

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Ingrid Alves Conceição

**Orientação sexual e acesso à saúde:
o estigma como barreira ao exercício de direito social**

MESTRADO EM COMUNICAÇÃO HUMANA E SAÚDE

**SÃO PAULO
2024**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Ingrid Alves Conceição

**Orientação sexual e acesso à saúde:
o estigma como barreira ao exercício de direito social**

Dissertação apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Comunicação Humana e Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza.

**SÃO PAULO
2024**

Banca Examinadora

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) –
Código de Financiamento

001 – 88887.840272/2023-00.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que sonhou e sonha todos os meus sonhos, e não permite que, em momento nenhum, eu desista.

Agradeço a minha esposa Larissa Alves Conceição, que passou noites em claro ao meu lado e, mesmo quando eu achei que não conseguiria, segurou minha mão e me mostrou que tudo ficaria bem.

Agradeço ao meu orientador, Dr. Luiz Augusto de Paula Souza, que sempre com muita paciência me orientou e esteve comigo do início ao fim deste trabalho.

Agradeço à professora Edna Peters Kahhale que, ao aceitar participar desde a pré-qualificação, contribuiu de forma leve, inspiradora e com palavras de apoio, fazendo com que esse trabalho acontecesse.

Agradeço à PUC-SP que, como uma mãe, me acolheu desde a graduação.

RESUMO

Este trabalho descreve e analisa uma certa problemática do acesso à saúde por sujeitos LGBTQIAP+: a percepção que eles têm sobre a presença ou não de algum tipo de discriminação (explícita e/ou sutil) para acessar os serviços de saúde, bem como em relação aos efeitos pessoais e sociais que eventuais estigmas e consequentes discriminações produzem sobre suas vidas.

Partiu-se de um panorama de aspectos e dimensões morais, disciplinares e biopolíticos ligados à sexualidade, que configuram, a partir da modernidade ocidental, o contexto a partir do qual os estigmas e as discriminações assentam-se. Também foi constituído um quadro de referências sobre questões LGBTQIAP+ no campo da saúde, sobretudo em termos de avanços normativos e nas políticas públicas que, direta ou indiretamente, ampliam a malha de possibilidades de exercício do direito à saúde por essa população, mas que são, em alguma medida, obstaculizadas por estigmas e discriminações renitentes, que se voltam às sexualidades não-normativas.

Trata-se de um estudo descritivo, com uma amostra não-intencional de sujeitos LGBTQIAP+, sobre a percepção acerca de eventual discriminação e estigmatização no acesso a serviços de saúde em razão do gênero e da orientação sexual. Os dados foram levantados por meio de consulta digital com sujeitos LGBTQIAP+ e correspondem a uma camada inicial de enfrentamento da problemática em questão. Nesse sentido, ao contrário de uma reflexão mais exaustiva, a busca foi por construir um estudo que permitisse verificar a hipótese de impacto relevante das discriminações e dos estigmas ligados à sexualidade ou, mais precisamente, às orientações sexuais não-normativas, ao ponto de interferirem negativamente no exercício de um direito social fundamental, o direito à saúde. A percepção dos sujeitos LGBTQIAP+ permitiu verificar, de fato, forte incidência de estigmas, e de discriminações deles derivadas, no acesso à saúde.

Palavras-chave: acesso à saúde; saúde da comunidade LGBTQIAP+; direito à saúde

ABSTRACT

This paper describes and analyses a specific issue of access to health care for LGBTQIAP+ people: their perceptions of the presence or absence of some form of discrimination (explicit and/or subtle) in accessing health services, as well as the personal and social impact that possible stigmas and consequent discrimination have on their lives.

We began with an overview of the moral, disciplinary and biopolitical aspects and dimensions related to sexuality that have shaped the context in which stigma and discrimination have arisen since Western modernity. A reference framework has also been established for LGBTQIAP+ issues in the field of health, particularly with regard to regulatory advances and public policies that, directly or indirectly, widen the network of possibilities for this population to exercise their right to health, but which are to some extent hindered by stigmas and recalcitrant discrimination against non-normative sexualities.

This is a descriptive study with a convenience sample of LGBTQIAP+ people on their perceptions of potential discrimination and stigmatisation in accessing health services on the basis of gender and sexual orientation. The data were collected through a digital consultation with LGBTQIAP+ individuals and represent a first level of addressing the issue at hand.

In this sense, as opposed to a more exhaustive reflection, the aim was to construct a study that would allow us to verify the hypothesis that discrimination and stigmas related to sexuality, or more precisely to non-normative sexual orientations, have a significant impact on the exercise of a fundamental social right, the right to health. The perceptions of LGBTQIAP+ people have shown that there is a high incidence of stigma and discrimination in access to health care.

Keywords: access to health; health of the LGBTQIAP+ community; right to health

SUMÁRIO

Introdução	10
Capítulo 1: Revisão de Literatura	14
Estigma, sexualidade e saúde	19
Capítulo 2: Método	37
Delineamento do estudo	37
Critérios de inclusão e exclusão	38
Capítulo 3: Resultados e Discussão	33
Considerações finais	61
Referências Bibliográficas	63
Anexos	68
Formulário sobre estigma no Acesso a Saúde	68
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	77

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Formulário sobre estigma no Acesso a Saúde.....	68
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	77

INTRODUÇÃO

Escrevo esse texto a partir de uma certa posicionalidade, que será mais bem explicada na sequência. Adoto a perspectiva de Hulko (2009) sobre a noção de posicionalidade, ela refere-se aos diversos níveis de privilégio ou opressão que pessoas experimentam em virtude da intersecção de dimensões específicas, como raça, etnia, classe social, gênero, orientação sexual, idade, entre outras. Portanto, a posicionalidade, seja ela central ou periférica, é determinada pelas interseccionalidades que compõem a nossa identidade, ou seja, é composta pela coexistência e pelas formas de hierarquia e subordinação entre diferentes fatores sociais, que se interseccionam em contextos históricos específicos, nas diversas e indissociáveis dimensões da vida social (*id. Ibid.*).

Partindo daí, este trabalho deriva de uma tripla condição pessoal: sou mulher, lésbica e negra, experimento na pele – inclusive nas práticas cotidianas mais triviais – efeitos concretos de estigmatizações sociais relativas à raça, à sexualidade e ao gênero. Sou também fisioterapeuta e, na condição de profissional de saúde, observo que, apesar de importantes avanços formais em relação a direitos da população LGBTQIAP+¹ no campo da saúde, a alteração da cultura e das mentalidades heteronormativas e heterossexistas está longe de acompanhar as ainda insuficientes conquistas de direitos nos planos formais nas instituições de saúde, como de resto no conjunto das práticas e das instituições da sociedade.

Ao mesmo tempo, na convivência com pessoas LGBTQIAP +, reparo que as violências de gênero, quando não são realizadas de forma fisicamente brutal contra nossos corpos, são naturalizadas ou, ao menos, não geram o

¹ - O uso da abreviatura LGBTQIAP+ reflete a denominação atual utilizada para designar a pluralidade e a multiplicidade de gêneros não-dominantes. Como sabemos trata-se de um termo variável, que pode se desdobrar (e se desdobra) na medida em que inclui outros gêneros. No entanto, na revisão teórica, os textos e contextos referidos referem-se – a depender do período e do contexto em que foram escritos – também às abreviaturas LGBT e LGBTQIA+. Mantivemos as denominações tal como aparecem nos textos visitados.

mesmo nível de indignação por parte das vítimas. Quando as violências são exercidas de maneira relativamente mais sutil ou dissimulada, por exemplo, sob o anteparo supostamente técnico de certas funções, como as dos profissionais de saúde, a violência heterossexista é, de certa forma, tolerada ou “engolida” por uma parte das pessoas LGBTQIAP+, chegando ao ponto de sequer ser percebida por algumas delas.

Muitas vezes senti, de forma direta ou indireta, violências ao meu corpo, que fizeram com que refletisse sobre como as vulnerabilidades experimentadas por pessoas LGBTQIAP+ são, muitas vezes, invisibilidades nos espaços em que circulam, apesar dos olhares de estranheza que se voltam a elas ao adentrar os espaços institucionais. Pessoalmente, tenho a sensação de não-pertencimento, seja pela cor da pele, pela sexualidade ou pelo fato de ser mulher; em verdade, por tudo junto. Vivenciando tudo isso e entre várias outras questões, comecei a pensar, no âmbito de minha atividade profissional, no quanto os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com a diversidade, ainda mais quando se trata de relacionar-se com pessoas com sexualidades não-normativas.

Trabalho em um Centro Especializado de Reabilitação (CER) localizado na periferia da zona norte da cidade de São Paulo, região onde a população é, majoritariamente, negra e da classe baixa. Os estigmas e as discriminações ligados à pobreza, à raça e à sexualidade são vários e nefastos, vão da suposta inferioridade do pobre, do negro, da mulher, da “bicha”, da “sapatão” e do “traveco” até às estigmatizações dadas pelas absurdas e nauseantes ideias de também supostas naturezas: ou indolente, ou vagabunda, ou lasciva, ou de fraqueza de caráter desse ou daquele segmento, e de outros grupos discriminados e/ou pobres da sociedade.

Na condição de profissional do Sistema Único da Saúde (SUS) é ainda mais doído observar que tais estigmas são incorporados e reproduzidos por profissionais de saúde, por parte das próprias vítimas e também nas regiões pobres e destituídas da cidade: os oprimidos, várias vezes, assumem como seus imperativos morais e sociais que os oprimem, uma alienação produzida pelas classes sociais e pelas pessoas que se beneficiam dela, mantendo ativos, fortes e vigorosos os estigmas, as discriminações e, por meio deles,

naturalizando e facilitando a opressão e a manutenção dos privilégios de classe, de raça e da heterossexualidade masculina e machista.

A partir desse contexto vivencial percebo que – não só no serviço de saúde em que trabalho, mas também nos outros serviços de saúde –, desde a chegada, as pessoas LGBTQIAP+ são as mais visivelmente estigmatizadas, em geral aquelas cuja orientação sexual é evidente, em função das roupas, dos modos de falar e/ou andar, etc. A sexualidade, pela centralidade do desejo na estruturação dos valores, relações e dinâmicas sociais, e talvez por atravessar as classes sociais e as raças, parece ser uma dimensão que aguça e “arrepia” sensibilidades e padrões morais, fazendo com que, às vezes, as pessoas reajam mais imediatamente e sem filtros em função de seus preconceitos e formas de estigmatização.

Claro que essa percepção se dá a partir de minhas vivências empíricas, não tem caráter metódico e sistemático. Daí também a motivação em elaborar uma pesquisa que, no nível, no tempo e sob as condições de um mestrado, permitisse checar e sistematizar a percepção de um grupo maior de pessoas LGBTQIAP+, para além do círculo mais restrito de minhas relações e dos ambientes e situações sociais das quais participo, buscando contribuir com a necessária ampliação da reflexão dos profissionais de saúde em relação aos estigmas e às discriminações que, muitas vezes, reproduzem e impõem a esse segmento da população, bem como tentando oferecer alguma colaboração às pessoas LGBTQIAP+ em termos de informação e reflexão sobre a situação em que vivemos cotidianamente, para ajudar na conquista de avanços em nossos processos de emancipação social.

Nessa medida, a opção da pesquisa foi por um recorte específico como **OBJETIVO do estudo**, que é o de descrever e analisar uma certa problemática do acesso à saúde por sujeitos LGBTQIAP+: a percepção que eles têm sobre a presença ou não de algum tipo de discriminação (explícita e/ou sutil) para acessar os serviços de saúde na cidade em que residem, bem como em relação aos efeitos pessoais e sociais que eventuais discriminações produzem sobre suas vidas.

Para realizar o trabalho, na revisão teórica, foi traçado um breve panorama de aspectos e dimensões morais, disciplinares e biopolíticos

(especialmente sobre a sexualidade) que configuram, a partir da modernidade ocidental, o contexto a partir do qual os estigmas e as discriminações assentam-se. Naturalmente, também foi reunido um conjunto de informações sobre questões LGBTQIAP+ no campo da saúde, sobretudo em termos de avanços normativos e nas políticas públicas que, direta ou indiretamente, ampliam a malha de possibilidades de exercício do direito à saúde por essa população.

Sem pretensão de exaustividade, a revisão teórica buscou apenas traçar um quadro de referências que permitisse abordar e discutir os dados levantados pela pesquisa; dados que foram coletados a partir de amostra não-intencional de sujeitos LGBTQIAP+ que se dispuseram a participar do estudo.

Na sequência, é apresentado um capítulo sobre o método, cujo desenho é de um estudo descritivo (com uma amostra não-intencional de sujeitos LGBTQIAP+) sobre a percepção acerca de eventual discriminação e estigmatização no acesso a serviços de saúde em razão do gênero e da orientação sexual. O capítulo sobre o método é seguido pelo capítulo de apresentação e discussão dos resultados do estudo, no qual a percepção dos participantes da pesquisa é exposta e escrutinada à luz de conceitos e posições assumidos na revisão teórica, e também em função da posicionalidade enunciada logo de saída, a qual sugere uma condição empática, de verdadeira implicação com o sofrimento desses sujeitos sociais.

REVISÃO DE LITERATURA

A história ensina que há variações nos modos de lidar com as diferenças ao longo do tempo e em função de características e interesses políticos, econômicos, religiosos..., e de seus efeitos – digamos assim – morais nas sociedades. Diferenças individuais, étnicas, racializadas e sociais podem dar (e com frequência dão) suporte à reações e condutas díspares: acolhimento, admiração, inclusão... ou estranhamento, temor, discriminação, preconceito e exclusão social.

As reações negativas ou aversivas às diferenças, muitas vezes, produzem ou ativam estigmas: marcas simbólicas que recaem sobre os sujeitos-alvo do preconceito e da discriminação. Neles são “colados” atributos e, ao mesmo tempo, aqueles que estigmatizam conferem o “lugar” ou categoria social ao estigmatizado, fazendo com que a estigmatização ganhe efetividade, cumprindo o propósito de desvalorização e desqualificação de condutas, da cidadania e até da humanidade dos sujeitos-alvo do estigma. Segundo Omote (2004), a homoafetividade, a prostituição, as deficiências, a bruxaria, certas etnias e, acrescentamos, a pele negra e o sexo feminino são exemplos históricos fartamente documentados desse fenômeno. Certamente, a condição de classe das populações pobres e miseráveis também é alvo de estigmatização social, a ponto de produzir aporofobia, isto é, repúdio e aversão pelos pobres, o que gera, inclusive, práticas de hostilidades para com pessoas e grupos em situação de pobreza e miséria.

Aqui, a compreensão sobre o estigma, na verdade em quase todos os textos com os quais tomamos contato, baseia-se nos estudos e na conceituação inaugural do sociólogo e antropólogo Erving Goffman (1922 – 1982) em relação ao tema. Embora a noção de estigma remonte à antiguidade grega, a demonstração de Goffman de que a sociedade participa da formação dos estigmas, a partir de circunstâncias e dinâmicas específicas, reposiciona a questão e estabelece o estigma como conceito sociológico relevante para se pensar certos fenômenos e processos sociais.

O conceito de estigma delineado por Goffman em sua obra “Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” supõe a interação presencial entre os estigmatizados e o(s) outro(s), considerados por Goffman como “normais” por serem aqueles que estigmatizam do interior de uma categoria social específica, na qual seriam tidos como normais.

Segundo Siqueira e Cardoso (2011), a relação social cotidiana em ambientes consolidados cria relacionamentos entre pessoas esperadas para um dado espaço (familiar, religioso, de trabalho, de lazer, etc.), o que faz com que não haja atenção ou reflexão particular de umas em relação às outras. Nessa medida, as pessoas supostamente “normais” para aquele ambiente antecipam as categorias sociais e os atributos de uma pessoa diferente que se aproxime do grupo. Essas concepções dos “normais” tornam-se “expectativas normativas, (...) exigências apresentadas de modo rigoroso” (Goffman, 1988, p.12) aos que são estigmatizados.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável [...]. Assim deixamos de considerá-la criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande [...] (*Id. Ibid*, p.12).

Ainda segundo Goffman (*op. cit.*), a pessoa estigmatizada tem duas identidades, uma real e outra virtual. A primeira diz respeito às categorias sociais às quais a pessoa evidencia ter condição de pertencer e aos atributos que ela expressa no convívio com os ditos “normais”. Por sua vez, a identidade virtual seria o conjunto formado pelas categorias e atributos que os “normais” veem “para” e “na” pessoa com quem começam a ter contato.

Portanto, são exigências e imputações de caráter, feitas pelos normais, quanto ao que o estranho deveria ser. Deste modo, uma dada característica pode ser um estigma, especialmente quando há uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. (SIQUEIRA e CARDOSO, 2011, p. 94)

Sendo assim, a questão central à formação do estigma não está nos atributos ou nas categorias sociais em si mesmas, mas nas relações entre as pessoas, nas quais as categorias e os atributos atualizam-se e efetivam-se. Daí, inclusive, a centralidade das interações presenciais indicadas por Goffman na formação e na eficácia do estigma, uma vez que é também através delas que os “normais” ou não-estigmatizados criam estereótipos dos atributos do estigmatizado, instituindo o processo do estigma.

Goffman (*op. cit.*) afirma também que o estigma pode ocorrer devido a três circunstâncias: abominações do corpo (deficiências e deformidades, por exemplo); culpas de caráter (desonestidade, fraqueza da vontade, crenças supostamente falsas, etc.); e estigmas de raça, nacionalidade e religião. Nessas tipologias encontra-se, ao menos, uma mesma característica sociológica: “um indivíduo que poderia ser facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que se pode impor atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus” (Goffman, 1988, p.14).

Significa dizer que, segundo Goffman, os “normais” constroem uma espécie de teoria do estigma ou, mais precisamente, uma ideologia para enquadrar e justificar a suposta inferioridade das pessoas estigmatizadas, e para ter controle sobre os riscos (reais ou imaginários) que elas representariam.

Por essa via, em relação ao estigma, é a sociedade que fornece os meios para as categorizações e hierarquizações valorativas dos atributos e condutas no interior de um grupo, constituindo características que são apresentadas como “comuns” ou “naturais” para cada indivíduo e em suas respectivas categorias sociais (MORANDO et al, 2018). As relações sociais desenrolam-se sem que seus atores estejam plenamente cientes ou, necessariamente, que reflitam criticamente sobre sua condição nas engrenagens sociais. Tais engrenagens, valorativamente categorizadas e hierarquizadas, estão permeadas de preconceitos que, como já mencionado, transformam-se em “expectativas normativas”, isto é, tornam-se, segundo Goffman (1988), requisitos rigorosos exigidos das pessoas estigmatizadas;

requisitos que influenciam a identidade social de cada membro envolvido em determinadas relações sociais.

Por outro lado, em função de certas características e/ou condições, indivíduos que foram estigmatizados em certa época, cultura e grupo poderiam ser acolhidos e respeitados em outro contexto e/ou sociedade.

Omote (op. cit.) refere que as diferenças que fogem aos comportamentos e condutas valorizadas positivamente por um grupo, classe social ou sociedade são consideradas “desviantes”, o que vai ao encontro de Goffman (1988), uma vez que para ele o estigma refere-se a uma condição social de desgraça, uma mancha ou mácula social. Parker (2013) avança esse pensamento goffmaniano sobre o estigma e convida a pensar o conceito na condição de uma espécie singular de processo social, ligado diretamente ao poder e a dominação de uns sobre outros. Nesse sentido, enfatiza-se o fato de que o estigma está ligado à questões sociais de desigualdade, implicadas nos processos culturais e nas estruturas de poder (CAZEIRO, SILVA, SOUZA, 2021).

