contrasta com o engajamento do Conselho Federal de Psicologia²⁰ diante da despatologização das transidentidades.

“[...] Então assim, em psicólogo, por exemplo, eu (...) atualmente não faço; porque fazia tratamento psicológico desde os meus 11 anos de idade e nunca encontrei nenhum profissional decente. Simplesmente isso! Depois da transição piorou, pois eles não têm embasamento nenhum, histórico, nada na verdade. A gente vai porque é obrigado, pois precisa de laudo e tudo mais, mas para a funcionalidade da terapia em si não!” (TIAGO, informação verbal, 2020).

“O discurso do não saber”, ilustrado por Paulino, Rasera e Teixeira (2019) parece ter sido acionado como um subterfúgio para não conduzir um cuidado; esta postura fica implícita através da percepção de Tiago de que os profissionais "não tem embasamento nenhum, histórico, nada na verdade" Como quem anuncia “isso não é problema meu, eu não sei e posso continuar não sabendo”. A desresponsabilização mantém pessoas dissidentes da cis-heteronorma afastadas dos serviços de saúde.

Outro aspecto denotado acima diz respeito às burocracias institucionais e sobre como elas se propõem a atar mãos, a reduzir a autonomia. Por que o laudo de um profissional de saúde mental tem mais valor do que o relato da pessoa sobre si mesma? Matos *et al.* (2019) reconhecem que a decisão, por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM), de estabelecer a necessidade de psicoterapia ditada pelo médico, cerceia a autonomia da pessoa trans, reforçando, deste modo, a patologização - e mesmo a psiquiatrização - das identidades cis-dissidências. O documento diverge da Organização Mundial de Saúde (OMS), que postula que nenhuma evidência científica produzida no século XX foi capaz de definir a transexualidade como doença. Além disso, confronta o posicionamento do Supremo Tribunal Federal (STF), que afirma a autodeterminação como direito das pessoas trans, e atesta que cabe ao Estado seu reconhecimento. O documento do CFM está atrasado e, na vanguarda do atraso, dissonante na posição do CFP.

²⁰ Em nota técnica de 2017, o Conselho Federal de Psicologia assevera: “[...] A assistência psicológica não deve se orientar por um modelo patologizado ou corretivo da transexualidade e de outras vivências trans, mas atuar como ferramenta de apoio ao sujeito, de modo a ajudá-lo a certificar-se da autenticidade de sua demanda, englobando todo o seu contexto social; É objetivo da assistência psicológica a promoção da autonomia da pessoa, a partir de informações sobre a diversidade de gênero e esclarecimentos sobre os benefícios e riscos dos procedimentos de modificação corporal e social. O sujeito deve ter clareza de que a atenção é singular e flexível e que o projeto terapêutico pode ser modificado de acordo com as necessidades de cada um.”

O receio de ser discriminado e hostilizado interfere na procura por serviços de saúde em episódios de adoecimento. Um exemplo disso é a fala abaixo, que está em consonância com o levantamento feito por Souza *et al.* (2015), que demonstrou que 85% dos homens trans declararam já ter precisado de atendimento médico, mas não o procuraram.

“[...] a questão da minha saúde eu agradeço muito as entidades porque ela é muito boa! Geralmente procuro [serviços de saúde] em casos graves.” (TIAGO, informação verbal, 2020).

Outras vias de bem-estar são percorridas, como a da espiritualidade, lida nas entrelinhas acima, bem como dos saberes tradicionais. Nessa direção, algumas narrativas de Loíse, 25 anos, lésbica, negra, também sublinham esta observação:

“[...] experiências ruins assim de modo geral nunca ocorre[ram] com os médicos [generalistas], (...) que buscamos quando estamos com dor de cabeça ou febre. Pois quando estou com essas coisas não costumo ir ao médico, porque a minha avó é raizeira então o chá resolve tudo.(...)tudo que está ligado à saúde eu tenho pavor. Só de pensar eu já fico nervosa, prefiro fazer um chá de boldo do que ir em um médico.” (TIAGO, informação verbal, 2020).

Tiago segue firme com sua vida, apesar de lidar com os obstáculos de ser uma pessoa trans em uma sociedade transfóbica. Faz planos para o futuro e não deixa de sonhar, o que se evidencia quando ele expressa o seu desejo de se submeter a uma inseminação artificial caseira, para gestar um dia. Tal desejo o acompanha desde os tempos em que assumiu uma identidade de mulher cisgênera lésbica, e que não deixou de existir, mas apenas a coexistir com as incertezas diante das modificações corporais.

“[...] eu passei uma boa parte da minha vida me planejando financeiramente para fazer uma inseminação artificial. Depois descobri que teria a possibilidade de fazer inseminação (caseira), que achei muito mais interessante e barato [...]. Então me programei enquanto (era) mulher cisgênera para essa autoaplicação, né?! E agora depois da transição ainda tenho vontade, porém um pouco menos por algumas questões. Primeiro que é tão difícil para mim mudar o meu corpo, todo o processo de masculinizá-lo... então não sei quanto tempo isso ainda vai durar e se ainda vou conseguir. Mas quando eu terminar todo esse processo e se ainda quiser engravidar, [se]meus óvulos estiverem saudáveis eu vou estar lá.” (TIAGO, informação verbal, 2020).

Angonese e Lago (2017) evocam elementos da cisnormatividade reprodutiva, que podem redundar em uma esterilidade simbólica designada a corpos abjetos. Se a terapia hormonal pode ter a redução, e até mesmo a perda da fertilidade biológica como consequência, o (não) reconhecimento do direito à parentalidade da população trans é identificado por Tiago ao considerar métodos caseiros de inseminação. Talvez, por antever barreiras concretas de acesso ao procedimento assistido.

4.3.2 Regulação da visibilidade em contextos distintos

A barba nasce
sem rebarba
dá à luz o tom
de novo som
espectral
vida nova
identidade rediviva

Igor é um homem trans negro, de 24 anos, que sente atração romântica e sexual por mulheres. Seu processo de se entender como pessoa trans tem sido uma travessia através de paisagens áridas com alguns refrescos. Ele se autoidentificou com o apoio de uma então namorada, e a transição se desenrolou em meados do fim do relacionamento.

“[...] No começo eu me identificava com não binário. Mas aí eu fui vendo... opa, tem alguma restrição com os seios, com o corpo. Isso desde pequeno. E aí... a forma de pensar também, sabe... o jeito... como que eu posso explicar? Tem coisas que não consigo me identificar com o feminino. E o que mais me incomoda, que eu tento trabalhar é a cirurgia de tirar os seios. É uma coisa que me incomoda muito. Chamam de disforia. É um trem estranho, sabe. Parece que o peitoral (eu uso o binder). Tipo assim, quando eu vou na praia, eu vejo os caras passando e fico pensando... porra, vontade de ter um peitoral desses, sabe? Então é mais isso, mais essa coisa, a coisa com o corpo. Ter barba, que eu tenho. Eu escondo ainda, por questões familiares e também com meu serviço, é complicado, sabe.” (IGOR, informação verbal, 2021).

Igor endossa, com o cultivo da barba, que não é o momento do nascimento, nem a designação do sexo do nascimento que faz de um sujeito masculino ou feminino (LOURO, 2008). A desidentificação com o gênero de sua socialização também eclode na inconformidade com os seios. O autor ainda acentua que a construção do gênero e das sexualidades ocorre como uma espiral, ao longo da vida, como um processo, em vez de uma virada transversal.

Não se pode perder de vista que Igor regula a intensidade de sua expressão de gênero, de acordo com os ambientes onde circula. A rede de apoio na segunda saída do armário, assim como suas ausências, é marcante em sua história.

