



Boletim do Instituto de Saúde

Volume 19 – nº 2 – Dezembro 2018

ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



**Diversidade  
Sexual e  
de Gênero**

# Sumário

<b>Editorial – A atenção à saúde da população LGBT</b>	
Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT.....	3
<b>Diversidade sexual: confrontando a sexualidade binária</b>	
Regina Figueiredo .....	7
<b>Diversidade sexual e Direitos Humanos</b>	
Haroldo Jun Tani, Deborah Bittencourt Malheiros .....	19
<b>Nome social e a plena cidadania T</b>	
Cássio Rodrigo.....	29
<b>Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades</b>	
Marisa Fernandes, Luiza Dantas Soler, Maria Cecília Burgos Paiva Leite .....	37
<b>Experiência de discriminação e violências: um estudo descritivo com homens que fazem sexo com homens de São Paulo</b>	
Denis Gonçalves Ferreira, Thiago Pestana Pinto, Maria Amélia de Sousa Mascena Veras.....	47
<b>Vigilância de violências: considerações sobre as informações relativas às violências perpetradas contra a população LGBT no município de São Paulo</b>	
Carmen Helena Seoane Leal, Maria Lucia Aparecida Scalco, Ruy Paulo D’Elia Nunes, Edriana Regina Consorti, Beatriz Yuko Kitagawa.....	55
<b>Transfobia e racismo: articulação de violências nas vivências de trans</b>	
Lincoln Moreira de Jesus Menezes .....	62
<b>Da invisibilidade ao reconhecimento: experiência de roda de conversa e validação da bissexualidade em São Paulo</b>	
Cinthya Giselle Coutinho Oliveira dos Santos, Natasha Avital, Santiago de Paiva Bernardes, Wesley Torres Rodrigues Ferreira .....	77
<b>AMTIGOS – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USP: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e adultos</b>	
Alexandre Saadeh, Liliane de Oliveira Caetano, Luciane Gonzalez, Beatriz Bork, Desirêe Monteiro Cordeiro, Cassiana Léa do Espírito Santo, Leandro Augusto Pinto Benedito, Matheus de Cillo Arantes, Zoe Barossi, Daniel Augusto Mori Gagliotti, Saulo Vito Ciasca, Karine Schlüter, Maíra Caricari Saavedra .....	86
<b>Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais: desafios e realizações</b>	
Maria Clara Gianna, Ricardo Barbosa Martins, Emi Shimma .....	98

<b>A experiência de implantação da Política de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no município de São Paulo</b> Gabriela Junqueira Calazans, Salete Monteiro Amador, Gláucia Renata Beretta, Nelson Figueira Junior, Ana Lúcia Cavalcanti.....	105
<b>Ampliando o olhar para a população LGBT em um grupo de discussão com trabalhadores de saúde: potencialidade e desafios</b> Marcelen Palu Longhi .....	116
<b>Experiências de uma ONG na promoção de direitos e saúde trans em São Paulo</b> Marta McBritton, Tadeu Di Pietro, Regina Figueiredo, Barry Wolfe, Karen Schwach, Fernanda Peres Guidolin, Vera Luz de Oliveira, Whelton Gabriel Lima dos Santos, Luiz Augusto Spanghero Macarenhas, Margarete de Jesus Fernandes, Nadja de Figueiredo Araújo.....	125
<b>Gênero e diversidade: uma análise sobre os grupos de pesquisa do CNPq e a população LGBT</b> Renato Barboza, Alessandro Soares da Silva.....	135
<b>Curso “A Conquista da Cidadania LGBT” – uma experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo</b> Deborah Malheiros, Juliana de Souza Ferreira, Vania Alessandra Feres.....	144
<b>Incursões sobre uma política de formação de educadores no Estado de São Paulo: o curso “Gênero, Sexualidade e Diversidade Sexual: desafios para a escola contemporânea”</b> Thiago Teixeira Sabatine, Marina Matera Sanches .....	157
<b>Orientação para escolas e educadores sobre encaminhamentos em sexualidade, diversidade sexual e saúde sexual e reprodutiva</b> Regina Figueiredo, Letícia de Almeida Lopes Cândido .....	169

## A atenção à saúde da população LGBT

A saúde da população LGBT tem sido historicamente negligenciada, refletindo o preconceito a que pessoas pertencentes a esse grupo estão expostas.

Até o advento da aids, na década de 1980, que associou membros desse grupo a um segmento de risco, não houve ações específicas voltadas à promoção da saúde, da segurança, dos direitos humanos e, portanto, à cidadania da população LGBT. A partir daí, a vulnerabilidade social, as ocorrências desumanas e a condição dessa população foram visibilizadas por meio de um trabalho pioneiro de aproximação das políticas de saúde junto a esses grupos e do protagonismo desses na luta contra a aids, mas também por seus direitos.

Nesse processo, veio à tona a importância da integração de ações de promoção à cidadania, à inclusão social, à integridade e ao respeito, envolvendo a observância de suas alteridades e demandas específicas. A discussão da identidade de gênero, das necessidades e dos comportamentos tem sido reconhecida e traduzida em pautas que saíram dos guetos, se ampliaram e se transformaram em ações coletivas, políticas públicas e até na publicação de leis e portarias.

Esta “2ª Revolução Sexual” atinge também a sociedade, que passa a ter mais contato e informação sobre as diversidades sexuais, promovendo um olhar mais humano e integrado, assim como a produção de conhecimento científico e

cultural acerca da participação LGBT na arena social. Afinal, a luta contra o estigma e a discriminação cabe a todos e a compreensão das diferentes experiências humanas se faz necessária para a construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e democrática.

Nesse sentido, esta edição do *Boletim do Instituto de Saúde* foi organizada e está sendo apresentada, pelo Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT<sup>1</sup> da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a todos os gestores e profissionais da área da saúde e afins. Busca sensibilizá-los quanto aos principais temas e problemáticas que acometem a saúde da população LGBT, incluindo suas reivindicações e experiências de atenção às suas especificidades em saúde.

O panorama, os direitos e as estratégias de promoção e atenção à saúde são abordados de forma geral e específica, conforme o segmento LGBT a que se referem, possibilitando, dessa forma, que outros serviços de saúde e gestores das secretarias municipais se inspirem e se percebam estimulados a participar dessas estratégias de inclusão social e de fomento ao direito à saúde.

Atualmente, a maioria dos serviços que atendem a população LGBT se concentra em IST/HIV/aids, favorecendo uma abordagem dessa população apenas pela doença. Com exceção

Direitos &  
Saúde  
LGBT

do município de São Paulo, que já tem uma abordagem mais complexa na rede de Atenção Básica, são poucos os municípios que já ampliaram a assistência à saúde vislumbrando a integralidade da saúde desses indivíduos, com suas características específicas e necessidades de promoção e cuidados em outras áreas da saúde além das IST em consonância a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”.

Esta publicação que traz artigos sociológicos, da área do Direito, da Educação e, principalmente, experiências exitosas desenvolvidas pela área de Saúde, visando sensibilizar e equipar com informações, gestores, profissionais de saúde e outros interessados para a questão. Procura assim contribuir para que as políticas públicas em curso que promovam a cidadania LGBT sejam implementadas e extendidas nos diversos serviços e municípios. Para aqueles que desejam ter uma visão dos serviços de saúde já disponíveis, incluímos na próxima página, um panorama atual do nosso estado.

### **Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT<sup>1</sup> da Secretaria de Estado da Saúde**

<sup>1</sup> Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT (<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/humanizacao/comite-tecnico-de-saude-integral-da-populacao-lgbt>). Coordenação: *Fabiola Santos Lopes (CRT DST/Aids de São Paulo)*; Membros da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP): *Renato Barboza e Regina Figueiredo (Instituto de Saúde)*; *Vania Alessandra Feres (Coordenadoria de Recursos Humanos)*; *Eliana Ribeiro e Marisa Ferreira da Silva Lima (Coordenadoria de Serviços de Saúde)*; *Silvana Tognini e Antonio Carlos Vazquez Vazquez (Coordenadoria de Regiões de Saúde)*; *Patricia Olivati Sacramento (Assoria de Saúde Mental)*; *Vanderbaldo Ferreira Rezende (Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde)*; *Ligia Maria de Azevedo Soares e Frederico Carbone (Coordenadoria de Planejamento de Saúde)*; *Cleusa Maria Gomes de Abreu (Núcleo Técnico de Humanização)*; Membros externos à SES/SP: *Deborah Malheiros e Haroldo Tani (Coordenação de Políticas da Diversidade Sexual da Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania (SJDC))*; *Elaine Maria Frade Costa (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)*; *Maria Ermínia Ciliberti (Conselho de Secretários Municipais de Saúde)*; *Cecília Bezerra (Conselho Estadual dos Direitos da População LGBT)*; *Albert Carlos Andreone dos Santos (Fórum de ONGs Aids do Estado de São Paulo)*; *Daniel Vas (Coletivo Bi-Sides)*.

### **Panorama da Atenção à Saúde LGBT no Estado de São Paulo**

Um levantamento realizado de outubro a novembro de 2018 pelo Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT da Secretaria de Estado da Saúde e executado pelo Instituto de Saúde desta secretaria entre os municípios do estado, apresentou o seguinte panorama da atenção à saúde da população LGBT, entre os 128 (19,8%) do total de 645 que responderam ao levantamento:

- 120 municípios afirmam que a Coordenação de Atenção Básica já tinha conhecimento da Lei Estadual nº 10.948 de 2001 que proíbe a discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero; 85 deles (66,4%) afirmando inclusive que essa informação é de conhecimento de todas as suas unidades básicas de saúde (incluindo de Estratégia de Saúde da Família) e 33,6% não;
- em 110 municípios a Coordenação de Atenção Básica possui conhecimento Decreto Estadual nº 55.588 de 2010 que obriga o registro e o uso do nome social informado pela população trans nos serviços de saúde; sendo que desses 57,8% afirmam que as unidades de saúde sabem dessa orientação; sendo que 61,7% a realizam no momento de cadastro do(a) usuário(a), 91,4% quando fazem a abordagem direta verbal a esta pessoa e 42,0% na solicitação de exames;
- 78 (60,9%) municípios afirmaram que todas as unidades de saúde notificam o SINAM ocorrências devido a motivação de homofobia, lesbo e transfobia, 7,8% que algumas fazem esse registro e 31,3% municípios ainda não realizam;
- apenas 16,7% afirmam divulgar sempre serviços contra a violência para a

população LGBT e 23,0% às vezes; situações em que informam que orientem para que o público denuncia para que este público denuncie essas situações nos órgãos competentes, 76,0% orientando denúncias para o Disque Denúncia 100 – Direitos Humanos, e os outros (24,0%) para a Delegacia de Crimes Raciais e Delitos de Intolerância (DECRADI), para Delegacia de Polícia Civil, para a Polícia Militar e para outros órgãos públicos como a Ouvidoria Municipal, a Secretaria de Saúde Municipal, Centros de Assistência Social (CRAS), o Conselho Tutelar e para ONG.

Todos os municípios devem atender a população LGBT na rede de Atenção Básica sem discriminação. No entanto, apenas 24 municípios creem que a sua população lésbica, gay, bissexual e trans é atendida normalmente nas unidades básicas de saúde. Apenas 42 municípios haviam realizado sensibilizações com profissionais e 27 com a população em geral, inclusive LGBT, sobre seu direito a esse atendimento.

Também todas as Secretarias de Saúde devem promover ações programáticas de prevenção de IST/HIV/aids entre essa população, que segundo o levantamento são realizados em todos os municípios, em 57 (44,5%) dos que responderam por meio dos Programas Municipais de DST/Aids, também 23,3% pela Atenção Básica e 31,8% por meio do encaminhamento para serviços de referência do Estado ou em outros municípios.

Quanto aos serviços específicos de assistência à população trans, somente 6 municípios paulistas possuem ambulatórios específicos para a atenção à saúde dessa população:

– **São Paulo:**

- no Ambulatório de Saúde Integral à População LGBT/CRT Aids;
- no ProSex do Hospital das Clínicas de São Paulo da Universidade São Paulo;

- no Núcleo de Assistência Multiprofissional à Pessoa Trans da Unifesp;
- no Ambulatórios de Atenção à Saúde Integral da População de Travestis e Transexuais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo: Ambulatório de Especialidade (AE) Alto da Boa Vista – Zona Sul; AE Freguesia do Ó – Zona Norte; UBS Dr. Humberto Pascale (Santa Cecília) – Centro e demais regiões;
- **São Carlos:** Ambulatório de Sexualidade Humana no Centro Municipal de Especialidades;
- **São José do Rio Preto:** Ambulatório Municipal de Saúde a Travestis e Transexuais;
- **Santos:** Hospital Guilherme Álvaro;
- **Guarulhos:** Ambulatório Especializado na Saúde de Transexuais no CTA Ubiratán Marcelino dos Santos;
- **Ribeirão Preto:** Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana da Faculdade de Medicina da USP/RP.

Todos esses serviços possuem uma equipe multidisciplinar e realizam atenção em Psicológico e Psiquiátrico, além do procedimento de hormonioterapia. No município de São Paulo, os ambulatórios regionais pertencentes à Prefeitura, é necessário, para o acesso à hormonioterapia, que os usuários procurem a UBS mais próxima de sua residência para receber o encaminhamento.

Entre os outros municípios do estado de São Paulo que não possuem esses serviços, 60 (70,6% dos que responderam ao levantamento) afirmam encaminhar a população LGBT para serviços de referência em outras regiões para: realização de hormonioterapia para feminilização das trans, 75,0% para larioplastia e para cirurgia de resiganação sexual para trans mulheres que



queiram, 72,6% para a realização de hormonioterapia para masculinização, 75,0% para mastectomia e 75,3% para histerectomia de trans homens.

Cirurgias de transexualização estão sendo realizadas em São Paulo, por meio de uma fila controlada pelo CRT DST/Aids e realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FM/USP), no Hospital Mário Covas (em Santo André) e em São José do Rio Preto, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto.

Embora já tenham atendido mais de 500 pessoas para esse procedimento no período desde 2008; a demanda reprimida que esses serviços passaram a atender geram uma grande procura e, por isso, uma fila de espera de mais de uma década.

Ou seja, muito ainda há que ser feito para atender às necessidades de saúde da população LGBT. Para saber mais sobre várias dessas ações, **veja aqui nesta edição do BIS**, os artigos que trazem as experiências vivenciadas pelos serviços de saúde que atendem a população LGBT.

# Diversidade sexual: confrontando a sexualidade binária

*Sexual diversity: confronting binary sexuality*

Regina Figueiredo<sup>1</sup>

## Resumo

O artigo aborda as origens da construção do padrão de classificação binária da sexualidade humana, apresentando as diversidades sexuais e de gênero humanas, registradas pelas Ciências Sociais ao longo da História. Sistematiza as ocorrências de diversidade sexual nas categorias: diversidades do sexo físico-biológicas; diversidades relativas à identidade de sentimento, autopercepção e classificação enquanto expressão de gênero; e diversidades de orientação dos afetos, desejos e parcerias sexuais. Com isso, visa difundir conhecimentos e facilitar a compreensão das discussões e propostas políticas, inclusive da área da Saúde, que têm o intuito de incluir e garantir plenos direitos a todos os indivíduos, incluindo aqueles que vivem a sexualidade de forma diversificada ao padrão binário e heteronormativo creditado pelo senso comum.

**Palavras-chave:** Ciências sociais aplicadas; Saúde; Diversidade sexual; LGBT.

## Abstract

This article discusses the origins of the constructed pattern of binary classification of human sexuality, presenting the human sexual and gender diversities, recorded by Social Sciences throughout History. It systematizes occurrences of sexual diversity in the following categories: physical-biological sex diversity; diversities related to identity feelings, self perception and classification as a gender expression; and diversity of affection orientation, desires and sexual partnerships. With that, it seeks to propagate knowledges and facilitate the comprehension of political discussions and propositions, including from the field of Health, that mean to include and guarantee full rights to all individuals, including those who live their sexualities in forms diverse from binary and heteronormative standards credited by common sense.

**Keywords:** Applied social sciences; Health; Sexual diversity; LGBT.

## Introdução

Quando falamos em diversidade sexual, recorremos ao vasto campo da sexualidade, que historicamente tem agrupado temas muito diversos. Ele abrange desde a discussão sobre o sexo biológico, das parcerias sexuais, os discursos sobre reprodução, como das formas de conjugalidade vividas pelas sociedades humanas, da composição familiar e que, posteriormente (com a influência freudiana), integraram as discussões sobre os impulsos e desejos, do prazer e das sensações; até,

atualmente, a abordagem da formação cultural das pessoas para exercer papéis femininos ou masculinos e suas identidades com relação a esses papéis (identidade de gênero), a maneira como as relações desses gêneros se dão e o quanto estão entrelaçadas aos sexos biológicos – já que há pessoas com diferentes identidades e expressões sexuais. Tal diversidade de abordagens torna os temas que rondam a sexualidade não apenas objeto de discussões confusas e controversas – uma vez que se refere a aspectos vividos de diferentes maneiras por todos os indivíduos –, como também de disputas de poder e de concepções ideológicas<sup>1</sup>.

Em vista disso, esse artigo pretende abordar a sexualidade a partir do prisma das diversidades sexuais, expondo suas características e

<sup>1</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora do Instituto de Saúde e membro do Comitê Técnico de Saúde do Adolescente e do Comitê de Saúde Integral da População LGBT da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).

sua presença nas sociedades humanas, visando a facilitar a compreensão das discussões e propostas políticas, inclusive de saúde, que se encontram em voga com o intuito de incluir e proporcionar cidadania a todos os indivíduos.

### O pensamento binário

De forma geral, as pessoas tendem a classificar a sexualidade e o sexo a partir de duas categorias binárias: macho/fêmea, homem/mulher, feminino e masculino. Por quê?

Em suas pesquisas observando crianças, Piaget<sup>2</sup> concluiu que a fala, assim como outras formas de linguagem, criam as categorias de pensamento que as pessoas utilizarão para se comunicar, o que denomina “pensamento inteligente”. Assim, a forma como apreendemos a realidade se inicia como uma “rotulação” e vai se sofisticando na classificação das coisas, que, após mais ou menos os sete anos de idade, se torna cada vez mais complexa. Não à toa, a partir daí as crianças começam a perguntar muitos porquês – momento em que passam a ter noção de causalidade: a compreender que tudo é causado por algo ou algum motivo. Conforme a realidade se apresenta, portanto, os seres humanos se ajustam intelectualmente, criando consciência e passando a pensar cada vez mais abstratamente, a ponto de poder, lá pelos dez anos, passar a fazer conjecturas e a qualificar a realidade, mesmo com coisas que não sejam apresentadas concretamente.

Assim, a mente vai formando “esquemas”, que são as formas de organizar o pensamento<sup>3</sup>. Com relação a diversas categorias, esses esquemas partirão da observação da realidade e formarão módulos binários: grande-pequeno, criança-adulto, homem-mulher, noite – lua, etc. Wallon<sup>4</sup> aponta que essa binariedade é uma das principais características da sofisticação do pensamento que

nomeia as coisas, servindo para estabelecer comparação entre a pessoa e os objetos, entre ela e as outras pessoas e entre os objetos entre si.

O antropólogo Lévi-Strauss<sup>5</sup>, analisando a cultura de diversas sociedades, também conclui que a racionalidade humana funciona à base de oposições binárias, que formariam estruturas da mente, denominadas por ele como “lógica do concreto”, que faz uma organização intelectual a partir da experiência afetiva da realidade. Por isso essa forma de classificação é um dos aspectos mais frequentes do senso comum, o que Galvão<sup>6</sup> nomeou “bipartição como pensamento semiológico” e que não se instrumentaliza por uma lógica abstrata, mas sim referenciada no concreto e por isso enormemente presente em nossa sociedade.

Com relação à simplicidade desse tipo de construção do pensamento e, portanto, de percepção do mundo, Burigo<sup>7</sup> chama a atenção dos perigos iminentes nessa forma de encarar a realidade, uma vez que segundo ela “pensamentos pautados em conceitos binários são facilmente – e perigosamente – petrificantes”, ou seja, não só advém da apreensão simples do concreto, mas também tende a concretizar como “verdade” as categorias binárias pensadas, compreendendo-as como “dois elementos supostamente complementares, ou por duas faces presumivelmente opostas, ou ainda por duas partes hipoteticamente distintas”.

Nessa reflexão pode-se pensar essa distinção como “valorativa”, na medida em que transpõe uma “sensação” que pode ser de complementariedade (exemplo: baixo-alto), mas a valoração pode ser transformada na oposição bem-mal, ganhando esses aspectos simbólicos do que seria positivo ou negativo dentro do binário, transferindo o bem-mal para seres imaginários: deus-diabo, para aspectos da vida: espírito-carne, cultura-natureza; e até para relações:

homem-mulher ou masculino-feminino. Por isso, Burigo<sup>7</sup> chama a atenção de que esses maniqueísmos são bastante presentes também na forma de classificação de elementos pela moral, incluindo a sexualidade, que passam a ser entendidas também a partir das sínteses binárias, discriminando as diversidades.

Algo que não se encaixa nessa abordagem é considerado fora de lugar, incerto, errôneo, desequilibrado, perigoso, anormal e não natural. Da mesma forma, em seus estudos sociológicos, Piaget<sup>8</sup> aponta que essas representações de mundo se impõem tanto sobre os comportamentos individuais quanto no comportamento coletivo, transformando-se em prática. Por isso, as categorias intermediárias, como “médio” (nem grande, nem pequeno), “adolescente” (aquele que não é nem criança e nem gente grande), etc., também vão ser criadas por uma sofisticação da realidade que se apresenta à observação e que para serem pensadas precisam estar igualmente presentes para o “senso comum” para serem percebidas, servindo para organizar o pensamento e, portanto, novas práticas; elementos “intermediários” invisíveis ou até invisibilizados terão dificuldade de ser entendidos.

### **Pensamento binário em oposição à diversidade sexual**

Será a antropóloga americana Gayle Rubin quem primeiro irá sistematizar o questionamento da binariedade na sexualidade, quando cunha o sistema “sexo/gênero”. A autora deduz que a sociedade amplia o sexo biológico em um sistema de classificação cultural dos comportamentos de mulheres e homens, criando convenções do que deveria ser feminino e masculino, respectivamente ao sexo biológico<sup>9</sup>.

Nesse sentido, Rubin<sup>9</sup> denuncia que esse sistema binário tem servido para gerar desigualdades

e a perpetuação de um modelo social patrimonial patriarcal que beneficia os homens. Esta reflexão se alinha às conclusões de Foucault<sup>10</sup>, que afirma que a sexualidade é um dispositivo de poder que está impregnado de relações assimétricas entre os sexos.

Loyola<sup>11</sup> aponta que as ciências, em geral, vêm abordando a sexualidade através de dois ângulos básicos: pela Biologia e/ou Medicina reprodutiva e por trabalhos apoiados nas Ciências Humanas. Nesse sentido, a Biologia tende a encarar a sexualidade pela ótica evolucionista do instinto da reprodução da espécie, pouco estudando a esfera erótica e relacional; já as Ciências Humanas abordam a sexualidade como expressão social e/ou psíquica, dando ênfase à diversidade de comportamentos, códigos e ao erotismo<sup>11</sup>. Essas duas abordagens não costumam dialogar, por isso há pouca disseminação dos estudos sobre as diversidades, uma vez que são os estudos das Ciências Biológicas os que ganham mais difusão na sociedade pela prática da Medicina reprodutiva, reforçando a abordagem binária.

Considerando as ocorrências da sexualidade humana em suas diversas expressões já observadas pelas Ciências Humanas, principalmente pela Antropologia, verifica-se que a sexualidade é uma construção sociocultural. Isso significa que vai muito além da biologia e da reprodução<sup>12</sup>. Mesmo se considerarmos os instintos básicos de reprodução, Mead<sup>13</sup> demonstra que os elementos da cultura modelam as tendências sexuais, como observamos nas diferentes formas fazer e viver o sexo, a maternidade e a paternidade; ou seja, como aponta Loyola, na “na espécie humana esses processos são separados”<sup>11</sup> (p.30) e há, como concluiu Mead, uma “plasticidade das tendências instintivas”<sup>13</sup> (p.22).

Por isso, apesar dos aspectos biológicos serem inerentes à sexualidade, eles não

regulam a maneira como a sexualidade humana será vivida por uma determinada pessoa ou comunidade, inclusive porque na maioria das vezes essas vivências não se traduzem em eventos reprodutivos. Assim, a diversidade sexual humana pode ser dividida, de forma simplificada, conforme três aspectos básicos: a) diversidades do sexo físico-biológicas; b) a diversidade da identidade de sentimento, autopercepção e classificação enquanto expressão de gênero; c) a diversidade de orientação dos afetos, desejos e parcerias sexuais.

Essas diversidades estão registradas em provas arqueológicas (ossadas, artefatos, etc.), documentos históricos, incluindo relatos de viajantes e mitos, que vão desde 10.000 anos atrás, até a constatação prática nos dias atuais, portanto, aponta-se a importância de se reconhecer a sua “universalidade temporal e espacial”<sup>14</sup>. De forma similar, Moreira Filho e Madrid<sup>15</sup> referem essa diversidade também no comportamento de outros animais, conferindo que, neste sentido, sua existência é “natural”.

Obviamente, existem inúmeras formas de classificar essa diversidade, modos nativos de cada povo como apontou Fachini e França<sup>16</sup>, mas, além da descrição das diversidades biológicas, utilizaremos aqui as diversidades de gênero e orientação sexual que estão em voga, principalmente as utilizadas pelos próprios movimentos de militância LGBT no Brasil para se autodescreverem<sup>17</sup>.

**– diversidades biológicas na sexualidade:  
sexos e intersexos:**

A medicina aponta que além da ocorrência biológica de sexo biológico fêmea formado pelos cromossomos XX e macho, pela junção XY, os intersexos ou pessoas com “estados intersexuais”, popularmente denominadas hermafroditas, atingem cerca de 0,05% a 1,7% da população mundial, segundo a Organização das Nações Unidas

(ONU)<sup>18</sup>. Isso significa apenas no Brasil, cerca de 104.000 a 3.535.000 pessoas, se considerarmos a população atual de mais de 208.000.000 de habitantes<sup>19</sup>.

Diferentemente do que muitos pensam, esses casos de intersexualidade não são associados automaticamente ao que se denomina como “falsos hermafroditas”, ou seja, aqueles XX ou geralmente XY que não tiveram seu desenvolvimento fisiológico completo, mas que podem ser observados em análise cromossômica que confirma o XX ou XY. Existem efetivamente indivíduos da espécie humana que biologicamente não se enquadram no dualismo macho/fêmea e apresentam outras conformações cromossômicas que determinam o sexo biológico, como os indivíduos apenas X, que ocorre em 1 a cada 3.000 fêmeas nascidas<sup>20</sup>, outros XXY, presentes em 1 a cada 660 indivíduos nascidos machos, às vezes configurados também XXXY<sup>21</sup>. Considerando essa grande frequência, não à toa, várias culturas registram a ocorrência da intersexualidade entre seus membros.

Essas intersexualidades foram, tanto durante a Antiguidade, quanto em várias sociedades não europeias, denominadas como “androgínia” (o ser uno homem-mulher), fenômeno associado a seres míticos com poder de proteger o amor, a sexualidade não procriativa e o controle das doenças sexualmente transmissíveis<sup>14</sup>. Por esse motivo, indivíduos intersexos recebiam posições sociais especiais, como as de sacerdotes ou xamãs<sup>14,22,23</sup>. Em oposição, principalmente a partir da Idade Média, as sociedades europeias passaram a considerar essas pessoas como uma “aberração” e portanto sujeitas à desclassificação, pela exibição pública para escárnio, ou à eliminação pela exclusão pública e morte, como mostrou Foucault<sup>10,24</sup>. Posteriormente, a partir da Idade Moderna, como cita Machado<sup>25</sup>, passaram a ser alvo da intervenção da Medicina visando à

“correção” de suas condições, uma vez que passaram a ser classificadas como portadoras de anormalidade e/ou síndrome.

Nesse sentido, essa caracterização pode determinar toda uma forma de lidar com essas pessoas, desde o nascimento até durante toda a sua vida.

**– diversidades de gênero na sexualidade: travestis, transexuais, transgêneros:**

Considerando as convenções sociais que classificam as formas de ser e agir conformadas ao padrão binário biológico macho-fêmea, surgem as expectativas das performances de gênero masculino e feminino, naturalizadas pela expressão biológica. A sociedade “cria” sobre sua leitura concreta e binária sobre os sexos as categorias de gênero, esperando que os indivíduos assim se conduzam<sup>16</sup>. O não cumprimento ou convergência com essas expectativas, apesar de bastante relatado pelas culturas casos de não correspondência macho-masculino e fêmea-feminino.

O antropólogo Marcel Mauss<sup>26</sup>, estudando as culturas, aponta que o próprio corpo (gestos, expressões), assim como padrões de adoração, roupa, etc., são utilizados pelos povos para expressar padrões culturais e, portanto, papéis sociais femininos ou masculinos. Nesse sentido, considerando a percepção do indivíduo sobre si mesmo e as regras culturais que o cercam, formas de diversidades de gênero na espécie humana são verificadas não só quanto ao mesmo sexo, quanto à autoidentificação e comportamento e vestuário e que geralmente se expressam desde a infância, como se observam no travestismo e na transexualidade.

O travestismo é descrito como a situação em que o indivíduo se adorna, se apresenta ou se comporta como gênero oposto ao seu sexo biológico. Assim, fêmeas biológicas começam a

adotar padrões, comportamentos, roupas, adornos do universo masculino; ao contrário, pessoas que nascem machos biológicos adotam os padrões femininos.

Segundo Mott<sup>14</sup>, a presença dessa diversidade de comportamentos de gênero está registrada firmemente não apenas na Antropologia, mas também nos documentos de conquista da América, África, Ásia e Oceania, a partir das grandes navegações do século XV. Também Mead<sup>13</sup>, estudando índios norte-americanos, demonstrou a diversidade de comportamentos e temperamentos diversos entre homens e mulheres e que não se confirmavam às expectativas do padrão mulher-meiga e homem-rude do padrão dos “civilizados” norte-americanos. Da mesma forma, a própria cultura europeia ocidental registra a ocorrência do travestismo até entre imperadores romanos, como Heliogábalo (203-222 d.C.)<sup>27</sup>, além de descrevê-la na colonização da América do Sul, entre os índios guaicurus, mbyás, kaduweu, etc., onde se observaram homens que imitavam, se vestiam ou assumiam ocupações femininas<sup>28</sup>.

Além do travestismo, registra-se também a transexualidade, quando se ocupa não só apenas da aparência mas também se assumem identidades relativas ao outro sexo biológico, como ocorreu na colonização da África, onde havia mulheres que se portavam como “guerreiros” e como “reis”, assim como entre os índios brasileiros tupi-nambás, onde mulheres que assumiam tarefas e jeito de ser masculinos e, entre os guaiakiu, onde homens que não caçavam “viravam” mulheres<sup>28</sup>.

Esses registros de sociedades tribais não permitem aprofundar o conceito de identidade de gênero na qual essas pessoas se autclasificavam, mas foram geralmente descritos por viajantes ou visitantes, ou seja, “outros” que os classificavam. Porém, a definição do sentir-se de outro sexo e chegar a querer não apenas se adornar, mas identificar seu corpo propriamente

e convertê-lo em outro sexo, ganha espaço com as conquistas cirúrgicas das sociedades urbanas modernas, principalmente após a Segunda Grande Guerra Mundial<sup>29</sup>, onde se torna possível a extração de seios, de pênis e as cirurgias de transexualidade fundamentais para a separação das categorias travestis e transexuais. Antes disso, historicamente só se registra a eliminação do pênis entre eunucos por motivos não associados à diversidade de gênero.

A ocorrência do travestismo é calculada por Meyer e colegas<sup>30</sup>, em 1 a cada 11.900 homens e 1 a cada 30.400 mulheres. Já a transexualidade, ou seja, a tendência de sentir-se e, até, querer se tornar fisicamente do outro sexo biológico, teria prevalência geral de 8,18 em cada 100.000 pessoas (0,008%), com uma relação homem/mulher de 4/1 casos, segundo referido por Athayde<sup>31</sup>.

É importante ressaltar que toda essa diversidade de gênero não se constitui como um problema para vários povos. Fernandes<sup>28</sup> aponta que, em cerca de 40% das sociedades em que houve registro de comportamento diverso da forma binária, não há nenhuma repressão social, mas apenas reclassificações das funções e papéis desses indivíduos, dirigindo-os ao desempenho de funções mais compatíveis com o seu comportamento.

Ao contrário, a cultura majoritária ocidental de origem judaico-cristã adotou a repressão, opressão e eliminação desses comportamentos vistos como desviantes, chegando a considerá-los indesejáveis. Assim, passou tanto a expô-los não só à discriminação, quanto a uma extrema violência que se inicia dentro da própria família e se perpetua em todas as instituições sociais – o que justifica o registro do grande número de ocorrências de violência verificadas atualmente no Brasil<sup>32</sup>, país que ocupa primeiro lugar no assassinato de transexuais.

Apesar disso, movimentos de direitos de transexuais têm conseguido vitórias nas políticas públicas como as cirurgias de redesignação sexual e hormonização gratuitas instituídas no Brasil por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) de 2006<sup>33</sup>.

**– diversidade de orientação de afetos e desejos na sexualidade: gays, lésbicas, bissexuais e assexuais:**

A prática sexual vista na concepção cultural binária por um enfoque exclusivamente de reprodução, tende a entender a sexualidade como associada “naturalmente” às práticas heterossexuais, ou seja, homens e mulheres que se parceirizam para fins reprodutivos. No entanto, considerando as parcerias sexuais e afetivas observadas e registradas milenarmente entre os povos humanos, a experiência humana registra incontestavelmente, em todas as sociedades conhecidas, parcerias homossexuais, do tipo mulher-mulher e homem-homem, como também indivíduos variam nessas parcerias, ou as praticam conjuntamente, os bissexuais.

Tais práticas foram muito bem registradas nas civilizações euroasiáticas antigas, incluindo nossas antecessoras culturais Grécia e Roma, bem como no “Kama Sutra” indiano escrito entre 100 e 400 d.C., também na China<sup>34</sup>; assim como em relatos pelos “descobridores” do continente em diversos grupos indígenas da América do Norte, Península Mexicana, América Central, Região da Colômbia e Venezuela e na América do Sul Andina, Selva Amazônica e povos do leste brasileiro.

Os levantamentos de Mott<sup>14</sup> apontam que, pelo menos em 79 etnias nativas brasileiras encontradas pelos portugueses na época da Colonização do país, havia termos específicos para a designação de tais práticas tanto entre homens, como de mulheres homossexuais, parcerias não

só com objetivos sexuais, mas também para o estabelecimento de residência e casamentos ritualizados.

Conforme levantamento de Kinsey<sup>35</sup>, o primeiro a realizar um levantamento científico sobre essas práticas sexuais e afetivas, as práticas homo ou bissexuais alcançam de 6 a 10% da população dos países ocidentais, sendo portanto recorrentes na sociedade. Quanto ao desejo de mantê-las, autores como McConaghy e colegas<sup>36</sup> apontam que atinge aproximadamente 22% da população em algum momento da vida. Nesse sentido, a diversidade de desejo sexual também é facilmente observável nas sociedades em que não seja fortemente recriminada. Entre os índios brasileiros, como observou Mott<sup>14</sup>, não havia tendência à perseguição a quem realizava essas práticas, sendo que esses indivíduos eram integrados à sociedade, conformando casais homossexuais ou funções distintas e específicas, como a de pajé.

Quanto à aceitação ou não dessas parcerias, percebidas geralmente após a puberdade, existe, da mesma forma, uma variação enorme de respostas tal como as outras diversidades sexuais já descritas. Ao mesmo tempo em que existem sociedades que as consideram natural e até desejável, outras impõem a esses indivíduos uma série de recriminações que vão desde a simples repreensão, até condutas mais drásticas, como a sua proibição com penalidades severas que podem chegar à pena de morte ou à atribuição desses comportamentos a distúrbios físicos e psicológicos, tal como fez por tanto tempo a Medicina Ocidental, que promoveram um verdadeiro “caça às bruxas” e situações de confinamento e extermínio dessas pessoas nos últimos séculos<sup>37</sup>.

Essa repressão vem sendo combatida à medida que as noções de direitos humanos se ampliaram e incluíram os direitos sexuais e

reprodutivos e a vivência da sexualidade como direito individual inalienável integrando as reivindicações de grupos organizados de gays e lésbicas que se fortaleceram com o combate à aids, a partir dos anos de 1980<sup>38</sup>.

Também recentemente, o grupo de pessoas assexuais tem se apresentado, ou seja, indivíduos que não têm desejo, atração ou necessidade da prática sexual e que, por este motivo, podem ficar sem parceiros ou desenvolver parcerias afetivas sem fazer sexo.

### **Binariedade, Controle e Poder**

A Civilização Ocidental, com forte influência do pensamento religioso judaico-cristão, adota como base da existência humana, a binariedade carne-espírito, originária do pensamento platônico<sup>39</sup>. Esta concepção encara a carne (corpo) e seus desejos e satisfações como uma indução ao mau comportamento, portanto, desejáveis de controle, para deixar o espírito livre, “puro” e guiado pelo domínio das ideias, pela razão. Assim, os sentidos e expressões da sexualidade são vistos como “perigosos” e devem ser evitados e só utilizados para a procriação, tida como um “mal necessário” à perpetuação da espécie e das famílias, portanto uma sexualidade eminentemente heterossexual associada aos binômios macho/fêmea e masculino/feminino, respectivamente.

Nessa concepção dominada pela percepção da sexualidade como reprodução, as práticas sexuais diversas da prática heterossexual e/ou que visem apenas ao prazer são rejeitadas e marginalizadas e unificadas na categoria de “mal”, oposta às boas práticas que seriam o “bem”, as “certas” em oposição às “erradas” e, depois, com a adoção da linguagem organicista da Medicina, como práticas “normais” versus as “anormais”.

**Quadro 1:** Discurso binário na sexualidade

Bem/Certo/Normal	Mal/Errado/Anormal
- sexo para a reprodução	- sexo para o prazer, o relaxamento, etc.
- indivíduos machos com pênis <i>versus</i> fêmeas com vagina e seios	- hermafroditas e intersexos
- estereótipo de comportamento macho/fêmea, em padrão masculino <i>versus</i> padrão feminino	- diversidade de identidades e comportamentos: travestis e transgêneros, transexuais
- prática sexual pênis-vagina	- diversidade de práticas sexuais, anal, oral, masturbação
- parcerias heterossexuais	- parcerias diversificadas, homossexuais e bissexuais e/ou não parcerias (assexuais)
- parceria familiar: marido-esposa, virgindade antes do casamento	- parcerias diversas: adolescentes que fazem sexo, sexo entre solteiros, separados, com profissionais do sexo, assexuais que não querem sexo/casamento

Dessa forma, corpos intersexos, práticas de expressão das diversas ligadas à transexualidade, transgeneridade e travestismos, como associadas à homossexualidade feminina ou masculina passam a representar padrões fora do modelo preconizado, e, como afirmou Perlonguer<sup>40</sup>, quanto à homossexualidade, vistas como “polo de transgressão da ordem sexual vigente” (p.11), transformadas em imoral. Os sujeitos da diversidade passam a ser discriminados e a correr risco de violência e humilhação pelo rompimento das normas sociais<sup>40</sup>.

Nesse sentido, registros do uso da opressão sobre as sexualidades diversas estão presentes ao longo da História. Godelier<sup>41</sup> verifica que esse uso ocorre principalmente em sociedades com estados e/ou modelos de poder monogâmicos e patriarcais, onde o controle da sexualidade é utilizado, mesmo que no modelo binário. A sexualidade feminina e a dos indivíduos com práticas não heterossexuais são submetidas ao poder ordenador masculino heterossexual que seria o “natural” e, inclusive, indicado por Deus nos “Estados Teológicos”. Ou seja, tal como diz Godelier<sup>41</sup>, em sociedades onde:

*“...existe a dominação dos homens sobre as mulheres e onde se exercem em permanência formas particulares de violência ideológica social e material dos homens sobre as mulheres, a sexualidade é, sem cessar, solicitada a manter um discurso que faça aparecer esta legitimação como perfeitamente legítima aos olhos dos homens que a exercem e das mulheres que a sofrem”* (p. 353).

Moreira Filho e Madrid<sup>15</sup> apontam que as primeiras leis de repressão à prática bi e homossexual foram escritas no século V pelo Imperador bizantino Justiniano (522 a.C). A alegação é que essas práticas não eram aceitas pelo Deus cristão, adotado em Roma desde o ano 300, por isso, quem as realizasse deveria ser condenado à fogueira ou à castração. Com maior poder de extensão, a Igreja Católica que reprovava a homossexualidade (bem como outras atividades sexuais como a masturbação), desde sua institucionalização em Roma, disseminou a orientação a partir do Concílio de Latrão de 1179, de excomungar quem a praticasse<sup>15</sup>. Nesse sentido, reis, imperadores e senhores feudais, a partir dos séculos XII

e XIII iniciam na Europa uma repressão maciça à diversidade sexual, incluindo o ataque à homossexualidade e a outras “heresias”, que culminaram com a fase de terror dos tribunais da Santa Inquisição da Igreja Católica no final da Idade Média e se perpetuou frente à criação dos principais centros urbanos europeus e colônias conquistadas na África e América. Essa prática veio junto à regulação de casamentos e ao registro documental das uniões conjugais pelas igrejas locais, como refere Zeldin<sup>42</sup>.

Segundo Mott<sup>14</sup>, apenas na Inquisição Portuguesa, que registrava os processos também das colônias de Portugal, como foi o caso do Brasil, há mais de 4.000 processos, quase 10% deles por denúncias de sodomia, como se denominava o sexo anal; outras denúncias também atingiam práticas sexuais realizadas por lésbicas, todas punidas com degradações<sup>14</sup> e/ou cárcere e sequestro de bens. Assim, o discurso e o comportamento discriminatório dos colonizadores são adotados não apenas nas atitudes do dia a dia, mas também institucionalmente: inicialmente, pelos tribunais da Inquisição Portuguesa ou Espanhola, que apenas no Brasil registraram-se 283 casos de prática homossexual<sup>14</sup>; além de, posteriormente, ter sido assimilado em legislações dos poderes públicos coloniais locais.

Foucault<sup>24</sup> aponta que essa discriminação da diversidade sexual passa a ser encampada pelos médicos e cientistas, a partir do século XVIII, quando esses grupos se legitimam no poder estatal e nas elites frente aos discursos de urbanização e higienismo que deram início às intervenções de Saúde Pública do século XIX, transformando os antigos códigos punitivos em propostas de cura dos que eram considerados “desviados” e “invertidos sexuais”<sup>14</sup>. Enquanto especialidade que têm poder de transitar entre o espaço público e o privado, a discriminação e o controle, antes feito por instituições externas

à família passa a ser incorporado nessa instituição, também nas escolas, aumentando e facilitando o controle do que Foucault denomina como controle de corpos<sup>24</sup>.