Como se viu, Goffman (1988) sugere que o estigma é uma construção social no interior de uma sociedade específica, resultante de uma classificação social que utiliza atributos positivos e negativos. O estigma resulta na deterioração da identidade do indivíduo, aliás tem exatamente esse propósito, isto é, funciona como uma espécie de defesa e de reserva de poder de pessoas e/ou grupos em face daquele que é “estrangeiro” a determinado contexto ou ambiente social. Além disso, como Goffman percebe a interação social como um processo fundamental para identificar e diferenciar indivíduos e grupos, o estigma, na condição de resultado de interações sociais de tipo específico, funcionaria como uma espécie de estratégia de manutenção e reprodução de certos estados de coisa na ordem social.

Jones et al (1984), na mesma perspectiva, também apontam o estigma como consequência do processo de descrédito social, mas talvez seja ainda mais exato dizer que ele (o estigma) é, a um só tempo, causa e efeito de descrédito social, uma vez que a estigmatização de pessoas ou grupos por um segmento social, político, econômico ou religioso pode, no tempo, generalizar-se, criando descrédito social, isto é, a estigmatização que, eventualmente,

começa de maneira pontual e circunscrita pode ganhar escala e constituir uma marca social amplamente disseminada. De fato, existem estigmas que perduram ao longo do tempo, enquanto outros são específicos de determinados períodos históricos, contextos sociais e culturais. Portanto, um atributo ou comportamento receberá o significado que a cultura lhe atribuir (AINLAY, BECKER e COLEMAN, 1986). Em determinadas culturas existem características ou comportamentos que são considerados estigmas, mas por outro lado existem associações ao estigma que são lidas como universais (AINLAY, BECKER e COLEMAN, 1986; BECKER e ARNOLD, 1986; LINK e PHELAN, 2001).

O estigma exerce papel destacado no controle social, lembrando que a estrutura e as engrenagens das sociedades assentam-se sobre determinadas formas de disciplina e controle, que forjam códigos de conduta e mecanismos (formais e informais) que fiscalizam seu cumprimento. É geralmente no exercício desses controles que nascem as possibilidades de construir significados negativos às diferenças (BECKER, 1976).

Se é assim, ainda é necessário dizer, em acordo com Link e Phelan (2006), que o estigma é uma discriminação advinda do processo em que pessoas e grupos sofrem a desvalorização pelo inevitável submetimento ao poder social, cultural, econômico e/ou político que, aliás, os controles sociais assimilam, representam e reproduzem.

As pessoas e grupos estigmatizados, como se viu, compartilham traços sociológicos semelhantes, sendo excluídos da sociedade devido a um traço distintivo que não atende às expectativas sociais dominantes, destacando-se sobre seus outros atributos e obscurecendo-os. Os efeitos do estigma na vida daqueles que são estigmatizados e a subsequente discriminação e exclusão impostas pelos considerados normais causam sérios impactos na autoestima, confiança pessoal e bem-estar (VOLZ, TOMASI, BRUCK, SAES, NUNES, DURO e FACCHINI, 2015). É exatamente nesta perspectiva que, essas rápidas considerações sobre o estigma, seus modos de formação e de efetivação, permitem agora pensa-lo no campo da sexualidade e em seus desdobramentos em práticas da área da saúde.

Estigma, sexualidade e saúde

As práticas sexuais apresentam-se de formas diversas nas sociedades e ao longo da história, não cabe dizer que elas se estabelecem de maneira homogênea ou linear (LIMA e MOREIRA, 2008), nem que sejam construídas sem estarem concernidas por regras e controles sociais, e se conformarem como alvos para estigmas sociais. A sexualidade envolve desejos, sentimentos, atitudes, valores, comportamentos e condutas relacionados ao erotismo humano, mas as formas pelas quais se manifesta dependem do contexto social e histórico em que se está inserido (BOZON, 2004; LOURO, 1999; MAIA, 2001; MAIA, 2006; MAIA, 2009; MOTTIER, 2008; RIBEIRO, 1990).

Foucault (1996) demonstrou que a sexualidade é parte intrínseca da “microfísica do poder” social, que ela está visceralmente ligada aos enunciados legais, às disposições arquitetônicas, aos discursos e à outras práticas sociais, uma vez que a sexualidade é condição dos apetites e das paixões que governam as relações entre as pessoas e, a partir delas, que sustentam as relações de força, incluindo – claro – aquelas que estruturam as macroestruturas sociais, políticas e econômicas.

Tal perspectiva enunciada por Foucault continua atualíssima e cada vez mais explícita nas sociedades contemporâneas, por várias razões, entre as quais a de ser denunciada e analisada criticamente com mais intensidade nas últimas décadas. Sua atualidade reside, por exemplo, na constatação da manutenção da objetificação e do controle da sexualidade feminina em favor da masculina e do que ela significa na arquitetura do poder (GUTMANN, 1997; VIGOYA, 2001); na hegemonia da heteronormatividade como “padrão” apesar de todos os avanços conquistados pela luta dos segmentos sociais oprimidos por tal poder; e na visão renitente de que os outros gêneros (além do heterossexual) e modos de expressão da sexualidade são “desviantes”, o que os estigmatizam, ao ponto de inflexões sociais e políticas conservadoras, via de regra, desejarem reabilitar a aberração de considerar doença os modos de expressão não-dominantes da sexualidade. Não é necessário ir longe, por

exemplo: ondas ultraconservadoras e reacionárias, que afetam o mundo e o Brasil atualmente, reatualizam os estigmas e toda sorte de perseguições às pessoas e aos grupos de gêneros não-heterossexuais.

Muito recentemente, no Brasil, chegou a ser proposta a bizarrice da chamada “cura gay”, por meio de projeto de lei de 2013 no Congresso Nacional (felizmente, não aprovado), uma espécie de conversão moral baseada na imposição e na inculcação de comportamentos e condutas supostamente normais com vistas à reorientação sexual de pessoas não-heterossexuais; perspectiva que responde, na verdade e simultaneamente, a certos arcaísmos morais que,

ainda hoje parecem sobreviver e até crescer em alguns setores da sociedade e do Estado, um discurso que classifica a homossexualidade como um misto de pecado, falta de vergonha e doença [coincidindo com tipologias de Goffman sobre o estigma]. Com efeito, a patologização da homossexualidade é um expediente que se alimenta da homofobia e que a reproduz. Ela expressa, na linguagem da “medicina das perversões sexuais”, a mudança do paradigma da homossexualidade de pecado para doença, [revelando-se] como tentativa de legitimar preconceitos e discriminação, de um modo pseudocientífico. (...) Nutrida por certas crenças religiosas ou pelo senso comum preconceituoso, ela [a patologização] deteriora as liberdades de profissão, de religião e de ciência, além de obscurecer o dever estatal de coibir a discriminação, com sérios danos à saúde e à democracia. (QUINALHA e RIOS, 2017, s/p – colchetes nossos)

Nesse sentido, pensar a sexualidade requer também considerar a construção histórica dos binarismos sociais mulher/homem, masculino/feminino. Trata-se de uma construção histórico-social e não de um dado da natureza; construção que está relacionada ao contexto espaço-temporal em que se vive (BOEHRING, 2010). As identidades sexuais formam-se no processo histórico, nos modos pelos quais as diferentes manifestações das sexualidades são significadas, acolhidas ou rechaçadas em cada extrato

histórico. Esse conjunto de operações configura aquilo que Foucault (1984) chamou de “dispositivo da sexualidade”.

Muito sinteticamente, pode-se definir o dispositivo da sexualidade como o conjunto de saberes e poderes que, simultaneamente, sugerem as dinâmicas repressivas, mas também afirmam certas práticas sexuais e instigam a sexualidade a partir da modernidade ocidental: falar sobre, confessar, dando visibilidade e discursividade à vida sexual de modo a explicitar o fenômeno a ser controlado e gerido pelos saberes especializados, pelas famílias, pelas religiões, pelo estado e, mais recentemente, também pela produção industrial de medicamentos e procedimentos para atuar anatômica e quimicamente sobre a sexualidade e também para tratar transtornos psíquicos – supostos ou reais – eventualmente relacionados à sexualidade e à práticas sexuais estigmatizadas.

Essas formas de regular e controlar a sexualidade, para além de estratégias disciplinares, estão ligados a outras formulações de Foucault (2008; 2010), a partir das quais ele definirá os conceitos de biopoder e de biopolítica. Voltaremos a essa questão mais adiante.

Katz, (1996) fala que a palavra “hetero-sexual”, inicialmente empregada por Krafft-Ebing, foi usada para dar sentido a um suposto erotismo normal do sexo. Os termos “hetero-sexual” e “homo-sexual” foram usados para distinguir e disciplinar, na modernidade, as sexualidades, caracterizando e conformando a ordem social da língua e uma certa concepção de desejo, orientada por padrões morais, interesses políticos e econômicos. No século XX, os termos consolidaram – no plano moral – dois tipos de sexualidade: uma “normal” e “boa” e outra “anormal” e “ruim” (KATZ, *id. Ibid.*).

Na história moderna ocidental, as práticas heterossexuais, monogâmicas e – ao menos em tese – com finalidade reprodutiva foram definidas como práticas sexuais “bem-educadas” ou normativas e as outras práticas, ou sexualidades não-normativas, foram denominadas – pelo discurso científico – como homossexualidade, e apropriadas com o significando, em última análise, de anormalidade (CÉSAR, 2014).

As práticas sexuais, naturalmente, fazem parte do dispositivo da sexualidade: saberes, poderes e processos sociais de subjetivação específicos

atuando sobre as populações, naturalizando preconceitos, estigmas, discriminações e, muitas vezes, criminalizando certos modos de vida. Isso institui fronteiras bem estabelecidas entre o que é admitido e o que é considerado “desviante” entre as práticas sexuais “bem-educadas” e as demais que, estigmatizadas, ocupam as margens da sociedade (CÉSAR, 2014).

Apenas a título de exemplo, vejamos algumas situações ilustrativas do que estamos afirmando, tanto na modernidade quanto na contemporaneidade ocidental. Nos Estados Unidos da América e na Grã-Bretanha, durante o fim do século XIX, existiam movimentos sociais que tinham como principal foco, a partir de campanhas e políticas contra práticas “mal-educadas”, o combate à prostituição e à masturbação, principalmente entre os jovens (GORDON e DUBOIS, 1983; MARCUS, 1974; RYAN, 1979; WALKOWITZ, 1980, 1983; WEEKS, 1981): uma espécie de política do sexo, que implicava também, e talvez principalmente, uma polícia do sexo.

Nessa mesma direção, na era vitoriana, com as campanhas contra a “escravidão branca”, quando os direitos canônicos passaram a fazer parte do código civil, parte das leis passa a ser usada para tornar crime a homoafetividade e também a prostituição (RUBIN, 1984).

Em 1873, foi aprovada nos Estados Unidos da América (EUA) uma lei federal contra a obscenidade, que tornou crime federal a produção, a propaganda, a venda, a posse, o envio por correio e a importação de livros e fotografias considerados obscenos, bem como aparatos contraceptivos e abortivos. A partir dos anos 1950, nos EUA, a organização social da sexualidade mudou de foco, ao invés de dar maior visibilidade à prostituição ou à masturbação, a homossexualidade passou a ser vista como a maior ameaça à segurança pública e as expressões “delinquentes sexuais” e “molestadores de crianças” foram usadas como código para se referir aos homossexuais (RUBIN, 1984).

Rubin (*op. cit.*) conclui que o sistema sexo/gênero vem, portanto, de uma construção social em que a sexualidade sempre responde a um processo de culturalização para, simultaneamente, satisfazer e moldar necessidades e práticas sexuais.

Lei de 1885, na Grã-Bretanha, entre outras coisas, deu maior poder à polícia para atuar em relação às práticas sexuais das mulheres pobres da classe trabalhadora, passando também a criminalizar atos considerados “indecentes” entre homens adultos – antes permitidos –, estabelecendo assim o embasamento para perseguir os homens homossexuais até o ano de 1967 (WALKOWITZ, 1983).

No Brasil, a estigmatização, a discriminação e a opressão sobre sexualidades consideradas “desviantes” sempre foi intensa, de maneira ainda mais severa durante governos autoritários. Green (2014) relata que, na época da ditadura militar iniciada em 1964, todos os indivíduos homossexuais, ou melhor, todos os que não se enquadravam no padrão heteronormativo eram vinculados diretamente às práticas subversivas. Alardeava-se, por exemplo e em nome da moral e dos bons costumes, que os jovens seriam alvo de tal subversão, por isso seriam facilmente seduzidos e convertidos a essas práticas, intensificando o sentido supostamente universal atribuído ao estigma sobre as sexualidades não-normativas. Daí também o medo ou mesmo pânico das famílias que, em sua imensa maioria, eram (talvez boa parte ainda seja) conservadoras e preconceituosas em relação à sexualidade, o que facilitava a adesão irrefletida à estigmatização de seus próprios membros e, por consequência, ao discurso e às medidas repressivas da ditadura.

Naturalmente, sempre houve resistências, ainda que socialmente minoritárias, à estigmatização e à opressão de gênero, elas se expressavam e se expressam em lutas sociais por direitos e emancipação (FACCHINI, 2005). Ainda segundo Facchini (*op. cit.*), o enfrentamento dos estigmas sociais de gênero organiza-se, no Brasil, a partir do surgimento do Grupo Somos e do jornal O Lâmpião da Esquina (1978), e em função do enfraquecimento do regime ditatorial. Essas iniciativas são precursoras da luta contra a discriminação e a opressão à homossexualidade no processo de redemocratização do país; luta que se ampliou socialmente e em relação à pluralidade de gêneros, apresentando-se hoje como movimento LGBTQIAP+. A mobilização e a luta social, aos poucos, conquistaram direitos no campo formal e avanços sociais. Significa dizer que a relação entre sexualidade e direitos, no

Brasil, ocorre a partir da atuação dos movimentos sociais: o movimento feminista e o LGBT – hoje ampliado, como dissemos, para LGBTQIAP+.

Certamente, importante marco dessa ampliação se deu no âmbito da saúde: com a eclosão da epidemia de HIV/Aids no Brasil (a partir do início dos anos 1980), a busca de cuidados dignos aos soropositivos e, sobretudo, o combate ao estigma advindo, em parte, da percepção inicial – não apenas preconceituosa e pejorativa, mas de todo equívoca – de que a AIDS era uma “peste gay” (DANIEL e PARKER, 1991).

É bom lembrar que a epidemia de AIDS abalou fortemente a sociedade e colocou em questão, entre outras coisas, a assistência e a prevenção na área da saúde. Desde o início dos anos de 1980, a AIDS, por sua letalidade, difundiu pânico social, muito especialmente relacionado às práticas sexuais. Populações de todo o mundo viram-se sob ameaça.

O alarme diante da doença desconhecida desencadeou a tentativa de compreender do que se tratava por meio do instrumental epidemiológico [então disponível], isto é, por meio da identificação de fatores de risco, (...) Como se sabe, a investigação de fatores de risco lança mão de procedimentos estocásticos e probabilísticos, ou seja, ao buscar as causas de uma doença, descreve as populações afetadas de acordo com determinadas características, cuja probabilidade de estar causalmente associada com o agravo em estudo se mostre significativa. Os estudos epidemiológicos [sobre os fatores de risco] (...) acabaram sendo utilizados de forma quase mecânica (...). Ou seja, o risco identificado nessas populações passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em grupos de risco. (AYRES, 2009, p. 23 – colchetes nossos)

Na verdade, os fatores de risco e a delimitação de grupos de risco intensificaram preconceitos e estigmas aos soropositivos, sobretudo por associa-los à práticas sexuais supostamente desviantes, que indicariam comportamentos e identidades degradadas. Além disso, as noções de risco, permitiram identificar certos grupos nos quais a incidência da AIDS foi mais imediatamente perceptível, pouco acrescentavam à compreensão da condição

pandêmica que a AIDS já apontava. Na mesma medida, não contribuíam com o avanço de ações preventivas mais certeiras. Segundo AYRES (op. cit., p. 24), tais noções “produziram pouca sensibilidade para transformar a situação daqueles já afetados e retardaram a identificação da suscetibilidade das pessoas que não se incluíam nestes primeiros grupos mais atingidos e estudados.”

Em pouco tempo, verificou-se que em certas regiões do mundo como, por exemplo, na África, o perfil das pessoas contaminadas era, majoritariamente, de heterossexuais, o que subvertia o entendimento sobre os grupos de risco iniciais (gays, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e também hemofílicos – em razão da falta de controle dos bancos de sangue em relação à AIDS até que houvesse testagem para o HIV, o que ocorreu apenas em 1985).

De fato, em 1982, com o aumento dos diagnósticos de AIDS, as taxas mais altas de infecção ocorreram entre os heterossexuais, levando a uma mudança de nomenclatura: de Doenças Infecciosas Relacionadas a Gays (GRID) para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (RUSHING 1995; SHROFF 1991). No entanto, o estigma relacionado à AIDS na comunidade homossexual havia se consolidado já antes desse período (PARKER, 2013).

Os veículos de comunicação desempenharam papel de grande influência na construção do estigma social em relação às pessoas que viviam com AIDS. De acordo com De Luca (2011), os meios de comunicação desempenharam papel central na propagação de informações, frequentemente adaptando suas mensagens às exigências do poder e construindo narrativas que se conformavam com a opinião pública dominante. Em suma, difundiam o estigma e favoreciam a estigmatização.

Por outro lado, o avanço da pandemia e da discriminação das pessoas infectadas fez com que grupos identificados como de risco e movimentos organizados passassem a militar em defesa de mudanças nas abordagens à AIDS, advogando a substituição, entre outras coisas, do isolamento sexual pela prática de sexo seguro, em uma perspectiva de redução de riscos, cuja base era a universalização da informação,

o controle dos bancos de sangue, o estímulo e a habilitação para o uso de preservativos e de práticas de “sexo mais seguro”, a testagem e aconselhamento e as estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, com a introdução das práticas de distribuição ou troca de agulhas e seringas. Um novo conceito passou, dessa forma, a orientar as práticas preventivas neste novo momento: comportamento de risco. (...) Tal instrumental apresentou como principal vantagem a possibilidade de universalização da preocupação com a aids (qualquer pessoa pode adotar um comportamento de risco e se expor ao vírus) e o arrefecimento do estigma colocado sobre os grupos de maior incidência. Ao universalizar a preocupação com a epidemia, o conceito de comportamento de risco também buscou estimular o envolvimento ativo das pessoas com a prevenção, pela transformação de seus comportamentos. (AYRES, *op. cit.*, p. 24 e 25)

Todavia, a culpabilização individual implicada nos ditos comportamentos de risco dos soropositivos mostrou-se, claro, muito problemática, uma vez que favorecia os juízos depreciativos e estigmatizantes, desconsiderando variáveis e fatores sociais implicados com as práticas sexuais e as dinâmicas de poder e domínio que as condicionam.