“[...] A minha cabeça abriu quando comecei a namorar minha ex, que estudava questões LGBTI+. Eu fui conversando com ela, e quando a gente terminou ela era a única pessoa que sabia. E quase entrei em depressão por causa disso, fiquei muito mal, era meio que uma base de tudo. (...) [Os motivos da depressão foram] pelo término e porque ela era a única pessoa que sabia de tudo. Mesmo a gente tendo terminado, ela me via como um amigo dela.” (IGOR, informação verbal, 2021).

A experiência da transexualidade pode acarretar em consequências negativas, como rejeição de amigos, familiares (COLTON MEIER *et al.*, 2011), parcerias, dificuldade de inserção no mercado de trabalho, além do maior risco de sofrer violência física, discriminação, dificuldade de acesso à moradia e à garantia dos seus direitos (HARPER; SCHNEIDER, 2003). Ademais, o sofrimento psíquico intenso que pode sobrevir, provocado pela estigmatização, que coloca essas pessoas em situações marginais e periféricas em nossa sociedade (RAIMONDI; PAULINO; TEIXEIRA, 2016), pode culminar em angústias, transtornos alimentares, depressão, e até em tentativas de suicídio.(BOZA; PERRY, 2014). Como se não bastassem as situações adversas acima descritas, as dificuldades de acesso impostas pela organização dos serviços de saúde materializam-se com faltas em consultas, lapsos de seguimento. É fato comum em grande parte das cidades brasileiras que o horário de funcionamento das Unidades Básicas coincida com o turno de trabalho de grande parte dos usuários.

“[...] Ainda não mudou o nome social, já tem muito tempo que não tenho acompanhamento. Dois meses que não vou. E é ruim, porque você sente falta. Pô... saudade da injeção. A gente acostuma, e perde as mudanças. E quando não tem acompanhamento, voltam as coisas, volta a menstruação, volta as coisas. O certo é não parar, você nunca vai ver as diferenças. Tá difícil manter o acompanhamento, por questões de horário, fica difícil. Eu largo 5h30. E o posto tá fechado. Fica até 4 horas.” (IGOR, informação verbal, 2021).

As portas fechadas (literalmente) da unidade de saúde no horário que a pessoa tem disponível repetem a temática da imposição da espera (ALMEIDA, 2012).

Para além dos desencontros do horário cronológico, há outras portas cerradas. Experiências de dificuldades de acesso e de profissionais despreparados levam a uma leitura de certa escassez associada ao serviço público, e que extrapola uma suposta melhor formação daqueles que trabalham em serviços particulares.

“[...] na época tava desempregado e não consegui mais fazer acompanhamento, aí fui pro SUS, e no SUS o acompanhamento psicológico é muito complicado. Fiz uma e falei, ‘na moral, prefiro pagar’, é muito complicado. O cara não entende, sabe, como é SUS, é todo mundo, é muito complicado, prefiro fazer com uma pessoa que formou nesse meio, LGBTI+, (...) Teve uma fala que ele falou que não teve nada a ver “Mas por quê?”Eu to tentando lembrar...” O cara não sabia de nada! Ele era um profissional... que ele pega todas as... ele é SUS, né?! Ele pega todas as áreas, não pega específico, né?! Tem que ser particular, né?! Isso me incomodou. Não tem como eu fazer acompanhamento com ele. O J falou "você não tá fazendo acompanhamento, tenho que colocar na sua pasta que você tá fazendo acompanhamento com psicólogo ‘Não dá para continuar, me sentia incomodado com as questões dele.’” (IGOR, informação verbal, 2021).

Meandros da patologização das identidades trans também se sublinham acima, como na necessidade de ter acompanhamento psicológico para ter acesso às modificações corporais, como se a autonomia de falar por si não fosse o bastante. Aqui, novamente a profissional violenta o paciente com o discurso do não saber (PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019).

A atribuição de hipossuficiência ao serviço público de saúde também é enunciada por Gabi, 39 anos, mulher preta lésbica.

“[...] Pelo SUS... a gente já vai sabendo como vai ser o atendimento, então já chega lá sem muitas expectativas, né?! Mas me atendem bem.” (GABI, informação verbal, 2021).

Apesar dos meandros, que repetem a lógica que Braz (2019) enuncia sobre a espera, Igor encontra um contraponto no bom vínculo estabelecido com o profissional de saúde que o acompanha na sua transição, o Gil (que ele mesmo nomeia pelo primeiro nome, sem recorrer à alcunha de “doutor”). Este vínculo possibilitou a Igor o acesso às modificações corporais em um ambiente protegido de uma Unidade de Saúde.

Entretanto, pondera Braz (2019) que nem sempre os itinerários terapêuticos de homens trans encontram fluidez sob suporte de profissionais de saúde. Por meio das redes, alguns homens trans acessam uma apropriação criativa dos saberes biomédicos, acerca de qual seria o melhor hormônio e seus efeitos, onde comprá-lo, como obter receitas, e quais exames devem ser feitos. As repetidas negativas dentro de consultório, somadas aos episódios que vão do discurso do não saber à condutas abertamente transfóbicas, impele muitos homens trans a buscarem o mercado clandestino de hormônios.

“[...] Procurei primeiro uma médica, e falei que queria uma coisa para a musculação. Depois ela entendeu que eu estava querendo transicionar, e aí me encaminhou para o Gil (Médico do paciente). Falei do meu incômodo com meu corpo. E ele é um amigo, ele sabe tudo, pra ele, ele fala que é uma experiência, ele já atendeu umas pessoas de Itabirito, um homem que quis parar de acompanhar, e ele falou ‘vamos, tamo junto com você’ e virou uma amiga, sabe? Ele veio, me fez assinar o termo. E tudo que acontece eu falo pra ele. Até na minha ficha lá ele mudou meu nome. O que eu pergunto às vezes ele diz “Vou pesquisar” e ele pesquisa lá... Acho que sou muito agradecido, por ter ele, ele me ajuda demais nessas questões, em tudo. (...) Tem alguns lugares que o pessoal é muito atrasado nessas questões. E o J tá do meu lado, né?!” (IGOR, informação verbal, 2021).

Ferreira e Bonan (2020) refletem sobre a importância de se cultivar um vínculo de qualidade entre pessoas de dissidências sexuais e profissionais de saúde que prestam cuidados. Essa qualificação foi apontada como condição para a revelação da orientação sexual/identidade de gênero, sendo indispensável para uma assistência resolutiva.

Igor demonstra felicidade com as mudanças corporais conquistadas até aqui. E, nas entrelinhas, exibe certa ambivalência quanto aos efeitos de escancarar a plenitude de sua identidade de gênero. Questões pragmáticas, como o trabalho (e a possibilidade de encontrar discriminações que sejam empecilhos à empregabilidade), como mencionado acima; a postergação de obter documentos com o nome social; uma hesitação em manter a aderência apesar das soluções propostas pelo médico que o acompanha, como a possibilidade de consulta por vídeo. Sampaio e Coelho (2012) alertam sobre as implicações acerca de assumir a transexualidade, com maior dificuldade de ingressar e ou permanecer no mercado de trabalho.

“[...] Tá difícil manter o acompanhamento, por questões de horário, fica difícil. Eu largo 5h30. E o posto tá fechado. Fica até 4 horas. E ele falou. A gente pode fazer acompanhamento por WhatsApp. Mas aí tem que buscar a receita. Tem que comprar, na receita, Então é bem rígido, tem que ter o CPF dele na receita. Então eu sei que tenho que voltar, porque eu sinto falta”. (IGOR, informação verbal, 2021).

Sobre sua família, Igor ostenta o amor incondicional de sua mãe, com grande ternura. O diálogo e a relação de amizade que mantém com ela, o confortam, como ele mesmo identifica.