Segundo Zeldin<sup>42</sup>, esse controle tem objetivos não apenas individuais, mas também políticos, uma vez que exclui indivíduos do espaço público e, portanto, também do exercício e domínio da cidadania:

*“As forças do sexo, que são capazes de estimular a abnegação, afiguram-se destrutivas, sendo melhor excluí-las da arena pública e relegá-las à privacidade do lar” (p.130).*

Showalter<sup>43</sup> relata, que no século XVII, com o aumento da vida urbana e a Revolução Francesa, diversas reivindicações políticas por mais liberdade individual e participação política. Assim, a abertura política do final do século XVIII, trouxe reformas e novas legislações que incluíam reivindicações das mulheres: questionam-se o casamento eterno, a heterossexualidade compulsória, etc. Isso fez com que os termos “feminismo” e “homossexualismo” passassem a ser utilizados e difundidos<sup>43</sup>. A homossexualidade começa a ser definida e a ganhar identidade e “a ter sua própria voz, a forjar sua identidade e cultura, muitas vezes nos mesmos termos exatos com os quais havia sido marginalizado”<sup>43</sup> (p.30-31).

Porém, como afirma Showalter<sup>43</sup>, esses movimentos geram reações de reafirmação da importância da família contra a decadência sexual se constituindo em campanhas pela “pureza social” (p.15-16), isso geral também conforme o autor uma reação pública conservadora a respeito da prostituição e da epidemia sexual de sífilis, modificando o discurso da sexualidade, do corpo e da enfermidade (p.16).

Assim, a homossexualidade e comportamentos de diversidade sexual passam a ser patologizados, e o esforço de delimitar homossexualismo

masculino estende-se à esfera legal<sup>43</sup>, o lesbianismo é incluído como perversão sexual que classifica as mulheres altamente sexualizadas<sup>44</sup>. Essa patologização, no entanto, não exerce orientação para a inclusão social desses indivíduos. Será a psicanálise, no final do século XIX que irá desempenhar um papel fundamental para a integração social e despenalização da homossexualidade, influenciando a área da medicina e da saúde até que essas concepções venham a ser modificadas<sup>43</sup>.

Na década de 1970, a homossexualidade sai do código de transtorno de várias associações de Psicologia e Psiquiatria. No Brasil, em 1984, a Associação Brasileira de Psiquiatria posicionou-se contra a discriminação e considerou a homossexualidade algo que não prejudica a sociedade desse grupo e, em 1985, o Conselho Federal de Psicologia deixou de considerar a homossexualidade um desvio sexual<sup>17</sup>.

Quanto à transexualidade, intervenções cirúrgicas vêm sendo realizadas pontualmente desde a 2ª Guerra Mundial, porém ganharam mais frequência com os avanços da medicina, a partir da década de 1970. Em 1998, foi realizada a primeira cirurgia, autorizada pelo Conselho Federal de Medicina brasileiro<sup>44</sup>, atualmente também normatizada pelo SUS<sup>33</sup>.

Quanto à intersexualidade a “Declaração dos Direitos Sexuais”<sup>45</sup> exprime a orientação de que deixem de ser extirpados ou modificados órgãos sexuais e seja respeitada a manifestação da identidade sexual das crianças, dando fim à realização de cirurgias decididas apenas com base no próprio médico ou pela família do indivíduo, reivindicação que vem sendo acatada pelos centros de especialidade médica brasileiros.

Independentemente dessas mudanças legais, Perlongher<sup>40</sup> aponta que sempre houve estratégias

de movimentos conservadores que tentam a exclusão de pessoas diversas em sexualidade durante a história, como as campanhas visando a condenar a homossexualidade, observadas nos Estados Unidos, na década de 1950, e na Argentina, nos anos de 1976-1983, por isso a necessidade de sempre dar atenção à luta pela inclusão social e direitos humanos dessas minorias.

### Conclusões

O Brasil vive um momento político tenso, onde um conservadorismo pautado em valores morais desconhece e ignora os estudos científicos que demonstram a riqueza da diversidade sexual humana. Ao mesmo tempo, por várias vezes, como diz Fausto-Sterling, as ciências biológicas são utilizadas como argumentos para travar argumentos morais e se constituir enquanto força política pautada pela cultura e pelo interesse de controle da sexualidade<sup>46</sup>. Da mesma forma, como apontou Ribeiro e Rohden<sup>47</sup>, abordagens da mídia reforçam as explicações dos comportamentos sexuais e questões de gênero a partir de uma abordagem biologicista e de binarismo.

Divulgar as contribuições das Ciências Humanas e estudos científicos que retratem a diversidade, promover a compreensão, a exposição e a aceitação e integração da diversidade sexual humana na sociedade é um princípio democrático de garantir direitos humanos e cidadania a todas as pessoas indistintamente. Qualquer insegurança frente a essa questão representa desinformação e ameaça de retrocesso, como já ocorreu nas lutas pela emancipação das mulheres e agora frente as conquistas do Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT).

São posições políticas que retardam o pleno desenvolvimento da sociedade e que recorrem a um naturalismo biológico quando lhe convém

<sup>43</sup> A concepção era que a sexualização da mulher gerava histeria por problemas de útero, ovário, etc.<sup>44</sup>

destacar a reprodução. Assim, como sensatamente conclui Bourdieu<sup>48</sup>:

*“... sexismo é essencialismo como racismo, etnia ou classe (que visa a imputar diferenças sociais e historicamente instituídas a uma natureza biológica” (p.37).*

### Referências

- Almeida MV. Antropologia e sexualidade: consensos e conflitos teóricos em perspectiva histórica. In Fonseca L, Soares C, Vaz JM. A sexologia - perspectiva multidisciplinar. vol. II. Coimbra: Quarteto; 2003. p.55-72.
- Piaget J. O pensamento e a linguagem na criança. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
- Myers D. Psicología. Editorial Médica Panamericana: Madrid; 2006.
- Wallon H. As origens do pensamento na criança. São Paulo: Editora Manole; 1989.
- Lévi-Strauss. O pensamento selvagem. Trad. Tânia Pellegrini. Campinas: Papyrus; 1989.
- Galvão AG. Jericoacoara Sonhada. Fortaleza: Ed. Anna Blume; 1995.
- Burigo J. É preciso ter cuidado com o pensamento binário. (on line). Carta em tempo real; 30 mar 2016; 03h58. [acesso em: 8 out 2018]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/e-preciso-ter-cuidado-com-o-pensamento-binario>
- Dongo-Montoya AO. Diálogos com pensadores sobre educação - Marx e Piaget: aproximações teóricas e epistemológicas. Educa. Realid. 2017; 43(1):7-22. (on line). [acesso em: 19 out 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/edreal/v43n1/en\\_2175-6236-edreal-2175-623660803.pdf](http://www.scielo.br/pdf/edreal/v43n1/en_2175-6236-edreal-2175-623660803.pdf)
- Rubin G. O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo. Recife: SOS Corpo;1993.
- Foucault, Michel. Aula de 22 de janeiro de 1975. In: Foucault M. Os Anormais. São Paulo: Martins Fontes; 2001, p.69-100.
- Loyola MA. (orgs). A sexualidade nas Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 1998.
- Malinowski B. A vida sexual dos selvagens. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves; 1983.
- Mead M. Sexo e temperamento. São Paulo: Perspectiva; 1979.
- Mott L. Etno-história da homossexualidade na América Latina. (comunicação). Seminário-Taller de História de las Mentalidades y los Imaginarios. Bogotá. Pontificia Universidad Javerina de Bogotá. Bogotá; 1994. [acesso em: 8 out 2018]. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/HistRev/article/view/12016/7631>
- Moreira Filho FC, Madrid DM. A homossexualidade e a sua história. Intertemas; 4(4): 1-8. (on line). [acesso em: 8 out 2018]. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/1646>
- Facchini R, França IL. Convenções de gênero, sexualidade e violência: pesquisa com participantes de eventos do Orgulho LGBT de São Paulo – 2009. 2013. Rev. Latit.; 7(1):12-32. (on line). [acesso em: 19 out 2018]. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/latitude/article/view/1062/719>
- São Paulo. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual (SJDC/SP). Diversidade sexual e cidadania LGBT. São Paulo: SJDC/SP; 2014. 44p.
- United Nations. General Assembly. Discrimination and violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. 4 May 2015; A/HRC/29/23 [acesso em: 8 out 2018]. Disponível em: [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/HRC/29/23](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/29/23)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População do Brasil. (on line). [acesso em: 8 out 2018]. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box\\_popclock.php](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_popclock.php)
- Leite Síndrome de Turner. Genthe.org. Genética clínica. (on line). [acesso em: 8 junh 2018]. Disponível em <http://www.ghente.org/ciencia/genetica/turner.htm>
- Redação Minha Vida. Síndrome de Klinefelter: sintomas, tratamentos e causas. In: Minha Vida. (on line). [acesso em: 8 jun 2018]. Disponível em <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/sindrome-de-klinefelter>
- Eliade M. Mefistófeles e o andrógino ou o mistério da totalidade. In: Mefistófeles e o Andrógino: comportamentos religiosos e valores espirituais nãoeuropeus. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p77-129
- Conner RP. Blossom of bone - reclaiming the connections between homoeroticism and the sacred. San Francisco: Harper San Francisco; 1993.

24. Foucault M. História da sexualidade – a vontade de saber (vol. 1). Rio de Janeiro: Graal; 1997.
25. Machado PS. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*. 2005; (24):249-281.
26. Mauss M. Sociologia e antropologia. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Ubu Editora; 2017.
27. Green R. Mythological, historical and cross-cultural aspects of transsexualism. In: Denny D, editor. *Current concepts in transgender identity*. New York: Garland Publishing; 1998. p.3-14.
28. Fernandes ER. Homossexualidade indígena no Brasil: um roteiro histórico-bibliográfico. *Aceno*. 2016; 3(5):14-38.
29. Lopes ACV. *Transexualidade: reflexos da redesignação sexual*. (Especialização). Pontifícia Universidade Católica de Minas. Belo Horizonte; 2009. [acesso 8 junh 2018]. Disponível em: [http://www.ibdfam.org.br/\\_img/congressos/anais/229.pdf](http://www.ibdfam.org.br/_img/congressos/anais/229.pdf)
30. Meyer-III W, Bockting W, Cohen-Kettenis P, Coleman E, Di-Ceglie D, Devor H, et al. The standards of care for gender identity disorders. *Journal of Psychology & Human Sexuality*; 2002; 13(1):1-30. [acesso em: 8 out 2018]. Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J056v13n01\\_01?nedAccess=true](https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J056v13n01_01?nedAccess=true)
31. Athayde AVL. Transexualismo masculino. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001; 45(4):407-414.
32. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório de violência homofóbica no Brasil. Brasília: Brasília; 2013
33. Rocon PC, Sodré F, Zamboni J, Rodrigues A, Roseiro MCFB. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. *Interface comunicação saúde educação*, 2018; 22(64):43-53.
34. Spencer C. *Homossexualidade: uma história*. Rio de Janeiro: Record; 1999.
35. Kinsey A, Pomeroy WA, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: WB Saunders; 1948.
36. McConaghy N, Hadzi-Pavlovic D, Stevens C, Manicavasagar V, Buhrich N, Vollmer-Conna U. Fraternal birth order and ratio of heterosexual/homosexual feelings in women and men. *J Homosex*. 2006; 51(4):161-74.
37. Muraro RM. Breve introdução histórica. In: Kramer H, Sprenger J. *O martelo das feiticeiras*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1991.
38. Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. 2003; 19(Sup.2): 465-469.
39. Platão. *A República*. Belém: EDUFPA; 2000.
40. Perlongher. N. *O negócio do michê – a prostituição viril em São Paulo*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2008.
41. Godelier M. *La production des grands hommes*. Paris: Fayard; 1996.
42. Zeldin T. *Uma história íntima da humanidade*. Rio de Janeiro: Edições BestBolso; 2008.
43. Showalter E. *Anarquia sexual – sexo e cultura no fim de siècle*. Rio de Janeiro: Rocco; 1993.
44. Couto ES. *Transexualidade: o corpo em mutação*. Salvador: Grupo Gay da Bahia; 1999.
45. Declaração dos direitos sexuais. [acesso em: 8 out 2018]. Disponível em: <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Portugese.pdf>
46. Ribeiro CR, Rohden F. A ciência na mídia e as estratégias de reafirmação da bipolaridade entre os gêneros: o caso do Globo Repórter. *Cad. Pagu*. 2009; (32):267-299.
47. Fausto-Sterling A. Dualismos em duelo. *Cad Pagu*. 2001; 2(17/18):9-79.
48. Bourdieu P. *A dominação masculina*. Tradução Guacira Lopes Louro. Educ. Realid. 1995; 20(2):133-184.

# Diversidade sexual e Direitos Humanos

## Human Rights and sexual diversity

Haroldo Jun Tani<sup>1</sup>, Deborah Bittencourt Malheiros<sup>11</sup>

### Resumo

O liberalismo clássico apontou o pluralismo como um princípio central da democracia moderna, do qual John Stuart Mill foi um pai fundador. Hannah Arendt e Judith Butler acrescentaram a essa associação percepções que corroboram uma a outra, relativas à importância da visibilidade política. Tomando a teoria de gênero e de assembleia de Judith Butler e o valor do pluralismo, pode-se concluir a importância das políticas públicas para a população LGBT, como as que se encontram na Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania, do Governo do Estado de São Paulo.

**Palavras-chave:** Direitos humanos; Diversidade sexual; Liberalismo político.

### Abstract

Classical liberalism has pointed out pluralism as a core principle of modern democracy, of which John Stuart Mill was a founding father. Hannah Arendt and Judith Butler added to that association insights that corroborate one each other, concerning the importance of political visibility. Taking Judith Butler's theory of gender and of assembly, and the value of pluralism, one can conclude the importance of public policies to LGBT population, such as those sited in Secretary of Justice and of Defence of Citizenship, of São Paulo State's Government.

**Keywords:** Human rights; Sexual diversity; Political liberalism.

### Introdução

Neste ano, o mundo completa 70 anos da “Declaração Universal dos Direitos Humanos” e o Brasil, os 30 anos de sua Constituição Cidadã. No seu artigo 2º, a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>1</sup> assim enuncia:

*“1. Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.*

<sup>1</sup> Haroldo Jun Tani (htani@sp.gov.br) é Bacharel em Ciências Sociais e em Filosofia pela Faculdade de Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/USP) e Executivo Público da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo (SJDC-SP).

<sup>11</sup> Deborah Bittencourt Malheiros (dbmalheiros@sp.gov.br) é psicóloga pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) e Coordenadora da Coordenação Geral de Apoio aos Programas de Defesa da Cidadania (CGAPDC) da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo (SJDC-SP).

*2. Não será também feita nenhuma distinção fundada na condição política, jurídica ou internacional do país ou território a que pertença uma pessoa, quer se trate de um território independente, sob tutela, sem governo próprio, quer sujeito a qualquer outra limitação de soberania” (artigo 2º).*

A atual Constituição Brasileira<sup>2</sup> assim preconiza:

*“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:*

*(...)*

*X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano*

material ou moral decorrente de sua violação” (artigo 5º).

Os defensores dos direitos da diversidade sexual valem-se do argumento liberal, segundo o qual os regimes democráticos modernos têm como característica fundadora o direito de seus cidadãos à garantia contra o poder arbitrário do Estado. Incluem-se nessa garantia o direito à livre opinião, à manifestação intelectual, científica e artística. Marshall<sup>3</sup> denominou esses direitos como sendo direitos de primeira geração.

A diversidade sexual diz respeito a duas dimensões da vida humana: identidade de gênero e a orientação sexual. Nas democracias modernas, são consideradas ambas como parte das liberdades fundamentais, ou seja, dizem respeito ao foro íntimo dos cidadãos; não são assunto passível de intervenção pelo Estado senão na garantia de que sejam respeitadas as identidades de gênero e as orientações sexuais divergentes da “norma” historicamente convencionada como desejável<sup>III</sup>. Por conseguinte, comparam-se à liberdade de expressão ou à liberdade religiosa quanto à garantia de que não serão objeto de intervenção do Estado.

Por analogia, seriam aplicáveis os argumentos de John Locke em relação à liberdade religiosa<sup>5</sup>: a religião diz respeito à salvação da alma; se pudesse o Estado determinar a crença religiosa de uma pessoa, não resultaria desse ato do poder público à salvação da alma do cidadão, visto que tal graça ocorre tão somente segundo a ação de escolha individual, não da escolha de outrem. Mesmo que o poder soberano, por meio da força, sobredeterminasse a fé de um cidadão, não conseguiria decerto alterar sua crença como convicção íntima. Exceto pelo fato de que identidade de

gênero e orientação sexual não serem escolhas, o argumento da defesa da liberdade religiosa é comparável ao argumento moderno em favor do direito à diversidade sexual.

Da mesma forma que, há poucos séculos atrás, existiam minorias religiosas em países nos quais elas eram criminalizadas, há, hoje, gays, mulheres e homens bissexuais e mesmo movimentos organizados em defesa dessa população inclusive em países onde determinadas orientações sexuais são passíveis de punição (inclusive por morte).

### A vida pública e as liberdades individuais

Para Hannah Arendt<sup>6</sup>, a vida pública distingue-se da vida privada da mesma forma que a liberdade se difere da necessidade. O motivo pelo qual apenas os proprietários eram considerados como cidadãos nas cidades-estados gregas, não tinha propósito de oligarquização do regime político – muito embora certamente se constituísse um dos pilares de sua estabilidade –, mas sim devia-se à preservação do sentido da vida pública: a liberdade.

Etimologicamente, economia (em grego *οικονομία*) significa “administração do lar”, ou seja, não guarda nenhuma relação com a vida pública e é um assunto exclusivo da vida privada<sup>6</sup>. Na Grécia Antiga, a propriedade era condição para a cidadania porque a garantia dos meios de vida – ou de subsistência, como diríamos hoje –, não poderia ser assunto público sob pena de comprometer a liberdade que caracteriza a política.

A manutenção dos meios de vida, ou seja, a vida privada – espaço da economia –, implica na sujeição do ser humano à natureza, às restrições impostas pela sua condição de mortal. A busca pela preservação da produção e da reprodução da vida torna, assim, impossível a verdadeira capacidade de escolha humana. Precisamente, essa capacidade de escolha é o sentido, segundo

<sup>III</sup> Não obstante, grande número de países criminaliza determinadas orientações sexuais e identidades de gênero, conforme levantamento feito pela *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersexual Association (ILGA)*<sup>4</sup>.

Hannah Arendt, da política<sup>6</sup>. A liberdade existe apenas enquanto não condicionada à busca pela preservação dos meios de vida; por esse motivo, nem mulheres nem escravos poderiam ser cidadãos na *polis* grega.

A política é o âmbito da vida humana no qual a associação entre as pessoas é livre: podem ou não escolher dela fazer parte – pelo menos nos regimes democráticos contemporâneos –, visando à realização de objetivos comuns que só podem ser executados por uma coletividade. A política existe, pois, pela e para a liberdade.

O caso-limite no qual ocorre a supressão da política é o regime totalitário. Caracterizado pela eliminação sistemática de todos os liames entre os indivíduos sem a mediação do Estado, o totalitarismo cria o isolamento absoluto da pessoa, “que não consegue se fazer companhia na solidão”, nas palavras de Celso Lafer<sup>7</sup> (p.239).

O agir em conjunto é, portanto, a característica da política, a qual é, como apontou Hannah Arendt<sup>8</sup>, indissociável da linguagem – meio pelo qual as pessoas se ligam objetivamente à realidade. Estar só é diferente de estar sozinho; é uma condição por meio da qual a pessoa pode se unir aos próprios pensamentos. O pensamento, por sua vez, é intencional, ou seja, liga o sujeito ao objeto, dessa forma o pensamento é sempre o pensamento de algo; não há pensamento que não seja entre um sujeito e um objeto, conforme o argumento da fenomenologia, reafirmado por Arendt<sup>8,9</sup>.

Por isso, é por meio da linguagem que os sujeitos se unem no mundo. O mundo é aquilo que se interpõe entre os sujeitos e é dotado, assim, de objetividade. O agir em conjunto, a ação, ou a política, permite a perenidade do mundo. Por isso, a política tem potencial de permitir, por meio das instituições, dar durabilidade ao mundo (“vós sois o sal da terra”) (v.5-13)<sup>10</sup>.

A política depende da capacidade de se fazer e de se cumprir promessas. Depende também

da publicidade, de ver e de ser visto. A política depende, desta maneira, do reconhecimento dos atos e de seus agentes. Por isso, segundo a autora<sup>8</sup>, a bondade cristã seria sempre antipolítica, pois depende da invisibilidade total do ato bom; ao contrário do ato político, que requer intrinsecamente o reconhecimento público.

A dependência da política da publicidade e, portanto, da visibilidade, torna-a oposta à mentira e ao segredo, que são facilmente revelados, e são o fundamento dos regimes totalitários, que seguem a máxima de “tudo ver sem ser visto”, como explica Celso Lafer sobre as conclusões de Arendt<sup>11</sup>:

*“Conforme se verifica, Hannah Arendt, em The Human Condition, procura estabelecer as razões ontológicas que levam a uma identificação entre o público como o comum e o público como o visível no âmbito da vida activa. Este esforço de identificação tem as suas raízes hermenêuticas na análise arendtiana da dominação totalitária. De fato, esta tem uma dinâmica que se baseia no secreto e no segredo. Daí a importância, já reiterada neste capítulo, para o totalitarismo, tanto da estrutura burocrática na forma de cebola, que assegura a opacidade do poder, quanto da polícia secreta, que busca realizar o ideal supremo de poder na perspectiva ex parte principis: o de tudo ver sem ser visto. O tudo ver sem ser visto é o que torna muito concreta a observação arendtiana de que num Estado totalitário “o verdadeiro poder começa onde o segredo começa” (p.245).*

O totalitarismo requer o rompimento de todos os laços entre as pessoas que não sejam perpassados pelo Estado. Estados totalitários necessitam da despolitização da esfera pública e da eliminação da vida privada. O governo, por meio de atos secretos e por meio de mentiras,

despolitiza a esfera pública. O perigo moderno, segundo Hannah Arendt<sup>9</sup>, seria a possibilidade de redução da política à administração pública, ao cálculo simples entre fins e meios e a conversão dos cidadãos em meros mecanismos da máquina do Estado<sup>8</sup>.

A esfera pública, conforme Arendt, tem como princípio a igualdade<sup>6</sup>, a igualdade construída, que assume que pessoas diferentes podem ser tratadas como iguais. Ao contrário, a esfera privada tem como princípio a diferenciação, na medida em que os indivíduos são diferentes entre si. Assim, a esfera pública – espaço da liberdade –, exige a visibilidade e a verdade e é o espaço onde a defesa da liberdade de pensamento é indissociável da liberdade da expressão do pensamento.

Diz-se, popularmente, que “toda a unanimidade é burra” e que “toda censura é burra”. John Stuart Mill<sup>12</sup> defendeu a liberdade de opinião por ser útil, uma vez que quem pratica o ato de censurar assume automaticamente que é infalível. Censurar uma opinião não seria apenas, portanto, discordar dela, mas assumir que tal opinião não pode ser verdadeira. A história demonstra, contudo, que opiniões dissidentes censuradas, inclusive por morte, mostraram-se verdadeiras. Stuart Mill cita, por exemplo, a condenação de Sócrates, como inimigo da polis, à morte; usa o exemplo também da condenação de Jesus de Nazaré à crucificação, por acusação de ser um falso profeta; por fim, cita a condenação da religião cristã pelo imperador Marco Aurélio, que a acusava de ser uma fé que teria o efeito de fragmentar a sociedade romana<sup>12</sup>.

Opiniões dissidentes nunca deixam de existir, mesmo com a censura em sua manifestação. O problema é que, se as opiniões dissidentes não são levadas a público, a opinião predominante não é colocada à prova, não tem

seus fundamentos averiguados e questionados. A verdade, expressa como doutrina, passa a ser quase uma superstição, ou seja, deixa de ser verdade. Segundo Stuart Mill<sup>12</sup>, mesmo que as opiniões dissidentes se mostrem posteriormente falsas, elas são úteis à sociedade, visto que colocam à prova as opiniões predominantes e ditas verdadeiras, obrigando seus autores a expor seus fundamentos.

O risco identificado por Stuart Mill na Inglaterra Vitoriana de seu tempo era não a tirania da autoridade, mas a tirania da opinião<sup>12</sup>:

*“Como outras tiranias, a tirania da maioria foi no princípio, e ainda é, em geral tida como temível, especialmente por operar através dos atos de autoridades públicas. Mas os pensadores perceberam que, quando a própria sociedade é o tirano – a sociedade como coletivo –, seus meios para tiranizar não se restringem aos atos que possa cometer pelas mãos de seus funcionários públicos. A sociedade pode executar e executa seus próprios mandos: e, se ela emite mandos errados em vez de corretos, ou quaisquer mandos em geral, a respeito de coisas nas quais não devia se intrometer, pratica uma tirania mais notável do que muitos tipos de opressão política, uma vez que, embora não comumente não apoiada em penalidades tão extremas, deixa menos vias de escape, penetrando muito mais profundamente nos meandros da vida, escravizando a própria alma. Portanto, a proteção contra a tirania do magistrado não é suficiente; também é preciso proteção contra a tirania da opinião e do sentimento prevalente; contra a tendência da sociedade de impor, por outros meios que não as penalidades civis, suas próprias ideias e práticas, na forma de regras de comportamento, sobre aqueles*

*que deles discordam; de condicionar seu desenvolvimento e, se possível, evitar a formação de qualquer individualidade que não seja em harmonia com seu modo de ser e coagir todos os caracteres a se moldarem segundo seu próprio modelo. Há um limite para a interferência legítima da opinião na independência do indivíduo; encontrar esse limite, e defendê-lo de interferências, é tão indispensável à boa condição das questões humanas quanto a proteção contra o despotismo político” (p.75-76).*

A imposição à maioria da minoria de opiniões e de costumes produz a uniformização da humanidade e, junto com ela, promove a mediocridade (que, etimologicamente, significa nivelar as diversas singularidades em algo mediano). A mediocridade, por sua vez, priva a humanidade de sua capacidade de inovar cultural, artística, científica e filosoficamente. Constitui, assim, um óbice à excelência humana. Mill<sup>12</sup>, portanto, correlaciona a tirania da opinião ao que entendemos hoje como o sentido negativo de uma cultura de massas, à falta de pluralismo.

Stuart Mill percebia na modernidade de sua época, no desenvolvimento da educação pública, do comércio, das manufaturas e transportes, as condições favoráveis à supressão da individualidade e à disseminação da mediocridade<sup>12</sup>. Segundo o filósofo inglês, a individualidade precisa ser cultivada e preservada da tirania da opinião, que tende a uniformizar os indivíduos em relação, não apenas a opiniões, mas também a costumes e a modos de vida. O autor insurge-se contra o pensamento calvinista, segundo ele dominante no seu tempo, que considera as manifestações da individualidade como a origem do mal e reminiscência do pecado original; para ele, pelo contrário, são elas a fonte de origem da possibilidade de perfectibilidade e

da excelência humanas. Stuart Mill, juntamente com Rousseau – seu antecessor de quase um século –, foi, por isso, um dos precursores de uma linhagem da Filosofia da Educação defensora da preservação da espontaneidade das crianças enquanto elemento fundamental para o seu autodesenvolvimento<sup>12</sup>.

Apenas quando a liberdade de opinião e de ação de um indivíduo colide com a liberdade de opinião e de ação de seus pares, justificaria a censura da autoridade. O limite exato da liberdade individual em relação à coletividade, por este motivo, nem sempre é bem delimitado, conforme os exemplos utilizados pelo autor. A embriaguez, segundo ele, não pode ser passível de sanção; contudo, se ela recorrentemente provoca danos ao ébrio e às demais pessoas, inclusive àquelas de seu convívio, a censura da autoridade é justificável. A prodigalidade de um indivíduo nos seus gastos pessoais por si só, da mesma forma, não seria passível de censura, mas, na medida em que impactasse negativamente na sua função de prover sua família, seria.

Stuart Mill<sup>12</sup> defende, por fim, a liberdade dos indivíduos contra a intervenção do governo, em três argumentos: em primeiro lugar, há assuntos nos quais os indivíduos são mais capacitados a conduzir do que o governo, como os processos de trabalho; em segundo lugar, há assuntos que possivelmente seriam melhor tratados pelo governo do que pelos indivíduos; entretanto, a condução individual ainda permite o exercício das funções pelos cidadãos, favorecendo o autodesenvolvimento destes (por exemplo o exercício da função de júri); em terceiro lugar, a preservação da liberdade individual coíbe o excesso de poder do governo e a transformação deste na tirania da burocracia estatal, que, de outro modo, tenderia a assumir um controle sobre um número cada vez maior de assuntos da vida humana (p.213-222).

### **A diversidade sexual e de gênero enquanto liberdades individuais**

A diversidade sexual emerge na agenda pública muito em decorrência da visibilidade dos movimentos sociais em defesa dos direitos da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), principalmente a partir da década de 1970.

Segundo Judith Butler<sup>13</sup>, os sentimentos de medo, rejeição, vergonha ou nojo que acometem a população LGBT estão relacionados à forma como a tradição filosófica ocidental pensa o corpo e, por conseguinte, o gênero. De acordo com Butler, Sartre e Beauvoir pensam o corpo como “facticidade muda”, um substrato sobre o qual age a significação, mas que, por si só, é pré-discursivo. O mesmo pode ser dito de Foucault quando analisa o caso Herculine (pessoa intersexo), situação em que o autor afirma a existência de um corpo anterior à inscrição cultural.

De acordo com a filósofa, o trabalho da antropóloga Mary Douglas permite o apontamento de um novo paradigma de se conceber o corpo. Em “Pureza e Perigo”<sup>14</sup>, essa autora estuda os tabus sociais que se formam em torno do corpo, como, por exemplo, o nojo. A repulsa que as culturas humanas concebem ocorre porque a própria corporalidade se forma na segregação entre o que é considerado “limpo” e o que é considerado “sujo”, entre o “interior” e o “exterior” ao corpo. Assim, o corpo se forma a partir de uma superfície entre o “interior” e o “exterior”, que, justamente por ser frágil e instável, carece de força e estabilidade, as quais são conferidas pelos paradigmas de significação dominantes, como conclui Butler<sup>13</sup>:

*“O que constitui mediante divisão os mundos “interno” e “externo” do sujeito é uma fronteira e divisa tenuamente mantida para fins de regulação e controle sociais. A fronteira entre*

*o interno e o externo é confundida pelas passagens excrementícias em que efetivamente o interno se torna externo, e essa função excretora se torna, por assim dizer, o modelo pelo qual outras formas de diferenciação da identidade são praticadas. Com efeito, é dessa forma o Outro “vira merda”. Para que os mundos interno e externo permaneçam completamente distintos, toda a superfície do corpo teria que alcançar uma impermeabilidade impossível. Essa vedação de suas superfícies constituiria a fronteira sem suturas do sujeito; mas esse enclave seria invariavelmente explodido pela própria imundície excrementícia que ele teme” (p.191-192).*

O “limpo” e o “sujo” seriam assim binariamente construídos por estratégias de significação. O sexo entre dois homens é associado à impureza, por exemplo, na mobilização discursiva da origem etiológica da aids como sendo a troca de fluidos corporais como parte da estratégia simbólica que designa essa moléstia como sendo a “doença gay”. Da mesma forma, a até recente codificação internacional das identidades de gênero e das orientações sexuais dissidentes como doenças refletia a corporalidade do estigma que acomete a população LGBT<sup>15,16</sup>.

Butler<sup>13</sup> utiliza o exemplo da *drag queen* na sua teoria sobre corpo e gênero. A *drag queen*, na medida em que se vale de trejeitos e vestimentas femininos exagerados sobre um corpo biológico masculino, brinca com a distinção entre interno e externo, por meio da qual o próprio corpo e o próprio gênero são definidos. Destarte, a performance da *drag queen* revela o próprio caráter performático do gênero; a primeira é uma metáfora, ou melhor, uma sinédoque do segundo.

<sup>14</sup> A homossexualidade foi retirada pela Organização Mundial da Saúde da “Classificação Internacional de Doenças” em 17 de maio de 1990<sup>15</sup>; a transexualidade, em 18 de junho de 2018<sup>16</sup>.

A autora<sup>13</sup> sugere que, ao contrário do sugerido pelas tradições cristã e cartesiana, não é a alma que está aprisionada no corpo, mas o corpo que está aprisionado na alma. O gênero não surge a partir da imposição da cultura ou da sociedade ao desejo (corpo) tal como uma massa amorfa sendo moldada. O gênero é fabricado por atos performativos realizados na superfície do corpo, na distinção entre “interno” e “externo”, “limpo” e “sujo”. Essa fabricação não é percebida como tal, mas como “realidade” e como um processo de reificação, universal e obrigatória:

*“Em outras palavras, atos, gestos e desejo produzem o efeito de um núcleo ou substância interna, mas o produzem na superfície do corpo, por meio do jogo de ausências significantes, que sugerem, mas nunca revelam o princípio organizador da identidade como causa. Esses atos, gestos e atuações, entendidos em termos gerais, são performativos, no sentido de que a essência ou a identidade que por outro lado pretendem expressar são fabricações manufaturadas e sustentadas por signos corpóreos e outros meios discursivos. O fato de o corpo gênero ser marcado pelo performativo sugere que ele não tem status ontológico separado dos vários atos que constituem sua realidade. Isso também sugere que, se a realidade é fabricada como uma essência interna, essa própria interioridade é efeito e função de um discurso decididamente social e público, da regulação pública da fantasia pela política de superfície do corpo, do controle da fronteira do gênero que diferencia interno de externo e, assim, institui a “integridade do sujeito. Em outras palavras, os atos e gestos os desejos articulados e postos em ato criam a ilusão de um núcleo interno e organizador do gênero, ilusão mantida discursivamente com o propósito de regular a*

*sexualidade nos termos da estrutura obrigatória da heterossexualidade reprodutora. Se a “causa” do desejo, do gesto e do ato pode ser localizada no interior do “eu” do ator, então as regulações políticas e as práticas disciplinares que produzem esse gênero aparentemente coerente são de fato deslocadas, subtraídas à visão” (p.194-195).*

Frente a isso, Butler aponta a origem do padrão heteronormativo: um processo de fabricação não revelado como tal, no qual identidades de gênero e orientações sexuais são percebidos como “impuros” e, assim, subversivos.

Em um trabalho mais recente, “Notas sobre uma Teoria Performativa de Assembleia” (“Notes Toward a Performative Theory on Assembly”)<sup>17</sup>, a autora esboça uma teoria segundo a qual a assembleia ou a manifestação pública é como o corpo e o gênero, ou seja, é performática. A assembleia não é a “democracia em movimento” –, a expressão transitória da democracia –, é uma substância com estatuto ontológico próprio da qual o ato público é apenas uma manifestação.

Na medida em que a assembleia ou ato público se vale das novas tecnologias de comunicação e de interação social, sem a mediação dos canais tradicionais de imprensa, ela se constitui como uma estratégia discursiva política. A assembleia não é a expressão de um povo, mas o próprio povo constituído por atos performativos, como aponta Butler<sup>17</sup>:

*“Mas talvez uma percepção muito mais importante em questão aqui, em outras palavras, é que “o povo” não é apenas produzido pelas suas reivindicações verbalizadas, mas também pelas condições de possibilidade de sua aparição e, dentro do campo visual, suas ações e, assim, como parte da sua performance corporificada. Essas condições de aparição incluem condições de infraestrutura de encenação e*

também de meios de capturar e de transmitir uma reunião, uma confluência nos campos visual e auditivo. O som que falam ou o sinal gráfico do que é falado, é tão importante quanto a atividade de autoconstituição na esfera pública (e a constituição da esfera pública é uma condição de aparição) como também outros meios. Se o povo é constituído por meio de uma interação complexa de performance, imagem e acústica, e todas as várias tecnologias envolvidas nessas produções, então a “mídia” não está relatando quem o povo afirma ser, mas a mídia entrou na própria definição de povo. Não apenas subsidia essa definição ou a torna possível; é a coisa da autoconstituição, o lugar da disputa hegemônica sobre quem “nós” somos” (p.18-19)<sup>v</sup>.

Para um segmento populacional estigmatizado, como a população LGBT, a teoria performática de Judith Butler é particularmente valiosa. Manifestações públicas como as paradas do orgulho LGBT, não apenas expressam à sociedade a existência de pessoas com identidades de gênero e orientações sexuais fora do padrão heteronormativo, mas são a própria performance dessa população que se apresenta por meio de uma estratégia discursiva. Nesses eventos, a população LGBT afirma seu direito de ocupar o espaço público, de estar onde estão e de denunciar as deficiências – preconceito, discriminação, falta de acesso a direitos sociais, etc. – que a desafia a estar ali presente em ato público.

As paradas do orgulho LGBT reafirmam e atualizam a liberdade política, o pluralismo que caracteriza as democracias contemporâneas. Demonstrem, de forma performática, a associação necessária entre a visibilidade e a vida pública,

ao mesmo tempo em que, nelas, essas pessoas exercem a liberdade, expressam-se, apesar do estigma que carregam na vida diária. A visibilidade é, por assim dizer, a condição *sine qua non* para a existência de pessoas com identidades de gênero e de orientação sexual diversas daquelas preconizadas socialmente. Negar a manifestação do afeto entre pessoas do mesmo sexo ou a expressão de gênero de pessoas transexuais ou travestis, ou ainda relegar essa manifestação e essa expressão a guetos segregados, é o mesmo que defender que a população LGBT não tem o direito de ser quem é.

As questões da diversidade sexual demonstram a atualidade dos argumentos de Stuart Mill em defesa da pluralidade e da importância do princípio liberal da máxima ausência possível de restrição à liberdade individual como condição para o florescimento da excelência e da perfectibilidade humanas. A discussão sobre diversidade sexual não é relevante apenas à população LGBT, mas à toda a população. Se não cotejadas com outras identidades de gênero ou outras orientações sexuais, a identidade de gênero e a orientação sexual predominantes não são colocadas em questão, não por serem legítimas, mas porque são apenas uma possibilidade entre muitas e não universais.

A heteronormatividade, como o próprio gênero, é fabricada, conforme demonstrado por Judith Butler<sup>13</sup>. A fundamentação dos direitos humanos, que completam seu septuagésimo aniversário neste ano de 2018, é justamente a defesa de uma sociedade plural, contra a qual se insurgiram, no passado, os regimes totalitários. As condições para a negação do pluralismo são as mesmas que a negação de toda política ou de toda a vida pública e, infelizmente, continuam presentes no Brasil, talvez mais do que em todo seu incipiente passado democrático.

<sup>v</sup> Tradução livre dos autores deste artigo.

### Considerações finais

Instrumentos legais em proposição, como o Estatuto da Diversidade Sexual e de Gênero (Projeto de Lei do Senado nº 134 de 2018)<sup>18</sup> ou existentes, como a Lei Estadual nº 10.948 de 2001 de São Paulo<sup>19</sup> são de suma relevância.

A Lei nº 10.948 de 2001 garante o direito de manifestação de orientação sexual e de identidade de gênero em todo o Estado de São Paulo, com previsão de sanção administrativa a pessoas físicas e jurídicas que atentem contra essas liberdades. Sua divulgação, bem como seu trâmite, é de responsabilidade da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, órgão do Governo do Estado de São Paulo que dispõe de outras políticas interligadas e articuladas, em conformidade com o princípio da universalidade, da interdependência e da indissociabilidade dos direitos humanos preconizados pela Declaração e Programa de Ação da Conferência de Viena de Direitos Humanos de 1993<sup>20</sup>.

A Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo reconhece as especificidades de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, mulheres transexuais e homens trans e, mediante essas diferenças, instituiu um espaço específico para debater e implantar políticas públicas direcionadas a esse segmento. Assim, em 2009, o Estado de São Paulo criou a Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual, órgão específico para pautar políticas públicas de promoção da cidadania LGBT. As violações de direitos decorrentes de orientação sexual e identidade de gênero não devem ocorrer no estado e para que as políticas públicas de enfrentamento a LGBTfobia sejam implantadas nas diversas secretarias, também foi criado o Comitê Intersecretarial de Defesa da Diversidade Sexual, composto por diversas secretarias estaduais com o objetivo de implantar políticas públicas de forma abrangente em São Paulo.

O reconhecimento da população LGBT, assim como o de todas as populações vulneráveis e historicamente marginalizadas, depende da memória e da atualização dos princípios do liberalismo clássico e da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e da própria Constituição Federal de 1988, como aquele do pluralismo. Este, por sua vez, está intrinsecamente ligado à ideia de democracia moderna e ao princípio da visibilidade dessas populações no espaço político.

### Referências

1. Organização da Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos. Generbra: ONU; 1948.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Congresso Nacional; 1988.
3. Marshall TH. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1967.
4. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersexual Association. [acesso em: 23 out 2018]. Disponível em: <https://ilga.org/maps-sexual-orientation-laws>
5. Locke J. Carta sobre a tolerância. Lisboa: Edições 70; 1987.
6. Arendt H. A condição humana. São Paulo: Forense Universitária; 1983.
7. Lafer C. Hanna Arendt - pensamento, persuasão e poder. São Paulo: Paz e Terra; 2018.
8. Arendt H. Responsabilidade e julgamento. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
9. Arendt H. As origens do totalitarismo. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.
10. Novo Testamento. Bíblia on line. Mateus (vers.5):13. (on line). [acesso em 23 out 2018]. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acf/mt/13>
11. Lafer C. A reconstrução dos direitos humanos - um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, São Paulo; 1988.
12. Mill S., Sobre a liberdade e A sujeição das mulheres, Penguin Classics/ Companhia das Letras, São Paulo, 2017.
13. Butler J. Problemas de gênero - feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2013.
14. Douglas M. Pureza e perigo - e-nsaio sobre as noções

de poluição e tabu. trad. Sônia Pereira da Silva Lisboa: Edições 70; 1966.

15. Organização Mundial da Saúde. Assembléia Geral. Genebra: OMS; 17 mai 1990.

16. Organização Mundial da Saúde. Assembléia Geral. Genebra: OMS; 18 jun 2018.

17. Butler J. *Notes Toward a Performative Theory of Assembly*, Cambridge: Harvard University Press; 2015.

18. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei no 134. Institui o

Estatuto da Diversidade Sexual e de Gênero. Brasília; 2001. 19. São Paulo. (estado). Lei Estadual de nº 10.948. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências. São Paulo: Palácio Bandeirantes; 5 nov 2001.

20. Conferência Internacional de Direitos Humanos. Declaração e Programa de Ação da Conferência de Viena de Direitos Humanos. Viena: 14-25 jun 1993.

# Nome social e a plena cidadania T

## Social name and full citizenship T

Cássio Rodrigo<sup>1</sup>

### Verbo Ser<sup>1</sup>

(Carlos Drummond de Andrade)

Que vai ser quando crescer?  
Vivem perguntando em redor. Que é ser?  
É ter um corpo, um jeito, um nome?  
Tenho os três. E sou?  
Tenho de mudar quando crescer? Usar outro nome, corpo e jeito?  
Ou a gente só principia a ser quando cresce?  
É terrível, ser? Dói? É bom? É triste?  
Ser; pronunciado tão depressa, e cabe tantas coisas?  
Repito: Ser, Ser, Ser. Er. R.  
Que vou ser quando crescer?  
Sou obrigado a? Posso escolher?  
Não dá para entender. Não vou ser.  
Vou crescer assim mesmo.  
Sem ser Esquecer.