Com o passar dos anos, o perfil da epidemia modificou-se radicalmente, afetando predominantemente grupos sociais com menor poder social – os mais pobres, as mulheres, os marginalizados, os negros. A percepção dos novos rumos da epidemia e suas bases e implicações sociais motivou um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, naquele momento vinculado a uma iniciativa chamada Coalizão Global de Políticas contra a Aids, embrião do atual Programa das Nações Unidas para a Aids (UNAIDS), a propor o conceito de vulnerabilidade. (AYRES, *op. cit.*, p. 25)

A vulnerabilidade em saúde pode ser definida, indistintamente, para os âmbitos individuais e coletivos, ela diz respeito a maior suscetibilidade a determinados problemas de saúde e, simultaneamente, a menor possibilidade

de ter acesso aos recursos necessários (sociais, econômicos, políticos, jurídicos, culturais, subjetivos...) para se proteger e/ou superar as condições que vulneram as pessoas nos planos individual e/ou social. Atualmente, no Brasil, a população pobre e jovem, periférica e preta, assim como as mulheres são segmentos também bastante atingidos pela AIDS.

O conceito de vulnerabilidade está perfeitamente alinhado aos princípios do SUS, de direito à saúde, de universalidade da assistência, de integralidade e equidade no cuidado à saúde, assim como à noção ampliada de saúde, como condição multicausal e multivariada, produzida e determinada social e historicamente. Tais perspectivas confrontaram a tradição dominante de se pensar o processo saúde-doença, por um lado, como centrado no indivíduo e, principalmente, no âmbito do corpo físico e, por outro lado, por meio de uma abordagem liberal-privatista, que ao contrário de assumir a saúde como direito social a toma como um bem individual cujo cuidado deve ser adquirido no mercado, no mercado da saúde.

É sob a égide do SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, que se abrem horizontes à construção de ações, programas e políticas de saúde para toda população brasileira, incluída aí a população LGBTQIAP+.

A Constituição Federal de 1988, que marca a redemocratização do Brasil, garante, em seu artigo 3º, a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Embora não trate especificamente das temáticas LGBTQIAP+, afirma o direito a não-discriminação pelo sexo/gênero.

Por sua vez, o documento que reconheceu de forma pública os homossexuais no campo da promoção de direitos humanos foi o Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH) criado em 1996. O Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), de 2001, e a criação do PNDH II, de 2002, incluem aspectos diretamente dirigidos à população LGBT. Em 2003 acontece a criação da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e a designação de um grupo de trabalho para o combate à homofobia, que em seguida deu origem ao “Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e a Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual”, com um formato interministerial (DANILIAUSKAS, 2009).

O Programa Brasil Sem Homofobia trabalha tópicos relacionados ao trabalho, saúde, educação, cultura, segurança, mulheres e questões raciais no governo federal e pensa em articulações entre Secretarias e Ministérios no âmbito federal, com o objetivo de

promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbica, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais. (BRASIL, 2004)

É bastante evidente, no entanto, que a conquista de direitos no campo formal, embora relevante, está longe de representar, digamos assim, mudança significativa nas mentalidades e nas práticas cotidianas de boa parte da população. Em outras palavras, normas, ações e políticas públicas de proteção, cuidado e respeito à população LGBTQIAP+ são passos necessários, mas não suficientes à assunção e ao acolhimento pela sociedade das diferenças, das alteridades que a pluralidade de gêneros representa, e das inflexões que ela requer em termos morais, ideológicos, políticos e econômicos. Mesmo que se observe avanços sociais, esse é um processo lento, cujo enfrentamento pede, entre outras coisas, a desconstrução de certos mitos insistentes e de estigmas sociais duradouros, bem como a radicalização da construção de conceitos e práticas capazes de afirmar e abrir, efetivamente, espaços à essas diferenças.

Aqui retomamos as noções, que apenas anunciamos antes, de biopoder e biopolítica de Michel Foucault. Sem nenhuma pretensão de esgotar o tema, a ideia é apenas destacar determinados aspectos, que estão implicados no debate contemporâneo sobre as questões de gênero.

O biopoder e a biopolítica são conceitos implicados em formulações bastante complexas e extensas de Michel Foucault; formulações que recobrem um largo período histórico, que vai, ao menos, do século XVIII até a segunda metade do século XX.

Esquemáticamente, tais formulações dizem respeito ao desenvolvimento da racionalidade do liberalismo econômico que, gradativamente, converte-se também em estratégia política na qual, além de maximizar o atingimento de

objetivos econômicos, busca-se desdobrar a racionalidade liberal para conferir uma certa perspectiva de governamentalidade ao estado, a partir da centralidade do mercado como critério angular para o governo da vida.

No entanto, não se trata de introduzir novas técnicas de governo, embora isso aconteça, o principal é estabelecer uma relação de interdependência entre o estado e a população, cujas bases são o estímulo à competitividade e à concorrência, a incorporação da gestão empresarial como modelo de relação e a introdução de formas de controle e regulação para maximizar, tanto quanto possível, a ação dos indivíduos e das sociedades sob a lógica e segundo os interesses do mercado. Isso envolve, entre outras coisas, preservar a saúde da população, investir na formação da mão de obra e na segurança das cidades, fazendo com que os governos, as instituições e os indivíduos não apenas fomentem a concorrência em todos esses níveis, mas também funcionem como empresas, o que, claro, não acontece espontaneamente e sim por uma governamentalidade ativa. No caso dos indivíduos, o que se faz é que trabalhem como se fossem empresários de si mesmos.

Esse desdobramento do liberalismo como estratégia política de governamentalidade recebe o nome de neoliberalismo (FOUCAULT, 2008), é por meio dele que “(...) o princípio liberal de limitação das práticas estatais de governo não implicará em um menor controle sobre a sociedade, mas na elaboração de novas formas de sujeição” (FURTADO e CAMILO, 2016), aquilo que Foucault (op. cit.) chamou de biopoder.

Ainda Segundo Foucault, o biopoder funciona sob dois vetores, digamos assim, complementares: a disciplina e a biopolítica. De um lado, as práticas disciplinares voltam-se ao corpo individual. Por outro lado, a biopolítica mira o corpo coletivo, as populações. As práticas disciplinares querem adestrar e docilizar os corpos pensados como unidades de produção, para fazê-los economicamente utilizáveis, já a biopolítica trabalha com a população, por meio das planificações técnicas, das previsões estatísticas/probabilísticas, da saúde e da medicalização social, dos controles sobre a natalidade e a longevidade da população, etc., estabelecendo regulações de conjunto para atender às estratégias neoliberais de produtividade e de concentração de riquezas e de

poder (VEIGA-NETO, 2011).

A introjeção e a naturalização da lógica concorrencial gera, entre outras coisas, comportamentos e condutas de “manada”, que promovem identificação social entre os indivíduos e grupos, incrementando – não por acaso – o chamado capital humano, isto é, a ideia de que cada indivíduo tem que investir em si mesmo para aumentar sua competitividade no mercado, o que desloca para o plano da responsabilidade individual os problemas estruturais da inserção social, do desempenho no trabalho e do sucesso profissional e pessoal, desconsiderando, por exemplo, as assimetrias e as desigualdades sociais. Nessa perspectiva, a empregabilidade e a inserção social com êxito torna-se uma questão de mérito pessoal, e assim é incorporada aos valores e condutas, abrindo espaço para a falácia da meritocracia.

O que mais nos interessa aqui é o fato de que tais estratégias, que convertem a política em biopolítica, operam pela excitação dos apetites e paixões humanas, o que faz com que a sexualidade tenha papel central nas operações do biopoder, segundo Foucault (2010, p. 159),

o sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. Servimo-nos dele como matriz das disciplinas e como princípio de regulações. É por isso que, no século XIX, a sexualidade foi esmiuçada em cada existência, [...]. Mas vêmo-la também tornar-se tema de operações políticas, de intervenções econômicas [...], revelando tanto a sua energia política como seu vigor biológico. Dê um polo a outro dessa tecnologia do sexo, escalona-se toda uma série de táticas diversas que combinam, em proporções variadas, o objetivo da disciplina e o da regulação das populações.

A reflexão a partir do biopoder e seus vetores (disciplinar e biopolítico) influencia o debate contemporâneo sobre os gêneros, tanto na demarcação da eficácia das estratégias biopolíticas, quanto na perspectiva de enfrentá-las, desvendando seus dinamismos atuais, mostrando suas fissuras e transformações. Vejamos algumas das ideias bastante influentes para pensar a sexualidade e os gêneros hoje.

No começo dos anos noventa, surge nos Estados Unidos uma perspectiva nova no campo dos estudos de gênero: a teoria queer.

Esta posição (...) questiona o caráter natural – e, portanto, inevitável – da chamada heteronormatividade: a matriz binária segundo a qual se atribuem, classificam e regulam as identidades de gênero nas sociedades ocidentais. Para a teoria queer, ao contrário de estar inscrita na constituição ontológica do mundo ou fixada na biologia dos seres humanos, essa matriz é uma construção sócio-histórica. (GROS, 2021, s/p.)

Judith Butler participa e é uma das instituidoras da teoria queer, ela realiza uma crítica à metafísica do gênero, demonstrando que os gêneros são performatizados, que estão situados no tempo e organizados socialmente, digamos assim, na imanência dos gestos, movimentos e encenações que corporificam o sujeito, que participam ativamente em seus processos de subjetivação, de se tornar sujeito nas experiências concretas e nos modos de vivê-las.

A noção de performatização de Butler parte do pressuposto de que a percepção social da sexualidade é construída e de que não existe, aprioristicamente, nem transgressão nem liberdade: tudo é fagocitado pelas estruturas de poder e pelos saberes que as sustentam (BUTLER, 2003). Tal desnaturalização quer desestabilizar o regime heterossexista, por meio do qual o cidadão médio não se dá conta da violência que o dispositivo da heterossexualidade implica e efetua. Nessa medida, Butler agencia um estratégia ético-política que busca resistir e combater a violência de gênero.

Paul Preciado, por sua vez, oferece uma formulação alternativa à construção da identidade de gênero que, de certa forma, aponta limites na concepção performativa de Butler. Segundo Gros (2021), o modelo de Preciado é denominado de *biodrag* e sustenta-se em um diagnóstico macrosociológico sobre as características do capitalismo neoliberal.

O nome dado por Preciado (...) para designar esse novo tipo de capitalismo “quente, psicotrópico e punk” reflete o entrelaçamento que existe entre suas duas indústrias fundamentais: a farmacêutica

e a pornográfica. “A indústria farmacêutica e a do audiovisual do sexo são os dois pilares sobre os quais se sustenta o capitalismo contemporâneo, os dois tentáculos de um gigantesco e viscoso circuito integrado” (...). O vínculo entre ambas as indústrias se expressa no programa de ação do capitalismo farmacopornográfico: “controlar a sexualidade dos corpos codificados como femininos e fazer gozar os corpos codificados como masculinos.” (GROS, 2021, s/p.)

Preciado (2014) sugere que, nas sociedades contemporâneas, o sexo tornou-se, de fato, uma camada biopolítica, uma estratégia bioquímica e imagética de gestão da vida, que opera diretamente nos corpos, os penetra e faz o governo da vida por dentro do organismo e do psiquismo.

Essa regulação metabólica, simultaneamente, farmacológica e imagética da sexualidade definiria mudanças sensíveis nas formas de controle da sexualidade e, por meio dela, das formas de vida sob o neoliberalismo ou capitalismo farmacopornográfico, redesenhando as estratégias e táticas disciplinares do século XIX, que foram descritas por Foucault.

(...) assistimos à progressiva penetração de técnicas de controle social do sistema disciplinar do século XIX no corpo individual. Já não se trata de castigar as infrações sexuais dos indivíduos nem de vigiar e corrigir seus desvios através de um código de leis externas, mas de modificar seus corpos enquanto plataforma viva de órgãos, fluxos, neurotransmissores e possibilidades de conexão e agenciamento, fazendo destes ao mesmo tempo o instrumento, o suporte e o efeito de um programa político. Por suposto, estamos diante de uma forma de controle social, mas de “controle pop”, que se opõe ao controle frio e disciplinar que Foucault caracterizara com o modelo prisional de Jeremy e Samuel Bentham, o panóptico. (PRECIADO, 2018, p. 133).

Enfim, diante de tais transformações biopolíticas, da imensa sofisticação das formas de regulação da vida por meios biotecnológicos e imagético-digitais, os estigmas não apenas se transmutam, também anunciam uma espécie de curto-circuito em padrões e códigos morais e disciplinares que

conformaram a sexualidade até meados do século XX. Cada vez mais essas transformações desafiam nossa capacidade de resistir ao programa político que nos oprime a todos mas, especialmente, àqueles cujos corpos refletem a pluralidade de gêneros e de experiências de gênero que a matriz heterossexista do capitalismo farmacopornográfico, com novas formas de violência, faz predominar.

Pois bem, atualmente é nesse contexto histórico e, digamos assim, ontológico e epistemológico que se move o debate sobre os estigmas sexuais, as discriminações e, simultaneamente, sobre as conquistas das populações LGBTQIAP+. A percepção sobre a história, os acontecimentos e contextos que marcam o contemporâneo em termos de gênero, naturalmente, é assimétrica entre os LGBTQIAP+, na população em geral e nas instituições, em particular nas de saúde. No cotidiano da vida convivem desde as formas mais grosseiras e vulgares de percepção, manejo e convívio com as questões de gênero até modos mais refinados e fundamentados de posicionamento e ação política, pessoal e coletiva.

No campo da saúde – no qual nossa pesquisa efetua-se – como essas questões se expressam, tanto em termos de regramento e normatividade quanto em termos de dados e indicadores de saúde da população LGBTQIAP+? De maneira esquemática, vejamos algumas características das normas, iniciativas e indicadores de saúde relacionados, direta ou indiretamente, à população LGBTQIAP+ brasileira.

A Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo a saúde como direito de todo cidadão e dever do estado. Essa inflexão democratizante na saúde resulta em grande medida, como se sabe, do chamado Movimento da Reforma Sanitária que, desde de meados dos anos de 1970, mobilizou setores populares, profissionais, intelectuais e entidades da área da saúde, bem como representantes políticos do campo progressista, que ensejaram reivindicações, formulações e propostas, articulando saúde e democracia de forma a influírem decisivamente sobre o Congresso Constituinte e, por consequência, no texto da Constituição de 1988. O SUS é, certamente, uma das maiores conquistas sociais da história brasileira.

Embora tenha, entre outras questões, problemas crônicos de

financiamento e ser campo de disputas e conflitos entre interesses da saúde pública e da chamada saúde suplementar, o que aumenta e muito a fervura do caldeirão de disputas econômicas e políticas que ele contém, o SUS é o maior sistema universal de saúde do mundo: com exceção do Brasil não há sistemas universais de saúde em países com mais de 100 milhões de habitantes e dimensões continentais como as do Brasil.

A leitura conexa do artigo 3º da Constituição, no qual – como já referido – determina-se a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, com o chamado capítulo da saúde da Constituição de 1988, permite ver um avanço até então sem precedentes na afirmação de direitos da população LGBTQIAP+.

Os princípios da Constituição de 1988, no campo da saúde, foram regulamentados pela lei orgânica do SUS (lei 8080 de 1990), que definiu explicitamente o princípio da igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza, abrindo espaço para outros avanços normativos e, por conseguinte, para a formulação e implementação de programas e políticas de assistência destinada à população LGBTQIAP+.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) foi instituída pela Portaria no 2.836, de 10 de dezembro de 2011, com o objetivo geral de:

promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do Sistema Único de Saúde como sistema universal, integral e equitativo”. (DOMENE *et al*, 2022, p. 3836)

Seguindo em companhia do que dizem Domene et al (*op. cit.*), alguns avanços derivam da implementação da Política Nacional LGBT, incluindo um conjunto de programas e políticas públicas: Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e IST entre Gays, HSH (homens que fazem sexo com homens) e Travestis; o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) e Infecções

Sexualmente Transmissíveis (IST), e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Em termos de indicadores de agravos à saúde, não há informações em quantidade e qualidade suficientes sobre os agravos de saúde específicos da população LGBTQIAP+, uma vez que os dados de saúde, salvo algumas exceções, como ISTs e AIDS, não discriminam os vários gêneros na notificação de doenças e outros agravos. A literatura, de fato, mostra escassez de estudos para produção de dados epidemiológicos, para o desenvolvimento de conhecimentos e também para produção de tecnologias de cuidado em saúde da população LGBTQIA+ (DOMENE *et al*, *op.cit.*).

No entanto, o Atlas da Violência 2021 (CERQUEIRA, 2021) oferece indicadores de saúde ligados, claro, à violência contra os LGBTQIAP+. Vejamos alguns exemplos presentes no referido Atlas: número de denúncias registradas pelo Disque 100 de violências e de lesão corporal contra pessoas LGBTQIAP+ (2011 a 2019) teve seu menor número em 2019, com redução de 50%, por sua vez, houve quase 50% de redução nos registros de violência e de lesão corporal nessa população. Porém, em que pese a diminuição de denúncias, os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) indicam que as notificações de violências em 2019 não tiveram redução. Em verdade, houve crescimento de 5% nas violências contra homossexuais e 37,1% contra bissexuais: 4.855 casos em 2018 e 5.330 em 2019.

Essas contradições podem indicar que os dados do Disque 100 estão subestimados. Em relação ao desenvolvimento de inovações e tecnologias de saúde, a Política LGBT apresenta como objetivo específico “realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT”. (...) Pesquisas voltadas para esta população vão ao encontro da equidade preconizada no SUS, e possibilitam a produção de indicadores, a definição de parâmetros, o monitoramento e a análise situacional do processo saúde-doença de LGBTQIA+. (DOMENE *et al*, 2022, p.

3837).

Esse rápido panorama sobre aspectos normativos e indicadores de saúde da população LGBTQIAP+ mostram que os avanços são muito recentes e que ainda estão distantes de produzir uma inflexão efetiva em termos de suficiência e qualidade no cuidado à saúde da população LGBTQIAP+, bem como em termos de debate crítico sobre as problemáticas dessa população. Além disso, não encontramos dados sobre cuidados à saúde no acesso e no acolhimento dos LGBTQIAP+ nos serviços de saúde, salvo em programas específicos, como o de IST/AIDS. Sendo assim, esses elementos parecem corroborar a necessidade de estudos também nessa temática da saúde. Em nosso caso, num recorte bem específico – como mencionado anteriormente –, que se refere à questão do acesso à saúde por pessoas LGBTQIAP+, buscando levantar sua percepção sobre estigmas e discriminação no acesso aos serviços de saúde, sejam eles estatais ou privados. Chegou o momento de ouvi-los.

MÉTODO

Delineamento de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir de levantamento e amostragem não-intencional colhida em redes sociais (Facebook, WhatsApp, Twitter e Instagram). Foi elaborado um formulário específico no Google Forms, impulsionado a partir dos seguintes filtros: lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais e assexuais. O objetivo da pesquisa, conforme já mencionado na introdução, foi o seguinte: descrever e analisar o acesso à saúde por sujeitos LGBTQIAP+, buscando compreender a percepção que tinham sobre a presença ou não de algum tipo de discriminação (explícita e/ou sutil) para acessar os serviços de saúde na cidade em que residiam, bem como em relação aos efeitos pessoais e sociais que eventuais discriminações produziam sobre suas vidas.