“[...] Mais tranquila, ela já sabe, às vezes fala ‘tá crescendo a barba, vai cuidar’. Ela sabe, ela aceita. Até porque quando eu namorava minha ex, ela falou, jogou na roda, só falava com minha ex com minha ex sobre isso. Quando passou a novela, a última, eu fui mostrando pra ela, aí fui falando, que eu quero fazer cirurgia, e vou fazer. Já vou jogando na cabeça dela pra eu entender. Porque ela me aceita do jeito que eu sou. Isso desde que eu era lésbica. Ela sempre foi muito tranquila. Ela sempre fala ‘vou te amar do jeito que você for’ e isso que me conforta.” (IGOR, informação verbal, 2021).

Este último excerto, acerca da telenovela "A força do querer", evoca a importância da representatividade para se combater o pacto de silêncio no tocante às existências trans.

Por outro lado, o conservadorismo da família ampliada ainda são fonte de um certo receio de julgamentos.

“[...] Complicado. Só a minha mãe que sabe. De resto é muito complicado, é uma família muito religiosa [católica] É um rolê que não é fácil. A gente tem que tá sempre construir, na verdade tentando desconstruir, na verdade não é fácil. Só quando chegar numa festa e tiver com barba vai perceber. Mas é um rolê que eu fico levando, que ninguém paga minhas contas e... sabe? Eu sou muito disso. Tenho que dar satisfação pra minha mãe e o resto é resto. Tenho que dar satisfação pra ela, até porque moro debaixo do teto dela.” (IGOR, informação verbal, 2021).

A família representa aqui um lócus privilegiado para a socialização de valores religiosos, o que inclui mecanismos coercitivos, e perpetua a transmissão desses valores para as gerações seguintes. A Igreja Católica propagou discursos de pecado ligados à sexualidade (sobretudo às divergentes do que se normatiza) desde a sua fundação, o que se reflete na visão cristalizada de muitas pessoas sobre o sexo, a sexualidade e as relações de gênero tecidas na família e na sociedade. (ELO; BARZANO, 2020). A influência das crenças cristãs, na nossa cultura, reverbera mesmo nos que não praticam esta fé (BUSIN, 2011).

Apesar de algumas hostilidades encontradas na travessia de Igor, ele conta com alguns esteios onde se apoiar. A ex-namorada, agora amiga; a relação de compreensão com a mãe; o médico que o acompanha, que ele mesmo equipara a um amigo, representam espaços afetivos de refresco que o ajudam a prosseguir na aridez que, muitas vezes, permeia o seu cotidiano, seja nas relações de trabalho, na família ampliada, na burocracia do horário de funcionamento do serviço e em outras situações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar em saúde como direito exige um debate sobre os princípios do SUS como os de universalidade e equidade, e visibilizar temas relativos a grupos vulneráveis. Como foi bastante comentado nesse trabalho, a população LGBTI+ está mais exposta a fatores de risco para adoecimento, dentre os quais se destacam a discriminação, a violência, a internalização de estigmas, o desemprego, pior acesso à moradia e alimentação. Desse modo, não surpreende que essa população se encaixe em piores indicadores em saúde que a população cis-heterossexual.

Dentro desse grupo, destacamos as pessoas designadas do sexo feminino ao nascer, que, de acordo com a lógica patriarcal e binária, estão, ao longo da vida, expostas também à misoginia e ao sexismo. O gênero assinalado pelo nascimento e pela socialização pretende se impor e prescrever comportamentos e estereótipos que sustentam uma divisão entre polos opostos dentro de uma matriz binária. Dentro deste contexto, a feminilidade, moldada pela cultura, provê um lugar de complacência em relação às expectativas do homem cisgênero e heterossexual.

Conforme foi mostrado nesta pesquisa, compreendemos mulheres e pessoas com vulva dissidentes da cis- heteronormatividade pelo viés patriarcal como aquelas(os) que não acatam e nem reproduzem as normas e signos da matriz binária de divisão de gêneros. Entretanto, enquanto sociedade, todas e todos estamos à mercê de mecanismos disciplinares que visam manter o tecido social adestrado, o qual, por sua vez, engendra um controle social através da supressão, da repressão e de distintas formas de poder que opera tanto mais tenazmente sobre sujeitas e sujeitos quanto mais subversões estes provocarem.

Assim, pessoas dessas dissidências experimentam situações que vão configurar alguma forma de retaliação, por não se conformarem ao feminino complacente com o masculino no campo hegemônico da matriz binária de gêneros. Estigmatização, entaves à aceitação no seio familiar, violência, estão entre algumas sanções perpetradas pelo disciplinamento.

A leitura desse contexto exige de nós uma leitura direcionada ao campo da saúde, visto que entendemos que o profissional de saúde ocupa um lugar de poder, outorgado pela detenção do saber. Ao abordar as narrativas das sujeitas e sujeitos, percebemos que mulheres lésbicas e bissexuais e homens trans enfrentam dificuldade de acessar um cuidado adequado às suas expectativas e necessidades.

São recorrentes os episódios de heteronormatividade no serviço de saúde (ou na saúde pública brasileira), o que demonstra que tanto a formação quanto a prática de médicos, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais de saúde ainda estão longe de serem orientadas pela e para a diferença. Longe disso, o sistema de saúde hegemônico dá sinais de conformidade com a tônica disciplinante. O inelutável exercício de perseguir o enquadramento que distingue normal e patológico endossa em grande parte esta noção; as condutas de profissionais parecem tender a uma uniformização, que não só faz vistas grossas à diferença, mas pretende incorporar singularidades a um disforme suposto intervalo gaussiano que goze do status de normal. A imposição vertical de contracepção e a presunção do desejo universal de gestar são exemplos citados nesse trabalho, e que remetem ao controle pela medicalização.

O uso de comentários invasivos sobre a intimidade em contextos desconectados com a prática, paradoxalmente alinhado com a ausência de perguntas sobre práticas sexuais em momentos nos quais isso define o cuidado, revela uma falta de implicação do saber médico hegemônico com a diferença. Reforça, em alguma medida, (embora nem sempre verbalizada como tal), a patologização das dissidências sexuais, porquanto não legitimam como dignas de respeito e cuidado as sexualidades e identidades que divergem da cis-heteronorma.

Destaco que a região, onde selecionamos participantes, conta com uma escola federal de Medicina e um programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade. A presença de um polo formador influencia na assistência na região, pois se fomenta a especialização de generalistas, sua fixação no local e a educação continuada pelo contato com discentes e especialistas. Esse ciclo pode ser identificado como fator contribuidor para a percepção de um bom cuidado prestado. Essa satisfação com serviços com o profissional aparece tanto em contextos acerca da revelação para profissionais sobre sua orientação sexual/de gênero, como na identificação de um serviço de porta aberta. Assim, identifico que o contato entre ensino e saúde pode constituir uma via significativa para um cuidado menos disformizante, uniformizante ou deformador, e cada vez mais humanizado e atento, questionador, promotor de um SUS fortalecido e equânime.

Adicionalmente, gostaria que este mergulho na saúde das mulheres lésbicas e bissexuais e homens trans possa ser encarado como uma preliminar em um oceano de ciência não apenas cis-heteronormativa, como centrada também no falo. Para produzir uma ciência que contemple toda diversidade e que exalte as diferenças, é preciso mirar a margem. Por isso, exalto com esse trabalho as vulvas, as bocetas, seus desejos, sobretudo quando não se conformam. É preciso se aquecer pelas preliminares, sobretudo convém ir além e mergulhar

mais fundo. Até porque não pretendemos esgotar aqui o tema, ao contrário, sugerimos um maior aprofundamento nas transmasculinidades, que seguem menos visíveis que existências trans de mulheres trans e travestis. Vale ressaltar que ainda há uma lacuna a ser preenchida acerca de estudos sobre mulheres bissexuais, especialmente se levarmos em conta que, em sua maioria, os estudos que abordam o B do LGBTI+ o fazem em conjunto com mulheres lésbicas, homens gays, ou toda a sigla. Acrescento também que entendo a importância de perscrutar singularidades de pessoas LGBTI+ em diferentes regiões do país, em especial nas margens, isto é, nas periferias, longe das grandes cidades, nos bravios sertões, onde o conservadorismo pode ter nuances mais sedimentadas.