### Resumo

O texto aborda o conceito de nome social para travestis, mulheres transexuais e homens trans e como o mesmo se reverte em políticas públicas no Estado de São Paulo em áreas como Educação, Administração Penitenciária e Segurança Pública. Apresentamos a legislação existente em relação ao tema e como ela se desdobrou para as demais áreas de governança, buscando garantir plena cidadania para essa parcela da população. Com alto índice de evasão escolar, demonstramos como o respeito à identidade de gênero e ao nome social podem ser fatores preponderantes para a permanência de travestis, mulheres transexuais e homens trans nos bancos escolares.

**Palavras-chave:** Nome social; Identidade de gênero; Políticas públicas.

### Abstract

This text discusses the concept of social name to transvestites, transgender and trans men and women as the same reverts in public policy in the State of São Paulo in areas such as education, Correctional Administration and public safety. We present the existing legislation in relation to the theme and how it unfolded for the remaining areas of governance, seeking to ensure full citizenship for that portion of the population. With high level of truancy, we demonstrate how the respect for gender identity and social name can be important factors for the permanence of transvestites, transsexual women and trans men in school benches.

**Keywords:** Social name; Gender identity; Public policy.

<sup>1</sup> Cássio Rodrigo (cassiorosp@gmail.com), formado em Jornalismo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Coordenador Estadual de Políticas para a Diversidade Sexual, da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo.

### Direitos da personalidade

Como já dizia o poeta Carlos Drummond de Andrade, “Que vai ser quando crescer? Vivem perguntando em redor. Que é ser? É ter um corpo, um jeito, um nome? Tenho os três. E sou?”.

Desde antes do nosso nascimento já “somos” toda uma carga de expectativas oriundas dos nossos pais, familiares e da própria sociedade. Nem chegamos ao mundo e já nos deram nome, profissão e, em casos mais extremos, até já nos casaram!

Assim surgiram os direitos da personalidade, “aqueles cujo objeto é o modo de ser físico ou moral das pessoas, aqueles direitos que as capacitam e protegem sua essência, sua persona, as mais importantes virtudes do ser”<sup>2</sup> (p. 31)

Como direito da personalidade, o nome não pode ser renunciado, não pode ser transferido a outrem, é inalienável, não pode ser valorado economicamente e é imprescritível.

O nome possui caráter obrigatório, ou seja, toda pessoa deve ter um, que recebe logo que nasce, conforme previsão no Código Civil: “Toda pessoa tem direito ao nome, nele compreendidos o prenome e o sobrenome”<sup>3</sup> (art. 16).

O nome é o sinal que caracteriza o indivíduo na família e na sociedade e o diferencia, ao lado de outros elementos de individualização, dos demais membros do grupo. O nome goza da proteção da Lei, tanto no Código Civil, como no Penal:

*“Não pode ser empregado por terceiros em publicações ou representações que o exponham ao desprezo público, ainda quando não haja intenção difamatória. Além disso, o nome não pode ser utilizado em propaganda comercial sem autorização de seu portador”<sup>3</sup> (art. 17-18)<sup>3</sup>, (art. 185)<sup>4</sup>, respectivamente.*

Para que tenhamos noção do quão importante é o nome, temos lei de proteção como a

Lei nº 6.015 de 1973 de Registros Públicos<sup>5</sup>, que prevê:

*“Os oficiais do registro civil não deverão registrar prenomes que venham expor seus portadores ao ridículo. Restando os pais irresignados, o oficial submeterá o caso ao juiz competente. A exposição ao ridículo que a lei visa prevenir é “noção subjetiva, discrepando as pessoas e as convicções. O oficial agirá com moderação, respeitando tais convicções, só tolhendo a escolha quando aberrante da normalidade” (art. 55, parágr. único).*

### Retificação de nome no Brasil

Então, para esses tais casos de “aberrante anormalidade”, quando se é permitida a retificação de nome no Brasil?

A retificação pode ocorrer no primeiro ano após a maioridade civil, conforme disposto na Lei de Registros Públicos<sup>5</sup>: “o interessado, no primeiro ano após ter atingido a maioridade civil, poderá, pessoalmente ou por procurador bastante, alterar o nome, desde que não prejudique os apelidos de família...” (art. 56). No Brasil a maioridade civil se dá aos 18 anos, de acordo com o atual Código Civil.

Em relação à retificação de nome, outra questão tem batido às portas dos tribunais brasileiros, com precedentes nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul: a mudança de nome e de gênero de cidadãs travestis, mulheres transexuais e homens trans<sup>6</sup>.

Tratamos, aqui, do conceito de *identidade de gênero* como a percepção que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independente de sexo biológico. Trata-se da convicção íntima de uma pessoa em ser do gênero masculino (homem) ou do gênero feminino (mulher).

Temos, assim, na identidade de gênero, as variáveis *cisgênero* e *transgênero*, sendo:

- *cisgênero*: a pessoa cuja identidade de gênero está alinhada ao seu sexo biológico, portanto, aquelas que são biologicamente mulheres e possuem identidade de gênero feminina ou biologicamente homens e possuem identidade de gênero masculina.

- *transgênero*: terminologia normalmente utilizada para descrever pessoas que transitam entre os gêneros. Contudo, há quem utilize esse termo para se referir apenas àquelas pessoas que não se identificam nem como travestis, nem como mulheres transexuais e nem como homens trans, mas que vivenciam as suas expressões de gêneros de maneira não convencional.

Na questão da identidade de gênero, recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) retirou a transexualidade da categoria de “distúrbios mentais” na “Classificação Internacional de Doenças” (CID)<sup>7</sup>. A atualização foi um marco e aconteceu mais de 40 anos depois de a homossexualidade também ser retirada da lista, na década de 1990. Essa é a primeira grande revisão da CID em quase três décadas.

A transexualidade, no entanto, não saiu totalmente da CID-11, ela foi movida para a categoria “condição relativa à saúde sexual”. A OMS admite que mantê-la na “Classificação Internacional de Doenças” pode reforçar estigmas, mas diz que a medida ainda é necessária:

*“O raciocínio é que, embora as evidências agora estejam claras de que não se trata de um transtorno mental, e de fato classificá-lo pode causar enorme estigma para as pessoas transgênero, ainda há necessidades significativas de cuidados de saúde que podem ser melhor atendidas se a condição for codificada na CID”<sup>7</sup> (HA60).*

Mas, se o Estado brasileiro reconhece o direito de pessoas *cisgênero* retificarem seu nome

na documentação, por que tanta dificuldade no reconhecimento do mesmo direito para pessoas *transgênero*?

Se o princípio para a retificação é, justamente, a de “prenomes que venham expor seus portadores ao ridículo”<sup>5</sup> (art. 55, parágrafo único), por que não reconhecer que uma mulher transexual com um documento com o nome civil masculino é, diariamente, exposta ao ridículo?

Porque ainda temos que romper com “binarismo de gênero”, “ideia de que só existe macho/fêmea, masculino/feminino, homem/mulher, sendo considerada limitante para pessoas não binárias, ou gênero fluido, ou outras expressões de gêneros possíveis”<sup>9</sup>.

Infelizmente ainda não temos nenhuma lei aprovada sobre identidade de gênero. Assim, as conquistas quanto ao reconhecimento dessa no Brasil se fizeram por meio do Judiciário, criando jurisprudência nos casos exitosos de retificação de nome e sexo para travestis, mulheres transexuais e homens trans. Mas os sucessos eram restritos e limitantes. Ou seja, a maioria dos juízes entendiam que essa retificação deveria estar condicionada à existência de laudo e/ou realização de terapia hormonal e/ou cirurgia de redesignação sexual (transexualização).

Contudo, em decisão histórica, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4.275<sup>9</sup>, por maioria dos votos dos ministros, o Supremo Tribunal Federal decidiu que não há mais a necessidade de autorização judicial para a mudança de nome e sexo de travestis, mulheres transexuais e homens trans, passando a ser uma questão meramente administrativa junto aos cartórios. Assim, a retificação do nome e do gênero passa ser feita diretamente nos cartórios de registro civil e não depende mais de cirurgia de redesignação sexual, laudo médico e/ou psicológico, conforme regulamentação da Corregedoria Nacional de Justiça abaixo transcrita<sup>10</sup>.

*“Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN)” (provim. 73).*

### Nome social

Nome social é o prenome adotado pela pessoa travesti, mulher transexual ou homem trans, que corresponde ao nome pela qual se reconhece, identifica-se e é reconhecida(o) e denominada(o) por sua comunidade.

Sabemos que o nome é, junto com a aparência, a primeira coisa que nos apresenta e identifica. É muito importante que o nome social seja respeitado, de acordo com a identidade de gênero, independente da alteração no Registro Geral (RG). Por isso, existem hoje decretos estaduais e municipais que garantem o direito do uso do nome social por travestis e transexuais em órgãos públicos.

Mesmo com o avanço garantido pelo Supremo Tribunal Federal, muitas travestis, mulheres transexuais ou homens trans ainda optam por não retificar seus nomes, apesar de manter o uso do nome social.

O Estado de São Paulo garante o direito das pessoas travestis e transexuais de serem tratadas pelo seu nome social em todos os órgãos públicos da administração direta e indireta do Estado, por meio do Decreto Estadual nº 55.588 de 2010<sup>11</sup>, que dispôs sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos, prevendo:

*“A pessoa interessada indicará, no momento do preenchimento do cadastro ou ao se apresentar para o atendimento, o prenome que corresponda à forma pela qual se reconheça, é identificada, reconhecida e denominada*

*por sua comunidade e em sua inserção social” (art. 2º).*

O direito ao nome social, no Estado de São Paulo, constituiu-se como uma das mais efetivas políticas públicas, tanto que o Decreto Estadual inicial acabou por gerar uma série de outras normas e resoluções baseadas no seu escopo legal. Assim, na Secretaria da Administração Penitenciária, em janeiro de 2014, foi editada a Resolução SAP<sup>12</sup>, que “dispõe sobre a atenção às travestis e transexuais no âmbito do sistema penitenciário”.

Ressalto, aqui, alguns dos principais pontos da resolução:

*“As pessoas privadas de liberdade ou que integram o rol de visitas das pessoas presas **devem ter preservado o direito à sua orientação sexual e a identidade de gênero;***

*§ 1º - Fica assegurado às travestis e transexuais o uso de peças íntimas, feminina ou masculina, conforme seu gênero;*

*§ 2º - Às travestis e transexuais femininas é facultada a manutenção do cabelo na altura dos ombros” (art. 1).*

A resolução buscou, ainda, garantir a integridade física e psíquica dessas pessoas privadas de liberdade<sup>12</sup>:

*“Artigo 2º – As unidades prisionais podem implantar, após análise de viabilidade, cela ou ala específica para população de travestis e transexuais de modo a garantir sua dignidade, individualidade e adequado alojamento.*

*Parágrafo único: Para isso deve-se **analisar o interesse da população assistida evitando assim segregação social ou quaisquer formas de discriminação negativa** em razão da identidade de gênero ou orientação sexual. (...)*

*Artigo 4º - No momento de inclusão nos estabelecimentos prisionais deverá ser informado*

à travesti ou transexual sobre o direito ao tratamento nominal nos atos e procedimentos da pasta.

§ 1º - A solicitação de uso de prenome social deverá ser requisitado pela presa (o) no formulário de inclusão, que **passará a ser utilizado no prontuário penitenciário e todos os demais documentos oficiais gerados pela SAP;**

§ 2º - O prenome anotado no registro civil deve ser utilizado para os atos que ensejarão a emissão de documentos oficiais, **acompanhado do prenome escolhido.**

§ 3º - O prenome social deverá ser inserido nos sistemas informatizados de registros e controle em campos específicos;

§ 4º - A adoção do prenome social poderá ser realizado a qualquer tempo por meio de manifestação da pessoa presa a partir de solicitação formal por escrito ou verbalmente a um funcionário da unidade prisional”.

Outra conquista foi na área da Secretaria de Estado da Educação por meio da edição da Deliberação CEE – 125 de 2014<sup>13</sup>, que dispõe sobre a inclusão de nome social nos registros escolares das instituições públicas e privadas no Sistema de Ensino do Estado de São Paulo e dá outras providências correlatas. Diferentemente da Administração Penitenciária, a Deliberação do Conselho Estadual de Educação<sup>13</sup>, adotou-se a autoinformação, uma vez que a mesma tem validade legal tanto para as instituições públicas, quanto as instituições privadas de ensino.

“Art. 1º - As instituições vinculadas ao Sistema de Ensino do Estado de São Paulo, em respeito à cidadania, aos direitos humanos, à diversidade, ao pluralismo e à dignidade humana, incluirão, a pedido dos interessados, além do nome civil, o nome social de travestis e transexuais nos registros escolares internos.

§ 1º - Entende-se por nome civil aquele registrado na certidão de nascimento.

§ 2º - Entende-se por nome social aquele adotado pela pessoa e conhecido e identificado na comunidade.

(...)

Art. 3º - O nome social deverá ser usual na forma de tratamento, e acompanhar o nome civil nos registros e documentos escolares internos.

Art. 4º - A inclusão do nome social nos documentos escolares internos poderá ser requerida por escrito, a qualquer tempo, observado o disposto no artigo 2º desta Deliberação”.

De acordo com o Sistema de Cadastro de Alunos<sup>14</sup>, em dados atualizados de junho de 2018, há 512 registros de travestis, mulheres transexuais e homens trans cadastrados na Rede Estadual de Ensino de São Paulo, sendo 34% homens trans e 66% travestis e/ou mulheres transexuais. Outro dado importante é que, de acordo com o Artigo 2º da Deliberação, hoje temos 30% dos registros de alunas e alunos menores de 18 anos, exigindo a autorização de pais e/ou responsáveis, o que demonstra uma mudança nas famílias na forma de acolher e reconhecer a identidade de seus filhos e filhas<sup>13</sup>:

“Em se tratando de alunos menores de idade, é necessária a manifestação expressa dos pais ou responsáveis autorizando a inclusão do nome social” (art. 2º).

Ainda em relação à Deliberação, devemos reforçar a importância do seu artigo 5º<sup>13</sup>, que traz garantia a professoras e professores para o debate sobre respeito às diversidades em sala de aula:

“A instituição deverá viabilizar as condições necessárias de respeito às individualidades, **mantendo, entre outros, programas educativos e assegurando ações e diretrizes**

*previstas nos Planos Estaduais de Enfrentamento à Homofobia e Promoção da Cidadania LGBT” (art. 5º).*

Por fim, mas não menos importante, são os avanços em relação ao reconhecimento da identidade de gênero e do nome social no campo da Segurança Pública do Estado de São Paulo. Desde novembro de 2015 foi criado um campo para inserção do nome social nos Registros Digitais de Ocorrência (RDO), tanto os realizados *on line* como presenciais. À mesma época foi inserido, no campo “provável motivação do crime” os termos “homofobia” e “transfobia”, permitindo que os Boletins de Ocorrência passem a registrar o motivo de ódio agregado às tipificações do crime<sup>15</sup>.

Em junho de 2017, durante o Seminário de Direitos Humanos, foi anunciado pelo Diretor de Direitos Humanos da Polícia Militar do Estado de São Paulo, também a alteração no Boletim de Ocorrência da Polícia Militar, conhecido por (BOPM), com a inserção de um campo para o nome social, conforme preconizado no Decreto Estadual nº 55.588 de 2010<sup>11</sup>, e também dois novos campos, um para sexo (masculino ou feminino) e outro para identidade de gênero (travesti, mulher transexual ou homem trans), a ser preenchido quando das abordagens da Polícia Militar em todo o Estado de São Paulo.

Entre 2016 e 2017, a Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual, da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, em parceria com a Seção de Direitos Humanos da Diretoria de Polícia Comunitária e Direitos Humanos da Polícia Militar do Estado de São Paulo, construiu conjuntamente uma Instrução Continuada do Comando (ICC), com o tema “Tratamento Nominal das Pessoas Transexuais e Travestis”. A mesma foi atualizada em 2018<sup>16</sup>:

*“Hoje iremos abordar dois temas importantes e que agregam conhecimento na área dos*

*direitos humanos, reforçando o profissionalismo e a responsabilidade da Polícia Militar do Estado de São Paulo, bem como contribuindo para formar uma boa imagem da nossa Instituição.*

*Em primeiro lugar, visando garantir a identidade de gênero, o Decreto nº 55.588/10<sup>17</sup>, que assegura às travestis, mulheres transexuais e homens trans, o direito à escolha de tratamento nominal nos atos e procedimentos promovidos no âmbito da Administração Direta e Indireta do Estado de São Paulo.*

*(...)*

*Por fim, a Lei Estadual nº 10.948/01 proíbe a discriminação em razão da orientação sexual e da identidade de gênero e pune toda manifestação atentatória ou discriminatória praticada contra cidadão LGBT no Estado de São Paulo.*

*Em seu artigo 2º, a norma lista uma série de exemplos considerados atos discriminatórios:*

*I - praticar qualquer tipo de ação violenta, constrangedora, intimidatória ou vexatória, de ordem moral, ética, filosófica ou psicológica;*

*II - proibir o ingresso ou permanência em qualquer ambiente ou estabelecimento público ou privado, aberto ao público;*

*III - praticar atendimento selecionado que não esteja devidamente determinado em lei;*

*IV - preterir, sobretaxar ou impedir a hospedagem em hotéis, motéis, pensões ou similares;*

*V - preterir, sobretaxar ou impedir a locação, compra, aquisição, arrendamento ou empréstimo de bens móveis ou imóveis de qualquer finalidade;*

*VI - praticar o empregador, ou seu preposto, atos de demissão direta ou indireta, em função da orientação sexual do empregado;*

*VII - inibir ou proibir a admissão ou o acesso profissional em qualquer estabelecimento público ou privado em função da orientação sexual do profissional;*

VIII - proibir a livre expressão e manifestação de afetividade, sendo estas expressões e manifestações permitidas aos demais cidadãos. Ainda segundo a Lei acima, através de processo administrativo, pode ser punido todo cidadão, inclusive detentor de função pública, civil ou militar, e toda organização social ou empresa, pública ou privada por prática de discriminação em razão de orientação sexual. As penas vão de advertência e multa, até suspensão e cassação do alvará estadual de funcionamento.

Assim:

- a) Os servidores públicos deverão tratar a pessoa pelo prenome indicado, que constará dos atos escritos;
- b) O prenome anotado no registro civil deve ser utilizado para os atos que ensejarão a emissão de documentos oficiais, acompanhado do prenome escolhido;
- e) Os documentos obrigatórios de identificação e de registro civil serão emitidos nos termos da legislação própria”.

### Conclusão

Segundo Chauí<sup>18</sup>, ter direitos é também ter poder. Portanto, um direito não é concedido, mas algo que é conquistado e conservado, porque ele é um poder.

Todas as políticas públicas apresentadas foram construídas em conjunto pelo Comitê Intersecretarial de Defesa da Diversidade Sexual, composto por 11 Secretarias de Estado de São Paulo, de forma transversal para garantir a manutenção dessas conquistas.

Importante, ainda, é visibilizar que, desde que o mundo é mundo, existem registros da população LGBT e casos de transexualidade ou travestilidade, como se registra sobre o primeiro governador colonial de Nova Iorque que se vestia de

mulher e, assim, despachava em seu escritório<sup>19</sup>, ou, na Década de 1920, com a primeira cirurgia para mudança de sexo à qual se submeteu o pintor dinamarquês Einar Wegener, transicionando para Lili Elbe<sup>20</sup>.

Por isso, hoje, nosso corpo ainda é resistência. A cada 25 horas temos um LGBT morto no Brasil. Nossas travestis e mulheres transexuais possuem uma expectativa de vida de apenas 35 anos, nos colocando no topo dos países que mais matam transexuais e travestis.

Assim, como diria Drummond: “Que vou ser quando crescer? Sou obrigado a? Posso escolher? Não dá para entender. Não vou ser. Vou crescer assim mesmo. Sem ser esquecer...”.

### Referências

1. Andrade, C. D. Poesia e prosa. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1992.
2. Ceconello AM, De Antonio C, Koller SH. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicol. estud.* [online]. 2003; 8(spe):45-54. [acesso em: 12 out 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722003000300007>.
3. Brasil. Lei nº 10.406. Institui o Código Civil. Brasília: Presidência da República; 10 jan 2002.
4. Brasil. Decreto Lei nº 2.848. Código Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República; 7 dez 1940.
5. Brasil. Lei nº 6.015. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 31 dez 1973.
6. Viegas CMAR, Rabelo CLA, Polio LM. Os direitos humanos e de personalidade do transexual: prenome, gênero e a autodeterminação. In: *ambitojuridico.com.br*. (on line). [acesso em: 12 out 2018]. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=12914](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12914)
7. Organização Panamericana de Saúde (OMS). Classificação internacional de doenças nº11 (CID-11). (on line). [acesso em: 4 out 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5702:oms](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms)

-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875

8. World Health Organization (WHO). International classification of diseases, 11th (ICD-11). Genebra; 2018. [acesso em: 12 out 2018]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>

9. Reis T. (org.). Manual de comunicação LGBTI+. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI, GayLatino; 2018. [acesso em 4 out 2018]. Disponível em: <https://unids.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>9. Supremo Tribunal Federal (STF). Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4275. Brasília; 1 mar 2018.

10. Corregedoria Nacional de Justiça (CNJ). Provimento nº 73. Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN). Brasília; 28 jun 2018. [acesso em: 4 out 2018]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3503>

11. São Paulo. (estado). Decreto Estadual nº 55.588. Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. São Paulo: Palácio dos Bandeirantes; 17 mar 2010.

12. São Paulo. (estado). Secretaria da Administração Penitenciária (SAP). Resolução nº 11. Dispõe sobre a atenção às travestis e transexuais no âmbito do sistema penitenciário. São Paulo; de 30 jan 2014.

13. São Paulo. Secretaria de Estado da Educação. Deliberação CEE – 125. Dispõe sobre a inclusão de nome social

nos registros escolares das instituições públicas e privadas no Sistema de Ensino do Estado de São Paulo e dá outras providências correlatas. São Paulo; SEE; 1 mai 2014.

14. Secretaria de Estado da Educação. Sistema de Cadastro de Alunos. Identidade de gênero. (on line). São Paulo; Sistema de Cadastro de Alunos; 2018.

15. Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CDDPH). Resolução nº 06. Dispõe sobre as recomendações do CDDPH para a garantir de direitos humanos e aplicação do princípio da não violência no contexto de manifestações e eventos públicos, bem como na execução de mandados judiciais de manutenção e reintegração de posse., Brasília; 8 jun 2013.

16. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual, Seção de Direitos Humanos da Diretoria de Polícia Comunitária e Direitos Humanos da Polícia Militar do Estado de São Paulo. Instrução continuada do comando (ICC). Tratamento nominal das pessoas transexuais e Travestis. São Paulo; 2018.

17. São Paulo. (estado). Lei nº 10.948. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências. São Paulo: Palácio dos Bandeirantes; 5 nov 2001.

18. Chauí M. Convite à filosofia. São Paulo: Editora Ática; 1998.

19. Bonomi PU. The lord cornbury scandal: The Politics of Reputation in British America. Virgínia: Omohundro Institute of Early American History & Culture;1998.

20. Ebershoff D. The danish girl. New York: Viking Books; 2000.

# Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades

*Lesbian women's health and health care: neither completeness nor equity towards invisibilities*

Marisa Fernandes<sup>I</sup>, Luiza Dantas Soler<sup>II</sup>, Maria Cecília Burgos Paiva Leite<sup>III</sup>

*“A História, os bons ventos e os furacões”*

## Resumo

O presente artigo é o produto de um esforço conjunto entre mulheres lésbicas, feministas e ativistas, no sentido de delinear a questão da saúde das lésbicas no Brasil a partir de uma perspectiva multidisciplinar e com forte contribuição de escutas qualificadas e vivências das próprias ao longo de suas vidas. Com ele buscamos driblar a invisibilidade de nossos corpos e, por conseguinte, a quase total ausência de números e políticas públicas que nos considerem enquanto sujeitos, e trazer os dados possíveis sobre as nossas sexualidades e saúde, para nós e por nós.

*Palavras-chave:* Lésbicas; Sexualidade; Saúde pública.

## Introdução

Desde que o Movimento de Lésbicas feministas teve início no Brasil, em fevereiro de 1979, as lésbicas denunciavam o apagamento das suas existências, as violências e discriminações sofridas pelo fato de serem mulheres e lésbicas e a mais completa ausência de políticas públicas e legislações que atendessem à população brasileira de LGBT+.

<sup>I</sup> Marisa Fernandes (fernandes1marisa@gmail.com) é historiadora e Mestre em História Social pela Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/USP) e Pesquisadora do Coletivo de Feministas Lésbicas.

<sup>II</sup> Luiza Dantas Soler (luizadantassoler@gmail.com) é advogada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Especialista em Gênero e Sexualidade pelo Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (CLAM/IMS/UERJ).

<sup>III</sup> Maria Cecília Burgos Paiva Leite (cica.burgos@gmail.com) é psicóloga clínica formada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

## Abstract

This article is the product of a joint effort among lesbian, feminist and militant women to delineate the issue of the sexual health of lesbians in Brazil, from a multidisciplinary perspective and with a strong contribution of qualified hearing and their own experiences. As a goal we seek to circumvent the invisibility of our bodies and, consequently, the almost total absence of numbers and public policies that consider us as subjects, and bring the possible data about our sexualities and health, for us and by us.

*Keywords:* Lesbians; Sexuality; Public health.

Com o passar dos anos e o crescimento de grupos e de redes nacionais de lésbicas, aos poucos, alguns avanços foram alcançados, sobretudo na área da saúde. Quando da realização dos I, II e III e IV Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE), respectivamente em 1996, 1997, 1998 e 2001, no Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais e Fortaleza, os temas foram referentes à saúde das lésbicas<sup>I</sup>. Não por menos, no mês de março de 2001 aconteceu em Brasília, uma reunião sobre a saúde das lésbicas organizada pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) do Ministério da Saúde<sup>IV</sup>, visando a pensar políticas públicas para essa população.

<sup>IV</sup> Memória da coautora deste artigo, Marisa Fernandes, que esteve presente ao evento.

Muitos outros eventos realizados por lésbicas organizadas, envolvendo o tema da saúde aconteceram. No ano de 2006, em Belo Horizonte, a Associação Lésbica de Minas (ALEM) realizou o “Seminário Saúde e Visibilidade”<sup>v</sup>, em celebração aos 28 anos de ativismo das lésbicas no Brasil. Neste mesmo ano, a “IV Caminhada de Lésbicas, Bissexuais e Simpatizantes de São Paulo”<sup>2</sup> saiu às ruas com o tema “Saúde e Respeito são Direitos das Lésbicas”. Ainda em 2006, uma lésbica e feminista foi eleita para compor o Conselho Nacional de Saúde<sup>vi,3</sup>.

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2008, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social da saúde<sup>4</sup>. Entre as recomendações desta conferência temos duas, entre outras, muito importantes para a população lésbica e de mulheres bissexuais: o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis e a implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual. Esta última requer o reconhecimento de que todas as formas de discriminação – como o caso das homofobias e dos preconceitos do machismo, do racismo e da misoginia devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença.

Sabemos que a saúde mental das lésbicas é comprometida por vários fatores, resultantes da lesbifobia. É muito alta a quantidade de lésbicas em depressão e isolamento, mas pouco é falado sobre o adoecimento mental dessas mulheres, se comparado com a abordagem da saúde sexual e ginecológica.

<sup>v</sup> Memória da coautora deste artigo, Marisa Fernandes, que esteve presente ao evento.

<sup>vi</sup> Carmen Lúcia Luiz, representante do Movimento LGBT brasileiro pela Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) que atuou na gestão 2006-2010.

Em uma pesquisa pioneira abordando saúde sexual de lésbicas, realizada entre 2002 e 2003, no Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (CRT DST/Aids/SES-SP), com a ajuda do Coletivo de Feministas Lésbicas (CFL) – ainda um dos melhores trabalhos sobre o assunto –, Pinto<sup>5</sup> conclui que os/as profissionais de saúde não deveriam assumir previamente que as mulheres que fazem sexo com mulher, têm, automaticamente, baixo risco para as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e que jamais façam sexo com homens; além disso, apontou que não existe o uso de preservativos ou outro método de barreira para a proteção no sexo feito entre mulheres, mostrando ser necessário pensar estratégias para essas práticas. Revelou, também, que 83% das mulheres pesquisadas esperavam que os médicos não tivessem preconceito com sua sexualidade, praticamente 98% desejando um serviço mais sensível às mulheres que fazem sexo com mulheres<sup>5</sup>. A revelação de suas relações com mulheres fizeram com que os profissionais tivessem para 28% atitudes de atendê-las mais rapidamente e em 17% dos casos de deixar de examiná-las. Já as mulheres que não revelaram tal informação, 91% alegaram não ter contado devido ao desconforto causado pelo profissional de saúde; resultados que evidenciaram a necessidade que os profissionais de saúde possuem de serem corretamente informados e sensibilizados para o cuidado da saúde dessas mulheres que fazem sexo com outras mulheres<sup>5</sup>.

Embora o Brasil tenha alcançado um nível de excelência nos seus programas de prevenção e tratamento do HIV/aids foram os grupos de lésbicas que se mobilizaram e assumiram a tarefa de divulgação da necessidade de prevenção e do uso de métodos de barreiras improvisadas que pudessem servir para a proteção no

sexo feito entre mulheres. Esse esforço envolveu a realização de pesquisas, oficinas de sexo seguro, produção e distribuição de folhetos, folders, cartilhas, boletins e vídeos no país; projetos que em geral receberam apoio financeiro governamentais<sup>6</sup>.

As lésbicas negras, de forma mais intensa, se confrontam com a violência institucional em hospitais e/ou centros de saúde, no atendimento relativo à saúde sexual, física e mental, devido sua orientação sexual e em relação à raça. Tais violências sofridas resultam em aversão à busca de ajuda em momentos de dor e sofrimento físico e psíquico<sup>7</sup>.

Na década de 2010, as lésbicas continuaram na luta pelo direito à saúde digna, por atendimento médico capacitado e outras necessidades na área da saúde. Mais uma vez fomos às ruas na IX Caminhada de Lésbicas e Mulheres Bissexuais/SP, em 2011, com o tema “Liberdade, saúde e autonomia! Conquistar direitos todos os dias”<sup>2</sup>.

Depois de anos de reivindicação das lésbicas e das bissexuais, inclusive para que existisse um material educativo e informativo que abordasse nossas especificidades e sensibilizasse profissionais de saúde e gestores para um acolhimento adequado à saúde dessas mulheres, finalmente, em 2013, o Ministério da Saúde lançou 30 mil exemplares da Cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: direitos, saúde e participação social”<sup>6</sup>. Este material aborda especialmente as interfaces entre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”<sup>8</sup> e a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”<sup>9</sup>.

A “Política Nacional de Saúde Integral de LGBT”<sup>9</sup>, instituída em 2011, é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil. É um marco histórico de reconhecimento das demandas e necessidades específicas dessa

população em condição de vulnerabilidade. Nessa importante iniciativa, consta a observação curiosa, até visionária e que, lamentavelmente, mantém sua permanência:

*“Os desafios na reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS serão relativamente fáceis de serem superados. Mais difícil, entretanto, será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças”<sup>9</sup> (p.16).*

Em 2014, a Secretaria de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde realizaram em Brasília, juntamente com as lésbicas organizadas no Brasil, a oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, publicada enquanto relatório<sup>10</sup> e cujo objetivo foi levantar e aprofundar conteúdos para o desenvolvimento de materiais voltados para profissionais de saúde sobre a promoção e atenção à saúde integral desse grupo social.

Embora consideremos todas essas iniciativas, seja por desinteresse, descaso, falta de entendimento, de vontade, por não considerar importante ou necessário, por preconceito, discriminação ou lesbifobia, já no alvorecer da década de 2020, as lésbicas ainda precisam continuar sua luta para abrir espaço, diálogo e construção de ações com os setores da saúde, intra e intersetoriais, além de reivindicar que se coloque em prática a Política Nacional de Saúde Integral para LGBT+.

Profissionais de saúde necessitam rever como conduzir suas consultas, como dirigir a interlocução sobre a vida sexual dessas mulheres, de forma a permitir espaço para o diálogo e para que se sintam à vontade para assumir sua orientação sexual, melhorando a relação médico-paciente. Os médicos já não podem mais afirmar

desconhecimento das especificidades na saúde dessa população; por isso, não faz sentido essa resistência.

Não queremos mais cartilhas, queremos atitudes, queremos profissionais de saúde mais atentos e mais humanizados para atender as mulheres que fazem sexo com mulheres. Queremos um basta ao preconceito dos profissionais de saúde. Queremos continuar vivas e saudáveis!

### **Saúde sexual e ginecológica**

#### **– profissionais de saúde: como o preconceito e despreparo interfere no atendimento, cuidado e promoção de saúde para as lésbicas:**

Apesar de já terem sido abordadas a existência de ações governamentais, instruções normativas e até cartilhas que promovem a saúde e o acolhimento e atendimento de mulheres lésbicas de maneira integral e humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS), o que se verifica na prática é que nada disso se concretiza enquanto política pública. Nesse sentido, o ponto crucial para que possamos compreender esse cenário é perceber o papel do profissional de saúde nessa dinâmica.

Esses profissionais são membros de nossa sociedade, que por sua vez está permeada pelo preconceito e a LGBTfobia. Soma-se a isso, o fato de que as formações em saúde em nosso país são pautadas pela heteronormatividade, o que significa que até o momento atual, a Medicina pensa e multiplica conhecimento sobre a saúde da mulher essencialmente enquanto a saúde de um ser reprodutivo. Um exemplo claro disso é a organização das disciplinas de Ginecologia nas faculdades de Medicina, que basicamente giram em torno de três situações: a puberdade, que é colocada como o momento que corpo da mulher está começando a se preparar para poder gerar

uma vida, a gestação em si e, por fim, a menopausa, que é o final desse ciclo reprodutivo.

Sexualidade, prazer, diversidade e nem nada além do eixo da reprodução têm a atenção necessária dessas formações; essa deficiência tem reflexo direto na efetivação de qualquer iniciativa que rompa com a lógica reprodutiva. Ou seja, se até mulheres heterossexuais que não se adequam à norma, como por exemplo, as que não desejam engravidar, não são abarcadas por completo pelas práticas atuais, nós lésbicas simplesmente não existimos nesse contexto.

Essa invisibilização é uma questão importante e que precisa ser observada, pois, por si só, já se constitui enquanto uma violência. A mulher lésbica não precisa ser xingada em uma consulta para se sentir violentada: a presunção da heterossexualidade (compulsória), a conclusão imediata de que não deseja engravidar ao afirmar sua orientação sexual, a falta de espaço para a discussão da sua sexualidade e do seu prazer, a ausência de informações que considerem suas práticas sexuais para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a falta de conversa sobre o que lhe é confortável para a realização do exame papanicolau, ou mesmo, a negativa quanto às suas necessidades – tudo isso é violência.

Os relatos de experiências ruins em consultórios ginecológicos são quase uma unanimidade entre as lésbicas e, como consequência, essas mulheres continuam frequentando consultas e mentindo em seus próximos atendimentos ou, simplesmente, não retornam ao mesmo – pelo menos não até que algo lhes cause muita dor ou desconforto. Isso tem uma série de consequências em termo de Saúde Pública: negação ao direito fundamental à saúde, impossibilidade de se produzir dados epidemiológicos que possam embasar políticas públicas mais completas, violência institucional, mulheres que poderiam ser cuidadas preventivamente e que só chegam ao

sistema com quadros avançados de doenças. Isso gera gastos mais elevados aos cofres públicos e esse custo se mede em vidas. Um exemplo é a maior letalidade do câncer de colo de útero em mulheres não heterossexuais, apesar de esse tipo de câncer ter uma taxa de curabilidade de praticamente 100%, desde que detectado em seus estágios iniciais, o que é perfeitamente possível mediante a realização periódica do exame de papanicolau conforme preconiza pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém, entre lésbicas, a taxa de cura cai significativamente, pois muitas dessas mulheres não chegam ao SUS antes dos sintomas comprometerem a sua capacidade de realizar as atividades cotidianas, por receio ou lembrança de discriminação, ou porque, mesmo frequentando atendimento ginecológico, o exame preventivo lhes é negligenciado.

*“Reforçando a noção de maior vulnerabilidade, vários estudos sugerem menor frequência de realização de exames de papanicolau nesse grupo populacional, principalmente entre as mulheres exclusivamente homossexuais, quando comparadas às heterossexuais. Os resultados sugerem que profissionais de saúde solicitam menos sua realização e que as mulheres nem sempre procuram cuidado, quando necessário, ou só o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde”<sup>1</sup> (p.19).*

Hoje o Brasil está vivendo uma nova epidemia de sífilis<sup>11</sup>, assim como tem acompanhado um aumento no contágio por HIV entre os jovens<sup>12</sup>. Esses males são resultados diretos de uma tendência de menor uso dos métodos de barreira na proteção das ISTs e questões que se tornam especialmente preocupantes quanto contrapostos ao fato de que não se fala sobre essa prevenção com as mulheres que se relacionam com mulheres.

Em termos de biologia, tal fato não tem qualquer pertinência, pois a principal forma de contágio para a maioria dessas doenças é a troca de fluídos, o que ocorre nas mais variadas práticas sexuais. Então, pode-se perceber o caráter político dessa ausência de informação, que reforça a invisibilização dos corpos, sexualidades e afetos de mulheres e também de nós lésbicas. Não falar com mulheres sobre sexualidade e prazer é reforçar o que lhes é imposto socialmente e dizer-lhes, mais uma vez, que esses temas não lhes dizem respeito.

#### **– novas demandas em direitos e saúde sexual e reprodutiva:**

Desde os seus primórdios em 1979, o Movimento de Lésbicas feministas tem como pauta a reivindicação do direito à saúde<sup>1</sup>. Apesar de ainda não haver grandes avanços em termos de garantias desse direito, as demandas vêm se diversificando e se multiplicando constantemente. Se, num primeiro momento, estávamos falando de atendimentos ginecológicos mais dignos, respeitosos e inclusivos, posteriormente, a saúde sexual de lésbicas passou a incluir também as demandas sobre a questão reprodutiva como um reflexo da pauta da união e casamento entre mulheres e atualmente também traz a perspectiva do cuidado integral como eixo. O conceito de saúde, que hoje perpassa os aspectos físico, mental e emocional<sup>13</sup>, se refletiu diretamente nessa militância.

O fenômeno da inseminação caseira entre mulheres lésbicas é um bom exemplo dessa mudança de paradigma. As mulheres que se relacionam com mulheres seguem querendo um atendimento ginecológico acolhedor, mas hoje também buscam informação sobre técnicas reprodutivas que atendem para os seus desejos individuais e possibilidades financeiras quanto à concepção, bem como um ambiente seguro e sem julgamentos para essa

discussão. Esse movimento começou de maneira espontânea com a troca de informações através da Internet sobre como poderiam engravidar com a participação de suas parceiras e sem a limitação dos valores exorbitantes para a realização dos procedimentos de inseminação artificial e fertilização *in vitro*<sup>14</sup>. Assim, o caminho encontrado por essas mulheres foi a procura de doadores voluntários e a realização do procedimento, fora de ambiente hospitalar; ou seja, quando essa demanda chegou aos consultórios, já caracterizava uma realidade e, diante disso, o sistema de saúde foi confrontado de maneira firme, no sentido de ter que se informar para poder atendê-las de maneira acolhedora e sobre como orientá-las para realizar a inseminação artificial caseira da maneira mais segura possível. Essa mudança de paradigma quanto à produção das nossas demandas, aponta para o crescente empoderamento das lésbicas.

### **Saúde Mental e multiplicidade de vulnerabilidades**

#### **– consequências de violências e discriminações sofridas por lésbicas para o uso abusivo de substâncias e suicídio:**

A multiplicidade de vulnerabilidades que pode atravessar a vida de mulheres lésbicas são consequências e desdobramentos de violências e discriminações sofridas por esse grupo; entre elas está o uso abusivo de substâncias e o aumento nas taxas de suicídio presente nessa população.

Segundo Facchini e Barbosa<sup>1</sup>, as mulheres lésbicas apresentam níveis elevados de sofrimentos psíquicos pelas diversas violências enfrentadas nos âmbitos social, de trabalho e familiar, quando comparados à população heterossexual.

Para melhor compreensão dessa realidade, é necessário considerar alguns fatores que aumentam ou diminuem as vulnerabilidades que

permeiam suas vidas, como por exemplo, a idade, o gênero, a condição socioeconômica, a situação habitacional, a regionalidade, a cor/raça/etnia, a rede familiar, o acesso à educação, à saúde, à cultura e ao lazer, entre outros marcadores<sup>15</sup>.

Ressalta-se aqui a importância do marcador “gênero”, que pauta a vivência de toda lésbica. Uma sociedade patriarcal e misógina traz desdobramentos bastante específicos no que diz respeito às violências e discriminações direcionadas a esse grupo. Os padrões de feminilidade, o rompimento com o paradigma da heteronormatividade familiar, conjugal, doméstica, sexual e/ou reprodutivo são alguns dos pontos em que há especificidades nas violências de gênero sofridas. Salientando que as intersecções com cor/raça/etnia e socioeconômicas potencializam essas agressões.

No “Dossiê sobre Lesbocídio no Brasil”<sup>16</sup>, o termo “lesbocídio” é definido como a morte de lésbicas por motivo de lesbofobia, ou seja, ódio, repulsa e/ou discriminação contra a existência lésbica. Ressaltando o alto nível de crueldade que esses assassinatos apresentam, registro de casos onde tiros são direcionados às vítimas, de esquartejamentos e de rostos que são desfigurados. Esse dossiê aponta que, entre os anos 2014 e 2017, 72% dos casos de lesbocídios ocorreram em vias públicas e 28% nas residências das vítimas; sendo 83% dos assassinatos cometidos por homens e 17% por mulheres<sup>16</sup>.

Entre as tipologias utilizadas na pesquisa<sup>16</sup>, se encontram as categorias “lesbocídios cometidos por parentes homens” e “homens conhecidos sem vínculo afetivo-sexual ou consanguíneo”, ou seja, homens que têm algum convívio com a mulher vitimada. Essas duas tipologias foram responsáveis por 64% dos casos registrados de lesbocídio entre 2014 e 2017, enquanto outros 36% dos assassinatos haviam sido cometidos por homens desconhecidos.

Outra situação recorrentemente que explicita a lesbofobia se dá nos ambientes de formação e educação. Bento<sup>17</sup> aponta sobre as escolas:

*“...não existem indicadores para medir a homofobia de uma sociedade e, quando se fala de escola, tudo aparece sob o manto invisibilizante da evasão. Na verdade, há um desejo de eliminar e excluir aqueles que “contaminam” o espaço escolar. Há um processo de expulsão, e não de evasão. É importante diferenciar “evasão” de “expulsão”, pois, ao apontar com maior precisão as causas que levam crianças a não frequentarem o espaço escolar, se terá como enfrentar com eficácia os dilemas que constituem o cotidiano escolar, entre eles, a intolerância alimentada pela homofobia” (p.555).*

Essa “expulsão” à qual a autora se refere muitas vezes se desdobra para outros âmbitos além do escolar, como: mercado de trabalho, espaços públicos, acesso aos serviços de saúde, contatos sociais, rupturas significativas com núcleo familiar, problema habitacional e socioeconômico. Em outras palavras, os marcadores de vulnerabilidades, na maior parte das vezes, estão entrelaçados.