Crítérios de inclusão e exclusão

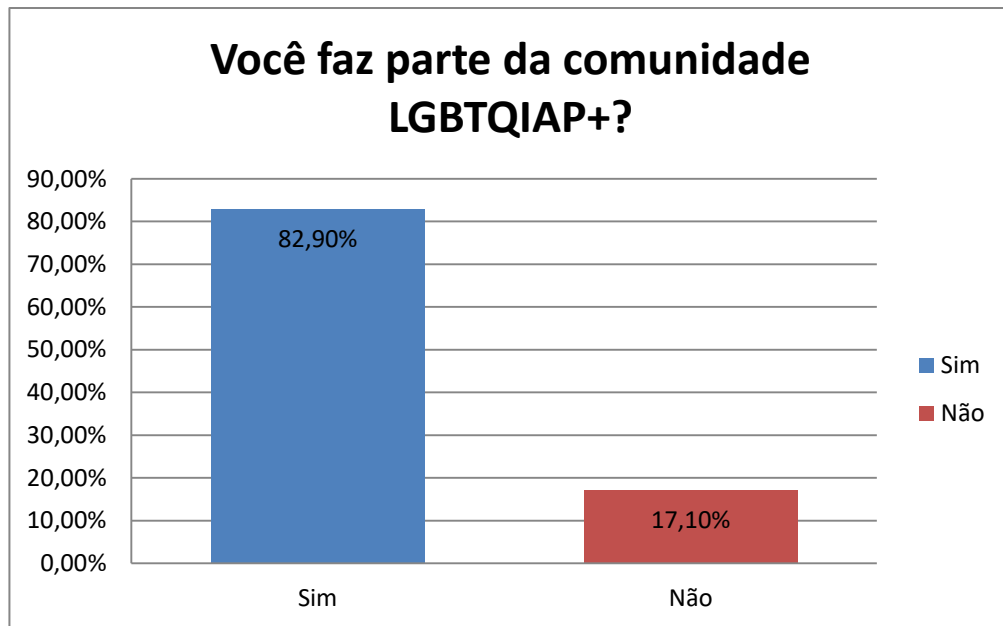
Os únicos critérios de inclusão considerados foram: ser maior de 18 anos e responder ao formulário, declarando sua orientação sexual e identidade de gênero. O único critério de exclusão foi o de eventuais respondentes que se declararam heterossexuais cisgênero.

O formulário online consistiu em perguntas para caracterizar a amostra (gênero, idade, raça, escolaridade, estado de moradia, etc.); perguntas objetivas sobre o acesso a serviços de saúde estatais e/ou privados e aos eventuais problemas de acesso encontrados em função da orientação sexual e do gênero com o qual se identificam; perguntas situacionais, e, digamos assim, de posicionamento político em face de eventuais discriminações, bem como sobre as formas pelas quais se informam sobre as questões de gênero e sobre os direitos da população LGBTQIAP+. (A íntegra do formulário está disponível no Anexo I). O formulário e o termo de consentimento livre e informado seguiram, rigorosamente, as normas e parâmetros da pesquisa com seres humanos no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

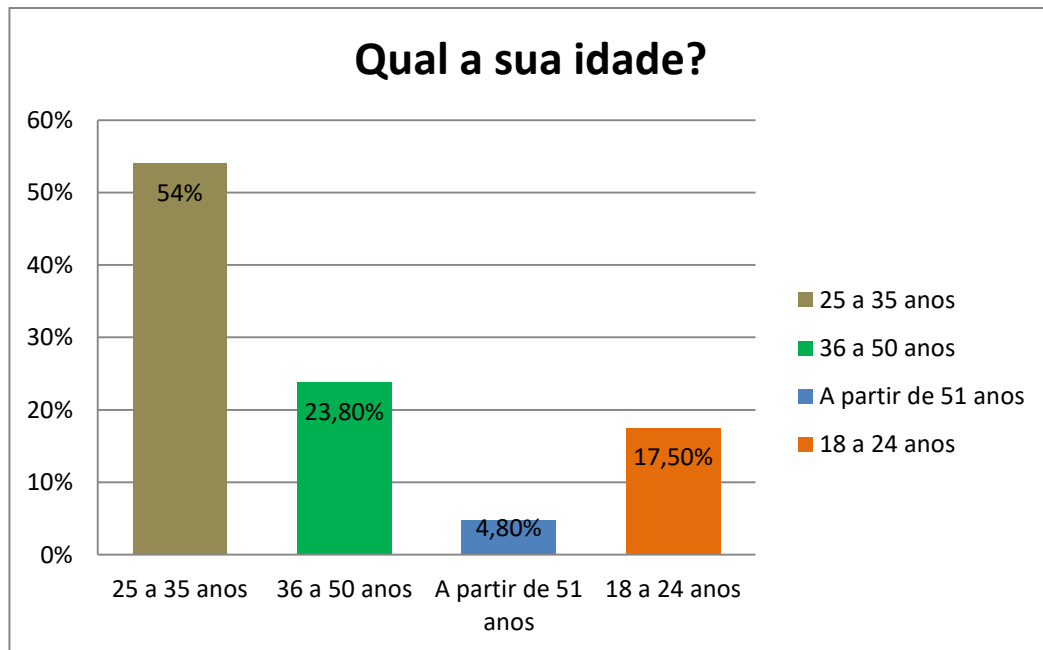
Os dados que serão apresentados e discutidos a partir daqui seguem a ordem dos temas levantados no formulário (Google forms), aplicado por meios digitais aos sujeitos LGBTQIAP+ que se dispuseram a preenche-lo. Tratou-se, como indicado no método, de uma amostragem não-intencional e, portanto, sem pretensões estatísticas de generalização. A intenção do trabalho foi a de construir uma exemplaridade indicativa de que o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQIAP+ brasileira é marcada ou atravessada, em boa medida, pela estigmatização de orientações sexuais não-normativas, o que foi constatado pelo ângulo da percepção dos sujeitos participantes. Tal fato parece sugerir um problema de nosso sistema de saúde, em nível estatal e privado, alertando para necessidade de enfrentamento da opressão e do descrédito que tal população vivencia, inclusive, nos serviços de saúde. Senão vejamos.

O número de sujeitos que aceitaram preencher o questionário do Google Forms foi 76, todos responderam ao formulário. Importante citar que o questionário era iniciado por uma pergunta em que o indivíduo precisava dizer se fazia ou não parte da comunidade LGBTQIAP+. Se ele respondia “sim” tinha acesso às demais perguntas e se respondesse “não” a pesquisa era encerrada.

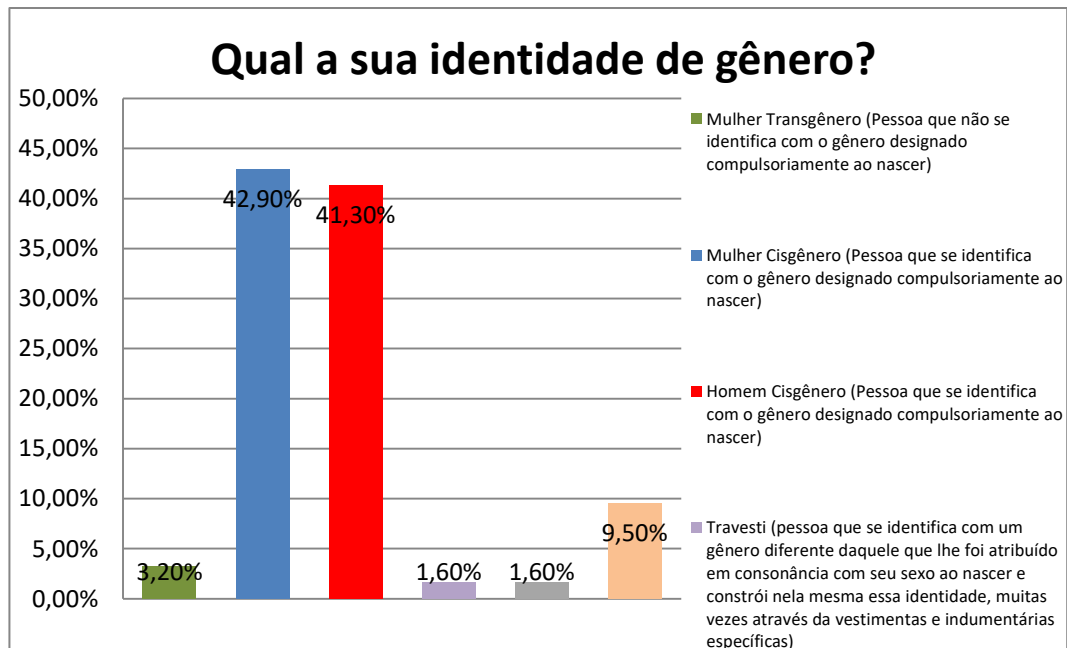


Portanto, o primeiro tema tratado referia-se aos indivíduos que se autodeclaravam LGBTQIAP+ e os que se declaravam heterossexuais. Foram 63 (82,9%) indivíduos os que responderam fazer parte da comunidade LGBTQIAP+ e puderam dar continuidade ao preenchimento do questionário. 13 (17,1%) pessoas responderam que não faziam parte da população LGBTQIAP+ e concluíram aí sua participação.

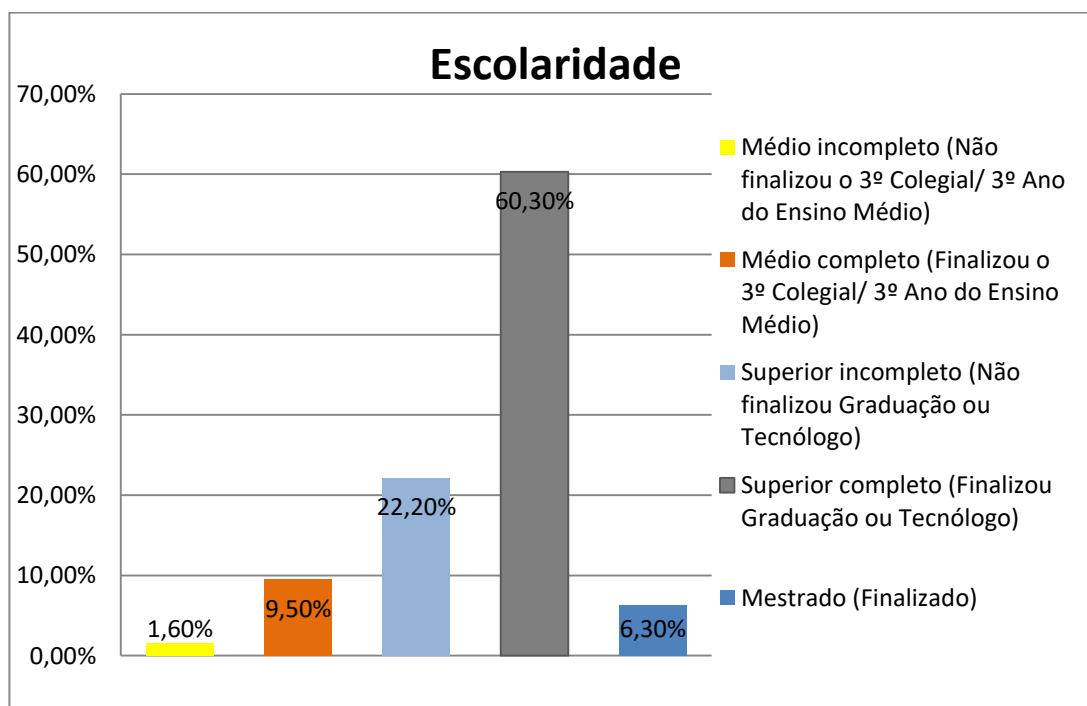
Dos 63 indivíduos que faziam parte da comunidade LGBTQIAP+, 54% ou 34 indivíduos tinham de 25 a 35 anos, 23,8% ou 15 indivíduos tinham de 36 a 50 anos, 17,5% ou 11 indivíduos de 18 a 24 anos, e 4,8% ou 3 indivíduos tinham a partir de 51 anos de idade.



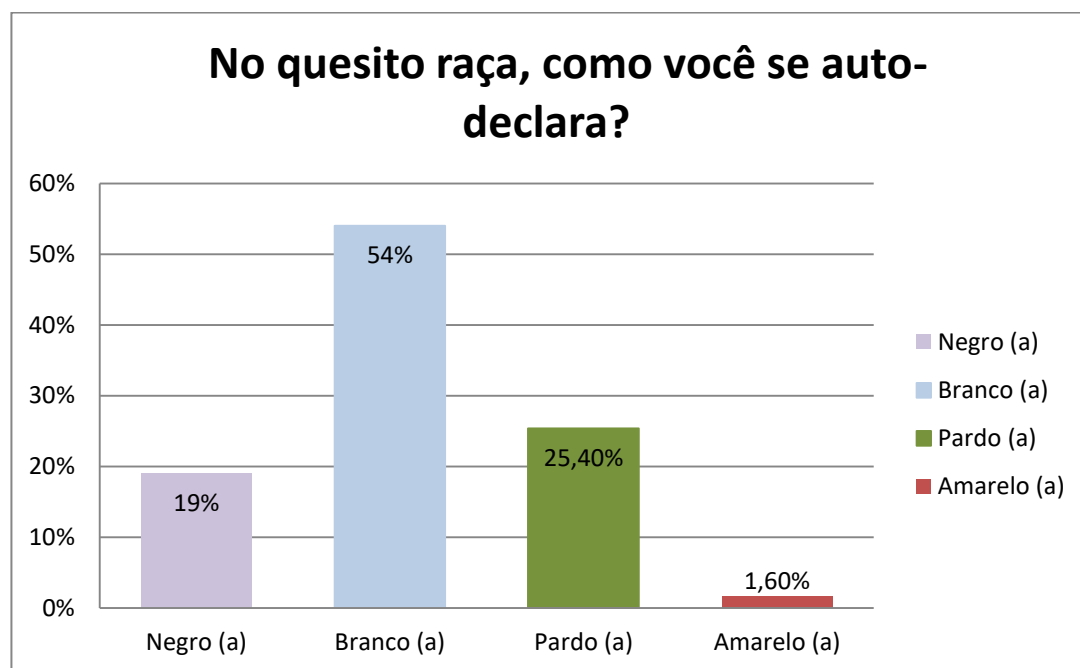
Em relação à identidade de gênero: 42,9% ou 27 indivíduos responderam que se consideram mulher cisgênero; 41,3% ou 26 indivíduos que se consideram homem cisgênero; 9,5% ou 6 indivíduos não-binários; 3,2% ou 2 mulheres transgênero; 1,6% ou 01 indivíduo agênero e 1,6% ou 01 indivíduo travesti, lembrando que cisgênero é uma identidade de gênero, não tem a ver com orientação afetiva-sexual, ou seja, cisgênero não é sinônimo de heterossexualidade, um homem ou uma mulher podem ser, por exemplo e respectivamente, gay ou lésbica cisgênero.



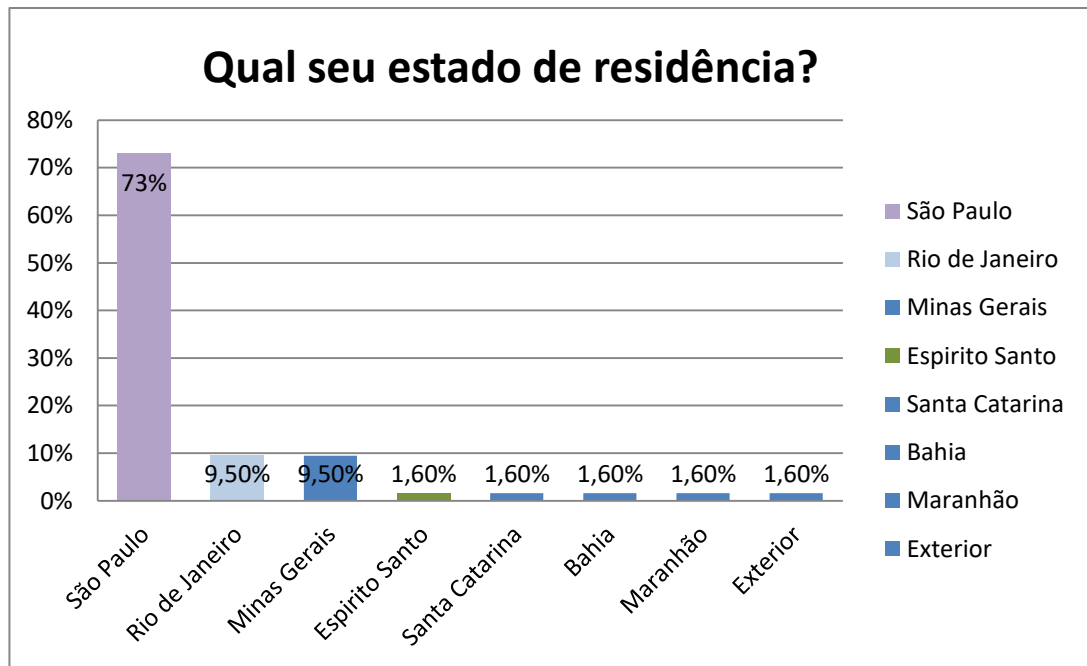
A escolaridade dos participantes está assim distribuída: 60,3% ou 30 indivíduos possuem o superior completo; 22,2% ou 14 o superior incompleto; 9,5% ou 6 o ensino médio completo; 6,3% ou 4 o mestrado; e 1,6% ou 01 o ensino médio incompleto. Esse conjunto de dados, vale dizer, não teve uso na análise, uma vez que não demonstrou significância nas posições cuja percepção dos participantes deu a ver.



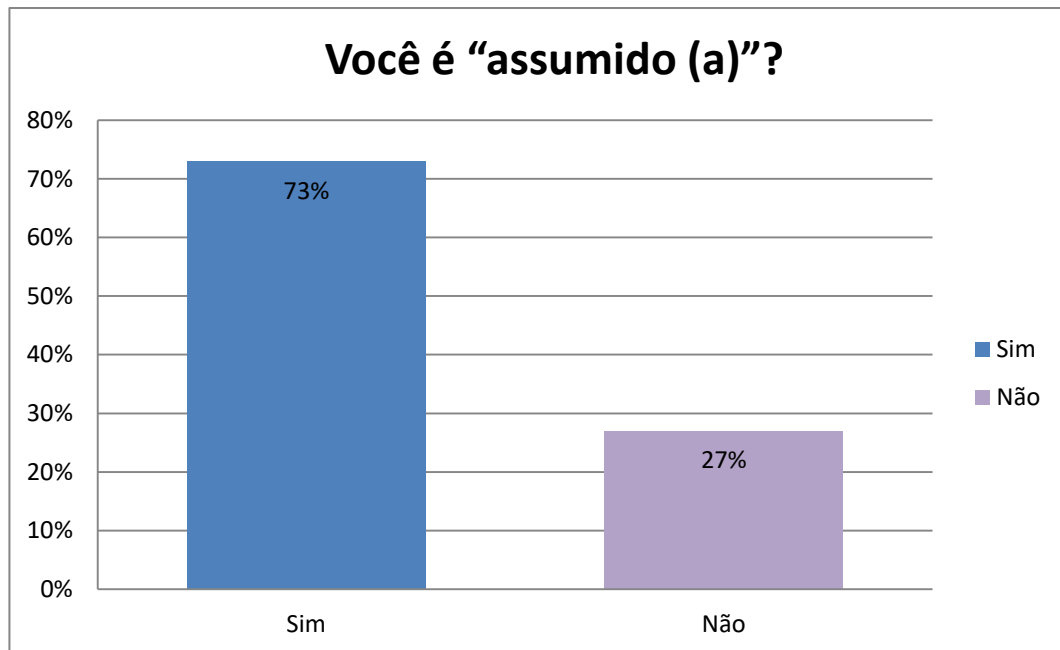
Em relação à raça: 54% ou 34 indivíduos autodeclararam-se brancos, 25,4% ou 16 indivíduos pardos, 19% ou 12 indivíduos negros; e 1,6% ou 01 indivíduo amarelo, mas esta informação também acabou sendo referencial, pois também não teve significância nas posições assumidas pelos respondentes.