Por fim, esperamos que as reflexões aqui tecidas possam se desdobrar em outras, potencializando as discussões sobre o tema que lançamos ao debate nessa dissertação de mestrado. O cuidado é um direito de tudo e de todos que vivem sob o céu. No entanto, paradoxalmente, cuidar tem se mostrado como uma competência que precisa ser aprendida, ou quem sabe, ser ensinada, desde a mais tenra idade.

Neste trabalho utilizamos os vocábulos cuidados e saúde de forma recorrente. Isso traz à luz e revela o foco de nossa abordagem, o eixo de nossa preocupação. Portanto, esperamos que as narrativas aqui apresentadas alcancem uma escuta atenciosa e reflexiva, muito mais que uma leitura passiva. Pois por trás de cada história compartilhada, uma voz gritou, pediu, formulou e ecoou um desejo, enfim, conclamou a todas(os) não só para um ouvir atencioso, mas para uma escuta que gere significados, que oportunize a construção, ou senão tanto, a percepção de uma alteridade que nos alinhe e nos certifique de que somos iguais em direitos à saúde, ao acolhimento, ao usufruto do nosso corpo e de nossa sexualidade.

A confirmação disso só é possível com ações concretas e cotidianas, sem as quais a felicidade e a possibilidade de vislumbrar nossa humanidade e o esplendor de nossas diferenças - as quais deveriam nos ampliar e não nos fazer encolher- só podem ser construídas nas relações de alteridade, de empatia e de respeito por si mesmo e pelo outro.

REFERÊNCIAS

- ADAM, B.D; HUSBANDS W; MURRAY, J; MAXWEL, J. AIDS optimism, condom fatigue, or self-esteem? Explaining unsafe sex among gay and bisexual men. **Journal of Sex Research**, 32(3), 238–248, 2005.
- AGUIÃO, Silvia. Não somos um simples conjunto de letrinhas: disputas internas e (re) arranjos da política “LGBT. **Cadernos Pagu**, p. 279-310, 2016.
- ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; PARENTE, Jeanderson Soares; BELÉM, Jameson Moreira; GARCIA, Cintia de Lima. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. **Saúde Debate**. vol 40, n. 109. May-Jun 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zhw6dGmhq7pnK4ycTNKrZRn/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez.2020.
- ALMEIDA, Guilherme. ‘Homens Trans’: Novos Matizes na Tizes na Aquarela das Masculinid as Masculinidades? **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.20, n. 2, p. 256, maio-agosto, 2012.
- ANDREADE, Juliane *et al*. Vulnerabilidades de mulheres que fazem sexo com mulehres à infecções sexualmemnte transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, p. 3809 -3819, 2020.
- ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saude soc**, n.1, p.256-270/2017/. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc.v.26>Acesso em: 10 maio. 2021.
- ATLAS DA VIOLÊNCIA. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.
- ÁVILA, Simone, GROSSI, Míriam Pillar. Maria, Maria João, João: Reflexões sobre a Transexperiência masculina. In: Fazendo Gênero 9: **Diásporas, Diversdade E Deslocamentos**, Florianópolis , 23 a 26 de agosto de 2010.
- BAILEY, J. V.; FARQUHAR, C.; OWEN, C. Bacterial vaginosis in lesbians and bisexual women. **Sex Transm Dis**. V. 31, n.11, p. 691-694, 2004.
- BAKER, K. BEAGAN, B. Making aassumpotions, making space: an antropological critique of cultural competency and its relevance to queer patients. **Med. Antropol Q**, n. 28, v. 94, p. 578-598, 2014.
- BARBARA, Ângela M; QUANDT, Sara A; ANDERSON, Roger T. Experiences of lesbian in the health care enviromment. **Women & Healyh**, v.34, n.1, p.45-62, 2001.

- BARBOSA, Regina Maria; KOYAMA, Mitti Ayako Hara. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.7, p. 1511-4. 2006.
- BARBOSA E FACCHINI (2006) BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. **Mulheres, Cuidados à Saúde, Gênero e Diversidade Sexual**. Relatório de pesquisa. Campinas, 2003.
- BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl 2, p. 291-300, 2009.
- BARBOSA, M. R.; KOYAMA, M. A. H. **Mulheres que fazem sexo com mulheres**: algumas estimativas para o Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1511-1514, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000700015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 mar. 2021.
- BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. **Mulheres, Cuidados à Saúde, Gênero e Diversidade Sexual**. Relatório de pesquisa. Campinas, 2006.
- BATISTA, Daniela Conegatti; SOUZA, Jane Felipe de. A lesbianidade materializada nos corpos (nem tão) femininos. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 81-100, 2019.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**: fatos e mitos. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.
- BENJAMIN, W. Sobre o conceito da História. In: Benjamin W. **Obras escolhidas I**. Magia e técnica, arte e política. 7ª Edição. São Paulo: Brasiliense; pp. 222-234, 1994.
- BENTO, Berenice. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 549-559, maio/ago. 2011.
- BIRMAN, J. O rei está nu. Contrapoder e realização de desejo, na piada e no humor. **Psic. Clínica**, Rio de Janeiro, vol.22, n.1, p.175 – 191, 2010
- FERREIRA, Breno de Oliveira; BONAN, Cláudia Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n. 5 [Acessado 23 Junho 2021], pp. 1765-1778, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34492019>. Acesso em: 23 mar. 2021
- BOURDIEU, Pierre. **Escritos de educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998 (2010).
- BOZA, Crystal; NICHOLSON PERRY, Kathryn. Gender-related victimization, perceived social support, and predictors of depression among transgender Australians. **International Journal of Transgenderism**, v. 15, n. 1, p. 35-52, 2014.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001**. Brasília, DF: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Departamento de Apoio à Gestão Participativa / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_da_politica_LGBTI+_sgep.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. 3. ed. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. **NBR 6027**: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento: apresentação. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**, Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, (Série C – Projetos, Programas e Relatórios), 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**, 2008c. Disponível em: http://200.130.7.5/spmu/docs/Livreto_Mulher.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRAZ, Camilo. “Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35: 1-11, 2019b.

BROWN, J D. Mass media influences on sexuality. **Journal of Sex Research**. N.39, v.1, p. 42–45. 2002.

BUSIN, Valéria. Religião, sexualidade e gênero. **REVER – Revista de Estudos da Religião**, v. 11, n.1, 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rever/article/view/6032>. Acesso em: 19 fev. 2021.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade**. 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

BUTLER, Judith. *Défaire le Genre* Paris, Editions Amsterdam, 2006. *Bodies that Matter. On the discursive limits of "sex"*. New York, Routledge, 1993.

CALDEIRA, Érika Soares; LEITE, Máisa Tavares de Souza; RODRIGUES-NETO, João Felício. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. **Revista brasileira de educação médica**, v. 35, p. 477-485, 2011.

CAMARGO, Mária. Estudos Queere Secretariado: refletindo sobre percepções generificadas e hipersexualizadas na área secretarial. **Revista Expectativa**, Toledo/PR, v.20, n. 1, p. 136-152, jan./mar., 2021.