Na Saúde, uma das preocupações especialmente expressa é o uso de álcool e outras substâncias pela população lésbica. O uso abusivo de álcool e de outras substâncias é apontado como proporcionalmente alto quando comparado à população heterossexual, acarretando em desdobramentos para a saúde física dessa população<sup>1</sup>. Pensar esse uso é reconhecer a existência de reflexos dos estigmas pautados contra as lésbicas, o que envolve medos, discriminações cotidianas, invisibilidades institucionais, experiências e angústias, muitas vezes pouco compartilhadas socialmente.

Atualmente há uma ausência de políticas públicas eficazes voltadas para a comunidade

lésbica e que entenda e acolha as suas demandas, considerando suas especificidades. Para pensar em possíveis diretrizes para a questão do uso abusivo de substâncias nesse grupo, é levar em conta as possíveis barreiras que podem acarretar em maior dificuldade de acesso desse sujeito e sua menor adesão às propostas atualmente existentes na saúde. Esse distanciamento também pode acarretar em outros adoecimentos, como os prejuízos à saúde mental. Para traçar esse panorama, temos que entender o que se conceitua aqui enquanto “adoecimento”. Em uma tentativa de romper com a lógica biomédica, patologizante e das determinações da Psiquiatria – ainda que se reconheça a relevância da mesma e as discussões dessas categorias –, entende-se aqui como processo de adoecimento aquele que “... traz sérias implicações para a identidade, tais como: baixa autoestima, perda de habilidades laborativas e de mobilidade, capazes de gerar sentimentos de incapacidade para o trabalho e autocensura que ratificam estigmas”<sup>18</sup> (p.482), que, por sua vez, se encontram presentes na população lésbica.

O suicídio de lésbicas acontece em diferentes idades a partir da adolescência, classes sociais, etnias e regiões do Brasil. Esse índice vem crescendo significativamente a cada ano. Do número total de lésbicas que cometeram suicídio entre os anos de 2014 e 2017, 6% foram em 2014, 15% em 2015, 21% em 2016 e 58% em 2017<sup>16</sup>, apontando crescimento dos casos. Essas mulheres estão em processos de adoecimento e altos níveis de sofrimento. Reconhecendo a complexidade do tema e que há especificidades em cada caso, é necessário atentar-se ao fato, de que pode haver uma correlação entre esses suicídios com a questão da lesbianidade, tendo em vista a recorrência destes acontecimentos em um segmento tão específico.

Um grupo como o das lésbicas, que tem suas vivências construídas com uma escassez de referenciais que validem o seu lugar social e familiar, bem como a sua forma de se relacionar afetiva e sexualmente, além do medo de possíveis violências e do estigma, já é, em si, um grupo com um fator enorme de adoecimento.

É interessante pontuar que, durante a produção desse artigo, a própria dificuldade de encontrar dados referentes aos campos de saúde física e mental de mulheres lésbicas, se constitui como reflexo da invisibilidade em que vivem nas estatísticas dos serviços de saúde. Não foram encontrados dados mais específicos de uso de drogas em níveis nacionais especificamente na população lésbica. Tampouco foram encontradas outras fontes, além do “Dossiê sobre Lesbocídio no Brasil”<sup>16</sup>, que contabilizassem dados sobre as mortes dessa população e suas tipologias. Considerando todo o território brasileiro, tal dificuldade se mostra ainda maior ao se reconhecerem as especificidades das diferentes regiões do país, no que diz respeito às violências e discriminações sofridas em suas formas, conteúdos e desdobramentos para quem as sofre.

Assim, falar sobre saúde física e mental de mulheres lésbicas é, portanto, falar sobre violências e apagamentos; inclusive nas dificuldades de acesso a dados que contabilizem essa população e que considerem as suas especificidades. Fica evidente a defasagem de produções sobre lésbicas, ainda, que essas tenham, teoricamente, as mesmas exigências e direitos de escuta e cuidado integral tal qual todas as outras parcelas da população.

#### **– reflexões sobre experiências da clínica psicológica de atendimento às lésbicas:**

A escuta da clínica psicológica de pacientes lésbicas de diferentes idades, vivida em consultório particular em São Paulo entre 2017 e 2018,

por uma das autoras deste artigo<sup>vii</sup>, registrou elementos comuns trazidos por essas mulheres nos processos terapêuticos. Observa-se uma dificuldade de nomear, colocar em palavras, externalizar e falar sobre ser lésbica e sobre seus afetos. “Para não ser marcada, a abjeção não deve ser proferida, descrita, nomeada, pois, uma vez feito isso, ela ganha peso e se constitui como matéria dentro da sociedade, deixando de ser abjeção”<sup>19</sup> (p.2923).

Nas experiências clínicas aqui referidas, esse lugar de abjeção de vivências desses aspectos identitários foram muitas vezes pilares significativos para essas mulheres. A dificuldade em nomear seus processos não se encerrava na clínica, transbordava no social, no prejuízo na saúde mental e na qualidade de vida. A falta de referências, espaços de convívio e redes com outras lésbicas se mostrou como fator que dificultava a prática da fala. Os empecilhos da verbalização sobre suas vivências foram apresentados como fatores relacionados à sensação de solidão.

Ainda que algumas dessas mulheres mantivessem relacionamentos duradouros, os mesmos eram vividos às margens, pois não havia um lugar social que os acolhessem. Relatos de falta de perspectiva para construções familiares, sentimentos de inferioridade em relação a pessoas heterossexuais em diferentes situações cotidianas, sensação de angústia e medo constante de possíveis violências, pouca circulação em ambientes públicos para lazer, busca de lugares fechados e considerados mais seguro (isolamento social), preocupação e insegurança com visual (roupas, cabelos, acessórios) foram recorrentes no decorrer desses atendimentos.

Parte desses processos terapêuticos consistiu em trazer uma materialidade para aquelas vivências que existem, visando à formação de novas perspectivas e referências para as mesmas.

<sup>vii</sup> Atendimentos psicológicos de 5 mulheres lésbicas, feito por Maria Cecília Burgos P. Leite em consultório particular localizado na Cidade de São Paulo.

Acessar a “sujeito lésbica” se torna muito mais difícil quando a lógica hegemônica não a contempla. É preciso validar social e politicamente as demandas desse grupo de sujeitos, para que as violências diminuam e as consequências sofridas sejam atenuadas. É necessário romper com a lógica heteronormativa, para que se tirem as mulheres lésbicas do lugar de abjeção e se materializem as possibilidades de uma melhor qualidade de vida e recursos para essa população.

### Conclusão

Este artigo, elaborado por três lésbicas buscou levantar questionamentos e provocar a reflexão nas instituições governamentais, nos movimentos sociais e entre acadêmicas (as), para a melhoria de resultados eficazes na área de saúde das lésbicas, de mulheres bissexuais e demais populações de gays, travestis e transexuais, inseridos em todas as outras variáveis, para além das sexualidades, como gênero, geracional, raça, etnia e condição socioeconômica. Nele apresentamos dados incisivos, tanto de vivências quanto dos desvios de procedimentos relativos inclusive a direitos já conquistados na área da saúde, para essas populações mais vulneráveis.

Para muitas lésbicas e mulheres bissexuais esmagadas pela invisibilidade a que são submetidas pelos preconceitos, discriminações e violências, apenas por suas sexualidades, faltam informações sobre saúde física e mental, notadamente para as jovens. As lésbicas estão nesta situação porque faltam ações concretas e eficazes nas áreas da saúde, educação, cultura e segurança, bem como legislativas e judiciárias, que precisam ser superadas, aperfeiçoadas e principalmente cumpridas.

Propostas, como esta publicação organizada pelo Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que abordem as necessidades, as dificuldades e as possíveis soluções na assistência

à saúde das lésbicas e mulheres bissexuais, são de grande utilidade, não só para os problemas individuais dessas mulheres, mas para o avanço de definições estratégicas e para a eficácia das políticas públicas na área de saúde.

As lutas empreendidas pelas lésbicas e mulheres bissexuais e pelas populações de gays, travestis e transexuais, bem como as ações governamentais dirigidas a estas pessoas – que infelizmente ainda não decolaram, por falta de vontade política resultante dos retrocessos que estamos vivendo no cenário político nacional –, nos deixam muitas perguntas, ausências e inquietudes.

Nos últimos anos, o Brasil vem sofrendo um profundo retrocesso político, amparado pelo reacionarismo e conservadorismo, de setores retrógrados articulados nacionalmente, que hoje dominam o Congresso Nacional, por meio de bancadas de representantes das igrejas evangélicas fundamentalistas, de ruralistas, mineradoras, da indústria bélica e do militarismo, cujas pautas hegemônicas estão baseadas na intransigência, intolerância, na ordem, na moral, nos discursos de ódio, na hierarquização das relações de gênero, no machismo, racismo, sexismo, classismo, lgbtfofia e na manutenção da heteronorma, que resultam na crescente violência contra as populações de LGBTQ+, mulheres, negras, pobres, indígenas e jovens. Um Estado com essas características reforça a intimidação dos grupos mais vulneráveis e socialmente marginalizados, promovendo a repressão e o aumento do controle social.

São 40 anos de organização lésbica e do movimento LGBTQ+ no Brasil, de contínua resistência e de lutas para não sermos submetidas a qualquer forma de violência e pelo direito de não ser discriminadas.

Lutamos, para que Poder Público **de forma articulada garanta** direitos iguais na sua integridade, para todas as pessoas, além de promover o reconhecimento e o respeito às diferenças e as

diversidades humanas. Lutamos pela transformação do Brasil, para que seja um país mais inclusivo e justo.

Mesmo que estejamos amparadas por legislações e tenhamos o direito já assegurado em programas nacionais de saúde LGBT+, sabemos que apenas isso não é suficiente, mas é uma garantia, no entanto é notório, que para as nossas vidas cotidianas há muito para ser aperfeiçoado.

#### Referências

1. Facchini R, Barbosa R. Dossiê saúde mulheres lésbicas – promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2006. [acesso em 5 out 2018]. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie\\_da\\_saude\\_da\\_mulher\\_lesbica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf)
2. Rodrigues MM. 10 anos de caminhada de lésbicas e bissexuais em São Paulo. In: I Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Salvador: Universidade do Estado da Bahia; 2013. [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2013/06/10-anos-de-Caminhada-de-L%C3%A9sbicas-e-Bissexuais-em-S%C3%A3o-Paulo.pdf>
3. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde toma posse. (on line). Brasília; 2006. [acesso em: 11 out 2018]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2006/posseconselheiroosss.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2006/posseconselheiroosss.htm)
4. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final 13ª Conferência Nacional de Saúde - saúde e qualidade de vida políticas de Estado e desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. [acesso 10 out 2018]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/13cns\\_m.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/13cns_m.pdf)
5. Pinto VM. Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2004.
6. Ministério da Saúde. Mulheres lésbicas e bissexuais direitos, saúde e participação social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. [acesso 5 out 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres\\_lesbicas\\_bissexuais\\_direitos\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf)
7. Seminário Nacional de Lésbicas. Roda de Conversa: Negritude e Visibilidade: Saúde e Autocuidado. Relatório final do SENALESBI. Teresina/PI; 9 a 12 junh 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Ministério da Saúde. Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais – relatório da oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014. Brasília; 2014. [acesso em 5 out 2018]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/7011578-Atencao-integral-a-saude-de-mulheres-lesbicas-e-bissexuais.html>
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis; 2017; 48(36).
12. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIVAids e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV/Aids. Brasília; 2017.
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde. In. Biblioteca virtual dos direitos humanos. (on line). [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
14. Corrêa MEC. Mulheres lésbicas e internet: A busca da maternidade nas redes sociais virtuais. In: Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade. (Tese de Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2012. p.187-190[acesso 5 out 2018]. Disponível em: [http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1909\\_1396\\_tese\\_maria\\_eduarda\\_cavadinha\\_correa.pdf](http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1909_1396_tese_maria_eduarda_cavadinha_correa.pdf)
15. Garcia F, Costa M, Guimarães L, Neves M. Vulnerabilidade e o uso de drogas. Belo Horizonte: 3i editora; 2005.
16. Peres MCC, Soares SF, Dias MC. Dossiê sobre lesbocídio dossiê sobre lesbocídio no Brasil: de 2014 a 2017. Rio de Janeiro: Livros Ilimitados; 2018. [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: <http://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/fontes-e-pesquisas/wp-content/uploads/sites/3/2018/04/Dossi%C3%AA-sobre-lesboc%C3%ADdio-no-Brasil.pdf>
17. Bento B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença, Estudos Feministas. 2011; 19(2): p. 548-559.
18. Nascimento Y, Brêda M, Albuquerque M. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. Interface – Comum. Saúde, Educ. 2015; 19(54):479-490.
19. Moreira T. O ato de nomear – da construção de categorias de gênero até a abjeção. Cadernos do CNLF. 2010; XIV(4):t4.

# Experiência de discriminação e violências: um estudo descritivo com homens que fazem sexo com homens de São Paulo

*Discrimination and violence: a descriptive study with men who have sex with men in São Paulo*

Denis Gonçalves Ferreira<sup>I</sup>, Thiago Pestana Pinto<sup>II</sup>, Maria Amélia de Sousa Mascena Veras<sup>III</sup>

## Resumo

Diversos estudos sinalizam uma associação entre formas diversas de discriminação e violência ao desenvolvimento de doenças e estados de saúde. O presente estudo tem como objetivo apresentar um breve panorama de como a discriminação e a violência podem impactar a saúde de homens que fazem sexo com homens (HSH) na cidade de São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo que apresenta as frequências brutas de violência e discriminação entre HSH da cidade de São Paulo. Participaram desse estudo 1.175 HSH com idades que variam de 18 a 77 anos, sendo que brancos e pessoas com ensino superior completo representam a maioria dos sujeitos, com 59% e 30% respectivamente. As formas de violência que mais apareceram nessa amostra foram agressão verbal (59,9%), ameaça de agressão (33,4%) e agressão física (16%). Os locais onde as pessoas se sentiram mais discriminadas foram na escola e/ou universidade (29,5%), no ambiente religioso (28,7%), com amigos e na vizinhança (28,5%) e, por fim, no ambiente familiar (26,5%). É muito alta a frequência de discriminação e violência experimentada por HSH em São Paulo. Dados sugerem que políticas públicas preventivas e educação para o fim da discriminação em virtude das práticas e orientações sexuais das pessoas, são necessárias e urgentes.

**Palavras-chave:** Homossexuais masculinos; Violência; Sampacentro; HSH.

<sup>I</sup> Denis Gonçalves Ferreira (denisgferreira@hotmail.com) é graduado em Psicologia pela Universidade Paulista (UNIP), Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Doutorando e Pesquisador em Saúde Coletiva do Grupo de Estudos em Saúde, Sexualidade e Direitos Humanos da População LGBT da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e atua como Professor no Curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

<sup>II</sup> Thiago Pestana Pinto (thiago\_pestana@yahoo.com.br) é graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Mestre em Saúde Coletiva pela FCMSCSP, Doutorando em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e atua como enfermeiro na Prefeitura de São Paulo e como Pesquisador no Grupo de Estudos em Saúde, Sexualidade e Direitos Humanos da População LGBT da FCMSCSP.

## Abstract

Several studies indicate an association between different forms of discrimination and violence and the development of diseases and poor health status. This study presents a brief overview of how discrimination and violence can impact the health of men who have sex with men (MSM) in the city of São Paulo. This is a descriptive study which presents crude frequencies of violence and discrimination among MSM in the city of São Paulo. A total of 1175 MSMs ranging from 18 to 77 years old participated in this study, those who self-identified as white and completed high school and above education representing the majority of participants, 59% and 30% respectively. The forms of violence most reported in this sample were verbal aggression (59.9%), threat of aggression (33.4%) and physical aggression (16%). The places where most people felt discriminated against were in the school and/or university (29.5%); in the religious environment (28.7%); with friends and in the neighborhood 28.5% and finally in the family environment (26.5%). It is very high the level of discrimination and violence experienced by MSM in São Paulo. Data presented pointed to the urgent need of prevention and education policies against discrimination and violence towards MSM population.

**Keywords:** Male homosexuals; Violence; Sampacentro; MSM.

<sup>III</sup> Maria Amélia de Sousa Mascena Veras (maria.veras@gmail.com) é graduada em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Mestre em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), Mestre em Saúde Pública pela *University of California - Berkeley*, Doutora em Medicina pela FM/USP, Pós-Doutora pela *University of California - San Francisco* e atua como Professora Adjunta e Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e do Grupo de Estudos em Saúde, Sexualidade e Direitos Humanos da População LGBT da FCMSCSP.

## Introdução

**N**a descrição da história dos movimentos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no Brasil, Green<sup>1</sup> informa que, na década de 1950, os homens que tinham atrações afetivas e eróticas por outros homens escolhiam lugares escuros e ermos para manifestar suas práticas e desejos sexuais. A constituição do grupo de homens que fazem sexo com outros homens (HSH) em São Paulo, por exemplo, está marcada por uma manifestação socialmente proibida em virtude de discriminação e preconceito<sup>2</sup>.

O binômio saúde-doença está alicerçado nos determinantes sociais da saúde, e devido a essa compreensão o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>3,4</sup>, que tem por objetivo principal proporcionar maior equidade no que diz respeito à oferta de serviços e atendimentos desse grupo.

As consequências nefastas ao longo da história no que diz respeito a discursos excludentes de preconceito e discriminação afetaram diretamente a saúde das pessoas e dos grupos. A questão racial pode ser usada como um exemplo, visto que os negros sofrem de mais moléstias que os brancos, não porque são mais vulneráveis biologicamente, mas porque as vulnerabilidades a que são submetidos ao longo da vida impactam diretamente a sua saúde. Dentre os determinantes sociais que impactam a saúde dos negros, citamos moradias precárias, trabalhos insalubres, crimes violentos, entre outros<sup>5</sup>.

No que diz respeito aos homossexuais masculinos, os impactos na saúde por meio de suas condições de vida e socialização se apresentam com números preocupantes. Autores afirmam que HSH têm mais chances de desenvolver transtornos mentais, ter mais pensamentos de suicídio, fazer maior uso e abuso de substâncias

psicoativas e está entre os grupos em que há maior concentração da epidemia de HIV/aids<sup>4-7</sup>.

A explicação utilizada para a compreensão do binômio saúde-doença em HSH é porque essas pessoas são estigmatizadas desde muito cedo e, por isso, acabam padecendo. Diversos estudos já apontam a associação direta entre as condições sociais e o desenvolvimento de doenças<sup>8-10</sup>. Nesse sentido, a violência é um bom exemplo para pensar a relação saúde-doença.

No tocante a violência, os homossexuais a sofrem de longa data. Alguns autores descrevem que ela começa pela família – para a qual os homossexuais não podem falar sobre seus desejos homoeróticos porque serão, inevitavelmente, discriminados –, passando pela escola, pelas relações de trabalho e etc. Ou seja, é difícil pensar em um ambiente onde não haja discriminação aos HSH em virtude das suas práticas afetivas e sexuais<sup>3,4,11</sup>.

Assim, o objetivo desse trabalho é apresentar os diversos contornos da discriminação a que são submetidos os HSH da região central da cidade de São Paulo.

## Método

Foi feito um estudo descritivo em locais de sociabilidade de HSH, usando o método *Time Location Sampling* (TLS). Os dados apresentados resultam da pesquisa SampaCentro, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) nos anos 2011-2012<sup>12</sup>.

O estudo em questão foi precedido de uma fase formativa que identificou os locais onde os HSH se reúnem, os horários de maior frequência e os dias da semana, objetivando descrever características de amostra representativa de seus frequentadores.

Homens elegíveis (aqueles maiores de 18 anos, residentes no estado de São Paulo e que haviam tido ao menos uma relação sexual com outro homem) foram convidados para participar

do estudo. Após o consentimento declarado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os sujeitos participaram de uma entrevista estruturada “cara a cara” a respeito de dados demográficos e comportamentais. Os resultados foram obtidos por meio de frequências simples processadas no *software* Stata 10.0.

### Resultados

Foram abordados 3.110 homens para elegibilidade e participaram do estudo respondendo ao questionário 1.217 (39,1%). Para fins desse artigo serão considerados apenas os 1.175 entrevistados HSH, uma vez que 42 pessoas se autoidentificaram como travestis ou transexuais.

O estudo aconteceu entre novembro de 2011 e janeiro de 2012. A respeito dos locais, 54,3% deles foram abordados em bares e restaurantes, 17,4% lugares para sexo (saunas, *dark rooms*, cinemas de sexo), 16,3% em clubes, 5,4% nas ruas e 6,6% em outros locais.

Na amostra estudada, predomina a orientação sexual homossexual ou gay (78,3%), seguida por bissexual (14,8%) e heterossexual (2,8%). A faixa etária com maior concentração é de 25 a 34 anos, totalizando 37,7% da amostra. As pessoas de raça/etnia branca foram as que mais responderam à pesquisa (59%), seguidas por pardos (26,3%) e indígenas, pretos, amarelos e outros, que representaram 14,2% da amostra. Em relação à religião, os resultados apontam equilíbrio, sendo que 50,9% dos entrevistados afirmaram não praticar nenhuma religião e outros 49% ser praticantes (tabela 1).

A respeito da escolaridade dos sujeitos, 30% declarou possuir grau superior completo, 25,7% completaram o Ensino Médio, 23,1% têm superior incompleto e 13,7% têm pós-graduação (tabela 1).

Referente à moradia, 71,2% declaram não morar sozinho. Nesse grupo, 45,8% moram com parentes, 15,2% moram com amigos, 9,9%

moram com parceiros masculinos e 1,1% mora com parceiras femininas.

**Tabela 1.** Informações sociodemográficas de HSH que vivem em de São Paulo

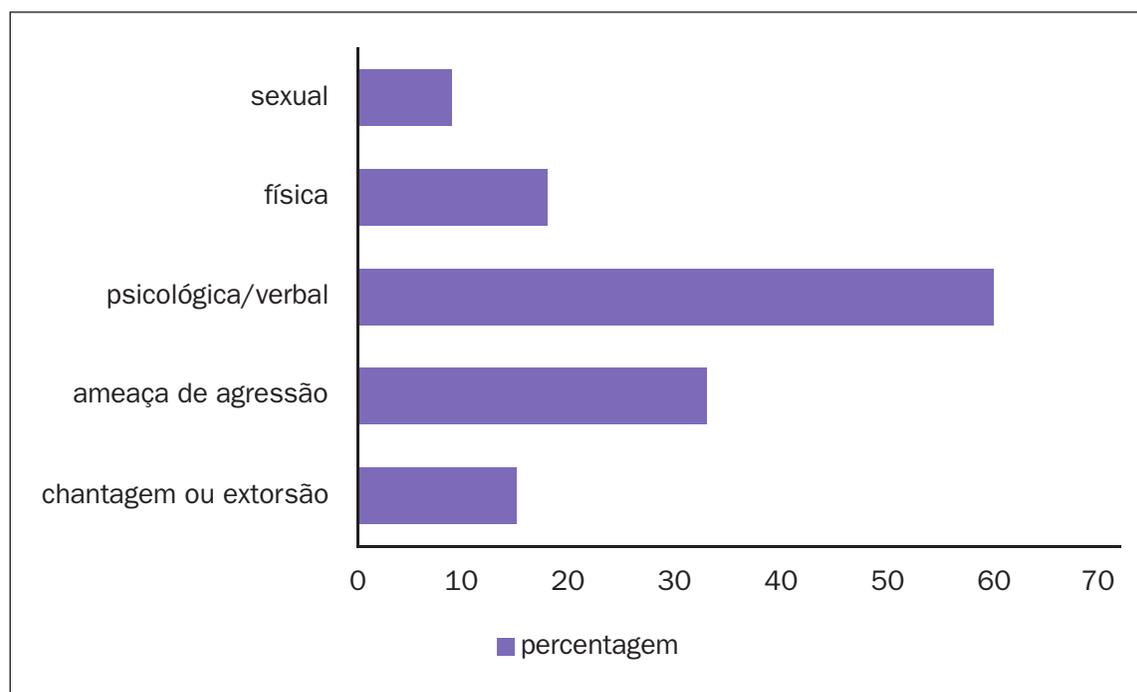
	n	%
<b>Orientação Sexual</b>		
homossexual	920	78,3
bissexual	174	14,8
heterossexual	34	2,8
<b>Idade</b>		
de 18 a 24 anos	342	30,2
de 25 a 34 anos	442	37,7
de 35 a 49 anos	295	24,3
de 50 a 77 anos	95	7,8
<b>Raça</b>		
amarela	28	2,3
branca	694	59,0
indígena	11	0,9
parda	310	26,3
preta	117	9,9
outra	13	1,1
<b>Escolaridade</b>		
ensino fundamental completo	20	1,7
ensino fundamental incompleto	26	2,2
ensino médio completo	302	25,7
ensino médio incompleto	39	3,3
ensino superior incompleto	272	23,1
ensino superior completo	353	30,9
pós-graduação (compl. ou inc.)	162	13,7
<b>Mora sozinho</b>		
sim	337	28,7
não	835	71,2
<b>Estado civil</b>		
casado	141	12,0
ficando	126	10,7
namorando	257	21,8
não respondeu	2	0,1
sozinho	648	55,1
<b>Pratica alguma religião</b>		
sim	576	49,0
não	599	50,9

No tocante às experiências de discriminação, foram várias as situações em que as pessoas responderam já terem sofrido algum tipo de constrangimento associado à orientação sexual. Dentro do universo de locais onde mais aconteceram as discriminações, destaca-se a escola, ambiente no qual 29,5% dos entrevistados afirmaram já terem sido excluídos ou marginalizados por professores ou colegas. O ambiente religioso figura em segundo lugar, com 28,7%, e em quantidade aproximada aparecem amigos ou vizinhos, com 28,5% de menções. O ambiente familiar também aparece como um lugar hostil, visto que 26,5% já se sentiram excluídos ou marginalizados neste contexto (tabela 2).

As experiências de discriminação se somam com as experiências de violência, que vão de chantagem ou extorsão, até violências físicas, passando pela violência sexual e psicológica. Os dados mostram que 59,9% dos respondentes disseram já ter sofrido alguma agressão verbal, 33,4% sofreram ameaça ou extorsão, 16% agressão física e, não menos importante, 7,1% sofreram violência sexual. Somam-se a esses números as pessoas que podem ter sido vítimas dessa série de violências e, ainda assim, ter sido ameaçadas de sofrer agressões exclusivamente por sua orientação sexual (32,6%).

**Tabela 2.** Número de discriminação sofrida ao longo da vida em diversos contextos

	n	%
<b>Não ser selecionado ou ter sido demitido do emprego</b>		
sim	129	10,3
não	1.038	88,3
<b>Ser mal atendido ou ter sido impedido de entrar em comércio/locais de lazer</b>		
sim	187	15,9
não	987	84,0
<b>Ser mal atendido em serviços de saúde ou por profissionais de saúde</b>		
sim	110	9,3
não	1.063	90,4
<b>Ser excluído ou marginalizado por professores ou colegas na escola/scola/faculdade</b>		
sim	347	29,5
não	826	70,3
<b>Ser excluído ou marginalizado de grupo de amigos ou vizinhos</b>		
sim	335	28,5
não	834	70,8
<b>Ser excluído ou marginalizado em ambiente familiar</b>		
sim	312	26,5
não	855	72,7
<b>Ser excluído ou marginalizado em ambiente religioso</b>		
sim	258	21,9
não	889	75,6
<b>Ser impedido de doar sangue</b>		
sim	208	17,7
não	936	79,6
<b>Ser maltratado por policiais ou ter sido mal atendido em delegacias</b>		
sim	184	15,6
não	982	83,5
<b>Ser mal atendido ou maltratado em serviços públicos, como albergues, subprefeituras, transporte ou banheiros públicos</b>		
sim	129	10,9
não	1.044	88,8
<b>Ser excluído ou maltratado por motivos religiosos (religião da outra pessoa)</b>		
sim	338	28,7
não	832	70,8

**Gráfico 1.** Proporção de violências sofridas por HSH no Centro de São Paulo.

### Discussão

A experiência de ter sido vítima de estigma e discriminação foi relatada em diversas situações e em alta proporção, superando o que foi encontrado por Gustavo Venturi<sup>13</sup> em uma pesquisa realizada para a Fundação Perseu Abramo, em que 23% das pessoas afirmaram que o segundo grupo mais discriminado são os gays. A justificativa apresentada pelo autor para a discriminação em decorrência da conduta ou orientação sexual foi que as pessoas no Brasil não aceitam que homens se agarrem, se casem, se envolvam e etc. Ainda sobre os achados no tocante a vítimas de homofobia, 26% responderam que conheciam pelo menos uma pessoa que já havia sido vitimada.

Nesse sentido, nossos achados confirmam a hipótese de que os HSH são um grupo socialmente marginalizado em diversos contextos, situação que tem sido apresentada por filmes, noticiários e depoimentos nas redes sociais.

O estudo com HSH, realizado Magno e colaboradores em 10 cidades brasileiras, encontrou um total de 27,7% de pessoas que relataram já ter sido discriminadas<sup>14</sup>. Adicionado a isto, outro estudo<sup>15</sup> afirma que 79% da opinião pública considera que as pessoas LGBT experimentam discriminação – demonstrando ser comum a discriminação das pessoas LGBT.

O que se apresenta nesse aspecto é que o *modus operandi* da existência LGBT tem sido de sobrevivência a situações adversas. Alguns casos culminam em situações de violência mais primitiva, como agressões físicas, outros casos em violências mais subjetivas, porém não menos danosas.

A escola, por exemplo, tem destaque no que diz respeito às experiências de agressão verbal (*bullying*) e violência física. Dados da nossa pesquisa apresentam a escola como o ambiente mais hostil. Nela, por vezes, os sujeitos discriminados não têm claro para si seus desejos sexuais em

virtude deste se tratar de um processo de construção ao longo da vida; todavia outros sujeitos, como os colegas e até professores, nomeiam os comportamentos afeminados como ridículos, desengonçados e merecedores de estigma.

Os dados encontrados em nossa pesquisa também são bastante superiores ao encontrado por Magno e colegas<sup>14</sup> que aponta preconceito e discriminação na escola e/ou universidade em 5,9% dos sujeitos que se diziam gays.

Embora a escola tenha se apresentado como um lugar hostil, é interessante notar que uma parte significativa da amostra conseguiu concluir o Ensino Médio, o que mostra a capacidade que essas pessoas têm de lidar com situações adversas na sua formação, ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade de uma provável camuflagem dos comportamentos tidos como homossexuais, por medo de discriminação e para que consigam concluir os estudos.

Como apresentado por outros estudos<sup>15,16</sup>, o ambiente de trabalho também figura como um lugar hostil para a expressão de comportamentos e sentimentos homoeróticos, tal como o ambiente escolar. Falar sobre sentimentos de cunho não heterossexual parece ser socialmente proibido no espaço profissional, embora haja um movimento de grandes empresas para a aceitação da diversidade sexual.

Em alguns casos as violências são mais contundentes, exercidas de forma sexual ou física e deixando marcas que são levadas ao longo da vida. Sobre as formas de violência mais graves, Mallory e colegas, em um estudo realizado nos Estados Unidos<sup>15</sup>, afirmam que pessoas LGBT chegaram a sofrer violências físicas e virtuais até três vezes mais que pessoas não LGBT.

Com tanta violência, a compreensão de autocuidado fica fragilizada. Parece que é de se esperar que essas pessoas não tenham muitos cuidados com a própria vida, visto que boa parte do

ambiente que as rodeia comunica o tempo todo que são pessoas menos importantes por serem quem são. A família parece se omitir no cuidado e justifica que não sabe lidar com a situação; a escola favorece a exclusão, porque não educa para a inclusão; o trabalho impossibilita conversas de cunho íntimo, porque reproduz o modelo heteronormativo de vivência da sexualidade; e assim por diante.

A suspeita que se tem a partir dessas informações é de que a vivência das práticas sexuais homoeróticas, assim como a vivência de uma orientação sexual homossexual, leva a diversas discriminações e violências ao longo da vida, o que nos faz ressaltar quais são os impactos dessas discriminações sistemáticas na saúde desses indivíduos.

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) norte-americano<sup>17</sup>, os impactos para a vida dos sujeitos vítimas de discriminação em decorrência de suas práticas afetivas e sexuais podem: afetar a renda, limitar o acesso aos cuidados de saúde, colaborar para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, dificultar a capacidade de manter relações a longo prazo e tornar mais difícil para os indivíduos falar sobre sua orientação sexual.

A “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais” vem exatamente a esse encontro, por diagnosticar a dificuldade que os HSH e a população LGBT encontram para acessar os serviços de saúde e, em virtude dessa dificuldade, podem apresentar vulnerabilidades na saúde<sup>3,4,18</sup>.

Outros estudos<sup>19-21</sup> apontam, ainda, que pessoas vítimas de discriminação podem ter 8 vezes mais chances de cometerem suicídio, 6 vezes mais chances de relatarem depressão, 3 vezes mais chances de usarem drogas lícitas e ilícitas e 3 vezes mais chances de praticarem sexo não protegido.

A reflexão que se faz nesse sentido é que, por ter seus desejos afetivos e sexuais exaustivamente reprimidos e que muitas vezes só podem emergir às escondidas e em situações imprevisíveis, a proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST) seja colocada em segundo plano e não sendo uma preocupação nos encontros casuais, justificando o alto número de casos de HIV, além, claro, da maior exposição ao risco devido à relação anal ser mais favorável a essas infecções.

Desse modo, embora a discriminação não seja um problema eminentemente de saúde, é provavelmente na saúde que os desdobramentos da discriminação e das formas de violência podem aparecer, por meio de doenças que as pessoas acabam por desenvolver por não terem se prevenido e/ou diagnosticado e que podem também estar associadas aos distintos mecanismos de humilhação ao longo da vida.

### Considerações Finais

Autores em uníssono nos alertaram sobre as associações entre as vulnerabilidades sociais e a saúde<sup>8,9,22</sup>. Nesse sentido cabe alternativas mais enérgicas para promover o fim das formas diversas de violência, desde as mais sutis – tais como as piadas –, até as mais violentas – como os crimes de morte –, cometidos contra pessoas que não correspondem à sexualidade heteronormativa.

A reflexão que escolhemos para findar o artigo perpassa pelas políticas de saúde no tocante à prevenção ao suicídio, aos transtornos mentais, ao HIV e a outras morbidades. Políticas de saúde que não levem em consideração a discriminação e a violência como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças, provavelmente não serão efetivas, pois ignoram um aspecto extremamente relevante e aderente à vida social dos indivíduos LGBT.

Consideramos pertinente, ainda, a realização de estudos com amostras mais heterogêneas e em contextos sociais distintos. Além disso, ressaltamos para a necessidade de estudos específicos sobre a associação da vulnerabilidade vivida pelos HSH e a saúde.

### Referências

1. Green JN. Mais amor e mais tesão: a construção de um movimento brasileiro de gays, lésbicas e travestis. *Cad. Pagu*. 2000; (15):271–295. (on line). [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635596>
2. Cunha R, Reis T, Glenia F, Brandt M, Tomaz K, Estrella I, et al. O mapa da homofobia em São Paulo. In *Globo.com*. (on line). [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: <http://especiais.g1.globo.com/sao-paulo/2017/o-mapa-da-homofobia-em-sp/>
3. Brasil. Ministério da saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Editora do Ministério da Saúde 2012;34. (on line). [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_lesbicas\\_gays\\_bissexuais\\_travestis.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_lesbicas_gays_bissexuais_travestis.pdf)
4. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex. Salud y Soc*. 2011; (9):7-28.
5. Fiorio NM, Flor LS, Padilha M, Castro DS, Molina MCB. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2011; 14(3):522-530. [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2011000300016&Ing=pt&Ing=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000300016&Ing=pt&Ing=pt)
6. Carrara S, Simões JA. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. *Cad. Pagu*. 2007; (28):65-99. [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332007000100005&Ing=pt&Ing=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332007000100005&Ing=pt&Ing=pt)

7. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad. Saude Publ.* 2000; 16(suppl 1):S07-19. [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000700002&lng=pt&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700002&lng=pt&lng=pt)
8. Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Rev. USP.* 2001; 51(1):138-145.
9. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saude Publ.* 2006; 40(spec):112-120.
10. Brito e Cunha RB, Gomes R. Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: Uma revisão sistemática. *Interface Commun. Health, Educ.* 2015; 19(52):57-70.
11. Ramos S, Carrara S. A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas. *Physis Ver. Saúde Colet.* 2006; 16(2):185-205. (on line). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312006000200004&lng=pt&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000200004&lng=pt&lng=pt)
12. Sousa Mascena Veras MA, Calazans GJ, Ribeiro MC-SA, Oliveira CAF, Giovanetti MR, Facchini R, et al. High HIV prevalence among men who have sex with men in a time-location sampling survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav.* 2015; 19(9):1589-1598.
13. Venturi G, Recamán M. Diversidade sexual e homofobia no Brasil: intolerância e respeito às diferenças sexuais. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2009. (on line). [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br>
14. Magno L, Dourado I, Silva LAV, Brignol S, Brito AM, Guimarães MDC, et al. Factors associated with self-reported discrimination against men who have sex with men in Brazil. *Rev. Saude Publ.* 2017; 51(102):1-11.
15. Mallory C, Brown TNT, Russell S, Sears B. The impact of stigma and discrimination against LGBT people in Texas. Austin: Williams Inst; 2017.
16. Tilcsik A. Pride and prejudice: employment discrimination against openly gay men in the United States. *Am. J. Sociol.* 2011; 117(2):586-626. (on line). [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22268247>
17. Kann L, Olsen EO, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, et al. Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-related behaviors among students in grades 9-12. *MMWR Surveill Summ.* 2011; 60(7):1-133. (on line). [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/ss/ss6509a1.htm>
18. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, Queiroz CMHT, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate.* 2013; 37(98):516-524. (on line). [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300015)
19. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics.* 2009; 123(1):346-352. (on line). [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-3524>
20. Souza MVC de, Lemkuhl I, Bastos JL. Discrimination and common mental disorders of undergraduate students of the Universidade Federal de Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(3):525-537. (on line). [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000300525&lng=en&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000300525&lng=en&lng=en)
21. Altman D, Aggleton P, Williams M, Kong T, Reddy V, Harad D, et al. Men who have sex with men: stigma and discrimination. *Lancet.* 2012; 380(9839):439-445. (on line). [acesso em: 16 out 2018]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60920-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60920-9)
22. Helena M, Mello PDE. Violência e saúde no Brasil. *Rev. USP.* 2001; (51):114-127.

# Vigilância de violências: considerações sobre as informações relativas às violências perpetradas contra a população LGBT no município de São Paulo

*Violence surveillance: considerations about data related to violence against LGBT population in São Paulo City, Brazil*

Carmen Helena Seoane Leal<sup>I</sup>, Maria Lucia Aparecida Scalco<sup>II</sup>, Ruy Paulo D'Elia Nunes<sup>III</sup>,  
Edriana Regina Consorti<sup>IV</sup>, Beatriz Yuko Kitagawa<sup>V</sup>

## Resumo

A violência é um sério problema de saúde e a notificação é fundamental para a Vigilância Epidemiológica e para a definição de prioridades e de políticas públicas. O presente estudo tenta caracterizar a ocorrência de violência na população LGBT a partir da informação das notificações de violência do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). A Política de Saúde Integral LGBT - MS trouxe a necessidade da inclusão de campos e quesitos para identificação da violência contra essa população que passam a integrar a ficha e sistema. Município de São Paulo.SP. Período: ano de 2017.

**Palavras-chave:** Violência; Notificação; LGBT; Políticas públicas.

## Abstract

Violence is a serious public health problem and notification is fundamental for epidemic surveillance and definition of priorities and public policies. This study sought characterize the occurrence of violence in the LGBT population based on the database of SINAN (National Offences Notification System). The LGBT Health Policy brought the need to include questions to identify violence against this population that are integrated in the form and system. São Paulo City SP – Brazil. Year: 2017.

**Keywords:** Violence; Notification; LGBT; Public policies.

<sup>I</sup> Carmen Helena Seoane Leal (chleal@prefeitura.sp.gov.br) é médica legista e especialista em Medicina do Trabalho pela Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e atua no Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (NDANT) da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal Saúde de São Paulo (COVISA/SMS-SP).

<sup>II</sup> Maria Lucia Aparecida Scalco (mscalco@prefeitura.sp.gov.br) é psicóloga pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP), com Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Medicina Social da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) e atua no NDANT/COVISA/SMS-PMSP.

<sup>III</sup> Ruy Paulo D'Elia Nunes (rdelia@prefeitura.sp.gov.br) é médico psiquiatra pela Faculdade de Medicina da Fundação ABC (FUABC), Sanitarista pela Universidade de Campinas (UNICAMP) e Epidemiologista pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e atua como Coordenador do NDANT/COVISA/SMS-PMSP.

<sup>IV</sup> Edriana Regina Consorti (econsorti@prefeitura.sp.gov.br) é terapeuta ocupacional pela Faculdade Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Puc-Campinas), com Especialização em Geriatria e Gerontologia pela FM/USP e atua no NDANT/COVISA/SMS-PMSP.

<sup>V</sup> Beatriz Yuko Kitagawa (beatrizyuko@prefeitura.sp.gov.br) é médica veterinária e Especialista em Epidemiologia pela FSP-USP, Mestre em Saúde Coletiva pela FCMSCSP e atua no NDANT/COVISA/SMS-PMSP.

## Introdução

A história da vigilância de violências, no município de São Paulo, se inicia com a construção do Sistema de Informação e Notificação de Violências (SINV), em 2002. Posteriormente, a partir de 2007, a notificação tanto de violências como de acidentes (acidentes de trânsito, quedas e outros acidentes<sup>VI</sup>) tornou-se obrigatória e foi captada no município pelo Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA)<sup>VII</sup>. No segundo semestre de 2015, houve transição de sistemas, passando-se a utilizar o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>1</sup> e o Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes (SIVA), desenvolvido pelo município para o registro de acidentes.

Na questão da violência, a notificação cumpre a obrigação de atender às leis municipais, estaduais e federais na defesa e garantia de direitos, de obter informações para a compreensão desse fenômeno por parte do setor saúde, de apoiar a organização dos serviços e de apoiar a formação das redes intersetoriais. É imprescindível, na dinâmica da atenção às situações de violência, a possibilidade de enxergar, de dar visibilidade e de tornar público o fenômeno, visando a possibilitar a proteção, a prevenção e a promoção da saúde. A organização da informação é uma das ferramentas e, muitas vezes, uma das estratégias para trabalhar com esse agravo.

Ao falarmos de violência, podemos dizer que estamos nos referindo a vários agravos. Quando pensamos em ciclos de vida podemos classificá-la em violência contra a criança, contra o adolescente, contra o jovem, contra

o idoso; quando classificada pelo ato ou pela forma, em violência sexual, física, psicológica ou tentativa de suicídio. Também podemos caracterizá-la a partir das relações desiguais de poder instituídas na nossa sociedade, como a violência racial, de gênero, intergeracional ou ainda, institucional<sup>3</sup>. Temos, então, que pensar em diferentes formas de organização de processos trabalho com diferentes áreas da Saúde e de outros setores para abordá-las.