A distribuição dos estados onde residiam os participantes foi a seguinte: 73% ou 46 indivíduos residiam no estado de São Paulo; 9,5% ou 6 indivíduos em Minas Gerais; 9,5% ou 6 indivíduos no Rio de Janeiro; 1,6% ou 01 indivíduo no Exterior; 1,6% ou 01 indivíduo no Maranhão; 1,6% ou 01 indivíduo no Espírito Santo; 1,6% ou 01 indivíduo em Santa Catarina; e 1,6% ou 01 indivíduo na Bahia, o que pode ter trazido alguma variação nas posições emitidas pelos participantes da pesquisa, uma vez que as diferentes regiões do país podem influenciar nas vivências dos indivíduos em função de variação de contextos sociais e culturais do país.



Nas perguntas sobre os assumidos em seu gênero: 73% ou 46 indivíduos responderam que eram assumidos em todos os espaços; e 27% ou 17 indivíduos disseram que eram assumidos em apenas alguns espaços. Em ambientes mais inclusivos, os indivíduos sentem-se mais à vontade para se assumirem em todos os espaços, enquanto em contextos menos tolerantes ou intolerantes podem optar por restringir sua visibilidade. Nossos dados corroboram tal situação, reforçando a ideia de Goffman de que o estigma é formado socialmente em sociedades específicas, e que os indivíduos, muitas vezes, ocultam certos atributos para se proteger da estigmatização. Os 27% ou 17 de indivíduos que se declaram assumidos apenas em alguns espaços pode indicar que seus comportamentos, vestimentas e tipos de fala procuram não revelar a orientação sexual, o que os pouparia, inclusive no acesso aos serviços de saúde, de discriminação. De fato, nesse grupo de 27% ou 17 indivíduos da pesquisa, 41%, ou 7 seja, indivíduos – número relativamente expressivo – disseram não ter sofrido estigma ou discriminação por ser LGBTQIA+ nas unidades de saúde, uma vez que não foram percebidos como pessoa LGBTQIA+.



Sobre o acesso a serviços de saúde: 44,4% ou 28 indivíduos responderam que utilizavam serviços estatais de saúde; 36,5% ou 23 indivíduos utilizavam serviços de saúde estatais e privados; e 19% ou 12 indivíduos apenas serviços de saúde privados.

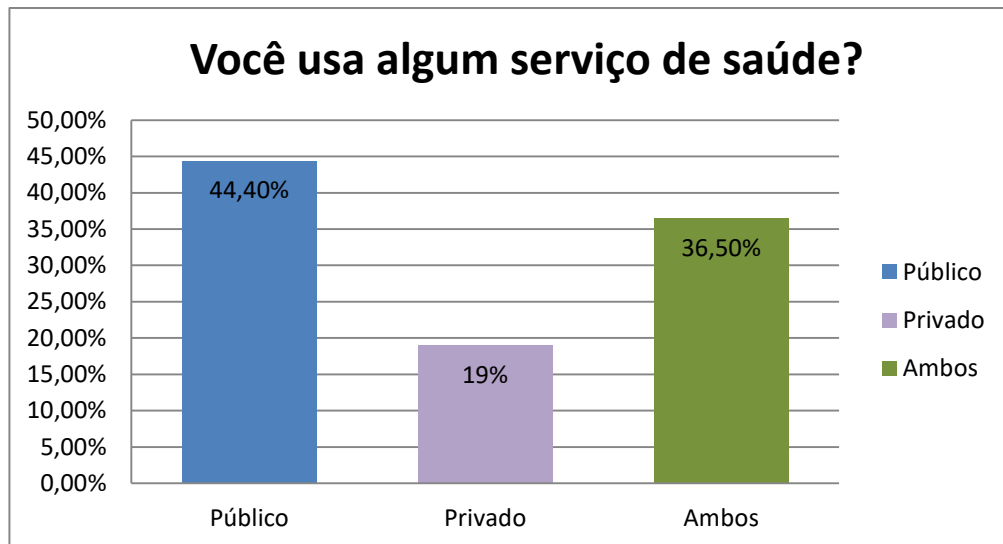
Dentro do grupo que utiliza apenas o serviço privado de saúde como forma de acesso a saúde, 25% ou 3 indivíduos relataram já ter sofrido alguma forma de estigmatização no acesso aos serviços. Entre os que se sentiram discriminados, 66% ou 2 indivíduos relataram que o estigma ou discriminação sofrida foi durante o atendimento (não na recepção do serviço), por meio de comentários maldosos e/ou maliciosos, contaram ainda que o efeito foi de se sentirem inseguros ou desamparados, e que experiências desse tipo, às vezes, geram crises de ansiedade ou pânico. 34% ou 1 indivíduos informaram que foram impedidos de doar sangue em função de sua orientação sexual, mas não fizeram referência a efeitos e como se sentiram-se em face dessa ocorrência.

Entre os 19% ou 12 indivíduos que utilizam apenas os serviços privados de saúde, quase 34% ou 3 indivíduos informaram ocultar sua orientação para evitar dificuldades e garantir o acesso ao atendimento, enquanto 66% ou 2 indivíduos, apesar de informarem que ocultam a orientação sexual, não disseram nada sobre já ter sofrido discriminação ou estigmatização no acesso aos serviços, talvez subentendendo que, por ocultarem a orientação sexual,

estaria dado que não houve dificuldade de acesso por estigma e/ou discriminação. Em todo caso, é relevante marcar que, tanto nos serviços estatais quanto nos privados, a ocultação da sexualidade pelo usuário do serviço de saúde já é uma violência: esconder-se para não ser estigmatizado, como sugere Goffman (1988), faz parte dos mecanismos de formação do estigma.

Ao relacionar os dados de usuários dos serviços estatais e privados de saúde vê-se que, no contexto estatal, quase metade dos indivíduos 38% ou 5 que buscaram cuidados de saúde relataram que a consequência do estigma ou discriminação foi o não-acesso ao tratamento almejado. Em contrapartida, apenas 16% ou 2 indivíduos que utilizam, exclusivamente, serviços privados relataram alguma consequência prejudicial no acesso à saúde. Não há elementos nos dados que permitam entender essa discrepância, no entanto talvez seja razoável aventar algumas hipóteses: a amostragem não foi suficiente para tal cotejamento, mas também pode ser que a percepção, sobretudo, dos profissionais de saúde nos serviços privados, por serem mediados pela ideia de consumo da assistência à saúde como produto de mercado, restrinja eventuais possibilidades de recusa ao atendimento. Com os dados disponíveis, a discriminação sofrida por pessoas que utilizam os serviços públicos parece ser mais ampla, mas os dados não permitem, minimamente, tal conclusão.

Seja como for, os resultados nesse tópico vão em direção contrária a um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade da assistência, seja para os serviços estatais ou privados, sobretudo em relação ao fato de que todos deveriam ter acesso sem distinção de privilégios ou barreiras, recebendo atendimento conforme suas necessidades, de maneira eficaz e resolutiva, o que ainda não é uma realidade no cotidiano dos serviços de saúde brasileiros.

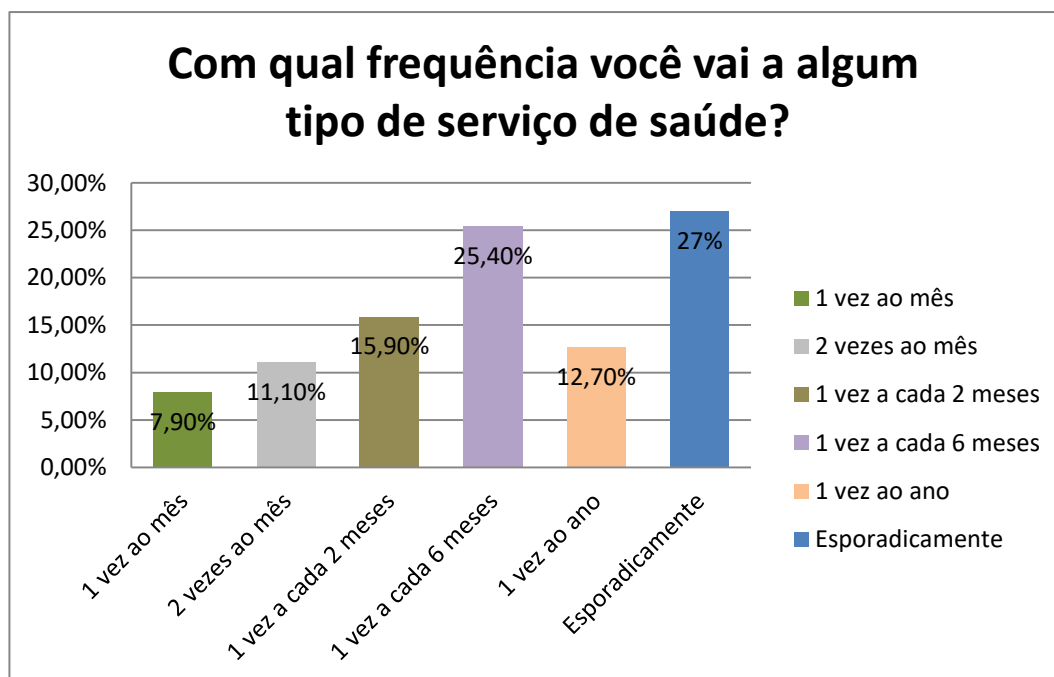


Em relação à frequência da utilização de serviços de saúde os dados mostram o seguinte: 27% ou 17 indivíduos utilizam esporadicamente; 25,4% ou 16 indivíduos vão a serviços de saúde, aproximadamente, 1 vez a cada 6 meses; 15,9% ou 10 indivíduos vão a serviços de saúde por volta de 1 vez a cada 2 meses; 12,7% ou 8 indivíduos vão, aproximadamente, 1 vez ao ano; 11,1% ou 7 indivíduos, aproximadamente, 2 vezes ao mês; e 7,9% ou 5 indivíduos vão por volta de 1 vez por mês.

Em relação à frequência a algum tipo de serviço de saúde, 27% ou 17 dizem frequentar esporadicamente. Nesse grupo, 47% ou 8 indivíduos relataram que já sofreram algum tipo de estigma ou discriminação, por comentários ofensivos e/ou malicioso na recepção ou atendimento, por espera maior para ser atendida em relação a outros usuários do serviço ou, em alguns casos, por recusa do atendimento.

Ainda nesses 47% ou 8 indivíduos, 66% ou 5 deles relataram que tiveram crises de ansiedade ou pânico, enquanto os outros 34% ou 3 indivíduos sentiram inseguros ou desamparados pelo estigma que sofreram. 64% ou 11 indivíduos desse grupo relata que sofreu algum tipo de consequência por conta da discriminação ou estigma, sendo que mais da metade desse grupo (63% ou 7 indivíduos) teve que ocultar a sua sexualidade para conseguir o acesso ao atendimento, ou seja, teve que “anular” sua identidade e violentar-se para conseguir exercer um direito social universal, que é o direito à saúde. 37% ou 4 indivíduos do grupo disseram não obter acesso,

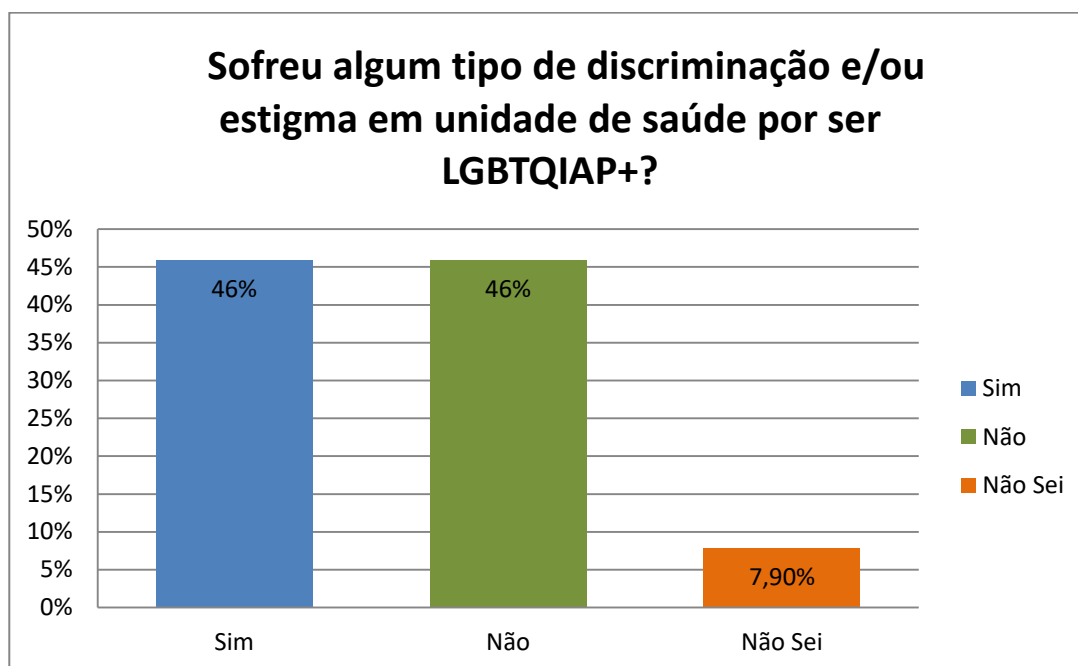
ficando sem tratamento e com o problema de saúde que gerou a procura do serviço, ao menos até conseguir outro atendimento.



Os dados diretamente obtidos quando se perguntou sobre ter sofrido algum tipo de discriminação e/ou estigmatização em serviço de saúde por ser LGBTQIAP+, cerca de 46% ou 29 indivíduos disseram que não sofreram nenhum tipo de discriminação; 46% ou 29 indivíduos disseram já ter sofrido algum tipo de discriminação; e 7,9% ou 5 indivíduos disseram não saber se já sofreram algum tipo de discriminação, indicando talvez menor atenção de usuários em relação a detalhes ou nuances dos atendimentos de saúde que receberam ou, o que parece mais provável, que essas experiências relacionais são complexas, às vezes difíceis de ler em função, por exemplo, de dissimulação, não sendo imediatamente identificáveis, tal como sugere Goffman (1988) em relação à formação ou à efetuação do estigma.

Os resultados mostram que, por mais que boa parte dos sujeitos da pesquisa não refiram questões problemáticas ou dignas de nota, em termos de discriminação e estigmatização, no acesso aos serviços de saúde, uma parte igualmente significativa percebeu, ao contrário, discriminações e estigmatização. Isso sugere a necessidade em se aprofundar estudos sobre a questão, bem como indica uma possível necessidade de implementação de

estratégias para melhorar o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQIAP+.



Ao analisar os relatos de discriminação que os participantes da pesquisa afirmaram ter sofrido nos serviços de saúde, 62,9% ou 23 indivíduos (apenas 35 indivíduos responderam a essa questão e poderia ser selecionada mais de uma alternativa) participantes disseram ter recebido comentários maliciosos e/ou ofensivos durante o atendimento, uma quantidade significativa de atitudes discriminatórias.

Cerca de 30% ou 9 dos participantes referem comentários maliciosos e/ou ofensivos na recepção dos serviços de saúde, o que reitera o fato de que a discriminação não está apenas no atendimento clínico, mas pode começar já na recepção do serviço.

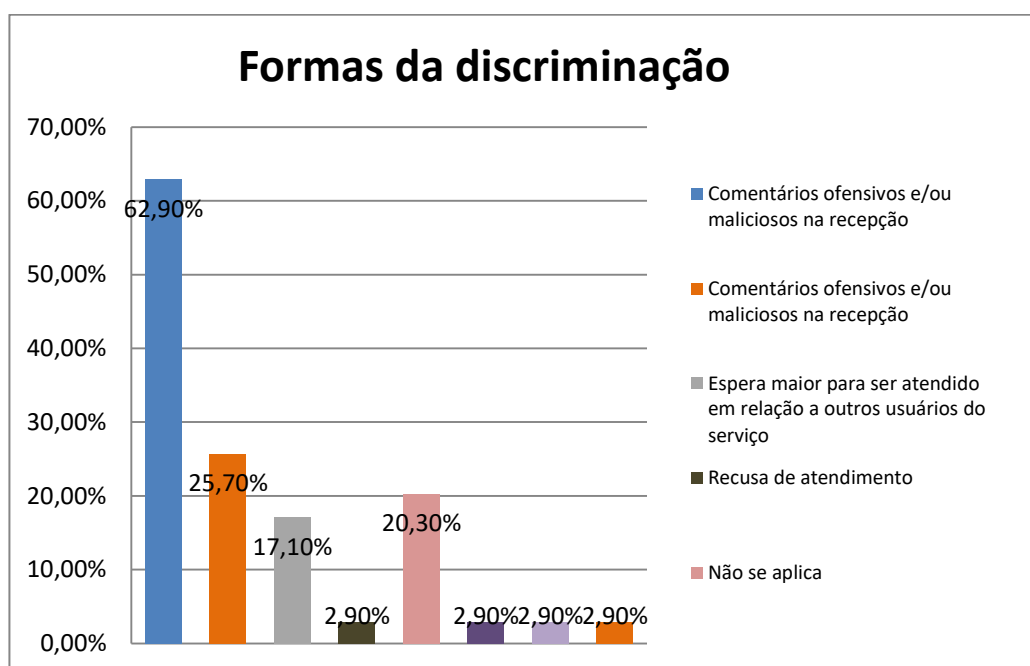
O tempo de espera para ser atendido foi outro motivo de queixa, 17,1% ou 6 dos participantes disseram ficar mais tempo dos que as outras pessoas esperando pelo atendimento, o que também indicia uma forma de discriminação.

Outra situação informada foi a de impedimento para doar sangue, 2,9% ou 1 indivíduos disseram ser estigmatizados pelo impedimento em doar

sangue por conta da orientação sexual, uma das justificativas teria sido que o sangue seria descartado caso sua orientação sexual fosse revelada.

Participantes já perceberam, em alguma ocasião, olhares desaprovadores ao pedirem informações sobre a vacina contra o HPV. Os exemplos relatados evidenciam, na percepção dos sujeitos da pesquisa, a presença de estigma e de desinformação por parte de profissionais de saúde, o que constituiria barreiras no acesso aos serviços de saúde. Tais percepções vão ao encontro, por exemplo, da necessidade contínua de luta contra o estigma sexual em relação à AIDS e à outras ISTs, conforme discutido por Daniel e Parker (1991), em busca não apenas de cuidados dignos para indivíduos portadores de ISTs, mas também para aqueles que enfrentam estigmatização por orientações sexuais consideradas desviantes.

Outros participantes, 11,5% ou 3 indivíduos responderam que a indagação sobre discriminações e estigmatizações sofridas não se aplicava a eles, mostrando que as vivências são diferentes e que existem formas diversas nas experiências de exposição entre as pessoas da comunidade LGBTQIAP+.