CAMPBELL, G. **A queer eye for the faceted guy**: how a universal classification principle can be applied to a distinct subculture. In: MCILWAINE, I. C. (Ed.). Knowledge organization and the global information society: Proceedings of the Eighth International ISKO Conference, London, England, July 13-16, 2004.

CANGUILHEM, G. **Le normal e le pathologique**. Paris: Press Universitaires de France, 1943.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CASE, K. A; MEIER, S. C. Developing allies to transgender and gender-nonconforming youth: Training for counselors and educators. **Journal of LGBTI+ Youth**, v.11, p. 62– 82, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/19361653.2014.840764>. Acesso em: 02 abr. 2021.

CAVALCANTI, C.D. **Visíveis e indivisíveis**: práticas e identidade bissexual. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

CHAN, Randolph CH; OPERARIO, Don; MAK, Winnie WS. Bisexual individuals are at greater risk of poor mental health than lesbians and gay men: The mediating role of sexual identity stress at multiple levels. **Journal of affective disorders**, v. 260, p. 292-301, 2020.

CHEN, Eva. Neoliberalism and popular women's culture: Rethinking choice, freedom and agency. **European Journal of Cultural Studies**, v. 16, n. 4, p. 440-452, 2013.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003b.

COLTON MEIER, S; FRITZGERALD, K.M; PARDO, S, T; BABCOOK, J. The effects of hormonal gender affirmation on mental health in female-to male transsexuals. **Journal of gay & Lesbian Mental Health**, v. 1, n. 3, p. 281-299, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP N° 001/99 de 22 de março de 1999. **Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual**. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf. Acessado em: 12 mar. 2021.

CORCORAN, Nova. Promoting health in lesbian and bisexual women: it is not just about behaviour change. **Journal of clinical nursing**, v. 26, n. 21-22, p. 3742-3750, 2017.

COREY, Sarah. All bi myself: Analyzing television's presentation of female bisexuality. **Journal of Bisexuality**, v. 17, n. 2, p. 190-205. 2017.

COSTA, Tânia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRYNSZPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo Borges. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface** (Botucatu), v. 10, n. 20, dez de. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>. Acesso em: 21 mar. 2021.

COX, Peter; MACNAIR, Ruth. Risk reduction as an accepted framework for safer-sex promotion among women who have sex with women. **Sexual Health**, v. 6, n. 1, p. 15-18, April. 2009.

DAHL C. **Experiência, narrativa e intersubjetividade**: o processo de restabelecimento (recovery) na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento nos centros de atenção psicossocial [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2012.

DANIEL, A *et al.* Preventive healthcare for women who have sex with women. **Am Fam Physician**, a, 1, v.95, n.5, p.314-321, March. 2017.

DE SOUZA MARCELINO, Sandra Regina. Entre o racismo e a lesbofobia: relatos de ativistas negras lésbicas do Rio de Janeiro. **Revista Gênero**, v. 16, n. 2, 2016.

DERRIDA, Jacques. *Margens da filosofia*. Porto: Rés-Editora.

HARPER, G. W; SCHNEIDER, M. (2003). Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities: A challenge for community psychology. **American Journal of Community Psychology**, n.31, p. 246 –252. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023906620085>. Acesso em: 25 mar. 2021.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Alma-Ata**. URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DIAMANT, AL; SCHUSTER, MA; LEVER, J. Receipt of preventive health care services by lesbians. **Am J Prev Med**, n.19, v. 3, p.141-148, 2000.

DOGVILLE. Lars Von Trier. **Ninfomaníaca**: Volume I. Nymphomaniac: Volume I. Lars Von Trier. Distribuidor: Zentropa Entertainment, 2013.

DOLAN, K. A.; DAVIS, P. W. Nuances and shifts in lesbian women's constructions of STI and HIV vulnerability. **SocSci Med**: v. 57, n. 1, p. 25-38, jul. 2003.

DORSO, L; MEIRE, I. Patterns and predicitions of disclosure of sexual orientations to healthcare providers among lesbians, gay men, and nisexuals. **Sex Res Social Policy**, n. 10, p. 35-42, 2013;

EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. **Witches, midwives, and nurses**: A history of women healers. Feminist Press. Chicago. 15th ed, 1973.

EISNER, Shiri. *Bi: Notes for a bisexual revolution*. Berkeley: Seal, 2013.

FACCHINI, Regina. “**Entrecruzando diferenças**: mulheres e (homo)sexualidades na cidade de São Paulo”. In: BENÍTEZ, María Elvira Díaz & FIGARI, Carlos Eduardo (eds.). **Prazeres dissidentes**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

FACCHINI Regina. "Não é nada fácil ser LGBTI+ no Brasil hoje". [Entrevista concedida a Felipe Mateus]. **Cultura e Sociedade**. UNICAMP. 17 maio de: 2021.

FACCHINI Regina; FRANÇA, Isadora Lins. **Direitos em disputa: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo** 1ª ed, 2020.

FADERMAN, Lilian. **Odd Girls and Twilight Lovers: A history of lesbian life in twentieth-century America**, s.l., Penguin Books, 1992.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**, v. 1, p. 151-171, 2013.

FÉBOLE, Daniele da Silva; MOSCHETA, Murilo dos Santos. A população LGBTI+ e o SUS: produção de violências no cuidado em saúde. In: **Simpósio Internacional em Educação Sexual: saberes/trans/versais currículos identitários e pluralidades de gênero**, n.5. Anais. 2017. Disponível em: 16 Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Acesso em: 10 jun. 2021.

FEDERICI, S. (2004). **O Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução: Coletivo Sycorax. SP: Elefante, 2017.

FERREIRA, B.O, BONAN, C. **Abrindo os Armários do Acesso e de Qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTI+T**. **Cien Saude Colet**, v.25, n. 5, Maio 2020). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/abrindo-os-armarios-do-acesso-e-da-qualidade-uma-revisao-integrativa-sobre-assistencia-a-saude-das-populacoes-LGBTI+t/17507?id=17507>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FERRIS, D. G. *et al.* A neglected lesbian health concern: cervical neoplasia. **J Fam Pract**, v. 43, n. 6, p. 581-584, 1996.

FISH, J. **Heterosexism in health and social care**. London, UK: Palgrave Macmillan, 2006.

FLOWERS *et al.*, 1999 - *Flowers, P., Hart, G. and Marriott, C. Constructing sexual health: Gay men and 'risk' in the context of a public sex environment. **Journal of Health Psychology**, v. 4, p. 483 – 495,1999.

FOUCAULT, M. (1976). **História da sexualidade I: a vontade de saber** (M. T. C. Albuquerque, J. A. G. Albuquerque, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Graal, 2010

FOX, Jesse; RALSTON, Rachel. Queer identity online: Informal learning and teaching experiences of LGBTI+Q individuals on social media. **Computers in Human Behavior**, v. 65, p. 635-642, 2016.

FREDERICKS, Erin; HARBIN, Ami; BAKER, Kelly. Being (in) visible in the clinic: a qualitative study of queer, lesbian, and bisexual women's health care experiences in Eastern Canada. **Health care for women international**, v. 38, n. 4, p. 394-408, 2017.

GALEN. Galen: **On the Usefulness of the Parts of the Body**. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1968.

GALENO (131-201) **Galeno de Pérgamo**. Peri chreias ton anthropou somati morion (Sobre la utilidad de las partes del cuerpo humano). Libro X, Cap. I-VI. Siglo IIAD.

GELEDÉS (2018) - **GELEDÉS: missão institucional**. **Geledés**, São Paulo, 10 abr. 2016. Disponível em: Disponível em: <https://bit.ly/3muUUL>. Acesso em: 02 abr. 2021.