A informação é essencial para a elaboração de políticas públicas de enfrentamento às violências. A população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, incluindo os travestis e transgêneros (LGBT), é particularmente vulnerável a diversos e sobrepostos tipos de violências.

*"A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais<sup>4</sup>" (p.18).*

No antigo sistema SIVVA, não havia informação sobre a orientação sexual da vítima, nem sobre sua identidade de gênero. Assim, acreditamos que a nova estrutura da ficha SINAN, com campos específicos destinados à população LGBT fornece novas informações pertinentes. As alterações na ficha buscam atender ao disposto na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>4</sup>, ampliando o objeto da notificação e incorporando as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica.

## Métodos e fonte

A fonte utilizada para obtenção de dados de violência contra a população LGBT foram

<sup>VI</sup> Os acidentes de trabalho são captados por outro sistema, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

<sup>VII</sup> Durante toda a sua vigência, até o primeiro semestre de 2015, o SIVVA, em seu módulo de violências, captou mais de 140.000<sup>2</sup>.

as fichas do SINAN<sup>5</sup>, tendo como âmbito temporal o ano completo mais recente de 2017. O SINAN inclui tanto as “violências autoprovocadas”, (que em 2017 representaram 14,5% das notificações) como “agressões por terceiros” (85,5%). A ficha contém dois campos diretamente relevantes para a população LGBT, os campos 36 e 37. As questões relativas a estes campos são perguntadas para as vítimas a partir de 10 anos de idade; os menores de 10 anos corresponderam a 11,5% das vítimas dos casos notificados. Mostramos a seguir o detalhamento desses campos.

#### – campo 36 – orientação sexual:

As alternativas para este campo são:

1. heterossexual
2. homossexual (gay/lésbica)
3. bissexual
8. não se aplica
9. ignorado

Note-se que o “não se aplica” destina-se apenas a indivíduos menores de 10 anos e o “ignorado” a quem não quis ou não pode responder (ex: indivíduos inconscientes naquele momento).

#### – campo 37 – identidade de gênero:

As alternativas para este campo são:

1. travesti<sup>viii</sup>
2. mulher transexual<sup>ix</sup>
3. homem transexual<sup>x</sup>
8. não se aplica
9. ignorado

<sup>viii</sup> Homem que se veste de mulher; segundo o Ministério da Saúde o termo não incluiria mulheres que se vestem de homem<sup>6</sup>.

<sup>xi</sup> Pessoa nascida biologicamente homem e que se sente mulher<sup>6</sup>.

<sup>x</sup> Pessoa nascida biologicamente mulher e que se sente homem<sup>6</sup>.

Note-se que “ignorado” destina-se a quem não quis ou não pode responder (ex: indivíduos inconscientes naquele momento). Já o termo “não se aplica” se refere tanto a menores de 10 anos, também as pessoas que têm a sua identidade de gênero de acordo com o sexo biológico de nascimento, o que abarca a grande maioria da população (seria a alternativa “cisgênero” ainda não disponível no SINAN).

#### – campo 55 – motivação da violência:

Um terceiro campo, o 55 – “Esta violência foi motivada por”, especifica a motivação da agressão por terceiros. As alternativas para este campo são:

1. sexismo
2. homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia
3. racismo
4. intolerância religiosa
5. xenofobia
6. conflito geracional;
7. situação de rua
8. deficiência
9. outros (há espaço para especificar)
88. não se aplica
99. ignorado

Note-se que o “não se aplica” destina-se às agressões autoprovocadas e o “ignorado” a quem não quis ou não pode responder (ex: indivíduos inconscientes naquele momento). A partir destas informações, transferidas para o Tabnet (sistema aberto e automático que permite a construção de tabelas, com uma enorme possibilidade de cruzamento de variáveis), foi possível analisar dados de ocorrência das violências contra a população LGBT.

## Resultados

Quando examinamos quantitativamente o campo 36 - orientação sexual, obtivemos (ver tabela 1):

**Tabela 1.** Investigação de violência interpessoal/autoprovocada.

Nº de casos por orientação sexual. 2017.

Orientação Sexual	n	%
em branco	19	0,06
heterossexual	13.268	44,00
homossexual(gay/lésbica)	531	<b>1,76</b>
bissexual	71	<b>0,24</b>
não se aplica	5.240	17,38
ignorado	11.024	36,56
<b>Total</b>	<b>30.153</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN NET Violências; 16/08/2018.

Dentro das notificações do SINAN, a somatória de “homossexuais” e “bissexuais” é de apenas 2%; está destacada em negrito. É muito grande o número de “ignorados” e “em branco”, mais de 1/3 do total.

Quando examinamos quantitativamente o campo 37 - identidade de gênero, observa-se (tabela 2):

**Tabela 2.** Investigação de violência interpessoal/autoprovocada.

Nº de casos por identidade gênero

Identidade Gênero	n	%
em branco	19	0,06
travesti	75	<b>0,25</b>
mulher transexual	171	<b>0,57</b>
homem transexual	41	<b>0,14</b>
não se aplica	16.896	56,03
ignorado	12.951	42,95
<b>Total</b>	<b>30.153</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN NET Violências; dados obtidos em 16/08/2018.

Há um grande número de “ignorados” e “Em branco”, quase metade do total. O “não se aplica” representa mais da metade do total, já que, por questões de definição do Instrutivo SINAN do Ministério da Saúde<sup>6</sup>, essa classificação abarca a maioria da população. A somatória de “travesti” + “mulher transexual” + “homem transexual” não chega a 1%.

Quando a informação sobre “orientação sexual” (campo 36) foi cruzada com a “motivação da violência” (campo 55), obtivemos (tabela 3).

Cerca de 40% dos casos notificados têm motivação ignorada, percentual pouco inferior ao registrado como “outros”. Os casos motivados por “homofobia/lesbofobia/transfobia” correspondem a 101 notificações – 0,33% dos casos notificados (destaque com cinza). Ressalta-se que nem sempre há correspondência entre a orientação sexual “diversa” (homossexual, bissexual) e “homofobia/lesbofobia/transfobia”: entre os 101 casos notificados, 27 (26,7%) teriam sido entre heterossexuais.

Tanto a alternativa “não se aplica” para a orientação sexual, quanto a alternativa “não se aplica” para a motivação da violência são superiores às esperadas (destaques em cinza). Na primeira situação, o “Não se aplica” significa 5.240 casos, ou 17,4% do total; como foi dito anteriormente, crianças abaixo de 10 anos, às quais esta alternativa corresponde, são apenas 11,5% do total. Na segunda situação que registra a motivação da violência, o “não se aplica” estaria destinado às lesões autoprovocadas; no entanto, embora elas representem apenas 14,5% do total de todas as notificações, são 6.074 notificações com “não se aplica”, ou 20,14% do total.

Quando a informação sobre identidade de gênero (campo 37) foi cruzada com a motivação da violência (campo 55), obtivemos que (tabela 4).

**Tabela 3.** Investigação de violência interpessoal/autoprovocada.

Nº de casos por orientação sexual e motivação violência. 2017.

Orientação Sexual	Em Branco	Sexismo	Homofobia/ Lesbofobia/ Transfobia	Racismo	Intolerância religiosa	Xenofobia	Conflito geracional	Situação de rua	Deficiência	Outros	Não se aplica	Ignorado	Total
em branco	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
heterossexual	0	941	<b>27</b>	12	17	9	1.422	327	106	4.093	3.051	3.263	13.268
homossexual (gay/lésbica)	0	31	41	2	0	0	54	15	2	142	75	169	531
bissexual	0	10	0	0	0	1	8	1	0	23	9	19	71
não se aplica	0	214	<b>11</b>	1	0	1	280	63	94	995	1.922	1.659	<b>5.240</b>
ignorado	0	231	<b>22</b>	6	2	1	432	264	38	1.631	1.017	7.380	11.024
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>1.427</b>	<b>101</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>2.196</b>	<b>670</b>	<b>240</b>	<b>6.884</b>	<b>6.074</b>	<b>12.490</b>	<b>30.153</b>

Fonte: SINAN NET Violências; 16/08/2018

**Tabela 4.** Investigação de violência interpessoal/autoprovocada.

Nº de casos por identidade gênero e motivação da violência. 2017.

Identidade Gênero	Em Branco	Sexismo	Homofobia/ Lesbofobia/ Transfobia	Racismo	Intolerância religiosa	Xenofobia	Conflito geracional	Situação de rua	Deficiência	Outros	Não se aplica	Ignorado	Total
em branco	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
travesti	0	2	5	0	0	0	7	3	0	<b>26</b>	4	<b>28</b>	75
mulher transexual	0	9	5	1	2	0	13	9	0	<b>51</b>	30	<b>51</b>	171
homem transexual	0	1	6	0	0	0	7	1	0	<b>14</b>	1	<b>11</b>	41
não se aplica	0	1.066	<b>43</b>	10	13	12	1.444	347	189	4.646	4.849	4.277	16.896
ignorado	0	349	<b>42</b>	10	4	0	725	310	51	2.147	1.190	8.123	12.951
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>1.427</b>	<b>101</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>2.196</b>	<b>670</b>	<b>240</b>	<b>6.884</b>	<b>6.074</b>	<b>12.490</b>	<b>30.153</b>

Fonte: SINAN Violências; 16/08/2018.

Há apenas 16 casos notificados de travesti + mulher transexual + homem transexual tendo como motivação "homofobia, lesbofobia e transfobia", 0,05% do total de 30.153 casos (destacados com fundo cinza). Embora os números sejam pequenos (ver destaque em negrito), a maior parte dos casos teve como motivações referidas alternativas "outros" ou "ignorado".

Nesses casos, o "não se aplica" para identidade de gênero é ainda maior, já que, segundo as orientações do manual do Ministério da Saúde<sup>6</sup>, esta categoria abrangia tanto crianças menores de 10 anos, quanto todos os adolescentes e

adultos que se declarassem com identidade de gênero coerente com o sexo de nascimento (homens e mulheres cisgêneros, independentemente de sua orientação sexual), número que chega a 16.896, mais de 53% do total.

Coerente com a tabela anterior na motivação da violência, o "não se aplica" estaria destinado às lesões autoprovocadas e, embora elas representem apenas 14,5% do total de todas as notificações, são 6.074 notificações com "não se aplica" na tabela ou 20,14% do total. Em ambas as tabelas 3 e 4, é grande o número de "ignorado" tanto quanto na descrição

da orientação sexual, quanto na da identidade de gênero, superando 40%. Também supera os 40% a motivação “ignorada”.

### Discussão

O número de notificações de violência quem têm informação que possam identificar a população LGBT é muito baixo. Por outro lado, não há até esse momento parâmetros para determinar o tamanho dessa população; mesmo a fonte que seria considerada a mais completa em informações, o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não traz ainda esses dados.

Para a transição aos sistemas SIVVA/SINAN foram realizados treinamentos para o uso do Sistema de Informação e Oficinas para a coleta de informações e preenchimento das fichas, mas parece que essa ação não foi suficiente frente à complexidade do tema e à constante mudança de recursos humanos nas unidades.

Existe um grande problema no entendimento do que seja a população LGBT, tanto na dimensão de orientação sexual, quanto na de identidade de gênero. Esses dois elementos são muitas vezes confundidos. Os profissionais também não têm entendido o uso da alternativa “não se aplica”, demonstrado no levantamento pela incoerência numérica das respostas relativas à idade e lesões autoprovocadas.

Nesse contexto, a informação quanto à motivação de violência termina por ser muito pobre e dificulta não só conhecer o perfil da vítima LGBT como impedir o desenho de perfis de vítimas com vulnerabilidades cruzadas (ser negro e gay, por exemplo).

### Conclusão

É preciso fazer ofertas de apoio específico aos profissionais, visando a melhorar a abordagem da população LGBT e ampliando o conhecimento sobre as questões da sexualidade, orientação sexual, identidade de gênero, gênero e relações sociais e que discutam as vulnerabilidades sobrepostas (LGBT e velhice, LGBT e adolescência, LGBT e transtornos mentais, etc.). Também são necessárias várias ações no sentido da garantia do acesso à saúde de forma ampla, tanto no que diz respeito à prevenção, quanto ao cuidado. Neste contexto a falta de informação só amplia a impossibilidade de atuação e as formas de violações de direitos que essa população já sofre.

O setor Saúde está organizando seus instrumentais para dar visibilidade às necessidades de saúde da população LGBT. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo criou o Comitê LGBT, responsável pela revisão de protocolos e de instrumentos de informação em saúde, nessa área.

Considera-se também basilar o fortalecimento da representação dos movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social para ampliar acesso à saúde. Afinal, o monitoramento e a avaliação da política pública que ocorre no âmbito federal por meio do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde<sup>4</sup> se desdobram nas ações dos comitês municipais. Por isso, destaca-se que o aprimoramento e o volume qualificado de informações são essenciais para o fortalecimento dessa política pública.

### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://portalm.s.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/notificacao-de-violencia-interpessoal>
2. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – NDANT. SIVVA. Notificações de violência. 2008-2015. SMS/COVISA - TabNet SIVVA. (Site). [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/doencas\\_e\\_agravos/violencias\\_e\\_acidentes/index.php?p=12819](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/doencas_e_agravos/violencias_e_acidentes/index.php?p=12819)
3. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (NDANT). SINAN - violência instrutivo complementar. São Paulo; 2017. [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Sinan%20violencia%20agosto%202018.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: 1a. reimp. 2013. [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)
5. Brasil. Ministério da Saúde. SINAN. Ficha de notificação individual SINAN - violência (site). [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)
6. Ministério da Saúde. Instrutivo SINAN 5.0 – violência. Brasília: MS; 2015. [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)

# Transfobia e racismo: articulação de violências nas vivências de trans<sup>1</sup>

*Transphobia and racism: articulation of violence in the experiences of trans<sup>1</sup>*

Lincoln Moreira de Jesus Menezes<sup>II</sup>

## Resumo

O artigo discute a articulação de violências de gênero e raça vividas por trans negras, baseado em pesquisa realizada na cidade de São Paulo. Observa-se que a violência de gênero atingiu mais de 85,0% delas, além da violência racial vivida por 31,7%, em diferentes espaços sociais como escola, trabalho, no trato de instituições públicas e privadas, autoridades, Polícia e até vindas da família. Essas somadas à saída de casa mais cedo, a menor escolaridade e renda e a exposição a relações sexuais mais cedo, promovem condições desvantajosas e violências sociais na vivência dessas pessoas, estigmatizadas socialmente.

**Palavras-chave:** Saúde; Violência; LGBT; Transexualidade; Racismo.

## Abstract

The article discusses the articulation of gender and race violence experienced by black transsexual women and transvestites, based on research conducted in the city of São Paulo. It is observed that gender violence reached more than 85.0% of them, besides the racial violence experienced by 31.7%, in different social spaces such as school, job, in the treatment of public and private institutions, authorities, Police and even family. Those added to leaving home early, lower schooling and income, and earlier exposure to sexual intercourse promote disadvantageous conditions and social violence in the lives of these socially stigmatized people.

**Keywords:** Health; Violence; LGBT; Transsexuality; Racism.

## Introdução

No Brasil, as questões raciais, sexuais e de gênero são temas cada vez mais pungentes no contexto contemporâneo, não apenas por permitirem discussões e reflexões sobre diferentes realidades sociais, mas também por enunciarem o advento da diversidade e seus desafiadores equacionamentos.

Principalmente, por meio de movimentos de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT), negro e feminista, em suas diferentes linhagens, a questão da diversidade sexual e de gênero tem ganhado notória expansão. Lutas pela conquista e ou garantia do direito à diferença (especificidades) e à igualdade (equidade), complementariamente, têm mobilizado múltiplas iniciativas em políticas públicas e na sociedade civil. Mas, ainda há vários segmentos sociais sem acesso a essas políticas e em situação de extrema vulnerabilidade a violências de diversas ordens.

As transexuais mulheres e travestis negras, ainda que distintas, se inserem no segmento social específico e particular do movimento LGBT, que se refere ao grupo T (trans). Cada vez mais, esse segmento tem ganhado visibilidade, embora continue cercado de inúmeras controvérsias

<sup>I</sup> Esse artigo é um recorte parcial da pesquisa "Transfobia e Racismo: violências de raça e de gênero sofridas por mulheres transexuais e travestis negras" que está sendo realizada no curso de Ciências Sociais da Universidade Federal de São Paulo – Campus Guarulhos, sob orientação de Valéria Mendonça de Macedo do Núcleo Corpo Gênero e Sexualidade desta faculdade, com coorientação de Regina Figueiredo, do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup> Lincoln Moreira de Jesus Menezes (lincolnmj10@hotmail.com) é graduando de Ciências Sociais na UNIFESP-Guarulhos, onde está sob orientação de pesquisadores do Núcleo Corpo Gênero e Sexualidade, e é auxiliar de pesquisa no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

agravadas, no contexto brasileiro, quando interseccionadas com desigualdades raciais e socioeconômicas.

Em razão dos altos índices de violência e situações de vulnerabilidade social e de saúde física e mental, as trans negras costumam integrar segmentos sociais que não têm acesso a direitos plenos de cidadania. Isso ocorre, não somente por conta de seu gênero e sexualidade, mas em muitos casos também por sua cor. Daí a necessidade de pesquisas que se voltem para essas violências na perspectiva das vivências daquelas que as sofrem, enfatizando, inclusive, a maneira como a transfobia<sup>iii</sup> e o racismo se articulam e mobilizam desafios cotidianos.

#### **A percepção das diversidades e identidades sexuais**

No Brasil, a luta por direitos homossexuais, desde a década de 1970, motivou, junto a outros movimentos sociais, como o feminista, o início de questionamentos sobre a forma de perceber a sexualidade. Segundo Facchini<sup>1</sup>, esses movimentos eram formados por gays e lésbicas e desempenharam um papel fundamental de embate às maneiras de perceber a sexualidade apenas pela concepção binária que determina a parceria sexual pelo sexo biológico.

Diferentemente, em uma concepção não binária, os indivíduos são encarados a partir de uma lógica de igualdade e as parcerias sexuais passam a ser definidas pelo que atualmente se denomina a “orientação do desejo afetivo e sexual” que se torna mais importante para denominá-los do que as expectativas de desejo e papéis sociais atribuídas às normativas do que é ser masculino e feminino<sup>4</sup>. Por isso, os

questionamentos presentes nos “guetos”, associações e comunidades alternativas desta época atuaram visando à sociabilidade (e não necessariamente à ação política) e promoviam atividades de distribuição de jornais em bares, fã clubes de artistas e bailes de carnaval, agrupando a população homossexual.

Na década de 1980, a eclosão da epidemia do HIV/aids mobilizou homossexuais masculinos frente aos casos de morte entre esse segmento, fortalecendo agrupamentos para exigir dos governos uma resposta à epidemia. Esse movimento fez com que, na década de 1990, suas propostas comesçassem a ser associadas não apenas ao combate à doença, mas também à luta pelos direitos civis e ações contra discriminações e violências, provocando uma adoção do termo “orientação sexual”<sup>iv</sup> em oposição à “opção sexual”<sup>v</sup> – desconstruindo a ideia de que indivíduos escolheriam sua condição de homossexual. Essas duas décadas, portanto, impactaram e solidificaram o movimento homossexual, configurando a sua própria identidade e de seus participantes. Devido à atuação e ao agrupamento de diferentes setores, a diversidade sexual se expressou e ganhou visibilidade e identificação de novas categorias, autodefinições e denominações, estabelecendo a visibilidade de trans (Ts): travestis, transexuais e transgêneros, além dos grupos bissexuais que pleiteiam espaço no conjunto enquanto “tribos” com comportamentos e códigos de grupo próprios<sup>4</sup>.

<sup>iv</sup> Segundo a UNAIDS<sup>3</sup>, a orientação sexual refere-se à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. Nesse sentido, existiriam, basicamente, três orientações sexuais preponderantes: pelo mesmo sexo/gênero (homossexualidade), pelo sexo/gênero oposto (heterossexualidade), ou pelos dois sexos/gêneros (bissexualidade).

<sup>v</sup> A explicação provém da constatação de que ninguém “opta”, e nem escolheria conscientemente a sua orientação sexual numa sociedade heteronormativa que o condenaria à discriminação, violência e até perseguição, da mesma forma como o “heterossexual não escolheu essa forma de desejo”<sup>3</sup>.

<sup>iii</sup> Termo que vem sendo utilizado para designar o preconceito contra trans.

Nesse contexto surge a Teoria *Queer*, procurando responder questões conceituais acerca da sexualidade, gênero e homossexualidade. Essa teoria pós-estruturalista, propõe formulações teóricas pós-identitárias<sup>2</sup> e associa suas concepções a um pensamento político articulado que propõe a análise histórica e um novo movimento social<sup>5</sup>. Apropriando-se das contribuições de Foucault<sup>6</sup>, a teoria *Queer* denuncia a construção discursiva da sexualidade que, através de instituições como as igrejas, o Direito, a Psiquiatria, a Sexologia, entre outros, vem normatizando as “espécies” e os “tipos” de sexualidade ao classificá-los, exercendo controle sobre eles. Essa constante normatização, segundo a Butler<sup>5</sup>, demonstraria a artificialidade da oposição binária e da heterossexualidade enquanto norma (uma vez que precisa ser sempre reforçada), que formata a construção do sujeito e do conhecimento sexual e gera hierarquias de classificação, dominação e rejeição<sup>7</sup>. A teoria *Queer* propõe pensar as diversas identidades sexuais e de gênero em toda a sua fluidez, pluralidade e ambiguidade, além das formas tidas como “normais” e “bem-comportadas” de identidade e de conhecimento<sup>8</sup>; expõe o gênero, a identidade de gênero, a sexualidade e os papéis sociais enquanto inscrições corporais impostas socialmente. Para Moraes Silva<sup>9</sup>, a contribuição do conceito de gênero é justamente diferenciar a grandeza biológica da social, transcendendo o feminino e o masculino para o campo cultural, ou seja, a construção de diferenças que definem os papéis sociais designados às mulheres aos homens, respectivamente.

### Especificidades trans

Segundo Jesus<sup>10</sup>, a pessoa que se denomina transgênero ou trans, não se identifica com o gênero que lhe foi designado pelo sexo biológico ao nascimento; ao contrário de cisgênero, que se identifica com ele. Para Agência das Nações

Unidas contra o HIV/aids (UNAIDS)<sup>3</sup>, transgênero são as pessoas que transitam entre os gêneros e que têm identidade para além das definições tradicionais de sexualidade, situação em que se encaixam os travestis e transexuais.

Nesse sentido, há um conflito e aproximação de identidades entre transexuais e travestis: ambos se constroem e se identificam de maneira a romper com a lógica convencional que conduz o seu comportamento e sua performance enquanto “homem” ou “mulher”. Barbosa<sup>11</sup> e Leite Junior<sup>12</sup> afirmam que as diferenças que mais se sobressaem entre travestis e transexuais brasileiras estão na relação que cada um tem com seu próprio órgão genital e com o anseio do processo de transgenitalização. Assim, ainda que não seja uma regra, as travestis<sup>10</sup> seriam aquelas que comumente não desejam a mudança no órgão genital, embora vivenciem papéis de gênero feminino; e as transexuais aquelas que não se sentem confortáveis com seus órgãos e por isso desejam modificar o corpo com intervenções, inclusive cirúrgicas<sup>vi</sup>, visando a adequá-lo à sua identidade de gênero<sup>13</sup>. Apesar disso, muitas travestis também modificam seu corpo, por meio de hormonioterapias, aplicação de seios, cirurgias plásticas, etc., fazendo com que essas definições se confundam.

Também existem pessoas que não se identificam com nenhum gênero, abrindo espaço para pensar diferentes transgeneridades e formas de viver o gênero. É nesse âmbito que Jesus<sup>10</sup> propõe pensar a vivência do gênero como funcionalidade (caso das *drag queens*/transformistas<sup>vii</sup> e *crossdressers*<sup>viii</sup>) e como identidade (caso das travestis e transexuais).

<sup>vi</sup> Algumas transexuais não desejam fazer cirurgias<sup>10</sup> (p.16).

<sup>vii</sup> Artistas que se vestem de acordo com um estereótipo do gênero masculino/feminino para fim unicamente artístico ou de entretenimento.

<sup>viii</sup> Pessoa que usa acessórios e maquiagem diferentes do que atribuído a seu gênero socialmente.

No geral, todos esses segmentos sofrem opressões por performarem feminilidade e subverterem as normas regulatórias na ótica do binarismo heterossexual compulsório, tanto do gênero, quanto do sexo. Porém, há uma tendência de travestis serem sempre vistas como prostitutas, pobres, que não têm acesso à informação, a ambientes acadêmicos e ao mercado de trabalho; sua definição tem íntima associação com a classe social e o local social que ocupam. Já as transexuais são tidas com certo grau de informação e que, portanto, mesmo sendo vitimadas por opressões, conseguem se sobressair em detrimento às travestis, embora recebam o estereótipo de depressivas e loucas<sup>10</sup>.

Segundo Facchini<sup>1</sup>, desde 1990, as travestis são a parte mais aparente e evidenciada da comunidade LGBT, pautadas sobre o impacto da aids e o número alarmante de violência a que estão expostas. As reivindicações desse grupo incluem uma visão menos conservadora e mais propositiva com relação à prostituição, o fortalecimento do combate às violências e a garantia de permanência na escola. Por outro lado, a grande reivindicação das transexuais é a diminuição das dificuldades de acesso às alterações corporais para a adequação às suas identidades de gênero. O que une ambos os grupos é a luta pela adequação da identidade jurídica, ou seja, a mudança de prenome oficial para o “nome social” em seus documentos e nos atendimentos de serviços públicos e privados, inclusive de saúde.

Quanto à violência, de acordo com Marieta Cazarre<sup>14</sup>, de meados de 2008 a março de 2014, foram registradas 600 mortes de indivíduos pertencentes ao grupo de travestis e transexuais no Brasil – maior quantidade observada entre todos os países do mundo. A perspectiva de vida dessas pessoas é de 35 anos, pois, quando não são assassinadas, outras fatalidades lhes acometem. A Rede Trans<sup>15</sup> revela que 82% abandonam o Ensino Médio entre os 14 e 18 anos por discriminação

da escola ou falta de apoio familiar. Por isso, na maioria das vezes recorrem à prostituição, submetendo-se a situações de risco e perigos urbanos, como assassinatos, roubos, agressões físicas ou verbais e todo tipo de ameaça à vida ou partem para empregos informais que, mesmo não sendo diretamente degradantes, exigem muito trabalho e pouca remuneração. Dados levantados pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), apontam que 90% das travestis e transexuais utilizam a prostituição como fonte de renda<sup>16</sup>.

Especificamente quanto às travestis e mulheres transexuais negras há uma vivência que une a discriminação de gênero à discriminação racial. Essa interseccionalidade entre “classe”, “gênero”, “sexo” e “raça” vem sendo evidenciada por vários autores<sup>17-22</sup> e são importantes para a análise das vulnerabilidades trans. Supõe-se que o fato de serem negras se constitui enquanto desprivilegio, uma vez que historicamente negros transitam nas camadas socioeconômicas mais baixas da sociedade.

### Método

Este artigo apresenta dados de levantamento de violência de gênero e de raça sofridos por trans da cidade de São Paulo. Através de uma pesquisa quantitativa realizada com aplicação de questionário por telefone, foram entrevistadas em 2018, trans cadastradas durante ações de campo realizadas pelo Instituto Cultural Barong em 2017<sup>ix</sup>, em diferentes locais frequentados por este público, para situações de lazer e trabalho de rua; além de outros indivíduos indicados por essas, numa estratégia de contato de “bola de neve”.

<sup>ix</sup> Organização não governamental (ONG) paulistana que promove saúde e direitos sexuais e reprodutivos e que em 2017 estava desenvolvendo ações educativas e de promoção de testagem de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo hepatites, em diversos locais, com apoio da Coordenação de DST/Aids do Município de São Paulo.

Os questionários abordaram o perfil pessoal (nome, idade, renda, local, fonte de renda e escolaridade, etc.), além de situações de violência de gênero e racial vividas por este público em diferentes espaços de sua vida, como família, escola, trabalho, sociabilidade, vida afetiva e equipamentos públicos, além de situações específicas relativas à vulnerabilidade sexual e de saúde, incluindo parcerias, uso do preservativo, realização de exames de próstata, vacinação de HPV e hepatite B e situação sorológica para o HIV. Para esse artigo, foi destacada apenas a discussão acerca da exposição à violência vivida por essas pessoas.

### Resultados

Foram entrevistados(as) 60 trans durante o 1º semestre de 2018. A maioria (45%) proveniente do município de São Paulo e outros 25% de outras cidades do estado.

Quanto ao gênero, dos 60 entrevistados, 71,7% responderam que se consideram femininas; 13,3% masculinos e 15% com ambas as identidades de gênero. Quanto à forma como se apresentam, 50% se dizem transexuais, 25% travestis, 11,7% *drag queens*, 10% transformistas e 3,3% outros. A porcentagem de travestis e transexuais que se denominam femininas é de 93,3% igualmente. A maioria das *drag queens* afirmaram se considerar masculinas (57,1%) e 28,6% variam entre os dois gêneros “quando entram no personagem”. Das que se autodesignaram transformistas, 1 alegou ser masculina (50%) e 1 varia entre os dois gêneros (50%).

Acerca da cor, 36,7% se disse especificamente parda e 35% preta (portanto somados 71,7% na categoria de negros) e 28,3% branca (tabela 1).

Do total, 98,3% tem renda própria; apenas uma pessoa não possui. Dentre as que disseram ter renda, a ocupação de 33,3% é de cabeleireira ou maquiadora, 23,3% é profissional do sexo ou acompanhante, 13,3% trabalha em comércios e/ou serviços, 11,7% trabalha no meio artístico (coreógrafa; modelo; produtora, etc); 13,3% exercem mais de uma atividade. Considerando o trabalho (independente de ser ou não a principal atividade), 31,7% atuam na prostituição. Entre as travestis, 3 (20,0%) afirmam exercer mais que uma atividade e das transexuais, 5 (16,7%), sendo que delas, 33,3% e 43,3% trabalham com prostituição, respectivamente.

Das que informaram a renda mensal, 8,3% ganham até 1 salário mínimo, 41,7% de 1 até 2 salários; 21,7%, de 2 a 4; 16,7% de 4 a 7 e 10% não responderam (tabela 2).

#### – cidadania e situações de violência:

Considerando as histórias de vida, 70% afirmaram ter necessitado sair da casa da família: 86,7% das transexuais, 60% das travestis, 50% das transformistas e 42,9% das *drag queens*. A saída ocorreu para 16,7% entre 0 e 14 anos (todas negras, representando 22,6% deste grupo); para 33,3% entre 14 e 17 anos e para 40,5% entre os 18 e 25 anos (tabela 3).

Os motivos para essa saída foram para 3,8% devido a serem expulsos (1 pessoa negra), 28,6% por não aguentar brigas, 21,4% por busca de liberdade/privacidade, 19% por casamento/união estável, 14,3% por conta de trabalho, 7,1% porque quis/por preferência. Do total entrevistado, 23,3% já viveu em situação de rua, principalmente as transexuais (36,7%).

**Tabela 1.** Perfil dos/as Pesquisados

	Travesti (em %)			Transexual (em %)			Drag Queens (em %)			Transformistas (em %)			Outro (em %)			Total (em %)
	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	
<b>Proveniência</b>																
São Paulo	33,3	58,3	53,3	45,5	31,6	36,7	100,0	40,0	57,1	0	60,0	50,0	0	50,0	50,0	45,0
Gde S. Paulo	66,7	8,3	20,0	9,1	15,8	13,3	0	0	0	0	20,0	16,7	0	50,0	50,0	15,0
outros munic do estado	0	0	0	18,2	15,8	16,7	0	0	0	0	20,0	16,7	0	0	0	10,0
outros estados SE	0	0	0	9,1	0	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,7
Região NE	0	25,0	20,0	18,2	36,8	30,0	0	40,0	28,6	0	0	0	0	0	0	23,3
outras regiões	0	8,3	6,7	0	0	0	0	20,0	14,3	0	0	16,7	0	0	0	5,1
<b>Identidade de Gênero</b>																
masculino	0	0	0	0	0	0	50,0	60,0	57,1	0	60,0	50,0	0	50,0	50,0	13,3
feminina	100,0	91,7	93,3	90,9	94,7	93,3	50,0	0	14,3	0	0	0	0	0	0	71,7
varia entre os 2	0	8,3	6,7	9,1	5,3	6,7	0	40,0	28,6	50,0	40,0	50,0	0	50,0	50,0	15,0
<b>Cor</b>																
branco	100,0	0	20,0	100,0	0	36,7	100,0	0	28,6	100,0	0	16,7	0	0	0	28,3
preto	0	50,0	40,0	0	47,4	30,0	0	40,0	28,6	0	40,0	33,3	0	100,0	100,0	35,0
pardo	0	50,0	40,0	0	52,6	33,3	0	60,0	42,9	0	60,0	50,0	0	0	0	36,7
tot negr (pret + pard)	0	100,0	80,0	0	100,0	63,3	0	100,0	71,4	0	100,0	83,3	0	100,0	100,0	71,7
<b>Idade</b>																
18 a 25 anos	0	50,0	40,0	27,3	36,8	33,3	0	20,0	14,3	0	20,0	16,7	0	50,0	50,0	31,7
26 a 35 anos	66,7	8,3	20,0	36,4	36,8	36,7	0	60,0	57,1	100,0	40,0	50,0	0	50,0	50,0	36,7
36 a 45 anos	33,3	41,7	40,0	18,2	26,3	23,3	0	20,0	14,3	0	40,0	33,3	0	0	0	26,7
+ de 46 anos	0	0	0	18,2	0	6,6	0	0	14,3	0	0	0	0	0	0	5,0
<b>Escolaridade</b>																
até Fundam.	0	25,0	20,0	9,1	26,	20,0	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0	0	15,0
Fund. a Med	33,3	66,7	60,0	54,6	42,1	46,7	0	60,0	58,2	0	60,0	50,0	0	100,0	100,0	53,3
Médio até freq. Super.	66,7	8,3	20,0	36,4	31,6	33,3	0	40,0	42,9	100,0	40,0	50,0	0	0	0	31,7
<b>Religião</b>																
católica	0	33,3	26,7	27,3	21,1	23,3	50,0	20,0	28,6	100,0	40,0	50,0	0	0	0	26,7
evangélicos	33,3	16,7	20,0	0	0	0	0	20,0	14,3	0	0	0	0	0	0	6,7
afro-bras.	33,3	16,6	20,0	45,5	26,3	33,3	0	60,0	42,9	0	0	0	0	50,0	50,0	28,3
kardecista	33,3	0	6,7	18,2	15,8	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,0
outra	0	0	0	0	5,3	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
não possui	0	33,3	26,7	9,1	31,6	23,3	50,0	0	14,3	0	60,0	50,0	0	50,0	50,0	26,7

**Tabela 2.** Situação de Trabalho e Renda

	Travesti (em %)			Transexual (em %)			Drag Queens (em %)			Transformistas (em %)			Outro (em %)			Total (em %)
	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	
<b>Tem renda?</b>	100,0	91,7	93,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0	100,0	100,0	98,3
<b>Atividade</b>																
cabel./maquiad./	66,7	33,3	40,0	36,4	31,6	33,3	0	0	0	100,0	20,0	33,3	0	100,0	100,0	33,3
estilista/roupas	0	0	0	0	0	0	0	40,0	28,6	0	20,0	16,7	0	0	0	5,0
perform./coreogr.	0	8,3	6,7	9,1	10,5	10,0	0	40,0	28,6	0	20,0	16,7	0	0	0	11,7
comércio e serviços	0	16,7	13,3	18,2	5,3	10,0	50,0	0	14,3	0	40,0	33,3	0	0	0	13,3
saúde	0	8,3	6,7	0	5,3	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3
prof. de niv. Sup.	33,3	0	6,7	9,1	5,3	6,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,7
exerce + de 1 ativ.	33,3	16,7	20,0	9,1	21,1	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,3
<b>Trabalha com prostit.</b>	100,0	41,7	33,3	18,2	57,9	43,3	50,0	0	14,3	0	0	0	0	0	0	31,7
<b>Renda mens.</b>																
- 1 SM	0	8,3	6,7	18,2	10,5	13,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,3
1 a 2 SM	33,3	50,0	46,7	45,5	31,6	36,7	0	40,0	28,6	0	80,0	66,7	0	50,0	50,0	41,7
2 a 4 SM	66,7	8,3	20,0	27,3	21,1	23,3	0	20,0	14,3	100,0	20,0	33,3	0	0	0	21,7
4 a 7 SM	0	16,7	13,3	0	31,6	20,0	0	40,0	28,6	0	0	0	0	0	0	16,7
+ 7 SM	0	0	0	9,1	0	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,7
não resp.	0	16,7	13,3	0	0	0	100,0	0	28,6	0	0	0	0	50,0	50,0	10,0

**Tabela 3.** Situação de Moradia

	Travesti (em %)			Transexual (em %)			Drag Queens (em %)			Transformistas (em %)			Outro (em %)			Total (em %)
	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	
<b>Precisou sair famil.</b>	33,3	66,7	60,0	90,9	84,2	86,7	0	60,0	42,9	0,0	60,0	50,0	0	50,0	50,0	70,0
<b>Idade que saiu</b>																
0 a 14 anos	0	16,7	22,2	45,5	26,3	19,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,7
14 a 17 anos	0	25,0	33,3	0	21,1	34,6	0	20,0	33,3	0	0	0	0	100,0	100,0	33,3
18 a 25 anos	33,3	16,7	33,3	45,5	26,3	38,5	0	20,0	33,3	0	60,0	100,0	0	0	0	40,5
26 a 35 anos	0	8,3	11,1	0	10,5	7,7	0	20,0	33,3	0	0	0	0	0	0	9,5
<b>Motivo saída</b>																
expulsão	0	0	0	0	5,3	3,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,4
brigas	33,3	16,7	33,3	36,4	15,8	26,9	0	40,0	66,7	0	0	0	0	0	0	28,6
pq quis	0	8,3	11,1	0	5,3	3,8	0	20,0	33,3	0	0	0	0	0	0	7,1
liberdade./privacid.	0	0	0	27,3	21,1	26,9	0	0	0	0	40,0	66,7	0	0	0	21,4
p/trabalh	0	8,3	11,1	9,1	0	15,4	0	0	0	0	20,0	33,3	0	0	0	14,3
casam/uniu	0	16,7	22,2	9,1	21,1	19,2	0	0	0	0	0	0	0	100,0	100,0	19,0
não esp.	0	16,7	22,2	9,1	0	3,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,1
<b>Viveu na rua</b>	66,7	83,3	13,3	18,2	47,4	36,7	0	20,0	14,3	0	0	0	0	0	0	23,7

**a) violências sexuais:**

A primeira relação sexual foi praticada pela maioria antes dos 17 anos: por 35% entre 0 a 14 anos; 55% entre 14 e 17 anos. Mais da metade das travestis afirmaram ter tido sua primeira relação sexual entre 0 a 14 anos (60,0%); transexuais (30%), *drag queens* (28,6%) e transformistas (16,7%). Para 63,3% isso ocorreu entre os 14 e 17 anos; 26,7% das travestis; 57,1% das *drags* e de 66,7% das transformistas. Ou seja, travestis iniciaram a sua vida sexual proporcionalmente mais cedo que os demais grupos.

Quase ¼ do total, 23,3% alegou ter sofrido violência sexual: 26,7% das travestis, 23,3% das transexuais e 28,6% das *drag queens*. Essa violência ocorreu para 42,9% entre os 0 e 14 anos, para 50% entre 14 e 17 anos e para 7,1% entre 18 e 25 anos; totalizando 92,9% dos casos de violência sexual ocorridas na fase da infância ou da adolescência.

Com relação à cor, a violência sexual atingiu 33,3% das brancas e 37,5% das negras na infância; 33,3% das brancas e 25,0% das negras na adolescência; e 33,3% das brancas e 37,5% das negras na vida adulta.

**b) violências de gênero:**

Quanto às situações de violência de gênero sofridas, 85% afirmou ter tido essa vivência, principalmente verbal, que atingiu: 86,7% das travestis e transexuais, igualmente; 85,7% das *drag queens* e 66,7% das transformistas (tabela 4).

As manifestações de violência foram sofridas na vida social em geral, mas também e principalmente na escola e no ambiente de trabalho. Na família, 57,7% das transexuais e 38,5% das travestis alegaram ter sofrido violência verbal de gênero; *drag queens* (33,3%) e transformistas (50%) também; a violência física na família atingiu 11,5% das transexuais e 7,7% das travestis. Na escola, 76,9% das travestis e transexuais, igualmente, sofreram violência verbal;

83,3% *drag queens* e 75% transformistas; a violência física na escola foi sofrida por 19,2% das transexuais viveram e 7,7% das travestis. No trabalho, 61,5% das travestis alegaram ter sofrido violência verbal; chegaram a ser agredidas fisicamente no trabalho 2 (15,4%) travestis e 1 (3,8%) transexual. Na vida afetiva, 38,5% das travestis e 15,4% das transexuais alegaram ter sofrido algum tipo de violência verbal; chegando a violência física para 2 (15,4%) travestis e 1 (3,8%) transexual. Na vida social, 92,3% das travestis e 84,6% das transexuais alegaram ter sofrido violência verbal e 100% das *drag queens* e transformistas alegaram já ter sofrido; essa chegou a ser física para 38,5% das travestis e 30,8% e para 50,0% das *drag queens*. Em serviços públicos e privados, 57,7% das transexuais e 46,2% das travestis alegaram ter sofrido violência verbal; 83,3% das *drag queens*. Com autoridades e polícia, 53,8% das travestis afirmaram ter sofrido algum tipo de violência verbal; 42,3% das transexuais, 33,3% das *drag queens* e 50% transformistas; essas violências chegaram a ser físicas para 23,1% das travestis e 7,7% das transexuais.

Sobre o perfil do agressor, 66,7% respondeu que são perpetuadas por homens e mulheres e provocaram sentimentos de dor, tristeza, desconforto ou humilhação (para 56,9%); indiferença (referido por 31,3%), frustração e impotência (por 31,3%), rejeição (por 18,8%) e culpa (por 12,5%). As formas de defesa frente a essas violências foram principalmente manifestações verbais (adotadas por 74,5%), mas também físicas (adotadas por 25,5% do total), além de abandono do local de ocorrência (por 33,3%). Não reagiram 52,9% e 1 (1,7%) transexual entrevistada alegou ter tentado suicídio. Frente à violência 33,4% alegou ter feito denúncias, 29,4% afirmando que essas deram resultado.