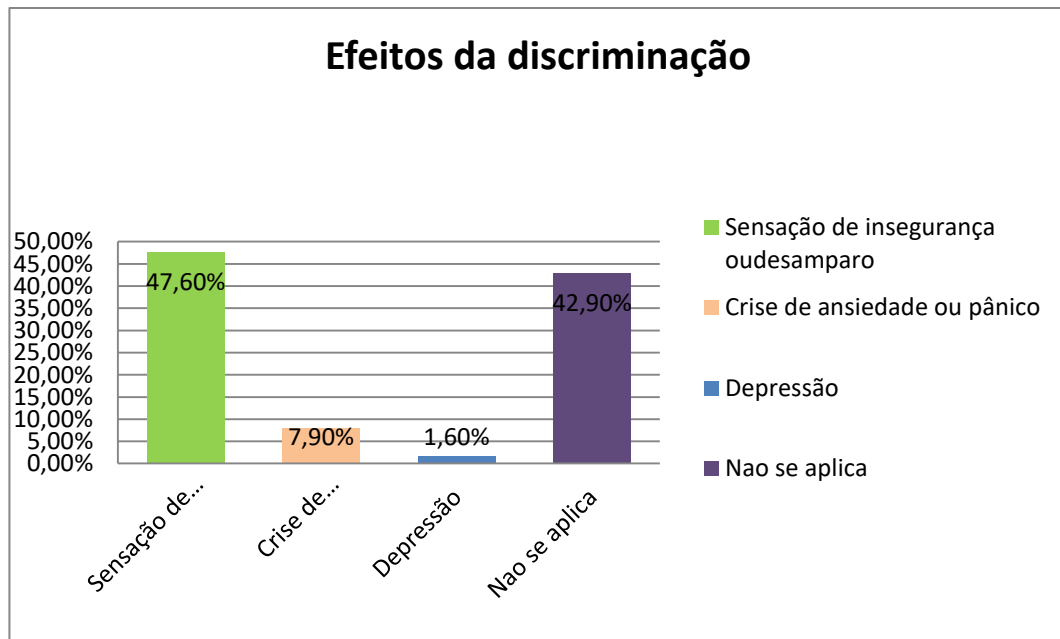
Quando tratou-se dos efeitos do eventual não-acesso ou de dificuldades de acesso aos serviços de saúde, os participantes trouxeram dados esclarecedores para a pesquisa: 47,6% ou 30 indivíduos disseram

sentir insegurança ou desamparo em decorrência do não-acesso ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Essa resposta destaca, de forma clara, eventuais impactos emocionais de tais circunstâncias. O fato de sentirem-se inseguros não indicia apenas obstáculos práticos mas, principalmente, indicam que, em certos casos, a atmosfera dos serviços de saúde pode ser sentida como opressiva e excludente, o que também tem potencial participação na formação do estigma e/ou nas discriminações heterossexistas.

Em contrapartida, 34,9% ou 22 dos sujeitos afirmaram não ter percebido efeitos em sua saúde em face da dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Essa percepção sugere que apenas parte dos serviços e profissionais de saúde (a depender da equipe de saúde, da região do serviço, etc.) favorecem ações discriminatórias e estigmatizantes, bem como indicam as diferenças nas experiências, nas percepções e até dos repertórios culturais, políticos e subjetivos dos sujeitos LGBTQIAP+ para lidar com esse tipo de experiência.

Ao mesmo tempo, que 7,9% ou 5 dos participantes disseram vivenciar crises de ansiedade ou pânico após experiência de não-acesso ou de dificuldade de acesso aos serviços de saúde, reafirmando que essas situações podem desencadear reações e prejuízos emocionais. Além disso, 1,6% ou 01 indivíduo diz que experimentou episódio de depressão após ter o acesso à saúde negado.

É importante observar que 7,9% ou 5 dos participantes disseram que a questão não se aplicava a eles, de novo indicando formas diferentes de viver e lidar com eventuais dificuldades de acesso, provavelmente em função de diferentes trajetórias e percepções em relação aos serviços de saúde.

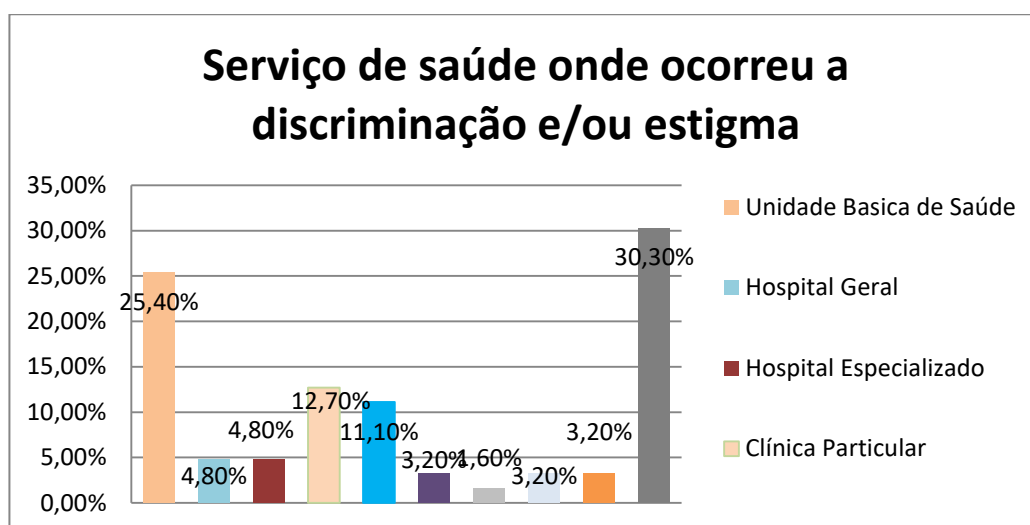


Em seguida, foi indagado em quais tipos de equipamentos de saúde ocorreram às discriminações. Cerca de um quarto dos participantes, 25,4% ou 16 indivíduos disse ter sofrido discriminação e/ou estigma em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Um dado de interesse, levando em consideração que a UBS é a porta de entrada do SUS, é que talvez a discriminação a partir dali pode ter um simbolismo ainda mais negativo. Das pessoas que sofreram discriminação em UBSs, 50% ou 8 indivíduos disseram ter recebido comentários ofensivos ou maliciosos, tanto em seu primeiro contato com a unidade na recepção quanto no atendimento propriamente dito. Ainda nesse recorte, 75% ou 12 indivíduos que sofreram no acesso a UBS em razão da orientação sexual, relataram que se sentiram inseguros ou desamparados, e uma das razões pode ter a ver com o fato da UBS ser o equipamento a partir do qual o usuário terá acesso a encaminhamentos para consultas especializadas, entre outros procedimentos. Além disso, 6,25% ou 2 indivíduos informaram sofrer com crises de ansiedade ou de pânico por conta dos comentários que receberam na unidade.

Alguns participantes, 12,7% ou 8 indivíduos, disseram ter experimentado a discriminação em clínicas particulares, mostrando que, claro, a discriminação não se restringe aos serviços públicos, estão também presentes nos serviços privados. Outros 11,1% ou 7 indivíduos enfrentaram

dificuldades em consultórios particulares, o que reforça a discriminação também nos espaços privados da saúde e mostra que a discriminação e os estigmas ligados à sexualidade estão presentes até em situações supostamente mais individualizadas ou íntimas, como as das consultas particulares.

A percepção da discriminação em hospital geral afetou 4,8% ou 3 dos indivíduos; em pronto socorro e hospital/dia 6,4% ou 4 indivíduos disseram ter sofrido discriminação; ambulatório especializado, hemocentro e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) também foram mencionados. Isso parece indicar que os profissionais de saúde necessitam de sensibilização e treinamento nos mais diversos equipamentos e ambiências do campo da saúde para lidar com a diversidade da sexualidade e suas singularidades. Por fim, 30,3% ou 19 dos participantes responderam “não se aplica” para essa questão.



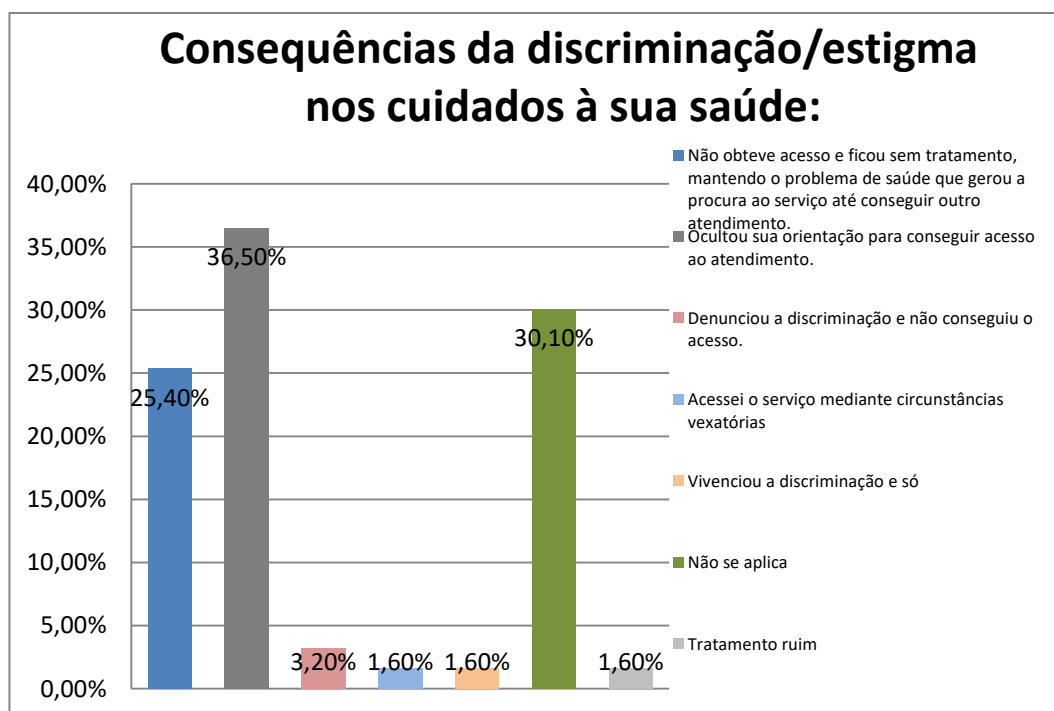
De certa forma, os dados da pesquisa ou uma boa parte deles têm uma circularidade: transitam da percepção da eventual experiência de estigmatização e/ou da discriminação para os efeitos pessoais dessas experiências e vice-versa. As consequências da discriminação e dos estigmas ligados à sexualidade nos cuidados à saúde da comunidade LGBTQIA+ expressam de forma concisa e circular uma condição de acesso à saúde problemático, atravessado pela expectativa e pela eventual confirmação do estigma por boa parte dos participantes da pesquisa. Senão vejamos.

Para 36,5% ou 23 dos participantes a discriminação resultou na ocultação da sua orientação sexual para conseguir o acesso ao atendimento, são pessoas que escolhem esconder quem são (expectativa do estigma) para que possam ter um atendimento sem o risco que antecipam, um distanciamento entre a identidade real e a virtual, nos termos de Goffman (1988). Claro que essa circunstância fere princípios do SUS e pode impactar negativamente na eficácia do tratamento. Uma faceta dessa relação entre discriminação, ocultação da orientação sexual e qualidade do atendimento está, por exemplo, presente em estudo realizado por Pryor, Reeder e McManus (1991), no qual evidenciam que indivíduos que mostram menor disposição para adotar atitudes empáticas em relação à população LGBTQIAP+ tendem a demonstrar menos empatia em geral, inclusive para com pacientes que sofrem de doenças estigmatizadas. Significa dizer: a discriminação e a estigmatização no contexto de saúde pode também contribuir para um ambiente menos empático e prejudicar o cuidado oferecido aos pacientes.

Outros 25,4% ou 16 dos participantes disseram enfrentar realidade mais preocupante: não obtiveram acesso ao atendimento, ficarem sem tratamento ou tiveram que posterga-lo, o que, além da problemática pessoal, também representa falha do sistema de saúde em fornecer o cuidado necessário.

A denuncia da discriminação foi feita por apenas 3,2% ou 2 dos participantes, mas mesmo assim não obtiveram o acesso aos cuidados de saúde na ocasião, o que indica, ao menos na amostra estudada, um baixo nível de, digamos assim, cidadania na saúde por parte dos participantes. Não foi investigada as razões da baixa intensidade no exercício e na luta pelo direito à saúde, mas é possível hipotetizar que, em alguma medida, a introjeção e a naturalização dos estigmas diminuem a expectativa sobre a eficácia desse tipo de reivindicação e gerem constrangimentos ou medo em se expor.

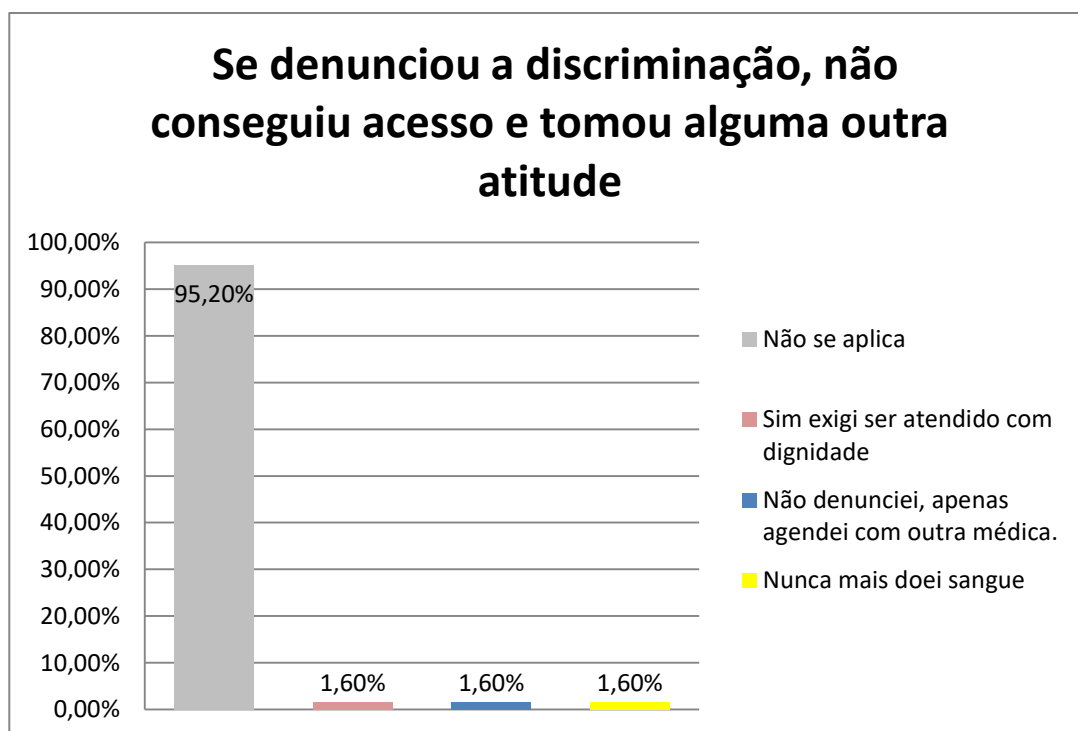
Para 1,6% ou 01 participante a experiência limitou-se a vivenciar a discriminação como se, além de corriqueira, fosse natural. 25,4% ou 16 dos participantes disseram não ter sofrido nenhuma consequência direta em função da discriminação sofrida.



Por seu lado, a análise das atitudes após a discriminação trazem respostas que fazem pensar sobre desafios enfrentados pela comunidade LGBTQIA+ no cuidado à saúde.

Um participante (1,6%) disse que, após enfrentar a discriminação, optou por agendar outra consulta, ou seja, postergou o cuidado e o direito ao cuidado. Outro indivíduo (1,6%) relatou que nunca mais doou sangue, o que não deixa de evidenciar uma marca traumática e, ao mesmo tempo, um prejuízo coletivo causado pela discriminação, uma vez que o sangue doado é uma atitude para comunidade. Um terceiro indivíduo (1,6%) disse que permaneceu exigindo atendimento e tratamento digno., uma atitude cidadã que, no entanto, não foi frequente em nossa amostra.

No entanto, 95,2% ou 60 indivíduos disseram que a questão “não se aplica” a eles, uma vez que conseguiram atendimento, bem como que a discriminação não teve impacto tangível ou relevante em suas vidas, para que tomassem alguma providência após a experiência.



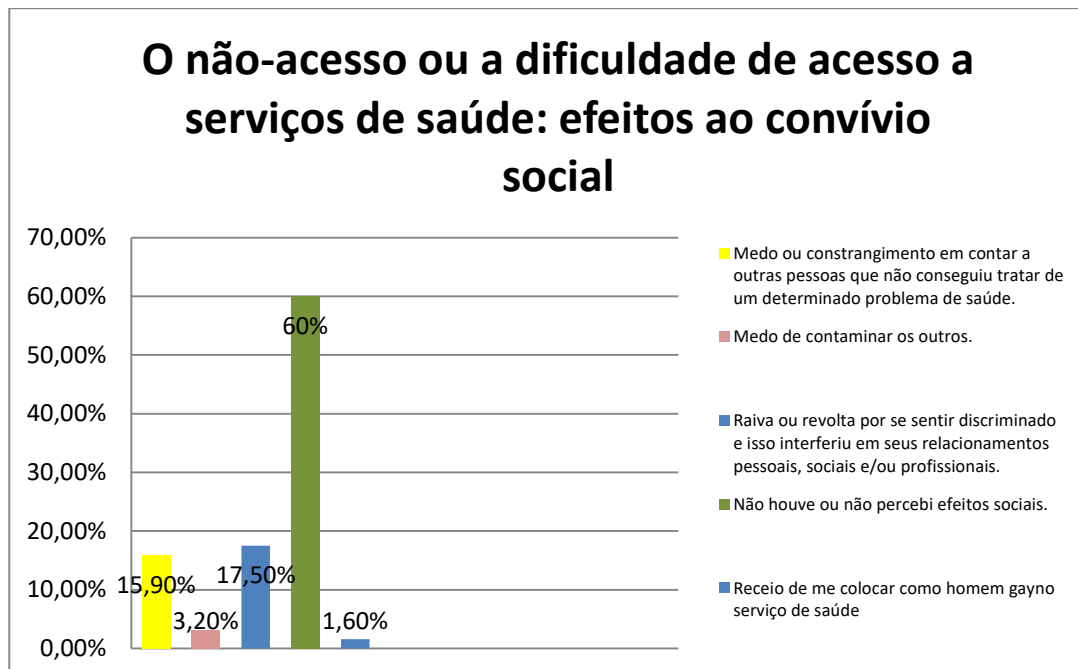
A análise dos efeitos do não-acesso ou da dificuldade de acesso a serviços de saúde sobre o convívio social mostrou que, para 60% ou 39 dos sujeitos, o não-acesso não pareceu ter efeitos sociais diretos, ou não perceberam eventuais impactos. Talvez isso aponte também uma manifestação de resiliência à discriminação no acesso a saúde.

Ao mesmo tempo, 17,5% ou 11 dos indivíduos expressaram sentir raiva ou revolta devido à discriminação, o que, segundo eles, interfere em seus relacionamentos pessoais, sociais e profissionais. Portanto, a discriminação no acesso aos serviços de saúde, para esse grupo, desdobra-se para além do espaço e das relações nos serviços de saúde.