GHABRIAL, Monica A. Trying to Figure Out Where We Belong: Narratives of Racialized Sexual Minorities on Community, Identity, Discrimination, and Health. **Sexuality Research and Social Policy**, n 14, v.1, March, 2017.

GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo gênero e sexualidade: um debate contemporâneo**. Petrópolis, Vozes, 2003.

GOLDBERG, Lisa; RYAN, Annette; SAWCHYN, Jodi *et al* (2009) - Feminist and Queer Phenomenology: A Framework for Perinatal Nursing Practice. Research, and Education for Advancing Lesbian Health. **Health Care for Women International**, v. 30, 2009.

GOLDFRIED, M. R; GOLDFRIED, A. P. The importance of parental support in the lives of gays, lesbian and bisexual individuals. **Psychotherapy in Practice**, v. 57, n.5, p. 681-693, 2001.

GOMES, Gonçalo; COSTA, Pedro Alexandre; LEAL, Isabel. Impacto do estigma sexual e coming out na saúde de minorias sexuais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 21, n. 1, p. 97-103, 2020.

GOOB, Ulrich. Concepts of bisexuality. **Journal of Bisexuality**, v. 8, n. 1-2, p. 9-23. 2008

GOOD, B. **Medicine, rationality, and experience**. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.

GOUGH, K. The origin of the family. **Journal of Marriage and the Family**. N. 33, p. 760–771, 1971.

GRAHAM, ROBERT, *et al*. **The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding**. Washington, DC: Institute of Medicine, v.10, p 13128, 2011.

GRANT, Ruby; NASH, Meredith. Navigating unintelligibility: Queer Australian young women's negotiations of safe sex and risk. **Journal of Health Psychology**, v. 23, n. 2, 2018.

GRUPO GAY DA BAHIA - GGB. **Relatório 2019: Assassinato de homossexuais (LGBTI+) no Brasil**. Salvador: GGB, 2019. Disponível em: <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2015/01/relatc3b3rio-2014s.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2021.

HALFORD, W. K., & MOORE, E. N. (2002). **Relationship education and the prevention of couple relationship problems**. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*. The Guilford Press, 1999.

HEREDIA-MARTÍNEZ, Henny Luz; ARTMANN, Elizabeth; NASCIMENTO, Marcos. Desvendando barreiras de gênero no acesso de adolescentes à informação sobre saúde sexual e reprodutiva na Venezuela. **Cad. Saúde Pública**, n.36, v.4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00193918>. Acesso em: 02 abr. 2021

HOBURG, Robin; KONIK, Julie; WILLIAMS, Michelle; CRAWFORD, Mary. Among Self-Identified Heterosexual College Students. **Journal of Bisexuality**, v 4, 2004. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278255349_ARQUIVO_Maria,MariaJoao.Joao040721010.pdf. Acesso em: 04 jun.2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA IPEA. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (Org.). **Atlas da violência 2019**. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, 2019.

JAEGER *et al.* **Formação Profissional Em Educação Física: Homofobia, Heterossexismo e as possibilidades de mudanças na percepção dos (s) estudantes**. Movimento (ESEFID/UFRGS), v. 25, p. 25040, 2019.

KHAN, Rida. **Minority in a minority: Life as a bisexual Sufi, fighting prejudice from all sides**. Disponível em: <https://www.abc.net.au/news/2018-10-23/life-as-a-bisexual-sufi-fighting-prejudice-from-all-sides/10391704>. Acesso em: 21/05/2021.

KRAFFT-EBING, R. **Psychopathia Sexualis: with Special Reference to Contrary Sexual Instinct: A Medico-LEGAL Study**. Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company, 1895.

LAMBE, J, CEREZ, A, O'SHAUGHNESSY, T. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**. N. 4, v.2, p. 218, 2017.

LE BRETON, D. **A Sociologia do corpo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

Lee R. Health care problems of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. **West J Med.**, n.172, v.6, p. 403-408, 2002.

LEVI-STRAUSS, Claude. A Família. In. Claude Lvi-Strauss. Melford Spiro & Kathlemmn Gough. **A família: Origem e evolução**, Coleção Rosa dos Ventos. Por to Alegre, Vila Martha, 1981.

LIMA, Rita de Lourdes. **A População LGBTI+ nas residências universitárias da Universidade Federal do Rio Grande Do Norte**. In: 6o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília: DF, 2019.

LIMA, Fátima. **Corpos, Gêneros, Sexualidades: políticas de subjetivação**. Porto Alegre: Reunida, 2014.

LIMA, F.; CRUZ, K.T. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 23, ago. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sess/a/ysH4rWB8QMgdW33DGqWtrpx/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 18 jun. 2021.

LIMA, Fátima. **Raça, gênero e sexualidades**: interseccionalidades e resistências viscerais de mulheres negras em contextos bio-necropolíticos. Organizadores: Everton Rangel, Camila Fernandes, Fátima Lima. - Rio de Janeiro (RJ): Papéis Selvagens, 2018.

LEITE, Kelma Lima Cardoso. Implicações da moral religiosa e dos pressupostos científicos na construção das representações do corpo e da sexualidade femininos no Brasil. **Cadernos Pagu**, n.49, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490022>. Acesso em: 17 maio. 2021.

LOGIE, Robin, Dacid, julian. EMDR - more than just a therapy for PTSD? **The Psychologist**, v. 27. n 7, p.512-516, 2014.

LOPES, José Mauro Ceratti, and D. L. Chaves. **Consulta e abordagem centrada na pessoa**. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. São Paulo: Artmed, p. 112-123, 2012.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós- -estruturalista. Rio de Janeiro: Vozes, 1997

LOURO, Guacira Lopes. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, Guacira (Org.). **O corpo educado – pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

LOURO, Guacira Lopes. Corpo, Escola e Identidade. **Revista Educação & Realidade**. v. 25, n. 2, 2000.

LOURO, Guacira Lopes. **Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação**.

Rev. Estudos Feministas, v. 9, n. 2, p. 541-553, 2001. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/64NPxWpgVkt9BXvLXvTvHMr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2021.

LOURO, Guacira. Lopes. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pró-Posições**, v. 19, nº 2, p. 17-23, maio/ago. 2008.

LOURO, Guacira. Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**: Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

MARQUES, OLIVEIRA E NOGUEIRA (2012). A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Revisão Ciênc saúde coletiva** 18 (7), Jul 2013.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700019>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MARRAZZO, J. M. Sexually transmitted infections in women who have sex with women: who cares? **Sex Transm Infect**, v. 76, n. 5, p. 330-332, 2000a.

MARRAZZO, Jeanne M; COFFEY, Patrícia S; BINGHAM, Allison. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**. Vol. 37, No. 1, Mar., 2005.

MARTIN, A. D. and HETRICK, E. The Stigmatization of the Gay and Lesbian Adolescent. **Journal of Homosexuality**, v. 15, n.1-2, p.163-183, 1988

SANTOS, Manoel Antônio dos *et al.* Transexualidade, ordem médica e política de saúde: controle normativo do processo transexualizador no Brasil. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 03-19, 2019.

MCKENNA, K. Y. A.; BARGH, J. A. Coming out in the age of the Internet: Identity "demarginalization" through virtual group participation. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 75, n. 3, p. 681–694, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.3.681>. Acesso em: 19 mar. 2021.

BUTLER, Judith. *Défaire le Genre* Paris, Éditions Amsterdam, 2006.
Bodies that Matter. On the discursive limits of "sex". New York, Routledge, 1993.

DERRIDA, Jacques. **Margens da filosofia**. Porto: Rés-Editora.

MCKINNON, Catherine, "Feminism, Marxism, Method, and State: An Agenda for Theory", **Signs**, v.7, p.51 5- 541, 1982.

MCNAIR, Ruth P. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. **Medical Journal of Australia**. v. 178, n. 12, p. 643-645, 2003.

MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidade, Salud e Sociedad**, n.9, p. 7-28, 2011.

MELO, Andréa Silene Alves Ferreira; BARZANO, Marco Antônio Leandro. Histórias de vida: uma análise do papel e da influência da família e da religiosidade sobre gênero e sexualidade. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto) biográfica**, v. 5, n. 15, p. 1387-1406, 2020.

MISKOLCI (2018) - MISKOLCI, Richard. **Desejos digitais: uma análise sociológica da busca por parceiros online**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

MORÉ, Carmen Leontina O. O. A "entrevista em profundidade" ou "semiestruturada", no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In **Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa, CIAIQ2015** - Atas do CIAIQ, v. 3: Atas - Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais, pp.126-131, 2015. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>. Acesso em: 19 fev. 2021.

MOSCHETA, M. S.; FÉBOLE, D. S.; ANZOLIN, B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.7, n. 3, p.71-83, 2016.

MOORE, Susan; HATFORD, Andrea Parker. Barriers to safer sex beliefs and attitudes among male and female adult heterosexuals across four relationship groups. **Journal of health psychology**. March 1, 1999. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/135910539900400210>. Acesso em: 10 fev. 2021.

OLIVEIRA, J. M., Pereira, M., Costa, C. G., & Nogueira, C. Pessoas LGBTI+ – Identidades e discriminações. In C. Nogueira & J. M. Oliveira (Eds.), **Estudo sobre a discriminação em Função da orientação sexual e da identidade de gênero** (pp. 149-210). Lisboa, Portugal: comissão para a Cidadania e Igualdade de Gênero, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa, *et al.* **Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur**, Walter Benjamim e da antropologia médica." *Ciência & Saúde Coletiva* 18, pp. 2847-2857, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Ginebra: OMS; 1978. Disponível em <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/de-claracion-de-alma-ata.pdf>. Acesso em: 23 abr.2021.

ORWELL, G. **A Revolução dos Bichos**. São Paulo: Círculo do Livro, 1945.

PALMA, Y. A; Levandowski, D. C. Vivências pessoais e familiares de homossexuais femininas. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 4, p. 771-779, 2008.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Tradução Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBTI+) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 23, p. 1-15, 2019.

PEREIRA, H., & LEAL, I. Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. **Análise Psicológica** v. 3, n. XXIII, p. 315-318, 2005.

PINTO, Nádia Perez. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos desfeitos. **Cadernos Pagu**, n. 28, p. 149-174, jan./jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/knKyktZNBtwJrkF9dL3zvbB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2021.

POWER, Jennifer; MCNAIR, Ruth; CARR, Susan. Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. **Culture, health & sexuality**, v. 11, n. 1, p. 67-81, 2009.

PRADO, Vagner Matias do; RIBEIRO, Arilda Inês Miranda. "Homofobia e educação sexual na escola: percepções de homossexuais no ensino médio". **Revista Retratos da Escola**, Brasília, v. 9, n. 16, p. 137-152, jan./jun. 2015.

PESSOA, Sônia Caldas *et al.* **Desigualdades, gêneros e comunicação**. São Paulo: Intercom, 2019.

PRIORI, Mary Del (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 8ªed. São Paulo: Contexto, 2006a.

RAIMONDI, G. A.; PAULINO, D. B.; TEIXEIRA, F. B. O que importa? As Pesquisas Brasileiras no Campo da Saúde e as (In)visibilidades das Travestis e Transexuais. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 133-146, 2016.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Saúde das mulheres lésbicas**: promoção da equidade e da Saúde das mulheres lésbicas integralidade. Belo Horizonte, 2006.

RICH, Adrienne. **Heterossexualidade compulsória e existência lésbica & outros ensaios**. Rio de Janeiro: A Bolha, 2019.

RICHTER, S.H.; GARNER, J.P.; AUER, C.; KUNER, J.; WÜRBEL, H. *Nat. Methods*. n. 7, p. 167–168, 2010.

RODRIGUES, Julliana Luiz; FALCÃO, Marcia Thereza Couto. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in) visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e181062, 2021.

ROSARIO, M., Schrimshaw, E. W. & Hunter, J. A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: Longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. **AIDS Education & Prevention**, v. 18, n.5, p. 444-460, 2006.

RUFINO, Andréa Cronemberger; MADEIRO, Alberto; TRINIDAD, Adriana, SANTOS, Raiza; FREITAS, Isadora Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, n. 27, v.4, nov, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400005>. Acesso em: 11 abr. 2021.

SAGGESE, G. S. R. Quando o armário é aberto: visibilidade, percepções de risco e construção de identidades no coming out de homens homossexuais, In: Fazendo Gênero – Corpo, **Violência e poder**, Florianópolis. Anais do Fazendo Gênero 8. Florianópolis, Santa Catarina: UFSC, 01-07, 2008.

WOLFF, Cristina Scheibe; SALDANHA, Rafael Araújo. **Gênero, sexo, sexualidade**: categorias do debate contemporâneo. Revista Retratos da Escola, Brasília, v. 9, n. 16, p. 29-46, jan./jun. 2015.

SAMPAIO, L. L. P; COELHO, M. T. A. D. Transexualidade: Aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. **Interface** (Botucatu), 16(42), p. 637-649, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300005>. Acesso em: 19 mar. 2021.

SANTOS, Manoel Antônio dos *et al.* Transexualidade, ordem médica e política de saúde: controle normativo do processo transexualizador no Brasil. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 03-19, 2019.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & realidade*, v. 20, n. 2, 1995.

SEDGWICK, E. K. (2007). A epistemologia do armário. **Cadernos Pagu**, v. 17,n. p. 19-54, 2007.

SILVA LKM; SILVA ALMA, COELHO, A. A; MARTINIANO, C S. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis** [Internet]. 2017 [acesso em 2017 Jun 17];27(3):835-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300835&lng=p. Acesso em: 25 abr. 2021.

SOLAR, O; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. **Social Determinants of Health**. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.

SOUZA *et al.* **Projeto transexualidades e saúde pública no brasil: entre e invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans**. Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBTI+ (NUH-UFGM) Departamento de Antropologia e Arqueologia (DAA-UFGM), 2015. Disponível em: <http://www.nuhufmg.com.br/homens-trans-relatorio2.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

SOUSA, Allan Ratts de. **Homossexualidade(s) e psicanálise: debates entre os primeiros psicanalistas**. 2020. 132f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Fortaleza (CE), 2020.

STEIN, G. L; BONUCK, K. A. Physician-patient relationships among the lesbian and gay community. **Journal of the Gay & Lesbian Medical Assn**, v. 5, n. 3, p. 87–93, 2001.

STROMQUIST, Nelly P. “Políticas públicas de Estado e equidade de gênero. Perspectivas comparativas”. **Revista Brasileira de Educação**, n. 1, p. 27-49, jan./abr. 1996

SZYMANSKI, Heloisa. **A relação família/escola: desafios e perspectivas**. Brasília, 2009.

TELES, Lanna Moura Sá; ADI, Ashjan Sadique. **Hipersexualização das Mulheres Negras: aspectos sócio-históricos e a influência da mídia**. (2020).

TELES, Lanna Moura Sá; ADI, Ashjan Sadique. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (6:27min). **Publicado pelo canal Sem Neurose**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wFzd9Yo91A>. Acesso em: 18/04/2021.

UNICEF. Declaração Universal dos Direitos da Criança. **Direitos negados: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil**[organização Fundo das Nações Unidas para a Infância: coordenação Helena Oliveira]. – 2. ed. – Brasília, DF: UNICEF, 2006.