**Tabela 4.** Violências de Gênero Sofridas

	Travesti (em %)			Transexual (em %)			Drag Queens (em %)			Transformistas (em %)			Outro (em %)			Total (em %)
	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	
<b>Sofreu violência Gênero?</b>	100,0	83,3	86,7	90,9	84,2	86,7	50,0	100,0	85,7	0	80,0	66,7	0	100,0	100,0	85,0
<b>Sexo do agressor</b>																
homens	0	16,7	15,4	9,1	5,3	7,7	0	20,0	16,7	0	0	0	0	0	0	9,8
mulheres	0	0	0	0	5,3	3,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,0
Ambos os sexos	66,7	58,3	69,2	72,7	47,4	65,4	50,0	40,0	50,0	0	60,0	75,0	0	100,0	100,0	66,7
<b>Tipo Viol.</b>																
verbal na escola	100,0	58,3	76,9	63,6	68,4	76,9	50,0	80,0	83,3	0	60,0	75,0	0	50,0	50,0	76,5
verbal na família	33,3	33,3	38,5	54,5	47,4	57,7	0	40,0	33,3	0	40,0	50,0	0	50,0	50,0	49,0
verbal trabalho	33,3	58,3	61,5	36,4	52,6	53,8	50,0	0	16,7	0	20,0	25,0	0	0	0	47,1
verbal na vida soc.	66,7	83,3	92,3	72,7	73,7	84,6	50,0	100,0	100,0	0	80,0	100,0	0	100,0	100,0	90,2
verbal na vida afetiva	33,3	33,3	38,5	27,3	5,3	15,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,6
verbal em serv. públ. e priv.	66,7	33,3	46,2	45,5	52,6	57,7	50,0	80,0	83,3	0	20,0	25,0	0	50,0	50,0	54,9
verbal c/autorid. polícia	33,3	50,0	53,8	45,5	31,6	42,3	50,0	20,0	33,3	0	40,0	50,0	0	0	0	43,1
física na escola	33,3	83,3	7,7	27,3	10,5	19,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,7
física na família	0	8,3	7,7	9,1	10,5	11,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,8
física no trabalho	33,3	8,3	15,4	9,1	0	3,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,9
física na vida soc.	33,3	33,3	38,5	45,5	15,8	30,8	50,0	40,0	50,0	0	20,0	25,0	0	50,0	50,0	35,3
física na vida afet.	0	16,7	15,4	9,1	0	3,8	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,9
física em serv. Públ. e priv.	0	0	0	0	5,3	3,8	0	20,0	16,7	0	0	0	0	0	0	3,9
física c/autoridades /polícia	0	25,0	23,1	18,2	84,2	7,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9,8
Outro tipo	33,3	8,3	15,4	9,1	84,2	3,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,9
<b>Sensação</b>																
dor, tristeza, humilh.	33,3	50,0	53,8	72,7	47,4	65,4	50,0	60,0	66,7	0	20,0	25	0	0	0	56,9
raiva, revolta, indignaç.	33,3	16,7	23,1	36,4	63,2	61,5	0	60,0	50	0	60,0	75	0	100,0	100,0	52,9
Outro sentim.	66,7	33,3	46,2	18,2	15,8	19,2	50,0	40,0	50	0	20,0	25	0	50,0	50,0	31,4
<b>Reação</b>																
verbal	66,7	75,0	84,6	63,6	57,9	69,2	50,0	60,0	66,7	0	60,0	75,0	0	100,0	100,0	74,5
<b>física</b>	0	58,3	23,1	27,3	21,1	26,9	50,0	20,0	33,3	0	0	0	0	50,0	50,0	25,5
abandonando local	66,7	16,7	30,8	18,2	42,1	38,5	0	40,0	33,3	0	0	0	0	50,0	50,0	33,3
outra	33,3	8,3	15,4	18,2	10,5	15,4	50,0	20,0	16,7	0	0	0	0	0	0	13,7
<b>Fez denúncia</b>	0	25,0	23,1	18,2	36,8	34,6	0	60,0	50,0	0	20,0	25,0	0	50,0	50,0	33,3
<b>Denúncia deu result.</b>	0	0	0	0	15,8	33,3	0	40,0	66,7	0	0	0	0	0	0	29,4

**c) violências raciais:**

Das 60 entrevistadas, 31,7% declarou ter sofrido violências raciais, 66,7% se refere às pessoas pretas e 22,7% pardas (as duas categorias agrupadas nas tabelas enquanto pessoas negras). Nenhuma pessoa branca sofreu preconceito quanto à cor.

Quanto à autodefinição, 47,4% das transexuais negras afirmaram ter sofrido racismo, 33,3% das travestis negras, 40,0% dos transformistas e 40,0% das *drag queens*. O racismo está presente em várias instituições sociais: na família, 5,3% afirmou ter sofrido violência verbal por este motivo, mas nenhuma chegou a ter experiência de violência física; na escola, 52,6% sofreu violência verbal e também não houve violência física racial; no trabalho, 31,6% afirmou ter sofrido violência verbal devido ao racismo; na vida social, 78,9% sofreu violência verbal por racismo e 10,5% alegou ter sofrido violência física; na vida afetiva, ninguém alegou ter sofrido violência por racismo; em serviços públicos ou privados, 21,1% sofreu violência racial verbal; e de autoridades e a Polícia, 15,8% sofreram violência verbal e 5,3% física. Essas violências suscitaram sentimentos dor, tristeza, desconforto ou humilhação para 47,4%, raiva, revolta ou indignação para 63,2% e outro sentimento para 26,3%, principalmente frustração e impotência (60%) e indiferença (40%) (tabela 5).

Relativo à defesa frente às inúmeras violências, 73,7% afirmou ter se defendido verbalmente e 10,5% fisicamente. Verbalmente, 100% das travestis e *drag queens* alegou ter se defendido; 55,6% das transexuais e 50,0% das transformistas. Já fisicamente, 1 (25,0%) travesti e 1 (11,1%) transexual defenderam-se; 26,3% alegou ter saído do local (33,3% das transexuais, 25,0% das travestis e 50,0% das transformistas) e não reagiram 42,1%: 55% das travestis e 50,0% das transformistas.

Das pessoas já sofreram racismo, 31,6% (1 transexual, 33,3%; e 1 transformista, 100%) alegaram ter denunciado a violência e ambas encontraram resultado na denúncia.

Com todas essas vivências, 93,3% dos 60 entrevistados no levantamento declarou considerar o Brasil um país racista (93,3% das travestis, 93,3% das transexuais, 85,7% das *drags* e 100% das transformistas).

Além das violências motivadas diretamente por questões raciais, a pesquisa comparou as ocorrências quanto à cor, observando maior regulamentação do nome social entre os negros, apesar de terem menor escolaridade, renda, mais do que o dobro de atuação na prostituição, saída da família de origem mais cedo, assim como o início de vida sexual e a maior vivência de morar na rua (tabela 6).

**Tabela 5.** Violências Raciais Sofridas

	Travesti (em %)			Transexual (em %)			Drag Queens (em %)			Transformistas (em %)			Outro (em %)			Total (em %)
	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	branc	negr	total	
<b>Sofreu Viol. Racial</b>	0	33,3	26,7	0	47,4	30,0	0	40,0	28,6	0	40,0	33,3	0	100,0	100,0	31,7
<b>Cor do Agressor</b>																
branco	0	0	0	0	10,5	25,0	0	0	0	0	40,0	100,0	0	50,0	50,0	29,4
preto	0	0	0	0	10,5	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,8
pardo	0	0	0	0	5,3	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,9
indiferent	0	25,0	100,0	0	15,8	37,5	0	40,0	100,0	0	0	0	0	50,0	50,0	52,9
<b>Tipo Viol.</b>																
verbal escola	0	16,7	50	0	21,1	44,4	0	40,0	100,0	0	40,0	100,0	0	0	0	52,6
verbal família	0	33,3	0	0	0	0	0	20,0	50	0	0	0	0	0	0	5,3
verbal trabalh	0	8,3	25	0	15,8	33,3	0	20,0	50	0	0	0	0	50,0	50	31,6
verbal vida soc.	0	33,3	100,0	0	31,6	66,7	0	20,0	100,0	0	20,0	50	0	100,0	100,0	78,9
verbal vida afet.	0	33,3	0	0	47,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
verbal em serviços públicos /privados	0	33,3	0	0	10,5	22,2	0	0	0	0	20,0	50	0	50,0	50	21,1
verbal autor/ polic	0	8,3	25	0	5,3	11,1	0	20,0	50	0	0	0	0	0	0	15,8
física na escola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
física na família	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
física no trabalho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
física na vida soc	0	8,3	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50,0	50,0	10,5
física na vida afet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
física em serviços públ. ou priv.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
física autorid e polícia	0	8,3	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,3
outro tipo	0	0	0	0	0	0	0	20,0	50,0	0	0	0	0	0	0	5,3
<b>Sensação</b>																
dor, tristeza, humilhaç	0	16,7	50	0	26,3	55,6	0	20,0	50	0	20,0	50	0	0	0	47,4
raiva, revolta, indignaç	0	25,0	75	0	26,3	55,6	0	20,0	50	0	40,0	100,0	0	100,0	100,0	68,4
outro sentim	0	16,7	50,0	0	5,3	11,1	0	20,0	50,0	0	0	0	0	50,0	50,0	26,3
<b>Reação</b>																
Não reagiu	0	16,7	50,0	0	26,3	55,6	0	0	0	0	20,0	50,0	0	0	0	42,1
Defesa verbal	0	33,3	100,0	0	26,3	55,6	0	40,0	100,0	0	20,0	50,0	0	100,0	100,0	73,7
Defesa física	0	8,3	25,0	0	5,3	11,1	0	40,0	0	0	0	0	0	0	0	10,5
abandonou o local	0	8,3	25,0	0	15,8	33,3	0	0	0	0	20,0	50,0	0	0	0	26,3
<b>Fez denúncia</b>	0	8,3	25,0	0	15,8	33,3	0	20,0	50,0	0	0	0	0	50,0	50,0	31,6
<b>Denúncia deu result.</b>	0	0	0	0	5,3	33,3	0	20,0	100,0	0	0	0	0	0	0	33,3

**Tabela 6.** Diferença entre cor nas vivências trans

	<b>Branços (em %)</b>	<b>Negros (pretos + pardos) (em %)</b>
Tiveram que sair da família de origem	64,7	72,1 ↑
Saída da família antes dos 14 anos	0	22,6 ↑
Residência atual com amigos	17,6	27,9 ↑
Ensino Superior Completo ou incompleto	47,0 ↑	25,6
Trabalho com prostituição	17,6	37,2 ↑
Profissões de nível superior	11,8 ↑	4,7
Religião evangélica	0	7,0
Não possuem religião	11,8	32,6 ↑
1ª relação sexual antes dos 14 anos	17,6	41,9 ↑
Sofreu violência sexual	35,3 ↑	18,6
Violência verbal de gênero na vida social	94,6 ↑	90,2
Violência verbal de gênero na vida afetiva	13,5	17,6 ↑
Violência física de gênero na escola	8,1	13,7 ↑
Violência física de gênero no trabalho	2,7	5,9 ↑
Violência física de gênero na vida social	50,0 ↑	29,7
Violência física de gênero em serviços públicos e privados	0	5,4 ↑
Violência física de gênero por autoridade ou policiais	14,3 ↑	8,1
Fez denúncia da violência de gênero	14,3	40,5 ↑
Parceiros afetivos são exclusivamente brancos	11,8	23,3 ↑
Parceiros eventuais são exclusivamente brancos	5,9	14,0 ↑
Travestis com vivência em situação de rua	66,7	83,3 ↑
Transexuais com vivência em situação de rua	18,0	47,4 ↑

Isso indica vivências distintas entre os grupos de trans brancos e negros, demonstrando que há uma situação de desvantagem para os últimos com relação à situação socioeconômica que se inicia pela saída precoce da família. Além dessa violência inicial de desproteção familiar, sofrem mais violências físicas devido ao gênero na escola, no trabalho, em instituições públicas e privadas, do que os trans brancos. Isso acarreta

praticamente uma articulação de ocorrências de violência, que ora dobra a exposição de negros a elas, ora triplica (gráfico 1).

### Discussão

Pereira<sup>23,24</sup> aponta as singularidades de ser *Queer* em um país como o Brasil, em que o contexto histórico e social é diferente do europeu, uma vez que envolve questões de raça, classe, sexo e colonialidade, entre outras. Assim, os processos de corporificação e subjetivação de mulheres trans e travestis em nosso país são específicos. Ao propor o conceito de colonialidade, Pereira<sup>14</sup> aponta que o racismo se une ao sexismo no processo de controle e estratégia para rebaixar populações e regiões do mundo, necessitando do processo de “decolonização” para a contraposição da lógica da colonialidade vivida em determinada localidade e suas consequências.

Segundo Kraicyk<sup>25</sup> (2014), considerar a questão da raça/cor é fundamental para verificação das vulnerabilidades vividas por transexuais. O “2º Relatório Sobre a Violência Homofóbica”<sup>26</sup> aponta que negros e pardos totalizam 40,55% das vítimas de homofobia, seguido por brancos que somam 26,84% e que tais vítimas são principalmente (61,16% dos casos) jovens entre 15 e 29 anos; ou seja, o perfil de incidência da violência atinge transgêneros jovens e negros.

Assim, usar as categorias de cor/raça no Brasil é, como afirma Moore<sup>27</sup>, dar acesso a um marcador social e estrutural que define e regula as relações sociais, políticas, econômicas e culturais entre grupos e que constituem historicamente uma hierarquização e um estigma construídos socialmente desde a escravidão<sup>28</sup>. Embora o uso da categoria raça tenha tido um enfoque racista no início do século XX<sup>21,29</sup> para definir o “ser negro” e “ser branco” e promover políticas de branqueamento populacional, foi ressignificado a

partir de 1978 pelo Movimento Negro Unificado<sup>28</sup>, passando a servir como indicador e promover a luta política contra as desigualdades sociais e se contrapor à ideia de “democracia racial” proferida por Gilberto Freyre<sup>30</sup>.

Nesse sentido, verificar o racismo, conforme Gomes<sup>21</sup> é notar comportamentos de aversão a pessoas devido à aparência física, cor da pele, tipo de cabelo, etc., onde se pressupõe a ideia de superioridade de uma raça (a branca) sobre a outra (negra). Essa manifestação, segundo essa autora, pode se dar na forma individual, incidindo diretamente contra as pessoas, conforme observamos nos dados levantados entre as trans negras, mas também de forma institucional, quando se relaciona a práticas fomentadas pelo Estado ou por seus representantes, como observamos com relação a violências raciais sofridas junto a instituições públicas e/ou autoridades, incluindo a Polícia.

Se conectadas, as questões de raça, gênero e classe possuem uma articulação indissociável de opressões que incidem sobre vários segmentos sociais<sup>18</sup>. Isso não é diferente no segmento de mulheres transexuais e travestis negras que abordadas sob a ótica interseccional exibe sua maior vulnerabilidade. Reunindo discriminações, as trans e travestis negras vivem privações para se inserir no mercado de trabalho e no mundo acadêmico; geralmente são rejeitadas pela família e não possuem apoio do Estado, da sociedade e da escola por conta de sua condição, uma vez que sua forma de ser e suas identidades de gênero não são respeitadas, como demonstra a pesquisa. Essa violência de gênero, somada à violência racial se constituem como um fator de agravamento, uma vez que as condições de vida iniciais também são mais desvantajosas do que as vividas pelas brancas, visto que há maior expulsão de casa, o menor nível escolar e salarial e o início mais cedo de relações sexuais, maior

prostituição, além de vivências posteriores, como terem estado mais em situação de rua.

Essa articulação entre racismo e sexismo, como constata Gonzales<sup>20</sup>, também produz efeitos violentos sobre a mulher negra. No caso das trans negras, a dimensão da violência sexista é transformada em transfobia. A objetificação sexual do feminino, reduzindo a pessoa a partir deste gênero, vivida fortemente pelas mulheres negras no Brasil, vai além, pois, como aponta Moira<sup>31</sup>, junto absorve o “cissexismo”<sup>x</sup>, invisibilizando as necessidades da pessoa trans, como de usar banheiro feminino, ser tratada no feminino, ter sua identidade considerada e respeitada, exigindo-lhe cirurgias e adaptações do corpo para ser enquadrada ao padrão binário, entre outras. Ou seja, mulheres trans são vítimas do sexismo e do cissexismo por não se alinharem, em suas condutas e estéticas, ao seu papel de gênero.

### Considerações finais

Na vivência de uma trans negra, as experiências sociais e culturais se pronunciam em dimensões específicas que são permeadas pela transfobia e pelo racismo, enquanto fenômenos perpetrados não só pela sociedade, mas também pelo Estado. Neste contexto, fazer parte desse segmento no Brasil é ter uma vida marcada por negações, tanto com relação à identidade (poder ser quem é), como em relação ao acesso a direitos básicos que deveriam ser, na prática, garantidos pela Constituição Federal, independentemente de raça, classe social e, também, de sexualidade e gênero.

A articulação do racismo com o sexismo produz efeitos nas trans negras, aliando-se à

<sup>x</sup> Termo que denomina a ideologia predominante de cisgêneros, aqueles que têm seus gêneros correspondentes ao sexo biológico, como socialmente se espera na cultura normativa binária de sexo-gênero.

expectativa do cissexismo dominante. Os padrões binários de cor e gênero constituídos historicamente na sociedade ocidental ainda se encontram vigentes inviabilizando a sua plena existência e cidadania. Assim, a estrutura de um país patriarcal e racista como o Brasil se sobressai como um componente de permanente violência entre as trans negras. A violência da desvantagem socioeconômica de que partem, somada à grande violência de gênero e de raça que sofrem durante a adolescência são cumulativas para a exposição a violências vividas quando saem para o meio social: violência verbal, física, psicológica, abusos sexuais, exposição precoce a uma vida sexual de riscos, prostituição, estupros, escolaridade e renda mais baixas, atingindo qualquer possibilidade de plena cidadania.

Trazer essa discussão à tona é abrir caminho para pensar identidades constantemente violentadas e deslegitimadas, ainda que a subversão que fazem a esses modelos (enquanto indivíduo fora da “normalidade”) abra um leque de possibilidades de existência. É nesse sentido que os estudos *Queer* se fazem importantes no contexto brasileiro, uma vez que permitem o questionamento de todas as ações que criam normas e hierarquias, mantendo relações de poder e conseqüentemente as desigualdades.

Como modificar essa condição em que a família e a escola – como instituições fundamentais para a formação dos indivíduos e com poder de determinar o início das relações de sociabilidade e estratégias de sobrevivência a serem seguidas – lhes são desfavoráveis, juntamente às violências da sociedade mais ampla e, inclusive, do Estado, que lhes determinam espaços sociais de existência informal e de prostituição?

A resposta está em políticas públicas e no entendimento da existência dessas identidades. Políticas que, se realmente forem democráticas, devem percorrer um longo caminho até serem

consolidadas enquanto mudança do destino dessas pessoas, dando a oportunidade que mulheres trans negras sejam atendidas em suas especificidades e diferenças e inseridas social, cultural e politicamente, permitindo por fim a superação do racismo, da transfobia e do cissexismo existentes.

Por isso, existir enquanto mulher transexual ou travesti negra é resistir, é travar uma luta constante pela sobrevivência e pela expressão de seus corpos; é permanecer enquanto uma afronta à norma de gênero e combater continuamente grupos sociais mais conservadores que lhes querem extinguir e, hipócrita e contraditoriamente, explorar suas vidas e seus corpos.

#### Referências

1. Facchini R. Histórico da luta de LGBT no Brasil. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Caderno temático nº 11 - Psicologia e diversidade sexual. São Paulo: CRP; 2011. [acesso em: 19 abr 2017]. Disponível em: [http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/cadernos\\_tematicos/11/frames/fr\\_historico.aspx](http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/11/frames/fr_historico.aspx)
2. Louro GL. (org.). O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 1999.
3. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Manual de Comunicação LGBT. Genebra: UNAIDS; 2015.
4. Greco D. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1553-1564, 2016.
5. Butler J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do 'sexo'. In: Louro GL. (org.). O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 1999. p. 151-172.
6. Foucault M. A história da sexualidade 1: a vontade de saber. Ed 11. Rio de Janeiro: Graal; 1993.
7. Seidman S. *Queer theory - Sociology*. Cambridge: Blackwell; 1996.
8. Silva RC, Schor N. As primeiras respostas à epidemia de aids no Brasil: influências dos conceitos de gênero,

- masculinidade e dos movimentos sociais. *Psic. Rev.* 2015; 24(1):45-59.
9. Silva SVM. Transexualidade e discriminação no mercado de trabalho. *Rev. Jus Navigandi.* 2012. 17(3301). [acesso em: 1 jun 2017]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/22199>.
10. Jesus, JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Brasília, 2012.
11. Barbosa, BC. Nomes e diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual. São Paulo; 2010. Disponível em: [http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1945\\_1054\\_BRUNO\\_CESAR\\_BARBOSA.pdf](http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1945_1054_BRUNO_CESAR_BARBOSA.pdf).
12. Leite Junior J. “Nossos corpos também mudam”: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. (Tese). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo; 2008.
13. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - GLBT. Brasília; 2008.
14. Cazarré M. Com 600 mortes em seis anos, Brasil é o que mais mata travestis e transexuais Brasília: Agência Brasil (EBC); nov 2015. [acesso em: 28 mai 2017]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-11/com-600-mortes-em-seis-anos-brasil-e-o-que-mais-mata-travestis-e>.
15. Governo do Brasil. Nome social é maior conquista para transexuais e travestis. (on line). Acesso em 5 nov 2018. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/04/201cnome-social-e-maior-conquista-para-as-transexuais-e-travestis201d-diz-lideranca-transexual>
16. Benevides, B. Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017. Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA). [acesso em: 6 nov 2018]. Disponível em: <https://antrabrasil.org/mapadosassassinatos/>
17. Piscitelli AG. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Socied. Cult.* 2008; 11(2):263-274.
18. Davis, Angela. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo, 2016.
19. Crenshaw K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. Cruzamento: raça e gênero. Brasília: Unifem; 2004.
20. Gonzales L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Rev. Ciênc. Soc. Hoje.* 1984:223-244.
21. Gomes NL. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: Brasil. Educação antirracista: caminhos abertos pela Lei federal nº 10.639/03. Brasília: MEC, Secretaria de educação continuada e alfabetização e diversidade; 2005. P.39-62.
22. Colins PH. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. *Soc. estado.[online]*. 2016; 31(1):99-127.
23. Pereira PPG. Queer nos trópicos. *Contemporânea - Rev. Sociol. UFSCar.* 2012; 2(2):371-394. [acesso em: 05 mai 2017]. Disponível em: <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/340/146>.
24. Pereira PPG. Queer decolonial: quando as teorias viajam. *Contemporânea - Rev. Sociol. UFSCar.* 2015; 5(2):411-437. [acesso em: 05 mai 2017]. Disponível em: <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/340/146>.
25. Kraiczky J. A bioética e a prevenção da aids para travestis. (Dissertação). Catedra UNESCO de Bioética. Universidade de Brasília. Brasília; 2014.
26. Brasil. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humano. Secretaria Especial de Direitos Humanos. 2º Relatório sobre a violência homofóbica: ano 2013. Brasília; 2016.
27. Moore C. A Humanidade contra si mesma para uma nova interpretação epistemológica do racismo e de seu papel estruturante na história do mundo contemporâneo. In: II Fórum Internacional Afro-colombiano”. Bogotá, 18 de Maio de 2011.
28. Guimarães ASA. Como trabalhar com ‘raça’ em sociologia”. *Educação e Pesquisa (USP)*. 2003; 29(1):p.93-108.
29. Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: Anais do Seminário Nacional Relações Raciais e Educação - PENESB. Rio de Janeiro; 2003.
30. Freyre G. Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: Record; 1997.
31. Rodovalho AM. O cis pelo trans. *Rev. Estud. Fem. Florianópolis.* 2017; 25(1):365-373. [acesso em: 25 set 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2017000100365&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2017000100365&lng=en&nrm=iso).

# Da invisibilidade ao reconhecimento: experiência de roda de conversa e validação da bissexualidade em São Paulo

*From invisibility to recognition: experience of conversation and validation of bisexuality in São Paulo*

Cintha Giselle Coutinho Oliveira dos Santos<sup>I</sup>, Natasha Avital<sup>II</sup>, Santiago de Paiva Bernardes<sup>III</sup>,  
Wesley Torres Rodrigues Ferreira<sup>IV</sup>

## Resumo

O presente artigo trata sobre a realização da “Roda de Validação de Experiências Bissexuais” realizada em São Paulo durante oito meses, que se utilizou de técnicas de crochê como pano de fundo para facilitação dos encontros. A roda de conversa surgiu com o intuito de levantar uma maior discussão sobre as vivências, demandas, aspectos positivos e negativos das experiências relatadas, além de proporcionar união e fortalecimento da população presente em um espaço onde se sentissem acolhidos e confortáveis para expor livremente aspectos individuais, entendidos como vivência de cada participante, porém buscando compreender se há e quais são as questões sociais por trás destes momentos.

**Palavras-chave:** Bissexualidade; Validação; Roda de conversa.

## Abstract

This article discuss the “Circle of Validation of Bisexual Experiences”, that happened in São Paulo during eight months, and used crochet as a facilitator. The purpose of the activity was to initiate discussion of the lived experiences, needs, positive and negative aspects of participant’s experiences, besides allowing union and strengthening of this population, in a place where they felt welcomed and comfortable to freely expose individual aspects, seen as the experience of each participant, but seeking to understand if there are and what are the social issues behind these moments.

**Keywords:** Bisexuality; Validation; Conversation circle.

## Introdução

Utilizaremos o conceito de “monodissidência” – termo que surgiu dentro do ativismo bissexual para definir as orientações que se atraem por mais de um gênero<sup>1</sup> – para citar a “pan”<sup>V</sup>, “poli”<sup>VI</sup>, bissexualidade e outras

identidades não monossexuais em um único termo, facilitando assim, a apresentação deste artigo. Para os sujeitos que se identificam com cada uma destas sexualidades, entende-se que a bissexualidade é a atração pelo seu próprio gênero e outros gêneros, enquanto que a pansexualidade é a atração por pessoas independentemente de seu sexo ou identidade de gênero e a polisexualidade é a atração por múltiplos gêneros. O que há em comum entre estas três orientações é que o sexo e a identidade de gênero podem, ou não, ser um fator que discrimine o relacionamento com outras pessoas<sup>2</sup>.

Por terem a característica de não se atrair por apenas um gênero, os monodissidentes frequentemente sofrem preconceito por pessoas tanto homo, quanto heterossexuais. De modo geral, indivíduos monossexuais enxergam os pan,

<sup>I</sup> Cintha Giselle Coutinho Oliveira dos Santos (psi.cinthyasantos@gmail.com) é bacharel em Psicologia pela

<sup>II</sup> Natasha Avital (jefreyidel@hotmail.com) é bacharel em Direito pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), Técnica Administrativa na Procuradoria da República em Santos e moderadora do coletivo Bi-Sides.

<sup>III</sup> Santiago de Paiva Bernardes (santiagodepaiva@gmail.com) é bacharel em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), Psicólogo do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de Campinas e moderador do coletivo Bi-Sides.

<sup>IV</sup> Wesley Torres Rodrigues Ferreira (wesleytorresr@hotmail.com) é bacharel em Psicologia pela Universidade Paulista (UNIP), Psicoterapeuta em São Paulo e integrante do coletivo Bi-Sides.

<sup>V</sup> Pansexualidade é a atração afetiva e/ou sexual por todos os gêneros.

<sup>VI</sup> Polissexualidade é a atração afetiva e/ou sexual por vários gêneros e não tem relação com o termo “poliamor”, que é a relação amorosa de duas ou mais pessoas simultaneamente.

poli e bissexuais como pessoas em transição de uma sexualidade para outra, ou como em busca de aceitação social em função da atração por pessoas do sexo oposto.

Este preconceito que bissexuais sofrem é denominado “bifobia”. De acordo com Oliveira, Machado e Neves<sup>3</sup>, a bifobia, assim como a lesbofobia e a homofobia, é um conjunto de sentimentos negativos e medos irracionais que se tornam nítidos por manifestar desprezo, incômodo, antipatia, e outras atitudes discriminatórias e hostis. Especificamente falando sobre a bifobia, esta se apresenta também na forma de estereótipos e julgamentos que consideram o indivíduo que se identifica bi como promíscuo, portador/vetor de IST (infecções sexualmente transmissíveis), indeciso e infiel. É comum que pessoas evitem relacionamentos com os bissexuais por achar que serão traídos com pessoas do sexo oposto ou do mesmo sexo<sup>3</sup>.

Por conta do preconceito vivido, indivíduos monodissidentes sofrem constantemente o apagamento de suas experiências, sendo diminuídos ou excluídos, mesmo dentro da comunidade lésbica, gay, bissexual, trans, queer e outras sexualidades (LGBTQ+). Nela, existe uma prática homonormativa em que os indivíduos que expressam desejo sexual por pessoas do gênero oposto sofrem exclusão, o que acaba reforçando a monossexualidade em detrimento da monodissidência dentro da comunidade<sup>4</sup>. Por exemplo, até certo tempo, a sigla para representar pessoas não heterossexuais era “GLS” (gays, lésbicas e simpatizantes), sendo só depois incluída a bissexualidade como uma sexualidade específica e não como um meio-termo.

Conforme apontado por Machado, Alves e Dickson<sup>5</sup>, um dos aspectos da invisibilidade bissexual está relacionado a alguns papéis de gênero. Por exemplo, os homens bissexuais são considerados gays que não se assumiram para fugir

do papel de afeminado apoiando-se no fato de que não é necessário se assumir heterossexual em um contexto heteronormativo<sup>5</sup>. Já as mulheres bissexuais têm a sua sexualidade fetichizada até mesmo em estudos científicos, como os resultados da pesquisa publicada por Rieger e colegas<sup>6</sup>, que apontou que todas as mulheres são bissexuais, apontando o tom machista da discussão deste, uma vez que o corpo feminino se torna alvo de fantasias como o *ménage à trois* (relação sexual a três), em que se idealiza principalmente o homem como dominador de duas mulheres submissas.

Também será explorada como a exclusão e a invisibilidade dessa população bissexual se dá, não somente do ponto de vista do senso comum, mas também com profissionais. Nos atendimentos em Psicologia e Psiquiatria, por exemplo, a bissexualidade ainda é muito confundida com bipolaridade, transtorno *borderline* e outros diagnósticos relacionados a um senso instável de identidade e comportamento sexual de risco.

Partindo desses pressupostos, este artigo visa elucidar de forma prática as contribuições da “roda de validação de experiência para pessoas bissexuais”, cujo intuito de criação constitui-se em lutar contra a invisibilidade através da legitimação desta sexualidade como uma orientação válida e existente, trocar experiências de apagamento a fim de reconhecer quando estas ocorrem, criar vínculos de apoio entre os participantes, amenizar sofrimentos relacionados à própria sexualidade e trazer temas pouco discutidos dentro e fora da comunidade LGBTQ+.

#### **Método-Proposta**

A Roda de Conversa e Validação das Experiências Bissexuais foi proposta por integrantes do coletivo Bi-sides e surgiu com a necessidade de reconhecimento e validação das orientações

sexuais monodissidentes, para que os participantes pudessem compreender sua própria orientação como válida frente ao contexto social de apagamento e exclusão em que comumente está inserida.

Os encontros desta roda foram realizados quinzenalmente entre os meses de novembro de 2017 e junho de 2018, no Centro Cultural de São Paulo, das 14:00 às 17:30 horas. A divulgação dos encontros era feita por eventos em redes sociais como o *Facebook*, através do site do coletivo Bi-Sides e por indicação de amigos. Para facilitar o reconhecimento do grupo, deixava-se uma bandeira bissexual no centro da roda. Apesar de ser chamada de “roda de validação das experiências bissexuais”, a roda era aberta para qualquer pessoa monodissidente – ou seja, que se difere da orientação voltada a apenas um gênero, caso da homo e heterossexualidade.

A roda de conversa não precisava de inscrição, nem de sinalização prévia dos participantes, funcionando de “portas-abertas”, de modo que qualquer pessoa que se interessasse pudesse participar, porém sendo ressaltado que o espaço seria de troca e validação de experiências para pessoas monodissidentes, de modo que essas se sentissem acolhidas e representadas, além de livres para expressar suas vivências sem julgamentos morais ou preconceitos.

A princípio, a proposta foi que a roda de validação fosse fechada com participação exclusiva de pessoas monodissidentes que não pudessem pagar por um acompanhamento terapêutico ou espaços semelhantes, porém no decorrer, decidiu-se que funcionaria em esquema aberto. Portanto, em alguns momentos houve a participação de pessoas monossexuais que começaram a participar e se sentiram confortáveis nos encontros por enxergar ali um momento de troca, sem apresentar comportamentos que pudessem interferir de modo negativo no objetivo

dos encontros. Isso tornou o espaço acolhedor também para os que buscavam entender mais acerca do assunto e expressar a sua experiência enquanto monossexual em proximidade com as vivências monodissidentes.

Devido a esse tipo de funcionamento mais liberal, a roda de validação não contava com um número fixo de participantes por encontro. Embora não houvesse nenhuma restrição etária. Os participantes vinham de todas as regiões de São Paulo, inclusive alguns da região metropolitana ou cidades do interior, como Campinas, entre outras.

O crochê foi utilizado como “pano de fundo” para a troca de experiências, sendo que este não era um recurso obrigatório para a participação na roda. Quem não conhecesse a técnica poderia aprender a fazer com o material disponibilizado (lã e agulhas), caso tivesse interesse. Em alguns momentos, o crochê serviu como analogia para as vivências ou como mecanismo para aliviar a tensão de alguns debates. Com o decorrer das rodas, os participantes começavam a trazer suas próprias técnicas, como desenho, criação de pulseiras, brincos e outras peças, tornando as atividades no grupo mais diversificadas.

Nenhum dos participantes era obrigado a expor suas vivências, visto que o pressuposto é que cada pessoa tem uma relação diferente com as suas experiências e abordar certos assuntos pode gerar sofrimentos. Dessa forma, quando as pessoas sentiam-se confortáveis para falar e “se abrir” acerca de determinado tema, lhes era dado espaço para a discussão do tópico, além da possibilidade de realizar, junto com o grupo, correlações com os prováveis motivos da ocorrência de tal situação, permitindo que fossem levantados eventos semelhantes convvidos por outros integrantes que serviriam de contraponto ou não para esclarecer e evidenciar detalhes e definir a similaridade de vivências e situações às quais os bissexuais são expostos.

O grupo tinha total liberdade para propor assuntos a serem debatidos, porém, quando a proposta temática não surgia espontaneamente nos participantes, os mediadores dos encontros facilitavam a conversa propondo alguns temas.

Em um grupo como esse, o mediador tem a preocupação de se ater a tais detalhes para poder unir as semelhanças e diferenças do que foi relatado e, de forma elucidativa e por vezes didática, evidenciar se tais eventos podem ser desencadeados por um mesmo sintoma indicativo (como a bifobia, a sobrecarga das expectativas dos pais sobre os filhos, a relação entre machismo e a LGB-TQfobia, entre outros). Além disso, verifica a possibilidade de exemplificar sobre qual tema o assunto pautado se refere, nos diferentes contextos (relacionamentos amorosos, trabalho, estudos, família, etc.) para esclarecer formas de lidar com cada um desses contextos, em dadas situações e como cada um dos participantes da roda de conversa podem lidar com a mesma situação evidenciando que não existe uma maneira certa de agir e reagir, mas sim diversas maneiras, sendo todos caminhos possíveis que podem estar de acordo com a necessidade e a vontade do indivíduo.

É necessário ressaltar que, no início da formação das rodas, é comum as pessoas não estarem dispostas a se expressar, principalmente por não conhecerem o ambiente e não saberem o que poderá ser bem visto ou não em tal espaço. Por este motivo, os mediadores buscam sempre trazer informações e vivências para impulsionar o restante dos participantes a pensar em experiências pessoais, a respeitar as opiniões alheias e/ou adversas e, em caso de discordância, expor com o cuidado de como o outro iria receber tal opinião, de forma que o espaço não se torne tóxico, além de possibilitar que as pessoas presentes pratiquem o acolhimento.

A roda foi uma iniciativa de baixo custo com mediação voluntária e de funcionamento simples,

sem necessidade de inscrição, preenchimento de formulários ou burocracia e sem o uso de uma linha teórica específica – visto que contou com mais de um mediador – explicitando que técnicas de manejo de grupo comuns podem ser aplicadas sem grandes dificuldades, independente das concepções teóricas de seus organizadores, sendo portanto um projeto de fácil aplicação, reprodução e continuidade.

### Descrição

A Roda de Conversa e Validação das Experiências Bissexuais teve uma alcance notável, com momentos de participação de 6 pessoas, outros de 30 integrantes, numa média de 12 participantes por encontro, com idades de 20 a 40 anos – demonstrando o interesse de participantes devido provavelmente à pouca existência de espaços que contam com a presença de profissionais capacitados para falar de bissexualidade e monodissidência e a manejar as discussões de modo que os preconceitos interiorizados e os eventos vividos de discriminação frente a essas práticas fossem debatidos de maneira saudável, questionando a forma como essa discriminação ocorreu e foi constituída.

No decorrer dos encontros foi possível constatar que a quantidade de assuntos abordados foi crescendo gradualmente, devido à sensação de conforto e acolhimento desenvolvido pelos integrantes, devido à continuidade de participações. A cada encontro foram debatidos diversos temas, muitas vezes pautados pelos próprios participantes que traziam suas de vivências pessoais, que, com o tempo, se sentiam impulsionados a refletir criticamente acerca de novas experiências vividas e relatadas.

O crochê enquanto facilitador de troca de experiências esteve disponível para os participantes, a quem quisesse fazer ou aprender. Mesmo

não sendo o enfoque dos encontros, notou-se que algumas pessoas tinham maior interesse em aprender e praticar essa arte, ao ponto de trazer materiais já feitos para serem apresentados na roda de conversa aos demais.

Os assuntos da roda de conversa sempre giraram em torno da bissexualidade e monodissidência, permeando também temas como formas de relacionamento e amor, papéis de gênero, identidades de gênero, relações familiares, trabalho e representações sociais. Na maioria das vezes, foi marcante o relato da dificuldade de lidar com preconceitos e discriminações frente a outros contextos, estando nítidos como tais conflitos são geradores de angústias.

Observou-se que em alguns momentos, quando alguém relatava uma situação conflituosa vivida, os demais participantes que haviam passado por situações semelhantes, sugeriam ao grupo maneiras de como enfrentar tais situações. Isso proporcionava que, no final das discussões, todos pensassem em conjunto sobre as formas de encarar a adversidade citada, visando a mudar a situação.

As diversas maneiras de ação e reação frente às experiências discriminatórias foram abordadas, proporcionando momentos de maior racionalidade e reflexão para lidar melhor com a situação e escolher a melhor atitude a ser tomada, evitando ações baseadas apenas em reações emocionais que podem ter consequências mais sérias para quem está sendo discriminado – principalmente quando a discriminação advém de alguém muito próximo – uma vez que a vítima tende a, muitas das vezes, entender o ato como um ataque pessoal e não como uma questão social. Assim, o grupo pôde proporcionar várias reflexões acerca de diversos preconceitos instaurados na sociedade, facilitando que a vivência desses eventos fosse vivida maior preparo; além de proporcionar às pessoas que não viveram tais

situações, pudessem se preparar para lidar com ocasiões semelhantes.

### Discussão

Por normalmente não serem aceitos e entendidos como uma sexualidade diferente da homo e heterossexualidade, os monodissidentes convivem com uma presença muito forte do sentimento de solidão, o que se acentua por não terem referência de encontros e grupos nos quais possam se comunicar com pessoas que têm experiências semelhantes e que permitam a troca de vivências. As questões são vividas de forma individual, quando na realidade são ocorrências comumente enfrentadas por pessoas bi, pan e polisssexuais, dentre outras identidades.

Frente a um contexto hostil de discriminação, negação e exclusão dentro e fora da comunidade LGBTQ+, o acolhimento e a empatia se mostraram ser recursos fundamentais para a manutenção dos encontros. O ambiente descontraído com respeito e cuidado com o próximo se fez nítido em nível tanto individual quanto coletivo, como por exemplo, a atenção em acolher a identidade de gênero e o nome social dos integrantes – os quais em diversos espaços são desrespeitados. Esse acolhimento foi de fundamental importância para que os participantes se sentissem motivados a irem aos encontros seguintes.

A relação dialógica estabelecida no grupo pelos mediadores pode ser compreendida a partir da teoria da Gestalt<sup>7</sup>, que pontua que a relação estabelecida nesses grupos pode ser descrita por várias características, mas principalmente por: (1) presença; (2) confirmação; (3) inclusão; e (4) disposição para a comunicação aberta. A Gestalt aponta que a presença está representada pela postura disposta por parte do terapeuta, do cliente (no caso, o participante) e do relacionamento, sem fingir interesses. A confirmação é entendida

pela postura de aceitação incondicional do outro, de que o outro é amado e valorizado independentemente de concordar ou não com seus posicionamentos. Já a inclusão é entendida como a postura de comunicar a empatia ao cliente, de forma que seja possível validar sua experiência. Por fim, a disposição para a comunicação aberta, significa propiciar um ambiente em que o outro se sinta livre para dividir sua experiência<sup>7</sup>.

Na roda, mesmo se tratando de um conceito bastante utilizado na clínica psicológica individual, foi possível estabelecer uma relação dialógica com os participantes da roda de conversa. Essa atitude permitiu que fosse possível sentir, experimentar e perceber o outro como uma pessoa e não como algo. À medida em que os facilitadores adotaram essa forma de contato com o outro, notou-se que os demais participantes também procuraram uma postura mais genuína e franca de estar na presença dos demais. Assim, com o ambiente acolhedor e uma postura não discriminatória, foram debatidos diversos assuntos relacionados à monodissidência; muitos deles pautados em preconceitos do qual foram alvo e situações-problema vividas pelos participantes que lhes atingiram negativamente, causando dúvida, constrangimento, mal-estar e sofrimento. Essas vivências puderam nortear o tipo de discussão que seria plausível nos encontros seguintes, envolvendo a prevenção e formas de lidar com novas experiências desagradáveis, embora as consequências psicológicas causadas pelo sofrimento vivido ainda tivessem deixado suas marcas. Por esse motivo, os integrantes do grupo sempre buscavam trazer mais situações para o debate, evidenciando a necessidade que tinham de falar sobre o assunto.

A experiência da roda de conversa mostrou que as pessoas monodissidentes enfrentam uma quantidade específica e significativa de preconceitos e estereótipos negativos ligados à sua

identidade. Isso se agrava porque também no meio acadêmico e científico há reflexos dessa visão distorcida sobre essa população e que não tem acompanhado a demanda de saúde psicossocial de que os monodissidentes precisam. Segundo Teixeira-Filho e Rondini<sup>8</sup>, os adolescentes bissexuais apresentam maior índice de ideação e tentativas de suicídio em comparação com os monossexuais. Isso ocorre porque as pessoas bissexuais são constantemente incompreendidas devido a uma cultura sexual binária, que faz com que aqueles que se atraem por dois ou mais gêneros sejam lidos como “confusos”, “indecisos” ou “imatuross”<sup>8</sup>.