Outros 15,9% ou 10 dos participantes referiram medo ou constrangimento em contar a outras pessoas que não conseguiram tratar um determinado problema de saúde em função do não-acesso. Isso mostra como o não-acesso pode afetar a autoimagem e as interações sociais, bem como a relação terapeuta-paciente também é diretamente afetada, uma vez que o indivíduo considera que precisa omitir uma parte daquilo que requer cuidado.

Em 2 casos (3,2%) observou-se que o receio de contaminar outras pessoas após enfrentar dificuldades de acesso produziu impactos individuais,

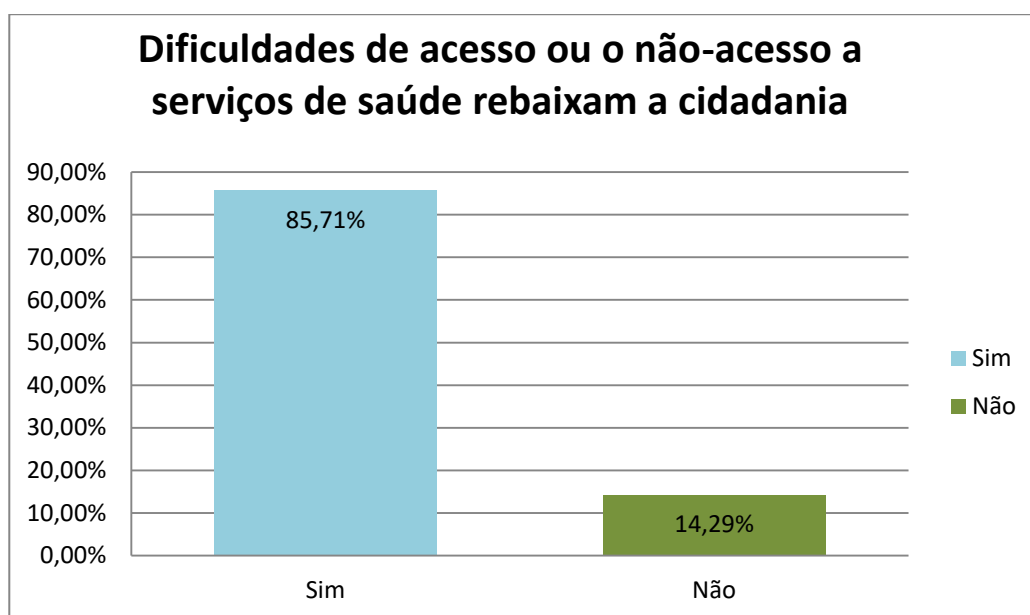
mas também potenciais consequências coletivas, uma vez que ampliou o eventual risco de transmissão e contágio. Por fim, um participante (1,6%) referiu receio em dizer-se como homem gay no serviço de saúde: medo associado à expectativa do estigma pela orientação sexual.



A pergunta sobre as consequências das dificuldades de acesso ou do não-acesso aos serviços de saúde expressa um profundo descontentamento e desconforto dos indivíduos afetados, as dificuldades de acesso não são apenas uma barreira prática como também uma forma de marginalização e desconsideração de direitos e de pertencimento social. Por isso mesmo, 85,7% ou 54 indivíduos disseram sentir sua cidadania rebaixada em decorrência dessas barreiras.

Ao mesmo tempo, 14,3% ou 9 dos participantes disseram não sentir sua cidadania rebaixada, o que, naturalmente, aponta variações nas percepções individuais.

No grupo que percebe que as barreiras de acesso rebaixam sua cidadania, a expressiva maioria, correspondente a 81,4% ou 44 indivíduos, afirmam ocultar a orientação sexual como estratégia para garantir acesso aos serviços de saúde. Outros 7% ou 4 indivíduos relataram denunciar a discriminação sofrida. Os outros 11% ou 6 participantes responderam que a questão não se aplica a eles.



A análise das respostas sobre as ações consideradas necessárias diante da restrição ao exercício do direito à saúde, tal como percebida por aqueles que sentiram sua cidadania rebaixada pelo não-acesso a serviços de saúde, levaram à consideração, pelos participantes, a variedade de estratégias e perspectivas adotadas pela comunidade LGBTQIAP+ para combater as barreiras de acesso.

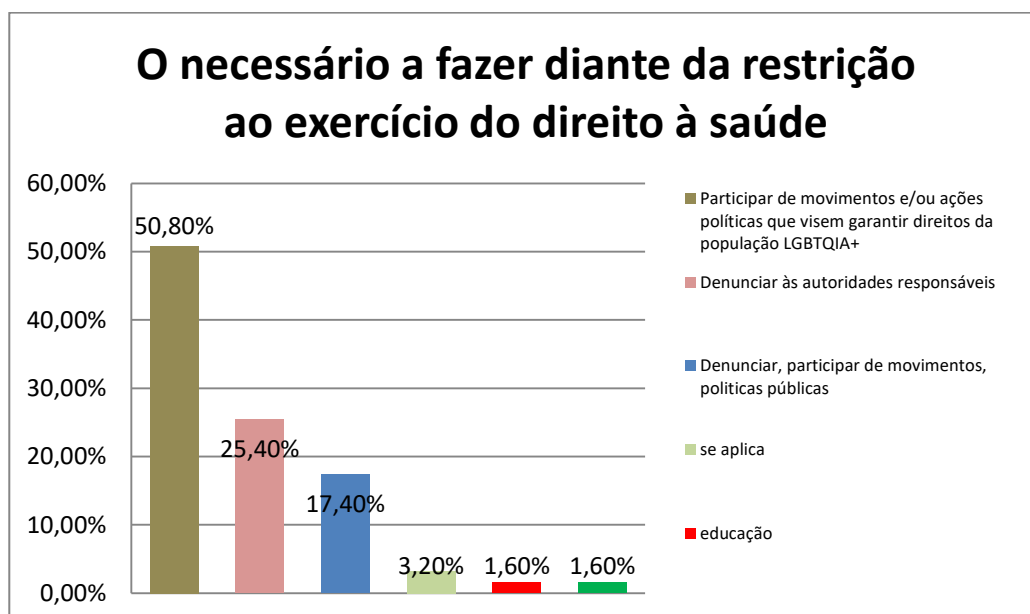
Aproximadamente 50,8% ou 32 participantes afirmaram que é fundamental envolver-se em movimentos e/ou ações políticas, como meio para assegurar os direitos da população LGBTQIA+. Essa constatação evidencia a percepção da necessidade de engajamento em esferas políticas e sociais para promover mudanças capazes de mitigar desigualdades no acesso à saúde. De fato, é essencial enfrentar as opressões e estigmas por meio da organização social, promovendo a democratização e a pluralidade de gêneros no acesso aos serviços de saúde (FACCHINI, 2005). Na mesma direção, um participante destacou a importância em votar em governantes que se comprometam com a superação de preconceitos e estigmas e que promovam capacitação de profissionais de saúde também para essas questões.

Outros 25,4% ou 16 indivíduos referiram denunciar às autoridades responsáveis como forma de combater as restrições ao exercício do direito à saúde.

Outro participante (1,6%) apontou a necessidade da educação, propondo que, no ambiente acadêmico, deveriam existir matérias dedicadas a formar profissionais de saúde mais capacitados, defendendo uma formação profissional que acolha e respeite a diversidade, que foque no direitos humanos e sociais para trazer mudanças no cuidado à saúde.

Outro indivíduo (1,6%) enfatizou o ativismo associado a uma fiscalização regular nos serviços de saúde em favor da comunidade LGBTQIAP+, chamando atenção ao monitoramento para garantir a adequada implementação de políticas inclusivas.

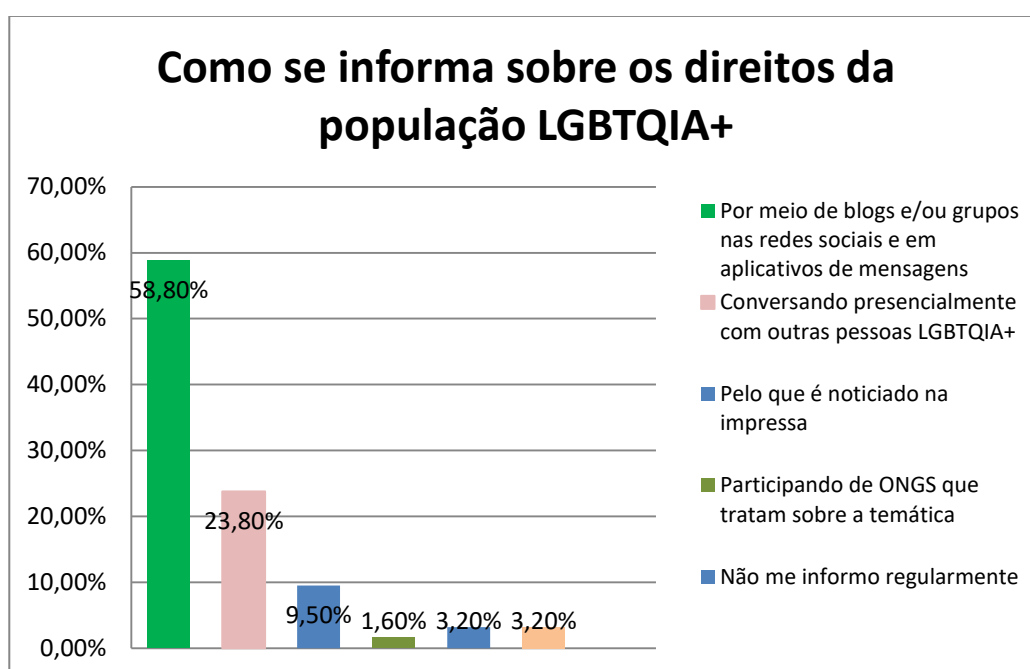
Outros 4,88% ou 3 participantes responderam que a questão “não se aplica” a eles.



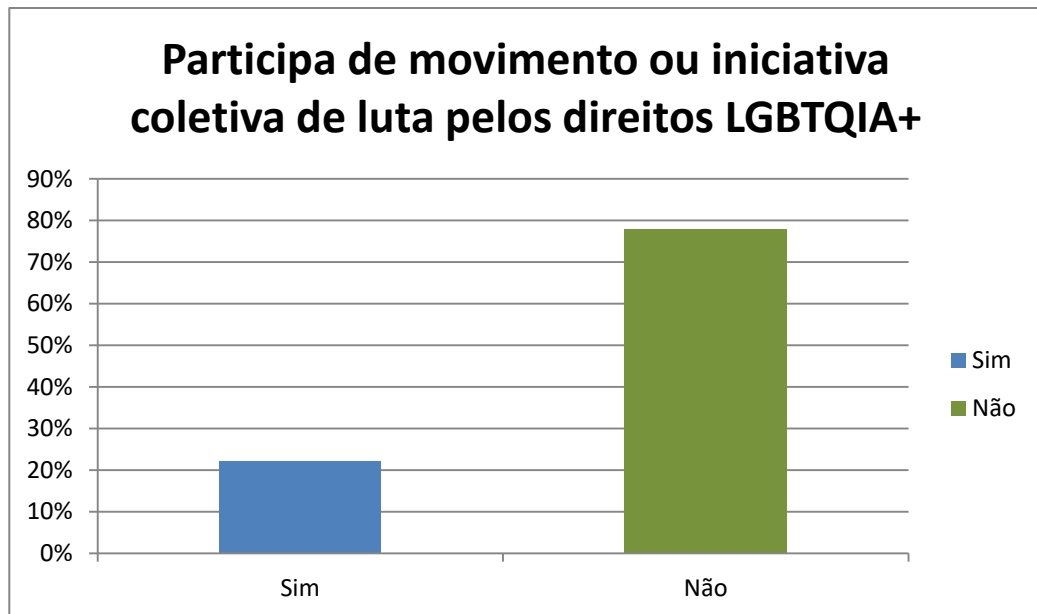
E para terminar, como as pessoas se informam sobre os direitos da população LGBTQIAP+? Essa pergunta gerou os seguintes resultados: 23,8% ou 15 dos participantes optaram por conversas presenciais com outras pessoas LGBTQIAP+. 58,8% ou 37 participantes buscam informações por meio de blogs, grupos nas redes sociais e aplicativos de mensagens. As plataformas digitais parecer ser espaços significativos para trocas de informações e construção de conhecimentos para a comunidade LGBTQIAP+, como de resto é que cada vez mais para o conjunto da sociedade.

Outros 9,5% ou 6 participantes disseram acompanhar as informações pela imprensa e pela mídia televisiva, mostrando como os meios tradicionais de comunicação ainda são uma forma de informação sobre direitos da comunidade LGBTQIAP+.

Outros 3,2% ou 2 participantes disseram ler leis e políticas sobre o assunto, expressando interesse direto na legislação e nas políticas que impactam os direitos da população LGBTQIAP+. Enquanto 3,2% ou 2 indivíduos disseram não se informar sobre o assunto.



Quanto à participação em movimentos sociais ou outras iniciativas coletivas da comunidade LGBTQIAP+, um resultado significativo de 77,8% ou 49 dos participantes disseram “não” participar e outros 23,8% ou 14 dos participantes disseram que “sim”, participam de movimentos sociais e estão engajados no ativismo LGBTQIAP+. A luta por direitos sociais é, necessariamente, coletiva, mas a realidade da população acaba consumindo tanto o tempo quando o desejo de estar envolvido em iniciativas coletivas que busquem a promoção de direitos.



Enfim, esses são os dados analisados na pesquisa. Embora seja um levantamento que faz apenas uma primeira e pequena aproximação à questão da percepção dos usuários da comunidade LGBTQIAP+ sobre o acesso a serviços de saúde, eles traçam um panorama no qual o estigma e as discriminações advindas das orientações sexuais não-normativas são identificáveis e bastante visíveis, dando ensejo para, digamos assim, alinhar as considerações finais que se seguem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo partiu de uma certa posicionalidade, por meio da qual o problema de pesquisa configurou-se como uma questão real, não apenas teórica. Foi a experimentação na pele que instigou a pesquisa, o desejo de ouvir mais sujeitos LGBTQIAP+ e de sistematizar o conhecimento empírico sobre dificuldades de acesso aos serviços de saúde em razão da orientação sexual e dos estigmas que se atualizam e se reproduzem também no campo da saúde, em particular no cuidado à saúde.

Os dados levantados por meio de consulta digital com sujeitos LGBTQIAP+ corresponderam a uma camada inicial de enfrentamento da problemática em questão, aquele que foi possível no tempo e em relação à maturação, tanto conceitual quanto metodológica, para o desenvolvimento desta dissertação de mestrado. Nesse sentido, ao contrário de uma reflexão mais exaustiva, a busca foi por constituir um estudo que permitisse verificar a hipótese de impacto relevante das discriminações e dos estigmas ligados à sexualidade ou, mais precisamente, às orientações sexuais não-normativas, ao ponto de interferirem negativamente no exercício de um direito social fundamental, o direito à saúde.

Os dados da pesquisa, pela óptica da percepção dos sujeitos LGBTQIAP+, permitem ver forte incidência de estigmas, e de discriminações deles derivadas, no acesso à saúde e, por decorrência, na efetuação do direito à saúde. As formas dos estigmas verificados vão ao encontro da tipologia dos estigmas proposta por Goofman (1988).

Em verdade, dos três tipos de estigma propostos pelo autor fundante da conceituação contemporânea sobre o tema, dois tipos são exatamente os observados a partir da percepção dos participantes da pesquisa, a saber: as abominações do corpo (deficiências e deformidades, por exemplo), e as culpas de caráter (desonestidade, fraqueza da vontade, crenças supostamente falsas, etc.), embora eles operem, em parte, sob certas nuances e particularidades, isto é, as “abominações do corpo” no caso dos LGBTQIAP+ não correspondem a problemas físicos, mas a formas visíveis de conduta corporal (formas de andar, de falar ou mesmo alterações corporais produzidas por hormônios e procedimentos cirúrgicos ou por vestimentas e adereços), assim como a deturpação moral, que atravessa o senso-comum, de que orientações sexuais não-normativas são doenças ou desvios de caráter. O entrecruzamento de perspectivas desse tipo, certamente, permitem enquadrar os estigmas sexuais percebidos pelos sujeitos LGBTQIAP+ que participaram da pesquisa no referido tipo de caracterização do estigma.

Além desse enquadramento, os estigmas percebidos também se enquadram na tipologia de Goffman relativa às “culpas do caráter”. Os maus-tratos, os comentários maliciosos e/ou maldosos, entre outros, sugerem uma estigmatização por uma espécie de estereotipia moral: degradar certos atributos dos sujeitos LGBTQIAP+ como se fossem fraqueza de vontade, falta de vergonha, etc. Portanto, a degradação da identidade, tal como propõe Goffman (1988), aparece como obstáculo concreto ao exercício do direito social à saúde.

Os dados também confirmam o que se viu na literatura: o estigma como produção social que, às vezes, se universaliza (como parece ser o caso), e como, simultaneamente, estratégia de defesa em relação ao outro com o qual não nos identificamos, e exercício de poder e submetimento do outro, mesmo que seja o exercício de pequenos poderes institucionais no campo da saúde, às vezes, encarnado por parte de seus profissionais.

Por outro lado, o estudo também verificou que, ao menos na amostragem da pesquisa, as possibilidades de análise crítica e de engajamento social em favor da superação de tais estigmas e, no caso específico, da qualificação do acesso aos cuidados de saúde são limitados. Embora o debate conceitual e político acerca dos controles e da opressão baseados na sexualidade, e também as formas de desmistificar e se opor a essas mazelas, tenham avançado bastante nas últimas décadas – como se viu com Foucault (2008 e 2010), Katz (2008), Butler (2003), Preciado (2014 e 2018), entre outros –, há uma distância, que nos dados da pesquisa pareceu bem grande, entre, digamos assim, a vanguarda desse debate e a população LGBTQIAP+ em geral. Até a denúncia e a reclamação sobre discriminações na recepção e nos atendimentos de saúde foram muito restritas na amostra estudada.

Um longo caminho a percorrer, sem dúvida! Nosso desejo é de que, mesmo modestamente, este trabalho contribua com essa jornada, seja no que foi realizado e, talvez principalmente, em questões que o estudo suscita e que sugerem a necessidade de mais pesquisas sobre temáticas como a aqui enfrentada, até porquê não encontramos muitos trabalhos na literatura sobre a percepção dos usuários da saúde em relação aos estigmas sociais, sobretudo em relação àqueles que emparedam o exercício de direitos e do direito à saúde. Fica o convite!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINLAY, S. C., BECKER, G. e COLMAN, L. M. A. Stigma reconsidered. In S. C. Ainlay, G. Becker e L. M. A. Colman (Eds.), *The Dilemma of Difference* (pp. 1-13). New York: Plenum, 1986.

AYRES, J. R. C. M. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Martins M.A., Carrilho FT, Alves V.A.F., Castilho E.A., Cerri G.G., Wen C.C. (Eds) *Clinica Médica*, vol I Barueri: Manole , 2009.

BECKER, B. S. *Uma Teoria da Ação Coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

BECKER, G., ARNOLD, R. Stigma as a social and culture constructo. *The Dilemma of Difference* (pp. 39-76). New York: Plenum, 1986.