Val, Alexandre Costa *et al.* “Nunca Me Falaram sobre Isso!”: o Ensino das Sexualidades na Perspectiva de Estudantes de uma Escola Federal de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 43, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190140>. Acesso em: 17 mar. 2021.

VAN DAM *et al.* Lesbian disclosure to health care providers and delay of care. **J Gay Lesbian Med Assoc**. n. 5, v. 1, p. 11-19, 2001.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Jorge Zahar Editor, 1987.

WEINBERG, M. S; WILLIAMS, C; PRYOR, D. W. **Dual attraction**: Understanding bisexuality. New York: Oxford University Press. 1994.

WAKEFORD - Wakeford N. New Technologies and Cyber-queer" Research. In Richardson D, Seidman S (eds.) **Handbook of Lesbian and Gay Studies**. London, SAGE, 2002.

WITTIG, Monique. **O Pensamento Hetero**. 1980. Disponível em:
http://www.geocities.com/girl_ilga/documentos.htm, Acesso em: 11 mar. 2021.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Corpos livres: O discurso dominante sobre a saúde da mulher e a (in)visibilidade das necessidades das minorias sexuais e de gênero.

O formulário Corpos livres: O discurso dominante sobre a saúde da mulher e a (in)visibilidade das necessidades das minorias sexuais e de gênero não aceita mais respostas.

Entre em contato com o proprietário do formulário se você achar que isso é um erro.

1.Nome completo: _____

2.Data de nascimento: __/__/____

3. Raça/Etnia:

- Negra
- Parda
- Indígena
- Branca
- Asiática
- Prefiro não dizer
- Preta

4. Sexo Designado ao Nascer:

- Feminino
- Masculino
- Intersexo
- Prefiro não dizer
- 5. Identidade de gênero atual:
- Mulher cisgênera
- Não binário
- Homem trans
- Trans masculino
- Prefiro não dizer

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO (Cont)

6. Orientação sexual:

- Lésbica
- Bissexual
- Gay
- Pansexual
- Assexual
- Heterossexual

7. Renda mensal:

- Até R\$ 1000,00
- R\$1000,00 - R\$2500,00
- R\$2500,00 - R\$4000,00
- R\$4000,00 - R\$5500,00
- R\$5500,00 - R\$7000,00
- R\$7000,00 - R\$8500,00
- R\$8500,00 - R\$10000,00
- de R\$ 10000,00 a R\$15000,00

8. Religião:

- Sem religião
- Atéia/Ateu
- Católico
- Protestante/Evangélico
- Umbandista
- Candoblecista
- Kardecista

9. Escolaridade:

- Até o 4o ano do ensino básico
- Até o 8o ano do ensino básico
- Ensino Médio / 2o grau completo
- Ensino superior em curso /Ensino Superior incompleto

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO (Cont)

- Ensino superior completo
- Pós-graduação

10. Profissão / Ocupação atual:

11. Moradia:

12. Estado civil:

- Solteira/Solteiro/Solteire
- Casada /Casado/Casade
- Morando junto com a/o parceira/o
- Namorando/ vivendo em casas separadas

13. Vínculo a serviços de saúde

- SUS
- Convênio
- Particular

14. Uso de serviços de saúde nos últimos 36 meses e motivos de procura:

15. Meio para contato (telefone/ e-mail / outro)

APÊNDICE B - TABULAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Participante/Variáveis	LOISE	GABI	BIA	TIAGO	QUEL	IGOR
Idade	24	39	32	27	23	24
Etnia	Negra	Preta	Branca	Branco	Negra	Negro
Identidade de gênero/ Orientação	Mulher cis Lésbica	Mulher cis Lésbica	Mulher cis Bissexual	Homem trans heterossexual	Mulher cis Bissexual	Homem trans heterossexual
Renda mensal	<1000,00	Entre 1000 - 2500	<1000	outro zero	<1000	1000-2500
Religião	Candomblecista	Sem religião	Sem religião	Candomblecista	Nenhum	Católico
Escolaridade	Superior em curso/incompleto	Superior em curso/incompleto	Superior completo	Superior completo	Superior em curso/incompleto	Superior em curso/incompleto
Ocupação atual	Estudante	Estudante	Free lancer	Desempregado	Estudante	Operador de produção
Condições da moradia	> 4 cômodos saneamento eletricidade	> 4 cômodos saneamento eletricidade	> 4 cômodos saneamento eletricidade	> 4 cômodos saneamento eletricidade	> 4 cômodos saneamento eletricidade	> 4 cômodos saneamento eletricidade
Vínculo a serviço de saúde	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS/Convênio
Estado civil atual	Solteira	Solteira	Solteira	Solteiro	Solteira	Solteiro

21

²¹ Nomes fictícios estão sendo usados para preservar o sigilo dos participantes

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você para participar, como voluntária, da pesquisa denominada: *Corpos livres: O discurso dominante sobre a saúde da mulher e a (in)visibilidade das necessidades das minorias sexuais e de gênero desenvolvida pela pesquisadora Bruna Schneider Pinto Coelho junto ao Programa de Mestrado Profissional de Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ em Parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, na Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP.* O objetivo principal da pesquisa é compreender as experiências por parte das minorias sexuais e de gênero nascidas com vulva acerca da postura de profissionais e serviços de saúde, nas situações em que demandam por cuidados à Saúde da Mulher. Você não tem obrigação de participar da pesquisa e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Se não quiser participar não haverá nenhum prejuízo para você e nem para sua relação com o pesquisador ou com os profissionais de saúde das unidades. Você foi convidada por ser do grupo de interesse da pesquisa: pessoas adultas, maiores de 18 anos, que se reconheçam como representada por minorias sexuais e de gênero nascidas com vulva (podendo-se incluir identidade lésbica, bissexual, homem trans, pessoa trans masculina, trans não binária ou outras identidades não enumeradas aqui; ou ainda que se identifiquem como mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres – MSM – designação de comportamento que independe da orientação sexual); e provenientes da região compreendida pelos municípios de Ouro Preto, Mariana e Itabirito. Sua participação no estudo consistirá em RESPONDERA UMA ENTREVISTA INDIVIDUAL sobre suas como se posicionam os profissionais e serviços de saúde em consultas com pessoas com vulva fora de padrões normativos de gênero e sexualidade. A entrevista será realizada em dia e local previamente definido por você em conjunto com a pesquisadora, com uma duração de mais ou menos 60 - 120 minutos. A pesquisa representa um risco mínimo de exposição de possíveis fatos pessoais aos pesquisadores. Para minimizar esse risco, seu nome não será divulgado e nem as informações individuais que forem fornecidas. Sendo que se você se sentir desconfortável em responder alguma(s) pergunta(s), você tem a liberdade de não responder ou interromper a sua participação em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu atendimento. Você tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista/conversa em grupo, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. Você não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Os dados e instrumentos da pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora, em arquivo pessoal protegido por senha e será guardado por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Sua participação na pesquisa poderá auxiliar no conhecimento sobre o atendimento de saúde e assim, ajudar na promoção da saúde LGBTI+.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora e outra será fornecida a você.

Eu, _____, fui informada(o) dos objetivos do projeto de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar informações e poderei modificar a decisão de participar. Declaro que concordo em participar desse projeto. Recebi uma cópia desse termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

Nome: _____

Endereço/Telefone:

Estamos à disposição para maiores esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa:

BRUNA SCHNEIDER PINTO COELHO

Telefone (31) 98433.5346

Email brspcoe@gmail.com

O Comitê de Ética Pesquisa da UFOP também poderá ser consultado, em caso de dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa: Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética - UFOP: Centro de Convergência, Campus Universitário. UFOP. CEP 35400-000 | Ouro Preto - MG, Brasil Telefone: (31) 3559-1368 | E-mail: cep@propp.ufop.edu.br