Machado e colegas<sup>5</sup> (p.3), ao falar sobre a bissexualidade e a necessidade de se assumir ou identificar-se como bissexual, destaca que, diante a tanta confusão e estereotipação existente, por mais que haja o ideal da não-rotulação – uma vez que as pessoas de fato, não precisam da autoafirmação o tempo inteiro –, o bissexual sempre necessita de explicação e definição, justamente pelo fato de esse indivíduo não ser identificado ou compreendido. Nesse sentido, essa “necessidade” de dizer, já surge como um ato político e de resistência para amenizar a invisibilidade existente<sup>5</sup>.

Maria Leão de Aquino Silveira<sup>1</sup>, com outra perspectiva quanto ao ato de se assumir como bissexual pontua que, diferentemente dos homossexuais onde o ato de “sair do armário” significa formar laços comunitários com redução de sofrimento e estresse, a pessoa bissexual sofre pressão quando se assume por supostamente ter que “se decidir” quanto à própria sexualidade e ser cobrada a repensar o termo com o qual se identifica. Isso faz com que seu sofrimento não diminua<sup>7</sup>.

Carreiras<sup>9</sup>, em um estudo sobre autoestima e nível de homofobia internalizada, realizado em Portugal com 89 participantes da comunidade

LGBT, incluindo 32 bissexuais, mostrou que os indivíduos que se identificavam como bissexuais apresentavam níveis significativamente inferiores de autoestima em comparação aos homens e às mulheres homossexuais. A baixa autoestima estaria relacionada com a dificuldade das pessoas bissexuais se assumirem e também por possuírem maior índice de preconceito internalizado, o que causaria maior tendência aos distúrbios psicossociais<sup>9</sup>.

Conforme esses autores, é percebida a grande necessidade de apoio profissional, de qualidade para o atendimento das demandas comuns e específicas da população bissexual. Porém, contraditoriamente, muitas das vezes essa encontra mais discriminação dentro dos consultórios e instituições de saúde. Em estudo realizado nos Estados Unidos com terapeutas, Firestein<sup>10</sup> demonstrou que 16,7% dos entrevistados considerava a bissexualidade como sintoma de doença mental, 7,0% haviam atuado tentando converter pacientes bissexuais a tornar-se heterossexuais e 4,0% haviam tentado converter pacientes bissexuais à exclusiva homossexualidade. Também estudo realizado no Reino Unido por Mohr, Israel e Sedlacek<sup>11</sup>, demonstrou que terapeutas que estavam em treinamento tinham uma visão estereotipada da bissexualidade, atribuindo a pacientes com essa condição problemas clínicos, independentemente de suas crenças com relação a gays e lésbicas, e atribuíam mais problemas clínicos a clientes fictícios com histórico de relacionamento que envolvia um homem e uma mulher, em comparação com aos clientes fictícios com histórico de relacionamento com apenas um gênero, apontando o grande estereótipo na abordagem da bissexualidade.

É preciso destacar que, no Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) não deixa claro à inclusão da bissexualidade e de outras orientações não monossexuais nas resoluções que

orientam o trabalho dos psicólogos. Na Resolução nº 1 de 1999, que estabelece como esse profissional deve atuar com relação à orientação sexual, nenhum dos seis artigos mencionam termos relacionados à monodissidência e/ou bissexualidade, sendo utilizado principalmente termos associados à homossexualidade, com destaque ao artigo 4º que menciona<sup>12</sup>:

*“Os psicólogos não se pronunciarão, nem participarão de pronunciamentos públicos, nos meios de comunicação de massa, de modo a reforçar os preconceitos sociais existentes em relação aos homossexuais como portadores de qualquer desordem psíquica” (artigo 4º).*

Portanto, na área de Psicologia, as resoluções são contundentes no que diz respeito ao impedimento dos psicólogos agirem de maneira homofóbica. Porém, ainda há uma permissividade, mesmo que indireta, à prática da bifobia. Por esse motivo, ainda existem casos onde o terapeuta busca uma decisão do atendido acerca de sua sexualidade, considerando apenas a homo e a heterossexualidade como alternativa e invisibilizando totalmente as identidades monodissidentes como aponta Leão de Aquino Silveira<sup>1</sup>:

*“Em um mundo onde a heterossexualidade e a homossexualidade representam polaridades opostas, vivências que navegam entre esses pólos e não se fixam em nenhum deles são vistas como agentes de contaminação” (p. 38).*

A bissexualidade, assim, ainda é vista por vários profissionais da saúde como um transtorno ou desordem, como a bipolaridade, transtorno *borderline* entre outros diagnósticos relacionados a um senso instável de identidade e de comportamento sexual de risco, onde se patologiza e discrimina pessoas que estão em busca de

tratamento justamente por conta do sofrimento causado pelo preconceito.

Também há uma forte associação da promiscuidade com as identidades monodissidentes, havendo a preocupação quanto à possibilidade dos bissexuais serem entendidos como vetores de algum vírus, como, por exemplo, o HIV. Como mencionado por Seffner<sup>13</sup>, para as mulheres bissexuais e lésbicas, a aids é uma sombra difusa e de certa forma distante, que aparece de modo pontual e que é evocada como parte dos “perigos” do contato sexual direto ou indireto com homens. Já para os homens bissexuais e gays, a aids é uma associação naturalizada, vista como quase que imanente às suas práticas sexuais, sendo uma realidade que vitima diversos membros de suas comunidades<sup>13</sup>. Isso explicita a noção antiquada e ainda persistente em nossa sociedade, de que há uma “ponte bissexual para as infecções sexualmente transmissíveis (IST)” enfatizando que as pessoas bissexuais exercem papéis de “vetores” dos vírus, associando comportamentos de promiscuidade e imprudência sexual aos monodissidentes. Tais generalizações criam e reforçam situações carregadas de preconceitos também dentro da comunidade LGBTQ+, dificultando a socialização e os relacionamentos, principalmente de homens bi, mas também de mulheres bi que se veem responsabilizadas pelas relações com estes homens.

### Considerações finais

A Roda de Conversa e Validação das Experiências Bissexuais foi uma proposta de baixo custo com mediação profissional voluntária que possibilitou a construção de conhecimento juntamente com as pessoas que seriam contempladas por estes saberes. Apesar de usar o termo “bissexual”, a roda foi constituída de forma aberta para todas as pessoas monodissidentes

e monossexuais que vissem os encontros como uma possibilidade de troca de experiências.

A característica de uma roda aberta em que todos pudessem dividir suas experiências e serem acolhidos de forma empática possibilitou que muitos dos participantes se sentissem confortáveis para dividir suas vivências, mesmo para falar de temas considerados mais dolorosos, como o preconceito, a exclusão e a invisibilidade de sua orientação sexual. Dessa forma, se constituiu como uma técnica que facilitou para que muitos dos participantes pudessem perceber sua capacidade de lidar melhor com essas dificuldades.

É evidente que as populações com necessidades específicas demandam dos profissionais de saúde um conhecimento maior acerca de suas vivências, para que esses possam estar incluídos em completude com a prática profissional, ou seja, no encontro com um paciente não monossexual. Quando o profissional expressa questões intrínsecas à nossa sociedade, como papéis rígidos de gênero e uma cultura sexual exclusivamente binária, de forma preconceituosa, pode impossibilitar que pessoas com vivências monodissidentes consigam estabelecer um vínculo adequado para o andamento dos processos terapêuticos, que se tornam desgastantes para o atendido, visto que muitas das vezes tais atendimentos serão geradores de confusão, dúvida e angústia.

Atualmente existem poucos estudos sobre a bissexualidade e suas especificidades, principalmente no Brasil, o que corrobora para que o tema seja pouco explorado e difundido no campo acadêmico nacional. Por este motivo, é de grande importância ressaltar a necessidade da iniciação de pesquisas voltadas para esse público possibilitando maior exploração e divulgação e fazendo com que profissionais da saúde, estudantes e pessoas monodissidentes entrem em contato com o material estudado e possam utilizar desses saberes para reforçar práticas mais saudáveis.

Ainda é possível considerar que o vasto campo de estudo acerca da sexualidade, em geral, é pouco explorado, deixando inúmeras lacunas a serem preenchidas. Porém existem situações em que os riscos podem ser minimizados no que tange a saúde pública de uma população com demandas específicas, como por exemplo, a atualização das diretrizes dos conselhos regionais e federais de Psicologia, de modo que haja uma maior proteção e respeito às pessoas com identidades monodissidentes.

A possibilidade de um ambiente aberto e seguro para troca de experiências se fez como um espaço de resistência e união entre pessoas monodissidentes, uma vez que, mesmo dentro da própria comunidade LGBTQ+, os bissexuais têm suas vivências negadas, resultando em um processo de apagamento e invisibilidade. Atividades inclusivas como essas são, portanto, reforçadoras da identidade dos sujeitos e dão contornos nítidos às várias sexualidades que são negadas e/ou entendidas como um meio-termo entre monossexuais.

#### Referências

1. Silveira MLA. Os unicórnios no fim do arco-íris: bissexualidade feminina, identidades e política no Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais. [dissertação]. Instituto de Medicina social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2018.
2. Harper AJ, Ginicola MM. Counseling bisexual/pansexual/polysexual clients. In: Ginicola MM, Smith C, Filmore JM. Affirmative counseling with LGBTQ+ people. Alexandria: American Counseling Association; 2017. p.171-182.
3. Oliveira CAN, Machado FLBS, Neves, S. Amor parental (in) condicional: estudo sobre a influência da percepção da aceitação/rejeição parental em homossexuais, lésbicas e bissexuais. *Coming-out for LGBT*. 2012; 2(2):89-97. (on line). [acesso em: 3 ago 2018]. Disponível em: [http://www.academia.edu/6472101/Amor\\_parental\\_in\\_condicional\\_Estudo\\_sobre\\_a\\_influência\\_da\\_percepção\\_da\\_aceitação\\_rejeição\\_parental\\_em\\_homossexuais\\_lésbicas\\_e\\_bi-sexuais](http://www.academia.edu/6472101/Amor_parental_in_condicional_Estudo_sobre_a_influência_da_percepção_da_aceitação_rejeição_parental_em_homossexuais_lésbicas_e_bi-sexuais)
4. Lewis ES. Eu quero meu direito como bissexual: a marginalização discursiva da diversidade sexual dentro do movimento LGBT e propostas para fomentar a sua aceitação. In: III Simpósio Nacional Discurso, Identidade e Sociedade, 2012, Campinas: Universidade Federal de Campinas (UNICAMP); 2012.
5. Machado J, Alves A, Dickson M. A invisibilidade bissexual na novela “O Outro Lado do Paraíso”. In: XVII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Norte. Vilhena: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação; 2018.
6. Rieger G, Bailey JM, Chivers ML, Savin-Williams RC. Sexual arousal and masculinity-femininity of women. *Journ. Person. Soc. Psych.* 2016; 111(2):265–283. (on line). [acesso em: 10 ago 2018]. Disponível em: <http://www.apa.org/pubs/journals/features/psp-pspp0000077.pdf>
7. Joyce P, Sills C. Técnicas em Gestalt: aconselhamento e psicoterapia. 1ª reimp. Petrópolis: Vozes; 2016.
8. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde e Sociedade*. 2012; 21:651-667. [acesso em: 3 ago 2018]. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902012000300011&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902012000300011&script=sci_arttext&tlng=en)
9. Carreiras LMC. Autoestima sexual, identidade LGB e homofobia internalizada numa população de lésbicas, gays e bissexuais. (Tese). Universidade do Algarves. Faro; 2014. [acesso em: 22 out 2018]. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/8235>
10. Firestein BA. *Becoming visible: counseling bisexuals across the lifespan*. Nova York: Columbia University Press, 2007.
11. Mohr JJ, Weiner JL, Chopp RM, Wong SJ. Effects of client bisexuality on clinical judgment: When is bias most likely to occur?. *Journal of Counseling Psychology*. 2009; 56(1):164-175. [acesso em: 6 ago 2018 ago 06]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/buy/2009-00624-007>
12. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 001/99. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Brasília: CFP; de 22 de março de 1999. [acesso em: 3 ago 2018]. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf)
13. Seffner F. Derivas da masculinidade: representação, identidade e diferença no âmbito da masculinidade bissexual [tese]. Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2003.

# AMTIGOS – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USP<sup>I</sup>: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e adultos

**AMTIGOS – Transdisciplinary Ambulatory of Gender Identity and Sexual Orientation of the IPq-HCFM/USP<sup>I</sup>: proposal of work with adolescents, children and adults**

Alexandre Saadeh<sup>II</sup>, Liliane de Oliveira Caetano<sup>III</sup>, Luciane Gonzalez<sup>IV</sup>, Beatriz Bork<sup>V</sup>,  
Desirèe Monteiro Cordeiro<sup>VI</sup>, Cassiana Léa do Espírito Santo<sup>VII</sup>, Leandro Augusto Pinto Benedito<sup>VIII</sup>,  
Matheus de Cillo Arantes<sup>IX</sup>, Zoe Barossi<sup>X</sup>, Daniel Augusto Mori Gagliotti<sup>XI</sup>, Saulo Vito Ciasca<sup>XII</sup>,  
Karine Schlüter<sup>XIII</sup>, Maíra Caricari Saavedra<sup>XIV</sup>

<sup>I</sup> Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

<sup>II</sup> Alexandre Saadeh (alexandre.saadeh@hc.fm.usp.br) é médico, Mestre e Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FM/US), psicodramatista e supervisor pela Escola Paulista de Psicodrama (EPP), Coordenador do AMTIGOS-IPq-HCFM/USP, Professor Doutor em Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FaCHS-PUC-SP) e membro da Comissão para o Estudo da Transexualidade do Conselho Federal de Medicina e da *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH).

<sup>III</sup> Liliane de Oliveira Caetano (lili.caetano@hotmail.com) é assistente social e Especialista em Políticas Públicas e Gestão de Projetos Sociais pela Faculdade Paulista de Serviço Social de São Caetano (FAPSS) e atua no AMTIGOS-IPq-HC-FM/USP, Conselheira suplente do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transvestis e Transexuais e membro da Comissão para o Estudo da Transexualidade do Conselho Federal de Medicina (CFM).

<sup>IV</sup> Luciane Gonzalez (lucianegonzalezvalle@yahoo.com.br) é psicóloga pela Universidade Paulista (UNIP), Pós-Graduada em Psicopatologia e Psicofarmacologia, Psicoterapia Cognitiva e em Socionomia pela xxxx e colaboradora voluntária do AMTIGOS e Membro da WPATH.

<sup>V</sup> Beatriz Bork (beatriz.bork@gmail.com) é psicóloga pela UNIP, Especialista em Dislexia pela Associação Brasileira de Dislexia (ABD), Especialista em Distúrbio de Aprendizagem e Estimulação Cognitiva pela Research Center – Janna Glzman, Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo, colaboradora no AMTIGOS-IPq-HCFM/USP e Membro da WPATH.

<sup>VI</sup> Desirèe Monteiro Cordeiro (desireds1@gmail.com) é psicóloga pela PUC-SP, psicodramatista pela COGEAE-PUC-SP, Mestre em Ciências pelo IPq-FM/USP, atua como voluntária pesquisadora e supervisora no AMTIGOS-IPq-HC-FM/USP e é Membro da WPATH.

<sup>VII</sup> Cassiana Léa do Espírito Santo (cassianalea@hotmail.com) é psicóloga pela Universidade Plesbiteriana Mackenzie, Pós-Graduada em Psicodrama pela PUC-SP em convênio com a Sociedade de Psicodrama de São Paulo (SOPSP), Especializada em Dependência Química pela Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo (UNIAD/UNIFESP) e com formação como Acompanhante Terapêutica pelo Instituto Sedes Sapientiae, faz parte da Diretoria Executiva da SOPSP e atua no AMTIGOS-IPq-HC-FM/USP.

<sup>VIII</sup> Leandro Augusto Pinto Benedito (leandroapbenedito@gmail.com) é médico psiquiatra pelo IPqHCFMUSP, Especialista em Psicopatologia Fenomenológica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e colaborador voluntário do AMTIGOS.

<sup>IX</sup> Matheus de Cillo Arantes (maharantes@hotmail.com) é psicólogo pela PUC-SP com Aprimoramento em Orientação de Pais e Clínica Infantil pelo Centro Paradigma – Ciências e Comportamento e atua como colaborador voluntário no AMTIGOS-IPq-HC-FM/USP.

<sup>X</sup> Zoe Barossi (zoe@barossi.net) é psicóloga pela PUC-SP, psicodramatista pelo *Hudson Valley Psychodrama Institute* e colaboradora voluntária do AMTIGOS-IPq-HC-FM/USP e Coordena o Departamento de Psicologia Pós-Operatório da clínica de feminização facial FACIALTEAM.

<sup>XI</sup> Daniel Augusto Mori Gagliotti (danimori\_medusp@yahoo.com.br) é médico psiquiatra pelo IPq-HC-FM/USP e atua no Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Universidade (GRAPAL-FM/USP) e no AMTIGOS e é membro da WPATH.

<sup>XII</sup> Saulo Vito Ciasca (svciasca@gmail.com) é médico psiquiatra pelo IPq-HC-FM/USP, com formação em Psicodrama pela Instituto Sedes Sapientiae e em Psicoterapia Psicodinâmica Breve pela Instituto Sedes Sapientiae, atua como psiquiatra, pesquisador e supervisor no AMTIGOS e é membro da WPATH.

<sup>XIII</sup> Karine Schlüter (karineschluter@gmail.com) é médica pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FM/UFRS), Especialista em Ginecologia e Obstetrícia e Videolaparoscopia pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e atua como médica voluntária e responsável pela terapia hormonal no AMTIGOS.

<sup>XIV</sup> Maíra Caricari Saavedra (mairacaricari@gmail.com) é fonoaudióloga e Especialista em Saúde Coletiva pela PUC-SP, Especialista em Sexualidade Humana pela Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH) e atua como fonoaudióloga responsável pelo atendimento dos pacientes do AMTIGOS e é membro da WPATH.

**Resumo**

O artigo traz a experiência acumulada pelo Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMTIGOS-IPq-HCFM/USP), que atualmente se volta para a atenção de crianças e adolescentes transexuais, com equipe multidisciplinar que inclui atenção familiar, psicológica e psiquiátrica, médica integral incluindo acompanhamento clínico e terapia hormonal, além orientação e realização da transexualização e a atenção ao longo período de espera da cirurgia. Apresenta como essa atenção em saúde vem contribuindo para o bem-estar e cidadania dessas pessoas e auxiliando seus familiares a integrá-los com suas necessidades específicas.

*Palavras-chave:* Saúde; Adolescência; Infância; Transexualidade.

**Abstract**

This article brings the experience accumulated by the Transdisciplinary Ambulatory of Gender Identity and Sexual Orientation from the Psychiatric Institute of the University of São Paulo's Clinics Hospital (AMTIGOS-IPq-HCFM/USP), which care is currently focused at transexual children and teenagers, with a multidisciplinary team that includes family care, psychological and psychiatric care, integrate medical care including clinic accompaniment and hormone therapy, besides orientating and realizing transexualization procedures and giving care while in the surgery wait list. The article presents how this medical care has contributed to the welfare and citizenship of these people and has helped their families to integrate them with their special necessities.

*Keywords:* Health care; Adolescence; Infancy; Transexuality.

**Introdução**

O Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMTIGOS-IPq-HCFM/USP) foi formado em 2010. Inicialmente, como havia poucos especialistas na área, grande parte da equipe foi composta por profissionais simpáticos à temática da transexualidade e identidade de gênero e que se prontificaram a desenvolver uma aproximação e o aprofundamento desse conhecimento para desenvolver o trabalho. Com o tempo, o T da sigla AMTIGOS, inicialmente designando a palavra “transtorno” – utilizada em seu surgimento – foi substituída por “transdisciplinar”. Isso se deu quando o ambulatório passou por mudanças significativas, tanto internas em relação às modificações no campo da saúde, quanto na atuação de seus profissionais, valorizando cada vez mais o trabalho em equipe e a busca por unidade comum e ampla nas ações cotidianas.

Inicialmente composta por profissionais de Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social, a equipe atualmente conta também com áreas de Ginecologia e Fonoaudiologia. A premissa de um trabalho transdisciplinar não significa que as áreas

do conhecimento se tornaram convergentes em todos os aspectos, as diferenças continuaram a ser respeitadas e valorizadas, embora haja a unidade para as ações que gera o compromisso com a saúde integral das pessoas assistidas. Ainda hoje, os profissionais do ambulatório, em sua maioria, são voluntários; isso, por um lado, favorece o desenvolvimento do trabalho, uma vez que quem atua tem interesse e disponibilidade quanto à temática e, por outro lado, evidencia a necessidade das políticas públicas em saúde investirem nessa área.

A atuação começou com o acompanhamento de adultos, mas hoje a prioridade é a dedicação às crianças e adolescentes, futuros adultos, realizando um trabalho preventivo e de validação de técnicas e orientação de encaminhamento e atenção da população trans diretamente com as crianças, mas também com seus familiares, escolas e instituições de acolhimento.

Fomos os pioneiros nesse trabalho com uma população tão jovem e, por isso, começamos a avaliar seus resultados. O que podemos dizer é que as famílias se modificaram e aceitaram seus filhos como são e não como gostariam que fossem.

Pensamos que essa já é uma mudança radical.

### Disforia de gênero na infância

A criança é um ser humano de pouca idade e sua infância é definida como um período da sua fase de crescimento que vai do nascimento até a puberdade. Na infância, o tratamento para crianças que apresentam manifestações que apontam uma divergência de gênero com relação a seu sexo biológico consiste, principalmente, na orientação e psicoterapia, que auxiliam a criança, tanto no bem-estar emocional quanto na sua percepção, ou não, da manutenção da questão de gênero, aliado ao trabalho de orientar pais e escolas.

Nenhum outro tratamento ou prescrição médica endocrinológica ocorrerá até que a criança entre na sua puberdade. Crianças de 3 a 5 anos podem transitar sua autopercepção de identidade de gênero e nosso papel é o de permitir experimentar todas as facetas da identidade com aquela que se identificam, sem forçá-las à congruência ou não ao seu sexo biológico. Muitas vezes, as crianças são imaturas, mas podem estar muito inteiradas das situações. Quando a criança começa a falar e a se expressar, demonstra a identidade de gênero com a qual se identifica de diversas maneiras e é capaz de nomeá-la. Por volta dos 6 anos, percebe que o gênero não muda de acordo com a roupa que usa.

Nesse sentido, a noção de “gênero”, identidade de gênero mais precisamente, difere da concepção de “sexo”, macho ou fêmea, que se refere às características psicológicas associadas e construídas em relação ao sexo biológico do indivíduo. Para as crianças bem pequenas, os conceitos iniciais sobre gênero são bastante flexíveis e elas experimentam todas as possibilidades com tranquilidade e liberdade. Geralmente, as crianças têm a sua identidade de gênero congruente com seu sexo biológico, mas não são todas que se identificam totalmente com as características sexuais do seu nascimento. Aquelas

que não são congruentes relatam a incompatibilidade que sentem com a genitália que nasceram: algumas meninas percebem-se diferentes e identificam-se e sentem-se como se fossem meninos; e alguns garotos concebem-se como garotas. Esse fenômeno retrata a vivência de uma criança transgênero. A “disforia de gênero” ou também denominada “incongruência de gênero” afeta, assim, crianças que se identificam como transgênero e não se identificam com as características sexuais com as quais nasceram e que, por isso, sofrem com essa contradição<sup>2</sup>. Nesse sentido, a disforia de gênero só é diagnosticada se a criança vivenciar um sofrimento profundo por causa de sua transgeneridade e essa investigação for feita e confirmada pelo profissional da saúde.

Uma criança que sofre de angústia como resultado de sua identidade de gênero, especialmente se é intimidada ou marginalizada, vivência maior risco para desenvolver quadros psiquiátricos, como transtornos de ansiedade, depressão e abuso de substâncias, entre outros. Lodi e Kotlinski Verdade<sup>3</sup>, afirmam que suas pesquisas revelaram um dado preocupante para a Saúde Pública: um aumento de três vezes a mais no número de tentativas de suicídio em crianças com disforia de gênero em relação à população que não apresenta incongruência de gênero. Embora tenhamos um quadro preocupante como esse, as crianças atendidas não sofrem nenhum tipo de intervenção cirúrgica, mas podem passar pela transição social, com o uso de roupas, de nome e pronomes que passarão a ser adotados para se referir a elas e a apresentá-las em situações sociais adequadas à sua identidade de gênero. A transgeneridade se elucidará, na maioria dos casos, até o final da adolescência<sup>2</sup>.

As crianças podem transitar entre um gênero e outro durante a infância toda, não há um tutorial para se identificar a criança transgênero. O mais sensato a se fazer é questionar, considerar

e respeitar o conteúdo do que ela relata com muita atenção; afinal, não existe ninguém mais adequado do que ela mesma para dizer quem ela é e qual é a sua identidade de gênero. Se, de fato, existir uma questão de transgeneridade, mesmo que ela transite, permanecerá ao longo dos anos de seu desenvolvimento.

Várias fases passam, mesmo que deixem marcas na construção da identidade de qualquer indivíduo. Considerando as faixas etárias, há variações, por exemplo: quando pensamos na criança de 3 a 5 anos, todos esses aspectos podem se referir a fantasias ou brincadeiras criativas. A partir dos 5 anos e com a persistência, consistência e intensidade da criança, ficará mais claro e evidente sua identidade de gênero. Quando essa característica permanecer no discurso da criança até a adolescência, precisamos ouvi-la com maior atenção e começar a supor que talvez não seja mais apenas uma fase, mas sim algo intrínseco à subjetividade daquele pré-adolescente. É importante salientar que nenhum pai ou profissional seria capaz de incentivar ou estimular a criança a se debater com essas questões. Quando se trata de identidade de gênero, não há ingerência externa para mudá-la.

Também os pais merecem atenção e acompanhamento pelo profissionais do serviço por sofrerem com a condição de seus filhos. A princípio não conseguem compreender o fenômeno e se lembram de situações vividas e de imposições feitas às crianças que lhe infringiram alto grau de dor – eram muitas vezes crianças apáticas e tristes. Referem-se a uma luta interna, fosse com suas expectativas ou com conceitos e aprendizagens arraigadas há muito tempo, que remontam suas histórias de vida. Relatam se perceberem em ebulições de sentimentos e sofrimento de acusações de familiares, da sociedade e, em alguns casos, até de seus próprios genitores. Para que haja melhor compreensão e elaboração de

tantos aspectos, realizamos encontros mensais em que acolhemos e trabalhamos juntos o processo familiar que é fundamental para que se fortaleçam e entendam o processo, para caminhar ao lado e dando amparo e suporte a seus filhos.

Ao pensarmos em crianças, os pais ou cuidadores são importantíssimos, pois são os fornecedores do afeto que elas precisam. As escolas têm também um papel fundamental na sociedade e precisam entender o que as crianças com incongruência de gênero vivem, para saber como conduzir a educação de forma a auxiliar que a sociedade seja mais compreensiva e respeite essa criança como ser humano cidadão.

#### *Adolescentes transexuais*

O período da adolescência é complexo e envolto em confusão para a grande maioria das pessoas. Isso porque, é exatamente nesse período que o nosso corpo começa a experimentar as mudanças da puberdade e a apresentar características que associamos ao sexo biológico adulto, a se experimentar e descobrir conforme a orientação sexual. O corpo se manifesta, por conta da puberdade, com as espinhas, pelos pelo corpo, seios, menstruação, aumento dos testículos e pênis, mudanças de timbre da voz, etc. É um período de grandes transformações e questionamentos que transcendem o convívio familiar e que se estendem também para outras esferas sociais, como os círculos de amizades, relacionamentos amorosos e vida escolar.

Na adolescência transexual, esse período é muito intenso. É o momento em que o corpo vai mostrar que não é do modo como a pessoa se sente, se percebe; ou seja, o desenvolvimento dos caracteres sexuais será incongruente entre o seu gênero e o seu sexo, o que gera um enorme conflito. É o momento em que

a transexualidade se revela para o social. Nesse contexto, o momento é delicado, pois o adolescente trans fica vulnerável e necessita se encontrar em outras referências: fazer parte, pertencer a um grupo de pessoas que tenham similaridades, que estejam sentindo ou passando pelas mesmas coisas na vida.

Nossa sociedade é dividida de forma binária (homens x mulheres; masculino x feminino), baseada no sexo biológico e não na identidade de gênero. Com isso, muitas das atividades sociais são divididas por sexo; a escola é um exemplo disso. E aí começam várias questões: Em qual grupo um adolescente transexual se “encaixa”? Onde ele pode se sentir fazendo parte? Se reconhecer? Qual banheiro ele pode/deve frequentar? A partir daí se instaura um grande conflito<sup>2</sup>.

Outro conflito aparece em relação ao nome, que, quando não congruente com o seu sexo, expõe essas pessoas às condições mais vexatórias, nas situações mais corriqueiras do cotidiano. Passa a haver necessidade de um nome social com o qual o adolescente deseje ser chamado de forma congruente com o gênero ao qual se percebe e não em relação ao seu sexo (nome de registro). Além disso, é preciso incluir os artigos, pronomes e terminações das palavras que derivem no feminino e/ou masculino e/ou neutro, congruentes com como o indivíduo se reconhece, quando nos dirigimos a ele, pois visam a respeitar essas pessoas nas convivências com os outros.

Outro grande estressor na vida das pessoas transexuais é o nível de aceitação social ou, como alguns adolescentes chamam, a “passabilidade”. É o quanto determinada pessoa passa despercebido(a) no gênero ao qual se sente e considera que alguém que passa como pertence ao gênero que se sente sofre menos estigma e preconceito. Já a pessoa que não tem “boa passabilidade” acaba enfrentando muitas situações

discriminatórias, preconceitos, xingamentos, brigas, etc., tanto no convívio social quanto familiar.

Esses conflitos podem ser tão grandes, que a vulnerabilidade, que a adolescência já traz por si só, fica muito maior e algumas pessoas, muitas vezes chegam a colocar em risco suas vidas por não suportar tantas questões, tanto sofrimento, que parecem não ter solução. A taxa de tentativas de suicídio nessa população e nessa faixa etária é maior que na população geral. 30 a 40% dos adolescentes transexuais tentam suicídio, enquanto na população geral de adolescentes, esse índice é de 14%<sup>2</sup>.

Ter uma escuta acolhedora e capaz de fazer com que este adolescente se compreenda, apesar de tudo e todos, é fundamental. É entender, junto com esse adolescente, que tudo precisa ser desconstruído e reconstruído inúmeras vezes, até fazer sentido para ele. Um dos objetivos desse trabalho de escuta é o de criar um ambiente em que a resiliência e a autonomia possam ser desenvolvidas, fazendo com que os adolescentes transexuais possam dar respostas diferentes a eventos diversos, gerando menos estresse.

Para os adolescentes, a psicoterapia facilita a reflexão sobre o processo de mudança físico-emocional que enfrentam e ajuda no autoconhecimento e na gestão dos conflitos, permitindo que tomem decisões pessoais e profissionais de forma mais consciente e madura. Este processo psicoterápico é necessário para o fortalecimento da psique frente às exigências que funcionam como pressão e que fazem com que esse adolescente viva sensações e emoções novas, fortes, ambivalentes em alguns momentos, sendo, às vezes, potencialmente desorganizadoras.

No AMTIGOS contamos com uma equipe transdisciplinar que, no trabalho com adolescentes, se mostra fundamental para poder recriar saberes e perspectivas sobre eles mesmos. A questão mais importante, quando falamos de

adolescentes com questões de identidade de gênero, é estar próximo deles ou delas e saber respeitar as características de cada um. O adolescente transexual, assim como qualquer outro, tem a necessidade de se sentir pertencente a algum núcleo, que pode ser o familiar, o de amigos ou o de alguma religião. Na nossa prática observamos que os adolescentes precisam se sentir fazendo parte de um grupo, de algo que não encontram em outros espaços. O reconhecimento de outras pessoas com questões similares e um psicoterapeuta com escuta apurada são fundamentais neste processo, além do apoio familiar.

### Psiquiatria e transexualidade

O cuidado clínico na realização do diagnóstico e elucidação dos diagnósticos diferenciais é uma etapa fundamental para o trabalho médico psiquiátrico, psicológico e social que se pretenda fazer, pois a busca de um instrumento objetivo de elucidação diagnóstica ainda não se mostrou frutífera.

Expressões como “disforia de gênero”, “transtorno de identidade de gênero”, “transtorno de identidade sexual”, transgênero, transexual, foram e ainda são utilizados como sinônimos, designando um conjunto de características semelhantes. O diagnóstico, nesse caso, diz respeito a uma opinião multiprofissional dentro do contexto de demandas específicas dessa população, que os levam a buscar serviços específicos de acompanhamento e assistência em Saúde.

O indivíduo transexual possui uma identidade de gênero oposta ao sexo reconhecido ao nascimento e por isso pode procurar fazer uma adequação/transição de seu sexo de nascimento para o gênero desejado (sexo-alvo) por meio de assistência médica, psicológica e social, por exemplo: tratamentos hormonais, psicoterapia, alteração de nome em registro civil e cirurgias plásticas e de transgenitalização<sup>4,5</sup>.

Hoje, em termos de critérios diagnósticos, há três referências importantes: o “Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais nº 5” (DSM-5)<sup>6</sup>, da *American Psychiatric Association*, a “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde nº 10” (CID-10)<sup>7</sup>, da Organização Mundial de Saúde, e os “Standards of Care for Gender Identity Disorders”<sup>8</sup> (7ª edição), da antiga *The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* e atual *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH). Em 2018, na CID-11 o termo “transtorno de identidade de gênero” – transexualismo (F64) da CID-10 foi substituído pelo termo “incongruência de gênero”<sup>9</sup>, sendo especificado se sua ocorrência se manifesta na infância ou adolescência/adulto. Além disso, o diagnóstico foi retirado do capítulo de transtornos mentais e incluído junto aos diagnósticos relativos à medicina sexual e de gênero.

Para os transexuais, a cirurgia de redesignação sexual ou transgenitalização é um processo que visa garantir ao indivíduo não só a harmonização entre o sexo anatômico e o gênero que se identifica, mas também a inserção na vida social<sup>10</sup>, sendo a cirurgia um dos meios de garantir uma maior compreensão social e ampliar as possibilidades para a construção do gênero ao qual se identificam. A importância da necessidade do procedimento cirúrgico vai variar de pessoa para pessoa, afinal não é para todos que ela representa o fim das dificuldades, da não aceitação social e de sofrimentos<sup>11</sup>. Os motivos que levam o sujeito a desejar a cirurgia são diversos e estão relacionados à individualidade e aos muitos contextos de vida de cada um.

O acompanhamento e assistência de transexuais inclui a avaliação de equipe multidisciplinar composta por médicos de diferentes especialidades (psiquiatras, endocrinologistas e cirurgiões), psicólogos, assistentes sociais e outras áreas da

saúde. A assistência baseia-se em um tripé que envolve: psicoterapia, tratamento hormonal e a cirurgia de redesignação sexual, obedecendo a Resolução do Conselho Federal de Medicina e a Portaria do Ministério da Saúde que institui e regulamenta o Processo Transexualizador do SUS<sup>4</sup>.

O diagnóstico psiquiátrico precoce e correto, que vise cuidado, atenção e proteção, é extremamente importante para a população transexual. Trata-se de passo essencial para o início de um bom acompanhamento médico, psicoterápico e social tendo como alvo bons resultados futuros. Sendo assim, é extremamente importante que o psiquiatra esteja atento a:

- abordagem e diminuição do sofrimento físico e psíquico;
- prevenção, diagnóstico e tratamento de possíveis morbidades clínicas e psiquiátricas, como depressão, ansiedade, ideação e planejamento suicidas, automutilações e outras;
- garantia de que os indivíduos em processo de transição ou pensando em realizá-la, recebam aconselhamento de profissional qualificado e suas implicações físicas, psicológicas e sociais, incluindo os potenciais benefícios e as potenciais limitações, riscos e complicações;
- orientação ao paciente e seus familiares ou responsáveis legais quanto a todos os riscos e benefícios dos procedimentos médicos desejados;
- encaminhamentos a especialidades e avaliações de elegibilidade para hormonioterapia e cirurgias;
- educação de familiares, empregadores e instituições sobre variações de gênero, incluindo a transexualidade;
- garantia de que documentações, incluindo documentos, relatórios e encami-

nhamentos não contenham linguagem pejorativa ou estigmatizante;

- identificação de complicadores ou vulnerabilidades sociais;
- acompanhamento durante todo o processo transexualizador.

Vale lembrar que muitos indivíduos transexuais enfrentam barreiras importantes no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde. Em estudo recente, Costa e colegas<sup>11</sup> mostraram que as pessoas transexuais ou que não se identificam com seu gênero, sofrem altas taxas de preconceito, não respeito ao nome social, atitudes vexatórias e discriminantes e, inclusive, desinformação da equipe de saúde quanto aos cuidados necessários e específicos que necessitam. Tais fatos levam os pacientes à procura por clínicas clandestinas e automedicação, com consequentes agravos à saúde física e mental, reiterando a necessidade de um acompanhamento médico sensível às questões que envolvem a saúde das pessoas transexuais.

#### **Comunicação e adequação vocal: atendimento fonoaudiológico no AMTIGOS**

O atendimento fonoaudiológico no ambulatório surgiu, num primeiro momento, da demanda das mulheres transexuais que queriam adequar a frequência da sua voz (em sua maioria grave) à sua identidade de gênero feminina, com uma voz em frequências mais agudas e suaves. Essa demanda deixou de ser apenas das mulheres transexuais em pouco tempo, pois apesar dos homens transexuais não pleitearem questões específicas com frequência, passaram a procurar intervenções para alterar a entonação e estabilização da voz.

O tratamento ao longo dos anos mostrou-se mais uma troca de experiências, mediadas por

técnicas fonoaudiológicas para suprir as questões em relação à frequência da voz. Ao compreender que a voz era grande parte dessa identidade de gênero e da expressão da mesma, a terapêutica fonoaudiológica passou a ter um olhar para o “outro” e para as nuances da articulação feminina e masculina, com o foco voltado também para os movimentos corporais ao falar e expressar-se, considerando principalmente a influência sociocultural presente na comunicação de cada um. Não há, portanto, uma padronização de adequação vocal, por isso houve um trabalho caso a caso.

Dentro do ambulatório, todo paciente pode solicitar o atendimento fonoaudiológico a qualquer momento do acompanhamento. Ele será atendido individualmente, com a prática monitorada de exercícios fonoaudiológicos e encontros semanais, ou quinzenais, conforme seu perfil de atendimento no AMTIGOS.

Com as crianças, a fonoaudiologia passou a ter um olhar diferenciado dentro do ambulatório, por entender que há, em alguns casos, sintomas na linguagem oral na infância associados às questões relacionadas à identidade de gênero. A proposta em relação a elas envolve um acompanhamento longitudinal que se tem desenvolvido de maneira pioneira.

O trabalho fonoaudiológico com a abordagem adequada e crítica quanto às questões sociais e subjetivas relacionadas à identidade de gênero e correlacionadas aos aspectos técnicos da comunicação e voz tem grande potencial para a promoção da saúde de pessoas transexuais<sup>12</sup>.

### **Terapia cruzada de hormônios sexuais e atendimento clínico para pacientes adultos**

Uma das queixas mais frequentes por parte das pessoas trans é a inacessibilidade à serviços médicos. Em 2016, Costa e colegas<sup>13</sup> identificam

necessidades e barreiras de acesso à saúde no Brasil que atingem as pessoas trans. Apesar da assistência ser universal, isso na realidade não se dá nesse segmento populacional. Segundo o estudo, mais de 62% das pessoas pesquisadas (foram 626 cidadãos brasileiros com identidade de gênero diversa) se sentiram desconfortáveis ou muito desconfortáveis ao procurar assistência de saúde<sup>13</sup>. Esse desconforto foi desencadeado por várias razões, entre as mais frequentes o não uso do nome social no atendimento, o fato de os profissionais relatarem desconhecer cuidados relativos à saúde dessa população ou, até, uso de linguagem ofensiva em relação às pessoas de gênero diverso. Foi identificado outro dado preocupante: as pessoas que vivenciaram experiências negativas ao procurar serviços de saúde tem 6 vezes mais chance de não procurá-lo novamente. Isso significa cidadãos e cidadãs brasileiros desassistidos pelo SUS.

Nos serviços referenciados pelo SUS para o processo transexualizador habitualmente, a assistência se inicia com o atendimento da equipe de saúde mental. Mas qualquer médico, seja qual for a sua especialidade, pode se deparar a qualquer momento com pacientes que apresentem diversidade de gênero. O atendimento dessa população não deve e não pode limitar-se aos centros de referência para o processo transexualizador, pois, além do fato de que tais centros atendem apenas a uma pequena parcela de pessoas com incongruência de gênero do país, a maioria das demandas, incluindo a terapia hormonal e seu acompanhamento em pacientes adultos, pode perfeitamente ser realizada nas unidades básicas de saúde.

A anamnese e o exame físico do paciente com incongruência de gênero demandam invariavelmente um tempo maior para que seja construída uma relação facilitadora do atendimento. Perguntar ao paciente como ele define sua

identidade de gênero já sinaliza que o médico está aberto a sua resposta e pronto para ouvir o que ele tem a dizer. É importante não pressupor comportamentos sexuais. Precisamos perguntar como o paciente define, nesse momento da sua vida, a sua orientação sexual e quais são as suas práticas sexuais habituais e preferências. Devem ser colhidas informações relativas a patologias pregressas (incluindo doenças psiquiátricas, tentativas de suicídio, infecções sexualmente transmissíveis), antecedentes familiares (com foco em diabetes, trombose, tromboembolia pulmonar, neoplasias e doenças cardiovasculares), tabagismo, consumo de álcool e drogas.

Além do exame físico habitual, deve ser realizada avaliação de mamas, quando presentes, e de genitais, inclusive com exame de citologia de colo de útero nos homens trans ou de neovagina em mulheres trans já submetidas à cirurgia genital.

Avaliação periódica de glicemia e hemoglobina glicada fazem parte da rotina, além de lipidograma, enzimas hepáticas, hematócrito, cálcio sérico, gonadotrofinas, esteróides sexuais e pesquisa de infecções sexualmente transmissíveis (IST), tanto na avaliação inicial, quanto no acompanhamento dos pacientes<sup>14</sup>.

Quanto aos exames de imagem, é preciso solicitar ultrassonografia pélvica para pessoas que utilizarão terapia androgênica e ultrassonografia e/ou mamografia para quem apresenta tecido mamário são necessários antes da prescrição da terapia cruzada de hormônios sexuais (TCHS)<sup>14</sup> e, depois, anualmente. A aromatização da testosterona leva à formação de estradiol que pode agir sobre os tecidos com receptores estrogênicos. Também a avaliação de densidade mineral óssea<sup>16</sup> deve seguir os parâmetros utilizados no atendimento a pessoas cisgênero.

Existem vários esquemas possíveis para a hormonização de mulheres trans adultas. No

Brasil, a droga antiandrogênica mais comumente utilizada é o acetato de ciproterona nas doses de 25 a 50 mg ao dia. Podemos utilizar também a espironolactona entre 100 e 300 mg ao dia, mas lembrando de monitorar nível sérico de potássio regularmente. Quanto aos estrógenos, o mais utilizado no nosso serviço é o valerato de estradiol, nas doses de 2 a 6 mg diariamente<sup>15,16</sup>.