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BOEHRINGER, S. A. sexualidade tem um passado? Do éros grego à sexualidade contemporânea: questionamentos modernos ao mundo antigo. “La sexualité a-t-elle un passé? De l'éros grec à la sexualité contemporaine: questions modernes au monde antique”. *Recherches en psychanalyse*, Paris, *L'Esprit du Temps*, vol. 2, n. 10, 189-201. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual*. [Internet]. Brasília: MS; 2004 .Disponível: <<http://goo.gl/0rklE>>L. Acesso em: 6 ago. 2023.

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BUTLER, J. *Problemas de gênero, feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro, *Civilização Brasileira*, 2003.

CERQUEIRA, D. *Mapa dos homicídios ocultos no Brasil. Texto para Discussão 1848*. Brasília: Ipea, jul. 2013. Disponível em:

<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2924/1/TD_1848.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2023.

CAZEIRO, F.; SILVA, G. S. N. DA .; SOUZA, E. M. F. Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 5361–5370, out. 2021.

CÉSAR, M. R. A. (Des)fazendo gêneros e queerizando a vida: a (des)educação de corpos. In: FERRARI, A. (Org.) *Corpo, gênero e sexualidade*. Lavras, UFLA, p. 159-174, 2014.

DANIEL, H.; PARKER, R. *Aids: a terceira epidemia*. São Paulo: Iglu Editora, 1991.

DANILIAUSKAS, M. Considerações preliminares sobre as concepções e conceitos norteadores das políticas públicas de educação para a igualdade de gênero e diversidade sexual. In: *Seminário Corpo, Gênero, Sexualidade*. FURG, Rio Grande, 2009.

DE LUCA, T. História do, nos e por meio dos periódicos. In: PINSKY, Carla Bassanezi (Org). *Fontes históricas*. 3. ed. São Paulo, SP: Contexto, 2011.

DOMENE, F. M; SILVA, J. L.; TOMA, T. S.; ^[1]_[SEP] SILVA, L. A. L. B.; MELO, R. C.; SILVA, A.; BARRETO, J. O. M. Saúde da população LGBTQIA+: revisão de escopo rápida da produção científica brasileira. Rio de Janeiro, *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 27 (10), 2022.

FACCHINI , R. Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos de 1990. 13 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 304 p., 2005.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade 2 - o Uso dos Prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 233 p., 1996.

FOUCAULT, M. *Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, p. 455-493. 2010.

FURTADO R. N.; CAMILO J. A. O. O conceito de biopoder no pensamento de

Michel Foucault. Revista Subjetividades, Fortaleza, 16(3): 34-44, dezembro, 2016.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

GORDON, L; DUBOIS E. Seeking Ecstasy on 2002the Battlefuel: Danger and Pleasure in Nineteenth Century Feminist Sexual Thought. Feminist Studies, n. 1, 1983.

GUTMANN, M. C. Trafficking in Men: The anthropology of masculinity. Annunal Review of Anthopology, n. 26, pp. 385-409, 1997.

GREEN, J., N.; QUINALHA, R . Ditadura e homossexualidades: repressão resistência e a busca da verdade. São Carlos; Editora da UFSCar, 2014.

GROS, A. E. Judith Butler e Paul Beatriz Preciado: uma comparação de dois modelos teóricos na construção da identidade de gênero na teoria queer. Pensata, v. 10 n. 2, 2021.

HULKO, W. A. The Time-and-Context-Contingent Nature of Intersectionality and Interlocking Oppressions. Affilia: Journal of Women and Social Work. p. 44-55, 2009.

JONES, E. E.; FARINA, A.; HASTORF, A. H.; MARKUS, H.; MILLER, D. T.; SCOTT, R. A. Social Stigma: The Psychology of marked relationships. New York: Freeman, 1984.

Jornal Lampião da Esquina, nº 3, p. 14, " Rumo à Baixada Fluminense", 25 de julho a 25 de agosto de 1978.

KATZ, J. N. A Invenção da Heterossexualidade. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

LIMA, M. L. C.; MOREIRA, A. C. G. Aids e feminização: os contornos da sexualidade. Revista Mal-Estar e Subjetividade. Fortaleza, v.8, n.1, p.103-18, 2008.

LINK, B. G. e PHELAN, J. C. Stigma and its public health implication. New York. Revista Lancet, p. 367: 529–31, 2006.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. In Guacira Lopes Louro (Org.). O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, p.9-34, 1999.

MAIA, A. C. B.; Sexualidade: reflexões sobre um conceito amplo. SBPN – Scientific Journal. v.5(1), 2001.

MAIA, A. C. B. Sexualidade e deficiências. São Paulo: Fundação Editora Unesp, 2006.

MAIA, A. C. B. Inclusão e sexualidade: questões afetivo-sexuais em indivíduos com deficiências físicas. Relatório de pesquisa de pós-doutorado. Brasília: CNPq, 2009.

MARCUS, S. The Other Victorians. New York: New American Library, 1974.

MOTTIER, V. Sexuality: a very short introduction. New York: Oxford university press, 2008.

MORANDO, E. M. G.; SCHMITT, J. C. ; FERREIRA, M. E. C.; MÁRMORA, C. H. C. O Conceito de Estigma de Goffman Aplicado à Velhice. International Journal of Developmental and Educational Psychology, n. 2, pp. 21-32, 2018.

OMOTE, S. Estigma no tempo da inclusão. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília, v. 10, n.3, p. 287-308, 2004.

PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na Saúde Pública. In: Monteiro, S.; Villela, W. (orgs.), Estigma e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 25-46, 2013.

PRECIADO, P. B. Manifesto Contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual. São Paulo: n-1 edições, 2014.

PRECIADO, P. B. Testo Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: n-1 edições, 2018.

QUINALHA, R.; RIOS, R. R. Entre o senso-comum e a ciência: existe cura gay? Nexo Jornal, 26 de Setembro de 2017. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2017/Entre-o-senso-comum-e-a-ci%C3%A2ncia-existe-%E2%80%98cura-gay%E2%80%99>, 2017>. Acesso em: 6 ago. 2023.

RIBEIRO, P. R. M. Educação sexual: além da informação. São Paulo: EPU, 1990.

RUBIN, G. Pensando o sexo. In: Políticas do sexo. Trad. Jamille Pinheiro Dias.. pp. 63-128. São Paulo: Ubu, 1984/2017.

RUSHING, WA. The AIDS Epidemic: Social Dimensions of an Infectious Disease. Westview Press, USA, 1995.

RYAN, M. The Power of women's networks: a case study of female moral reform in America. Feminist Studies 5, n. 1, 1979.

SHROFF, F. M. The social construction of AIDS, heterosexism, racism and misogyny: and the challenges faced by black women. Resources for Feminist Research, 20, USA, p. 115-123, 1991.

SIQUEIRA, R., CARDOSO, H. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. Imagonautas, v. 2 (1), 2011.

VEIGA-NETO, A. Governamentalidades, neoliberalismo e educação. In Branco, G., Veiga-Neto, A. (Org.). Foucault: filosofia e política. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2011.

VIGOYA, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs.). A mulher brasileira nos espaços públicos e privados. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2001.

VOLZ, P. M.; TOMASI, E.; BRUCK, N. R. V.; SAES, M. O.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L.A. A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença. Saúde e soc. 24(3), 877-886. 2015.

WALKOWITZ J., Prostitution and victorian society: women, class and the state. London: Cambridge University Press. 1980.

WALKOWITZ J. Male vice and feminist virtue: feminism and the politics of prostitution in nineteenth-century britain, in Ann Snitow, Christine Stansell, and Sharon Thompson (orgs). Powers of desire: the politics of sexuality. New York: Monthly Review Press, 1983.

WEEKS, J. Sex, politics, and society: the regulation of sexuality since 1800. London: Longman, 1981.

Formulário sobre estigma no acesso a saúde

Se você integra a população LGBTQIAP+ está convidado(a) a preencher o formulário abaixo, que versa sobre o exercício de direito a saúde e é parte da pesquisa "Orientação sexual e

acesso à saúde: o estigma como barreira ao exercício de direito social". O formulário tem como objetivo levantar dados sobre a caracterização dos participantes e, principalmente, sobre eventuais discriminações e/ou dificuldade de acesso a serviços de saúde em função de sua identidade de gênero.

Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e não há qualquer compensação financeira pela participação na pesquisa. O formulário ocupará seu tempo por aproximadamente, 10 minutos.

Agradecemos sua participação.

Se houver dúvidas você pode contatar a pesquisadora pelo e-mail:

ic3142575@gmail.com

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Você faz parte da comunidade LGBTQIAP+? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim *Pular para a pergunta 2*

☐ Não

2. Qual a sua idade? *

Marcar apenas uma oval.

☐ 25 a 35 anos

☐ 36 a 50 anos

☐ A partir de 51 anos

3. Qual a sua identidade de gênero? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Mulher Transgênero (Pessoa que não se identifica com o gênero designado compulsoriamente ao nascer)
- ☐ Mulher Cisgênero (Pessoa que se identifica com o gênero designado compulsoriamente ao nascer)
- ☐ Homem Transgênero (Pessoa que não se identifica com o gênero designado compulsoriamente ao nascer)
- ☐ Homem Cisgênero (Pessoa que se identifica com o gênero designado compulsoriamente ao nascer)
- ☐ Travesti (pessoa que se identifica com um gênero diferente daquele que lhe foi atribuído em consonância com seu sexo ao nascer e constrói nela mesma essa identidade, muitas vezes através da vestimentas e indumentárias específicas)
- ☐ Agênero (pessoa que não se identifica ou não se sente pertencente a nenhum gênero)
- ☐ Não-Binário (pessoa que não se identifica com um gênero exclusivamente, sua identidade de gênero não é limitada ao masculino ou feminino)
- ☐ Outro: _____

4. Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Fundamental incompleto (Não finalizou a 8ª Série/9º Ano)
- ☐ Fundamental completo (Finalizou a 8ª Série/9º Ano)
- ☐ Médio incompleto (Não finalizou o 3º Colegial/ 3º Ano do Ensino Médio)
- ☐ Médio completo (Finalizou o 3º Colegial/ 3º Ano do Ensino Médio)
- ☐ Superior incompleto (Não finalizou Graduação ou Tecnólogo)
- ☐ Superior completo (Finalizou Graduação ou Tecnólogo)
- ☐ Mestrado (Finalizado)
- ☐ Doutorado (Finalizado)

5. No quesito raça, como você se auto-declara? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Negro (a)
- ☐ Branco (a)
- ☐ Pardo (a)
- ☐ Amarelo (a)
- ☐ Indígena

6. Qual seu estado de residência? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ AC
- ☐ DF
- ☐ MT
- ☐ RJ
- ☐ SE
- ☐ AL
- ☐ ES
- ☐ PA
- ☐ RN
- ☐ SP
- ☐ AM
- ☐ GO
- ☐ PB
- ☐ RO
- ☐ TO
- ☐ AP
- ☐ MA
- ☐ PE
- ☐ RR
- ☐ BA
- ☐ MG
- ☐ PI
- ☐ RS
- ☐ CE
- ☐ MS
- ☐ PR
- ☐ SC
- ☐ Exterior

7. Você é “assumido (a)”? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim (em todos os espaços/lugares de convívio)
- ☐ Não (em nenhum espaço/lugar de convívio)
- ☐ Apenas em alguns espaços/lugares de convívio

8. Você usa algum serviço de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Público
- ☐ Privado
- ☐ Ambos

9. Com qual frequência você vai a algum tipo de serviço de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 vez ao mês
- ☐ 2 vezes ao mês
- ☐ 1 vez a cada 2 meses
- ☐ 1 vez a cada 6 meses
- ☐ 1 vez ao ano
- ☐ Esporadicamente

10. Você já sofreu algum tipo de discriminação e/ou estigma por ser LGBTQIA+ em uma unidade de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

11. Se sofreu algum tipo de discriminação, qual foi? (pode marcar mais que uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Comentários ofensivos e/ou maliciosos na recepção
- ☐ Comentários ofensivos e/ou maliciosos durante o atendimento
- ☐ Espera maior para ser atendido em relação a outros usuários do serviço
- ☐ Recusa de atendimento
- ☐ Outro: _____

A seguir você lerá algumas situações reais, informe se já vivenciou algo parecido:

12. Fui doar sangue e estava acompanhada pela minha esposa, na hora da doação * a enfermeira me fez diversas perguntas invasivas como se meu gênero indicasse alguma doença ou impedimento para doar sangue. Algo parecido já aconteceu com você?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Cheguei ao serviço de saúde com o meu RG já atualizado com o nome social, * mesmo assim a pessoa que estava na recepção insistiu em me chamar pelo nome de registro no serviço. Algo parecido já aconteceu com você?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

14. Fui ao ginecologista e ele(a) não quis me examinar porque eu disse que era lésbica. Ele(a) considerou que, porque eu não tinha relações sexuais com homens, não precisaria/deveria me examinar. Alguma situação como essa já aconteceu com você? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

Nossas últimas perguntas serão sobre os efeitos do não-acesso ou dificuldades de acesso a serviços de saúde, e também sobre suas condutas em relação a isso.

Vamos a elas:

15. O eventual não acesso ou dificuldade de acesso a serviços de saúde produziram efeitos em sua saúde mental? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sensação de insegurança ou desamparo

☐ Crise de ansiedade ou pânico

☐ Depressão

☐ Não afetou minha saúde mental.

☐ Outro: _____

16. Em que tipo de unidade de saúde ocorreu a discriminação e/ou estigma? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ UBS
- ☐ Hospital Geral
- ☐ Hospital Especializado
- ☐ Pronto Socorro
- ☐ Clínica Particular
- ☐ Consultório
- ☐ Hospital/Dia
- ☐ Ambulatório Especializado
- ☐ Outro: _____

17. Quais foram as consequências da discriminação/estigma nos cuidados à sua saúde: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não obteve acesso e ficou sem tratamento, mantendo o problema de saúde que gerou a procura ao serviço até conseguir outro atendimento.
- ☐ Ocultou sua orientação para conseguir acesso ao atendimento.
- ☐ Denunciou a discriminação e conseguiu acesso
- ☐ Denunciou a discriminação e não conseguiu o acesso.
- ☐ Outro: _____

18. Se você denunciou a discriminação e não conseguiu acesso, descreva se tomou alguma outra atitude (se não escreva "Não se Aplica"). *

19. O não acesso ou a dificuldade de acesso a serviços de saúde trouxe efeitos ao convívio social: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Medo ou constrangimento em contar a outras pessoas que não conseguiu tratar de um determinado problema de saúde.
- ☐ Medo de contaminar os outros.
- ☐ Raiva ou revolta por se sentir discriminado e isso interferiu em seus relacionamentos pessoais, sociais e/ou profissionais.
- ☐ Não houve ou não percebi efeitos sociais.
- ☐ Outro: _____

20. Você considera que eventuais dificuldades de acesso ou o não-acesso a serviços de saúde rebaixam sua cidadania e te colocam em posição de inferioridade e desvantagem social? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

21. Se você respondeu sim à pergunta anterior, o que considera necessário fazer diante dessa restrição ao exercício de seu direito à saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não sei o que fazer
- ☐ Denunciar às autoridades responsáveis
- ☐ Participar de movimentos e/ou ações políticas que visem garantir direitos da população LGBTQIA+
- ☐ Outro: _____

22. Como você se informa sobre os direitos da população LGBTQIA+ *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não me informo regularmente
- ☐ Pelo que é noticiado na imprensa
- ☐ Por meio de blogs e/ou grupos nas redes sociais e em aplicativos de mensagens
- ☐ Conversando presencialmente com outras pessoas LGBTQIA+
- ☐ Outro: _____

23. Por fim, você participa de algum movimento ou iniciativa coletiva de luta pelos direitos LGBTQIA+ *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outro: _____

24. Se você participa de algum movimento ou iniciativa coletiva de luta pelos direitos LGBTQIA+. Qual? *

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Para: Pessoas da comunidade LGBTQIA+ maiores de 18 anos

Pesquisa: Orientação sexual e acesso à saúde: o estigma como barreira ao exercício de direito social

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “Orientação sexual e acesso à saúde: o estigma como barreira ao exercício de direito social”, sob a responsabilidade de Ingrid Alves Conceição e orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza.

Sua participação irá auxiliar nosso estudo a descrever e analisar eventuais barreiras de acesso aos cuidados à saúde enfrentadas por indivíduos LGBTQIA+. Queremos compreender sua percepção em relação à discriminação no acesso a serviços de saúde, e os impactos pessoais e sociais dessas experiências. Sua contribuição ajudará a identificar desafios e colaborar com iniciativas para tornar os serviços de saúde mais inclusivos e respeitosos.

Nosso estudo tem por objetivo descrever e analisar um aspecto da problemática do acesso à saúde por sujeitos LGBTQIA+, buscando compreender a percepção que sujeitos LGBTQIA+ têm sobre a presença ou não de algum tipo de discriminação (explícita e/ou sutil) para acessar os serviços de saúde na cidade em que residem, bem como em relação aos efeitos pessoais e sociais que eventuais discriminações produzem sobre suas vidas.

O procedimento de coleta de dados para este estudo será realizado através de um formulário online pelo Google Forms. O formulário foi cuidadosamente elaborado para abordar questões relevantes sobre o acesso à saúde por parte de sujeitos LGBTQIA+. São perguntas fechadas, que oferecem opções de resposta específicas, e perguntas abertas, que permitem aos participantes compartilhar suas experiências de forma mais detalhada.

As perguntas de múltipla escolha proporcionarão aos participantes a oportunidade de indicar a percepção (ou não) de discriminação no acesso a serviços de saúde, enquanto as perguntas abertas permitirão uma abordagem mais ampla, possibilitando que compartilhem experiências pessoais e nuances que podem não estar contempladas nas opções predefinidas das perguntas de múltipla escolha.

O formulário foi projetado para garantir a confidencialidade dos participantes, e nenhuma informação pessoal será divulgada. Os dados coletados serão analisados de forma agregada e anônima, respeitando a privacidade de cada indivíduo. O formulário ocupará seu tempo por, aproximadamente, 10 minutos.

Como referido, você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da coleta de dados, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo de sua identidade e do uso das informações prestadas apenas para fins científicos e acadêmicos (aulas, palestras,

congressos, publicações científicas e congêneres). Você não terá despesas e não haverá compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Você pode fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante o preenchimento do questionário, por meio do contato disponibilizado ao final deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo não apresenta riscos aos participantes e também não há benefício direto pela participação. Como mencionado, o orientador desta pesquisa é o Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza, que pode ser encontrado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Campus Monte Alegre – Secretaria do Programa de Pós-Graduação e Comunicação Humana e Saúde - Endereço: Rua: Ministro Godoi, 969 – 4º andar – sala 4E-13 – Perdizes - São Paulo – SP – tels.: (11) 3670-8518. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC-SP, que está localizada no andar térreo do Edifício Reitor Bandeira de Mello, na sala 63-C, na Rua Ministro Godói, 969 – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001 – Tel: (11) 3670-8466.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo supracitado. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos pela participação, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Declaro que fui informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via digital por e-mail deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor.

- ☐ Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para este estudo.
- ☐ Concordo voluntariamente em participar deste estudo.
- ☐ Declaro para todos os fins necessários, que sou maior de 18 (dezoito) anos de idade

*O questionário abrirá após a seleção das três opções acima descritas.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa : “Orientação sexual e acesso à saúde: o estigma como barreira ao exercício de direito social”., eu, Ingrid Alves Conceição, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e

IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.