Em relação à androgenização, utilizamos testosterona intramuscular. A mais prescrita no AMTIGOS é o cipionato de testosterona na dose de 150 a 200 mg intramusculara cada 2 a 3 semanas. O undecilato de testosterona 1000 mg intramuscular, a cada 3 meses, também pode ser prescrito<sup>14,15,16</sup>.

Também é muito importante ressaltar que o etinilestradiol não deve ser utilizado para terapia hormonal de pessoas trans<sup>17,18</sup>. Sua utilização está associada a um risco cardiovascular 3 vezes maior, em comparação com a terapia estrogênica com valerato de estradiol ou 17 beta estradiol<sup>19</sup>.

O acompanhamento dos pacientes submetidos à hormonioterapia deve ser trimestral no primeiro ano e a cada 6 meses a um ano, após esse período.

É importante salientar, com relação a adolescentes, que o Conselho Federal de Medicina, desde 2013, já deu parecer específico favorável da terapia hormonal para adolescentes trans e travestis<sup>20</sup>, visando à redução de agravos ao bem-estar físico e mental dessas pessoas.

#### **Grupão: grupo de adultos do AMTIGOS (espera cirúrgica)**

O Grupão teve início em 2014<sup>xv</sup>, com a função de facilitar o trabalho em psicoterapia com pacientes que já tinham cumprido todo o percurso

<sup>xv</sup> Inicialmente coordenado pelo Professor Alexandre Saadeh.

necessário, com, dois anos de acompanhamento em saúde mental envolvendo psicoterapia grupal e, se necessário, hormonioterapia, e que desejavam e só aguardavam a cirurgia transexualizadora. O encaminhamento para a cirurgia é condicionado à participação no Grupão, com o objetivo de propiciar um processo de avaliação continuada e identificação precoce da necessidade de alguma intervenção médica (psiquiátrica ou não), psicológica ou social que surja durante o tempo de espera, sendo realizado, então, o encaminhamento apropriado.

Esse dispositivo foi criado pelo AMTIGOS como um grupo de manutenção ou *follow-up*, com frequência mensal e duração de duas horas. Ele é composto por dois momentos que favorecem o cuidado de demandas de diferentes ordens: o primeiro, possui duração de uma 1:30 horas e é coordenado por quatro terapeutas, que se utilizam principalmente da abordagem Psicodramática nos atendimentos, propondo sessões com começo, meio e fim no mesmo dia, podendo ocorrer na forma do psicodrama “clássico”, sociodrama, teatro espontâneo ou outras modalidades de trabalho, respeitando-se sempre as demandas do grupo – trata-se de um espaço terapêutico que permite que esses adultos compartilhem suas variadas experiências de vida por meio da palavra, do olhar e do corpo, a depender da atividade proposta pelos facilitadores. Essas experiências podem estar ou não relacionadas a questões de gênero, afinal, sendo cis ou trans, somos todos seres humanos e enfrentamos a difícil arte de viver a cada dia –; o segundo momento tem duração mínima de 30 minutos e é coordenado por uma assistente social, com o propósito de informar sobre direitos e aspectos relacionados aos fluxos e trâmites para o acesso às cirurgias, como a transparência da lista cirúrgica, de acordo com as especialidades (ginecológica, urológica ou plástica) – esse espaço vem desencadeando

outras ações dos usuários para melhorias no processo transexualizador, como reuniões com a Defensoria Pública e Ministério Público, etc.

Atualmente o Grupão conta com cinco profissionais (sendo três psicólogos e um psiquiatra, que atuam como terapeutas, e a participação de uma assistente social) e participam cerca de 60 usuários adultos, de diferentes classes sociais e idades, a partir de 18 anos de idade. Muitos usuários vêm de longe, até mesmo de outros estados e, além de horas na estrada, por vezes enfrentam também dificuldades relacionadas ao trabalho para poderem participar desses encontros.

Essa demanda se constitui de pessoas com vidas e características distintas, que têm em comum a espera por cirurgias de redesignação sexual. Além de terem cumprido o tempo mínimo de dois anos de acompanhamento transdisciplinar, exigido pelo Ministério da Saúde antes das cirurgias, para então serem encaminhados ao Grupão, os usuários não devem apresentar contraindicações psicológicas nem psiquiátricas para tais cirurgias<sup>4</sup>. Vale lembrar que tais cirurgias são possíveis somente a partir dos 21 anos de idade. Também podem participar do Grupão, pessoas que já realizaram tais cirurgias até doze meses após as mesmas.

Transexuais e travestis ainda enfrentam um longo tempo de espera pelas cirurgias; muitos as aguardam há quase dez anos. Isso, somado à mudança de terapeutas ao longo do processo, à fila crescente, entre outros fatores, acaba gerando muita angústia, cansaço e estresse nos usuários, que não raro se apresentam resistentes à continuidade desse acompanhamento.

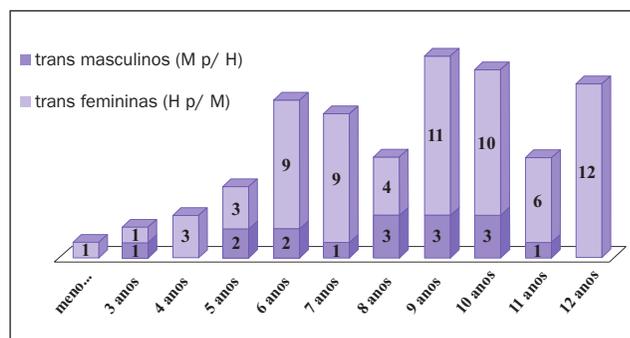
Dirigir um grupo tão grande é um trabalho desafiador, que exige conhecimento, técnica e trabalho de equipe, além de muita supervisão. Mas, maior ainda é a satisfação com essa experiência profissional e pessoal de poder proporcionar esse espaço, esse grande encontro, com o outro e com a equipe.

### Público Atendido

O AMTIGOS atendeu, até 2017, cerca de 400 pacientes; atualmente trabalha com 295, sendo 55% trans femininas e 45% trans masculinos.

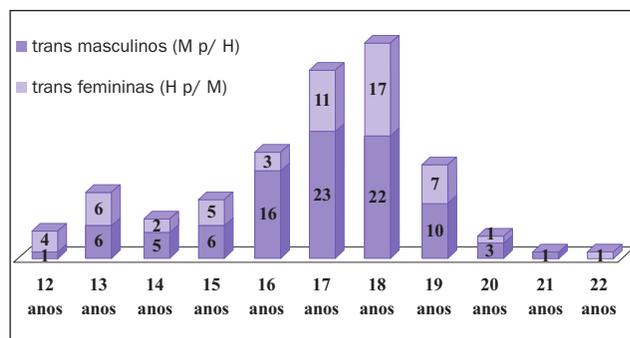
São 76 crianças, 24% trans masculinos e 76% femininas (gráfico 1):

**Gráfico 1.** Quantidade de crianças atendidas por idade.



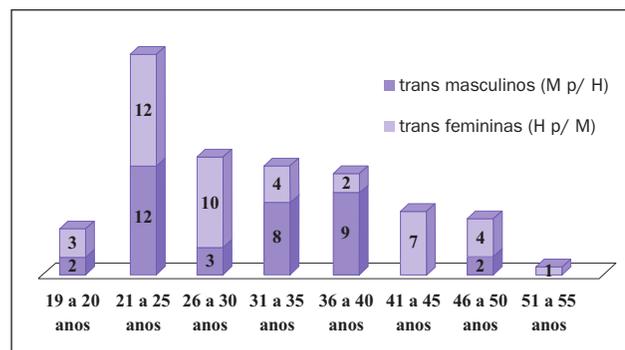
Mais 150 adolescentes, 62% trans masculinos e 38% femininas (gráfico 2):

**Gráfico 2.** Número de adolescentes atendidos por idade.



Além de 79 adultos, 32% trans masculinos e 68% femininas (gráfico 3):

**Gráfico 3.** Número de adultos atendidos por idade.



### Conclusão

O AMTIGO é o trabalho de uma vida. Começamos com a população adulta, antes de 1997, ano da publicação da primeira Resolução do Conselho Federal de Medicina sobre o assunto<sup>21</sup>. Hoje trabalhamos focados nas crianças que apresentam questões de gênero ou mesmo aquelas com o diagnóstico de incongruência de gênero.

Essa pesquisa com as crianças tem como finalidade estabelecer que elas existem de verdade (não são uma criação de mentes bizarras) e que precisam ter voz, ser escutadas e acompanhadas ao longo de sua vida. Muitas famílias já perceberam isso e são elas que confiam seus filhos ao trabalho que propomos.

Com as crianças, nossa proposta é preventiva, evitando o sofrimento e a exclusão que muitos adolescentes relatam e adultos já passaram e, seja essa exclusão social ou escolar – o famoso *bullying* – sofrimentos únicos e de uma intensidade impossíveis de serem descritos.

Com os adolescentes, o trabalho é de diminuir problemas, pois muitos já tiveram seus corpos modificados pela puberdade. Evitar a exclusão social, o *bullying* e a evasão escolar, além de promover o entendimento familiar, faz parte de nosso cotidiano com eles e elas.

Já com adultos, a proposta é reparadora. O que poderia acontecer já aconteceu, com suas graves ou não tão graves consequências.

Mas o que justifica todo esse nosso empenho é poder desenvolver com toda essa gama de pessoas o conceito mais básico de Saúde, que é o de bem-estar biopsicossocial.

Se conseguimos isso, é devido ao empenho dessa equipe maravilhosa de profissionais que formamos; que doam seu tempo, afeto e discussões ferrenhas ao acompanhamento da população com incongruência desse país que carrega a fama de ser o que mais mata transgêneros no mundo.

Sem os transgêneros, esse mudo seria menos colorido, menos brilhante, menos resiliente. Sem essa equipe, o trabalho não seria possível.

#### Referências

1. Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual. (on line). [acesso em: 26 out 2018]. Disponível em: <http://ipqhc.org.br/saude/atendimento-psi-quiatrico/ambulatorios/>
2. Toomey RB, Syvertsen AK, Shramko M. Transgender adolescente suicide behavior. *Pediatrics*. 2018; 142(4): e20174218.
3. Lodi A, Verdade KK. Transexualidade e infância: buscando um desenvolvimento saudável. I Congresso de Direitos Humanos da Criança e do Adolescente das Seccionais da OAB. Rio de Janeiro: OAB-RJ; 7 jun 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*; 19 ago 2008.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Philadelphia; 2013.
6. Zucker KJ. Reports from the DSM-5 Work Group on sexual and gender identity disorders. *Arch Sex Behav*. 2010; 39(2):217-20.
7. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
8. World Professional Association for Transgender Health. *Standards of care for gender identity disorders (7th version)*. East Dundee; 2012.
9. World Health Foundation. *Classification of diseases (ICD) 11*. Genebra: WHO; 2018.
10. Bartolucci C, Gómez-Gil E, Salamero M, Esteva I, Guilla-món A, Zubiaurre L, et al. Sexual quality of life in gender-dysphoric adults before genital sex reassignment surgery. *J Sex Med*. 2015; 12(1):180-188.
11. Bento B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
12. Dantas AB. *Relação entre a voz e a expressão de gênero: a percepção de pessoas transexuais*. (Dissertação). Universidade de Brasília. Brasília; 2017.
13. Costa AB, Rosa Filho HT, Pase PF, Fontanari AMV, Catalan RF, Mueller A. Healthcare needs of and access barriers for brazilian transgender and gender diverse people. *J Immigr Minor Health*. 2018; 20(1):115-123.
14. Kreukels BPC, Steensma TD, Vries ALC. (eds.). *Gender dysphoria and disorders of sex development*. Ed. Springer; 2014.
15. Grosse A, Grosse C, Lenggner D, Bode B, Camenisch U, Bode P. Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. *Cytopathology*. 2017; 28:184-91.
16. Unger CA. Care of transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. *Journ. Wom. Health*. 2015; 24(2):114-18.
17. Katherine LI, Elizabeth MG, Kaitlyn MC. Preventive health for transgender men and women. *Semin Reprod Med*. 2017; 35:426-33.
18. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons. *Endocrine Society Clinical Practice Guideline, Clin Endocrinol Metab*. 2017; 102(11):3869-903.
19. Asschemam H, Giltay EJ, Magens JA, Ronde WP, Van Trotsenburg MA, Gooren LJ. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*. 2011; 164:635-42.
20. Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 8. Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais. Brasília: CFM; 2013. [acesso em: 30 out 2018]. Disponível em: [link: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2013/8\\_2013.pdf](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2013/8_2013.pdf)
21. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.482. Revogada pela Resolução CFM nº 1.652/2002. Brasília: CFM; 1997. [acesso em: 29 out 1997]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm)

# Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais: desafios e realizações

## Ambulatory of Integral Health for Transvestites and Transsexuals: challenges and achievements

Maria Clara Gianna<sup>I</sup>, Ricardo Barbosa Martins<sup>II</sup>, Emi Shimma<sup>III</sup>

### Resumo

Este artigo narra a formação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais no Estado de São Paulo, primeiro serviço de atenção a este público no país. A experiência de 9 anos permitiu a atenção cotidiana a esta população, considerando suas necessidades e especificidades e promoveu a reflexão e a revisão de conceitos, condutas, fluxos e elaboração de novos protocolos e legislações voltadas a população travesti e transexual, no Brasil. Entre eles o processo transexualizador realizado pelo SUS, além do acompanhamento hormonal e a confecção de uma política de atenção a sua saúde integral e regulamentações acerca do uso do nome social destes.

**Palavras-chave:** Saúde; Saúde Pública; Saúde Preventiva; Transexualidade; Travestis.

### Abstract

This article narrates the formation of the Ambulatory of Integral Health Care for Transvestites and Transsexuals in the State of São Paulo, the first health care service to this public in the country. The 9 years experience allowed daily attention to this population, considering their necessities and specificities and promoted the reflection over and revision of concepts, conducts, fluxes and the elaboration of new protocols and legislations turned to the transvestite and transexual population, in Brazil. Among them is the transexualising process made by SUS, besides the hormonal accompaniment and the confection of a new integral health care policy and regulations over the use of their social name.

**Keywords:** Health; Public health; Preventive health; Transsexuality; Travestis.

### Introdução

O Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT DST/Aids), da Secretaria da Saúde de São Paulo, foi inaugurado em junho de 2009<sup>1</sup>. Em suas dependências, o primeiro ambulatório voltado exclusivamente à saúde da

população trans do país, o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais com ênfase no processo transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>. Ao longo de seus 9 anos de existência, este ambulatório matriculou e acompanha cerca de 2.000 usuários, sendo que 45% deles provenientes de outras cidades e estados.

É importante ressaltar que com o surgimento da epidemia de aids, a partir de 1982, um número crescente de travestis e transexuais passaram a frequentar serviços responsáveis pela assistência aos portadores do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Até então, o acesso desta população a serviços públicos de saúde no estado de São Paulo era muito aquém das necessidades e ficava restrito à situações de urgência.

Isso se ampliou porque, o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (PE DST/Aids-SP) vem

<sup>I</sup> Maria Clara Gianna (mariaclara@crt.saude.sp.gov.br) é médica pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo e Diretora do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT/Aids) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

<sup>II</sup> Ricardo Barbosa Martins (ricardo.martins@crt.saude.sp.gov.br) é psicólogo pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Mestre em Psicologia Clínica e Doutor em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP), Professor do Centro Universitário Capital (UNISP) e Diretor do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do CRT DST/HIV/Aids da SES-SP.

<sup>III</sup> Emi Shimma (emi@crt.saude.sp.gov.br) é psicóloga pela Faculdade de Ciências e Letras (UNIPAULISTANA), jornalista pelas Faculdades Integradas Alcântara Machado/ Faculdade Metropolitana Unida (FIAM-FMU), COM Aprimoramento em Luto pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), Especialista e Instrutora pelo Programa de Mindfulness para Promoção da Saúde pelo Centro Mente Aberta do Departamento de Medicina Preventiva e Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), e atua como Psicóloga Clínica e Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa no CRT DST/Aids da SES-SP.

adotando o respeito à diversidade sexual como eixo transversal na implantação de suas políticas, reconhecendo a discriminação da população LGBT e, especial, da trans feminina, como um fator de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e por outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

### **Criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais**

Em 2009, o então secretário da saúde<sup>IV</sup>, que sempre enfatizou o respeito à diversidade sexual nas políticas públicas de saúde, decidiu, com apoio das áreas técnicas da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES-SP) e, em especial, do CRT DST/Aids-SP – instituição identificada como a mais sensível e apta para incorporar esta tarefa neste momento inicial –, que as decisões da I Conferência Estadual de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transexuais (GLBT), realizada em 2008<sup>3</sup>, fossem imediatamente postas em prática, o que incluiu a criação de um serviço de saúde específico para atenção a esse grupo.

Para a criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais, a SES-SP levou em consideração a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, instituída pela Portaria nº 675, do Ministério da Saúde<sup>4</sup>, em 2006. Este documento menciona, explicitamente, o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, a todos os usuários do SUS.

Várias medidas foram adotadas antes e durante o processo de implantação do ambulatório: o estabelecimento de parcerias institucionais para garantir a ampliação do número de cirurgias de modificações corporais para adequação à identidade de gênero e a estruturação de referência para procedimentos para retirada de silicone

industrial entre as trans mulheres. Assim, o principal diferencial do ambulatório foi a inclusão da população de travestis nos procedimentos de adequação a suas identidades de gênero e o acesso aos homens trans ao processo transexualizador, identificação que nem sempre se aplica aos travestis.

O processo transexualizador, que prevê as cirurgias de transgenitalização para transexuais foi instituído e regulamentado no SUS, pela Portaria nº 1.707 de 2008<sup>5</sup> e, posteriormente complementado por meio da Resolução nº 1.955 de 2010<sup>6</sup> do Conselho Federal de Medicina, regulamenta a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplasia e procedimentos complementares. Segundo este documento, a seleção dos pacientes para a cirurgia deverá ser avaliada por equipe multidisciplinar por dois anos, fixando a idade de 21 anos como a mínima para o procedimento.

A localização do ambulatório, dentro de um serviço de HIV/aids, foi discutida com parceiros dos movimentos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTB) estadual e nacional, usuários do serviço, também com pessoas físicas, associações de transgêneros, profissionais com experiência nesta área, etc., a fim de não reforçar a discriminação já existente. A maioria se manifestou pela instalação do serviço dentro do próprio CRT DST/Aids, local conhecido por sua experiência em acolher esta população respeitando a sua diversidade.

Para regulamentar o atendimento específico a travestis, no que diz respeito à adequação à identidade de gênero, foram realizadas discussões com o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), o que culminou com a elaboração e publicação da resolução nº 208, em 2009<sup>7</sup>, que garante o respaldo ético e legal junto à comunidade médica para o atendimento dessa população. A partir desta resolução, o

<sup>IV</sup> Na época, Luiz Roberto Barradas Barata.

CRT DST/Aids-SP publicou um protocolo de cuidados à saúde integral para travestis (Portaria nº a-1, de 2010)<sup>8</sup>.

O processo transexualizador, que prevê as cirurgias de transgenitalização para transexuais foi instituído e regulamentado no SUS, pela Portaria nº 1.707 de 2008<sup>5</sup> e, posteriormente complementado por meio da Resolução nº 1.955 de 2010 do Conselho Federal de Medicina<sup>6</sup>, regulamenta a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e procedimentos complementares. Segundo este documento, a seleção dos pacientes para a cirurgia deverá ser avaliada por equipe multidisciplinar por dois anos, fixando a idade de 21 anos como a mínima para o procedimento.

A criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT), veio ao encontro de orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>9</sup> e do Ministério da Saúde<sup>10</sup>, que consideram que a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas uma questão de saúde pública, mas envolve também questões pertinentes à saúde mental e à atenção a outras vulnerabilidades que afetam esses segmentos. Entre esses direitos, uma das principais estratégias para a garantia do acesso aos serviços é o combate a homofobia e a transfobia.

### **A atenção à saúde no Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais**

O serviço do ASITT dispõe de uma equipe multiprofissional. No local, são oferecidas várias modalidades de atendimento: acolhimento, aconselhamento (adoção de medidas de autocuidado, redução de danos em relação à hormonioterapia e ao uso de silicone), avaliação e acompanhamento em várias especialidades, como: Clínica Geral, Endocrinologia, Ginecologia, proctologia,

Urologia, Saúde Mental (Psiquiatria, Serviço Social e Psicologia) – ofertadas, em especial, aos que desejam as cirurgias de redesignação sexual, ou não – além de Fonoaudiologia.

A equipe multiprofissional leva em consideração a complexidade do universo desta população, que para além do sofrimento psíquico causado pelo sentimento de inadequação entre o gênero biológico e o anatômico, sofre também com o preconceito e rejeições familiar e social<sup>11,12</sup>. Neste sentido, o acompanhamento psicológico tem sido um suporte importante para elaboração de processos internos de autoaceitação dos pacientes e necessário para sua inserção na sociedade e para a busca pelo direito de estar no mundo vivendo exatamente como é.

A totalidade de mulheres transexuais atendidas no ASITT desejam tratamento hormonal e a mudança de nome para a melhor inserção social e 90% desejam a cirurgia de redesignação sexual (retirada do pênis e construção da neovagina). Além disso, demandam a colocação de prótese de mamas, a feminilização da face, o que inclui a redução do pomo de adão. A parceria com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FM/USP) e com o Hospital Estadual Mário Covas, em Santo André, permite atender a demanda de redesignação sexual. Entre 2009 e junho de 2018, foram realizadas 43 cirurgias transgenitalização feminilizante (neovaginoplastia).

Encontram-se cadastrados no ASITT, cerca de 480 homens trans. Desde 2016, a parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Hospital Estadual Serraria, em Diadema, permite a realização de mastectomia (retirada bilateral das mamas) em homens trans. A histerectomia total (retirada do útero, dos ovários e das trompas de falópio), para interrupção da menstruação, é realizada pelo HC/FM/USP. Desde setembro de 2016, o encaminhamento dos homens

trans para cirurgias de mamoplastia está sendo realizado em 2 hospitais, o Hospital Estadual Serriaria e o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos. De 2009 a junho de 2018, foram realizadas 57 mamoplastias masculinizadoras.

A procura pela neofaloplastia (construção cirúrgica do pênis) é relativamente pequena. Os homens transexuais muitas vezes sentem-se satisfeitos com a mastectomia e a pan-histerectomia (retirada total do útero), além do tratamento hormonal. Quando desejam alguma forma de transgenitalização, preferem a metoidioplastia: procedimento cirúrgico que corta os ligamentos que prendem o clitóris ao corpo, criando um pequeno falo. Este pode ser aumentado por meio de estimulação manual e concomitante uso de hormônios<sup>13,14</sup>.

Demandas relacionadas à remoção de silicone industrial são encaminhadas para o Hospital Estadual de Diadema. Até 2018, foram realizados 81 avaliações de queixas provenientes de sua utilização no ambulatório. Isso é necessário porque o silicone industrial pode acarretar dificuldade de deambulação pelo edema causado pela sua migração para os membros inferiores, também dores devido à dificuldade circulatória decorrente da migração do produto para outras regiões do corpo, além de úlceras, infecções, nódulos e alterações significativas, tanto na coloração quanto na elasticidade da pele. É importante ressaltar que em casos mais graves, o silicone industrial pode cair na circulação e provocar embolia, como a pulmonar, com risco de morte<sup>15</sup>.

Podemos constatar nos atendimentos realizados no serviço que o apoio familiar, suporte social e a estabilidade emocional dos indivíduos são fatores de proteção e resiliência significativos no enfrentamento das adversidades e preconceitos que fazem parte da realidade dessa população. Outro fator de proteção observado é a construção e manutenção de rede social estável,

onde as pessoas possam expressar-se de forma autêntica e coerente com seus sentimentos e orientação de gênero.

### **Outros impactos do ambulatório**

Serviços de saúde a exemplo do ASITT têm, sem dúvida, papel decisivo na promoção da saúde integral desta população, no atendimento de suas necessidades adaptativas e no fortalecimento pessoal, tornando-a menos vulnerável a comportamentos de risco.

No que se refere ao Estado de São Paulo, é importante lembrar que a partir da criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT) um canal de comunicação entre a população usuária do serviço e as instituições que possuem poder e responsabilidade sobre a condução das políticas públicas de saúde foi constituído e as demandas, até então dispersas e pouco visíveis, puderam ser sistematizadas e encaminhadas para discussão e deliberação.

Nesse sentido, decisões e normatizações surgiram em decorrência deste processo: a resolução do Conselho Regional de Medicina nº 208, de 2009<sup>16</sup> (que antecedeu a Resolução nº 1.955 de 2010) e que foi fundamental para oficializar e normatizar o atendimento as populações transgêneros no ambulatório. Esta resolução consta de cinco artigos, que asseguram a esta população atendimento integral a saúde (médico, psicossocial, psiquiátrico, psicoterapêutico), além de nome social nos serviços de saúde do estado de São Paulo, independentemente do nome em registro civil; também o Decreto nº 55.588 de 2010 do governo do Estado de São Paulo<sup>17</sup>, que dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado, assegurando a população transgênero o direito à escolha do tratamento nominal nos atos e procedimentos realizados no âmbito da administração

direta e indireta do estado de São Paulo; a elaboração e publicação de um protocolo de cuidados à saúde integral para travestis (Portaria CCD/CRT nº a-1 de 2010)<sup>8</sup> propiciou respaldo para a ação profissional em saúde (principalmente no que se referia a prescrição de hormônios) e, ao longo dos anos, vem servindo de referência para profissionais nos mais diversos serviços do estado de São Paulo, bem como de outros locais do país, que desejam iniciar um atendimento dirigido a população de transexuais e travestis.

Paralelamente, a experiência concreta do trabalho da equipe multiprofissional que compõe o ASITT vem proporcionando oportunidades de aprendizado contínuo, de reflexão sistemática e de compartilhamento do conhecimento acumulado com outros serviços da rede SUS, bem como com pesquisadores vinculados a diversas universidades do país, além da troca com organizações não governamentais e associações de travestis e transexuais.

É fundamental ainda lembrar a publicação da Portaria nº 2.803 de 2013<sup>18</sup>, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. A coordenação do ASITT participou ativamente do processo de revisão da portaria anterior e a experiência acumulada no ambulatório pode servir de base para algumas das decisões que foram tomadas e que avançaram no sentido de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção dispensada, agora não mais somente aos transexuais (femininos e masculinos), mas também as travestis, nessa nova portaria.

O desafio do Estado de São Paulo passou agora a ser a ampliação e o aprimoramento da rede de atenção à saúde e a elaboração de uma linha de cuidado para transexuais e travestis. O Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais torna-se estratégico para a viabilização deste processo, ou seja, para contribuir na formação dos profissionais de novos serviços

que surgirão ou mesmo na incorporação desta população naqueles serviços já existentes.

Mais recentemente e como desdobramento das deliberações da 2ª Conferência Estadual LGBT de 2011<sup>19</sup> e em atenção ao previsto na Política Nacional de Saúde da População LGBT, implementada em 2011<sup>20</sup>, foi implantado no âmbito da SES-SP o Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo<sup>21</sup>, cujas atribuições passam por implantar a política nacional no âmbito do estado, elaborando propostas de intervenção que tenham como base o princípio da equidade e que envolvam os diversos programas de atenção em saúde, bem como os diferentes níveis de complexidade desse sistema (primário, secundário e terciário). Certamente as demandas e necessidades das travestis e transexuais merecerão atenção especial neste espaço e a experiência acumulada no ASITT serão fundamentais e estratégicas para que esta articulação técnica, que iniciou trabalhos em abril de 2014, consiga atingir seus objetivos e metas.

### Considerações finais

O pioneirismo do ASITT – que ousou assumir a responsabilidade de prestar serviço de atenção à saúde a uma população até então praticamente invisível e desassistida em suas necessidades específicas – tem possibilitado o acúmulo de conhecimentos e experiências concretas que certamente estão contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais acolhedor para pessoas com identidades de gênero diversas do estado de São Paulo. A atenção cotidiana a esta população tem nos permitindo entrar em contato com realidades e contextos de vida que requerem, a todo o momento, reflexão e revisão de conceitos, condutas, fluxos e elaboração de novos protocolos. Trata-se de um processo dinâmico e altamente motivador.

O aspecto dinâmico deve-se, em parte, à convivência cotidiana com o novo, aliado ao desafio da intervenção multidisciplinar – em que várias áreas do conhecimento se encontram e apresentam olhares diversos sobre essa população e suas demandas. O embate de ideias e a busca por consensos é um desafio constante, com enorme potencial reflexivo, transformador e gerador de novos aprendizados.

Nestes 9 anos, o ambulatório tem cumprido e avançado em sua proposta de ser um serviço de referência para a população de travestis e transexuais no estado de São Paulo. Ao mesmo tempo, tem acompanhado e protagonizado mudanças significativas na proposição de políticas públicas de atenção a esta população. Vale ressaltar, entre essas, a inclusão do direito ao uso do nome social, a revisão do processo transexualizador no SUS e o acesso ao acompanhamento hormonal através do serviço público de saúde.

Para os próximos anos, há enormes desafios a serem enfrentados, que exigirão esforços concentrados e articulados nos três níveis da gestão (federal, estadual e municipal). Ao olhar para um contexto mais amplo das políticas públicas de saúde no âmbito do estado de São Paulo, temos, de um lado, a presença do recém-criado Comitê de Saúde Integral da população LGBT e, de outro, a necessidade de operacionalizar as determinações da recente portaria ministerial que regula o processo transexualizador no SUS. Pode-se assim considerar que há canais formais estabelecidos e necessidades concretas que precisam e devem ser articulados para a continuidade deste processo.

Entre os desafios, ainda se encontra a necessidade urgente de ampliação da rede de atenção especializada, onde a experiência do ASITT deve ser considerada, não apenas enquanto modelo único a ser replicado, mas como possibilidade concreta de resposta que pode ser adequada

às diferentes realidades regionais ou municipais. Paralelamente, é preciso investir na sensibilização e instrumentalização da rede como um todo no que se refere ao direito dessas pessoas de terem acesso à uma atenção em saúde acolhedora, livre de preconceito, julgamentos morais ou práticas discriminatórias. O respeito ao nome social e sua incorporação efetiva, tanto no âmbito relacional, como nos registros internos dos equipamentos de saúde, ainda necessita ser amplamente divulgado e a estratégia para sua implantação ser urgentemente definida.

No nível terciário da atenção, o acesso às cirurgias de transgenitalização (e todos os demais procedimentos previstos na portaria que regulamenta o processo transexualizador) é ainda bastante restrito e sabidamente insuficiente para atender à demanda. A única referência cadastrada para esta função no estado de São Paulo acaba sendo sobrecarregada e insuficiente, devido à escassez de referências no país, o que nos obriga a absorver um número expressivo de pessoas vindas de outros estados e municípios. Assim, faz-se urgente buscar estratégias para ampliar essas referências em âmbito estadual e nacional e, concomitantemente, investir na formação de novos quadros qualificados para atender a toda a demanda.

#### Referências

1. São Paulo. (estado). Secretaria do Estado da Saúde. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids-SP. (on line). [acesso em: 12 nov 2018]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/>
2. São Paulo. (estado). Secretaria do Estado da Saúde. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids-SP. (on line). [acesso em: 12 nov 2018]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/assistencia/ambulatorio-de-saude-integral-para-travestis-transexuais>

3. I Conferência Estadual de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transexuais (GLBT). Relatório. São Paulo; 2008.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 675. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. Brasília; 30 mar 2006.
5. Ministério da Saúde. Portaria no 1.707. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília; 18 ago 2008.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.955. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Brasília: CFM; 12 ago 2010.
7. Conselho Regional de Medicina. Resolução nº 208. Dispõe sobre o atendimento médico integral à população de travestis, transexuais e pessoas que apresentam dificuldade de integração ou dificuldade de adequação psíquica e social em relação ao sexo biológico. São Paulo: CREMESP; 27 out 2009.
8. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria do Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Portaria nº a-1. Protocolo clínico nos ambulatórios de saúde para travestis e transexuais. São Paulo; 27 jan 2010.
9. World Health Organization. ICD-11. International Classification of diseases 11th revision, The global standard for diagnostic health information. Genebra: WHO; 2018.
10. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Editora do MS; 2013.
11. Arán M et al. Transexualidade e saúde: acúmulo consensual para propostas de saúde integral. (mimeo). 2008.
12. Benson K, Eeden-Moorefield EWB (2018) Transgender people's reflections on identity, faith, and Christian faith communities in the US. *Sexual and Relationship Therapy*. 2018; 33(4):395-420.
13. Djordjevic ML, Bizic M, Stanojevic D, Bumbasirevic M, Kojovic V, Majstorovic M, et al. Urethral lengthening in metoidioplasty (female-to-male sex reassignment surgery) by combined buccal mucosa graft and labia minora flap. *Urology*. 2009; 74(2):349-353, <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.02.036>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090429509003045>)
14. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Transexualidade e travestilidade na Saúde*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
15. Pinto TP, et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(7): e00113316.
16. Conselho Regional de Medicina. Resolução nº 208. Atendimento médico integral à população de travestis e transexuais. São Paulo: CREMESP; 2009.
17. São Paulo. Decreto nº 55.587. Institui o Conselho Estadual dos Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e dá providências correlatas. São Paulo: ALESP; 17 mar 2010.
18. Ministérios da Saúde. Portaria nº 2.803. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 19 nov 2013.
19. II Conferência Estadual de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Propostas aprovadas na plenária final. São Paulo; 2011. [acesso em 12 nov 2018]. Disponível em: <http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/ProgramasProjetos/CPDS/PROPOSTAS%20APROVADAS%20NA%20PLEN%C3%81RIA%20FINAL.pdf>
20. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da População LGBT. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
21. São Paulo. (estado). Resolução SS - 124, de 26-11-2013. Institui Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT e dá providências correlatas. *Diário Oficial*. 27 nov 2013; (223):52.

# A experiência de implantação da Política de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no município de São Paulo

*The experience of implementing the Comprehensive Health Policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transgenders (LGBT) in the city of São Paulo*

Gabriela Junqueira Calazans<sup>I</sup>, Salete Monteiro Amador<sup>II</sup>, Gláucia Renata Beretta<sup>III</sup>,  
Nelson Figueira Junior<sup>IV</sup>, Ana Lúcia Cavalcanti<sup>V</sup>

## Resumo

Este artigo compartilha a experiência de implantação da política de saúde LGBT em âmbito municipal, com ênfase na oferta de hormonioterapia para pessoas trans, por meio do caso do município de São Paulo. Buscamos caracterizar as estratégias adotadas, bem como debatemos algumas das limitações deste processo, os desafios e as perspectivas colocados para o futuro.

**Palavras-chaves:** Minorias sexuais e de gênero; LGBT; Equidade em Saúde; Orientação sexual; Identidade de gênero; Pessoas transgênero; Hormonioterapia.

## Abstract

This article shares the experience of implementing the LGBT health policy at the municipal level with emphasis on the offer of hormone therapy for transgender people, through the case of the municipality of São Paulo. We seek to characterize the strategies adopted, as well as discuss some of the limitations of this process, the challenges and perspectives for the future.

**Keywords:** Sexual and gender minorities; LGBT; Health equity; Sexual orientation; Gender identity; Transgender people; Hormone therapy.

<sup>I</sup> Gabriela Junqueira Calazans (gajuca@usp.br) é psicóloga pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e Doutora em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e foi Interlocutora de Saúde LGBT e IST/HIV/Aids na Coordenadoria Regional de Saúde Centro da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, no período de março a agosto de 2015.

<sup>II</sup> Salete Monteiro Amador (samador@prefeitura.sp.gov.br) é psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Pós-graduada em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP) e Interlocutora de Saúde Integral da População LGBT e IST/HIV/Aids na Coordenadoria Regional de Saúde Centro da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

<sup>III</sup> Gláucia Renata Beretta (grberetta@yahoo.com.br) é médica, Especialista em Endocrinologia e Metabologia, com residências de Clínica Médica no Conjunto Hospitalar do Mandaqui da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CHM/SES-SP) e no Hospital Federal da Lagoa (HFL) e de Endocrinologia Feminina, no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) e atua como médica Endocrinologista na Unidade Básica de Saúde Dr. Humberto Pascalli da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

<sup>IV</sup> Nelson Figueira Junior (nelsonfigjunior@prefeitura.sp.gov.br) é Bacharel em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Especialista em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); Especialista em Saúde Pública e assessor técnico responsável pela Política de Saúde Integral da População LGBT da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

<sup>V</sup> Ana Lúcia Cavalcanti (alucia@prefeitura.sp.gov.br) é médica pela Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco (FCM-PE), Analista Transacional pelo Instituto Gente, Pós-Graduada em Terapia Sexual pela Sociedade Brasileira em Sexualidade Humana (SBRASH), Especialista em Sexualidade Humana e Mestre e Doutora em Medicina nas áreas de Obstetria e Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP) e assessora técnica responsável pela Política de Saúde Integral da População LGBT da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

## Introdução

Desde as décadas de 1980 e 1990, o país experimenta um processo gradual de reconhecimento das iniquidades sociais relacionadas à diversidade de orientações sexuais e de identidades de gênero por meio da organização do movimento social LGBT e de sua interlocução com o Estado<sup>1,2,3,4,5</sup>. Este processo levou à instituição, em 2004, do “Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB) e de Promoção da Cidadania Homossexual Brasil sem Homofobia”<sup>6</sup>, tendo como objetivo a equiparação de direitos, o combate à violência e à discriminação homofóbicas e o respeito às especificidades de cada um desses segmentos populacionais.

Este programa compunha-se por 53 ações em onze áreas – que incluíam oito secretarias e ministérios, incluindo o Ministério da Saúde –, sendo que três destas ações dirigiam-se à promoção do direito à saúde: a) a formalização do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais do Ministério da Saúde, com vistas à estruturação de uma política nacional de saúde para essa população; b) o apoio à implementação de condições para produção e acesso ao conhecimento científico sobre saúde e outros aspectos da população GLTB; e c) o apoio aos investimentos na formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento às populações LGBT, visando garantir o acesso igualitário e o acolhimento de suas especificidades de saúde<sup>6</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é produto de iniciativa de participação popular por meio da ação dos distintos grupos integrantes do Movimento da Reforma Sanitária e funda-se nos princípios da universalidade – assegurando o direito à saúde para todos –, da integralidade – articulando medidas preventivas e curativas de

cunho individual e coletivas –, e da igualdade – com vistas a garantir equidade em saúde, com fundamento na noção de justiça social<sup>7</sup>. Na década de 2000, foram estabelecidas políticas com vistas a fomentar a equidade em saúde para grupos sociais historicamente discriminados. Foi assim que demandas populares expressas no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, da 13ª Conferência Nacional de Saúde<sup>8</sup> e no Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT<sup>9</sup> resultante da 1ª Conferência Nacional GLTB, contribuíram para a instituição, no âmbito do SUS, da “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais” (PNSI-LGBT), em 2011<sup>10,11</sup>.

Esta política tem como objetivo geral a promoção da saúde integral da população LGBT, por meio da eliminação da discriminação e do preconceito institucional com vistas a contribuir para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Segundo tal política, compete aos municípios implementar a PNSI-LGBT, por meio da identificação de necessidades de saúde da população LGBT localmente; da inclusão de tal política no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual setorial, em consonância com realidades; do estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação da gestão e do impacto da implementação desta política; da inclusão de conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, em seus distintos recortes, nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; da implantação de práticas educativas na rede de serviços do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a pessoas LGBT; e do apoio à participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos conselhos municipais de saúde, nas conferências de saúde e em todos os processos participativos articulados à gestão das políticas locais de saúde; de forma a

contribuir para a melhoria das condições de vida da população LGBT, em articulação com outros setores de políticas sociais.

Este artigo compartilha a experiência de implantação da política de saúde LGBT em âmbito municipal, por meio do caso do município de São Paulo. Buscamos caracterizar as estratégias adotadas, bem como debatemos algumas das limitações deste processo, os desafios e as perspectivas colocados para o futuro.

### **Processo de implantação de uma política de saúde LGBT no município de São Paulo**

A implantação de políticas voltadas à população LGBT no município de São Paulo se iniciou em 2005 com a criação da Coordenadoria de Assuntos de Diversidade Sexual (CADS) no âmbito da Secretaria de Participação e Parceria da Prefeitura de São Paulo (SPP-SP), que veio a ser formalizada em 2008<sup>12</sup>. Ainda em 2005, foi instituído o Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual, assegurando a articulação com os movimentos sociais<sup>13</sup>. Em abril de 2008, a Prefeitura de São Paulo realizou a I Conferência Municipal LGBT, como um dos eventos preparatórios à I Conferência Nacional LGBT, convocada pela Presidência da República e realizada entre os dias 5 e 8 de junho daquele ano. Esta conferência teve saúde e direitos humanos como tema de um de seus grupos.

Por meio da ação do Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual, foi elaborado, em 2012, um Plano Municipal de Promoção da Cidadania LGBT e Enfrentamento da Homofobia para o decênio até 2022, que não chegou ser instituído como lei municipal, embora parte de suas propostas tenham sido incorporadas no Plano de Governo de Fernando Haddad, à época candidato a prefeito do município.

Após a eleição municipal que deu vitória a este candidato, no ano de 2013, foi instituído um

Grupo de Trabalho<sup>VI</sup> (GT)<sup>15</sup> que tinha como objetivo definir diretrizes e estratégias para a implantação da PNSI-LGBT na cidade de São Paulo. Esse GT teve caráter intersetorial e articulou representantes da Secretaria Municipal da Saúde – sob o comando do Secretário-Adjunto, incluindo a Coordenação de Áreas Técnicas e Redes de Atenção à Saúde, a Coordenação da Atenção Básica, a Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids, a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas, a Escola Municipal de Saúde e a Supervisão Técnica de Saúde Sé da Coordenadoria Regional de Saúde Centro – e da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (substituta da SPP), sob o comando da Coordenação de Políticas LGBT (antiga CADS).

Com vistas a garantir as bases para a implantação desta política, em consonância com as premissas da participação popular e do controle social das políticas públicas, foram adotadas várias estratégias para assegurar a participação dos diferentes atores envolvidos. Para identificar as necessidades locais de saúde da população LGBT, o GT empreendeu análise das resoluções da 2ª Conferência Municipal LGBT – realizada em 2011 – estabelecendo suas correlações com os eixos da PNSI-LGBT. Em outubro de 2013, foi realizado o Seminário Municipal de Saúde LGBT voltado a trabalhadores, usuários e gestores da saúde, assim como aos movimentos sociais, com a proposta de apresentar uma primeira redação da política municipal e incluir reivindicações da

<sup>VI</sup> Agradecemos ao Grupo de Trabalho Atenção à Saúde Integral da População LGBT, integrado pelos representantes da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo: Iara Alves de Camargo (Coordenação das Áreas Técnicas), Celso Ricardo Monteiro e Rosana Del Bianco (Programa Municipal de DST/Aids), Clóvis Silveira Júnior (Coordenação da Atenção Básica), Maria Cícera de Salles (Assessoria de Gestão Participativa), Sandra Aparecida dos S. Stalhauer, Maria do Carmo S. Monteiro e Jaqueline Alves Lopes Sartori (Escola Municipal de Saúde) e Sonia Trassi (Coordenadoria Regional de Saúde Centro) e da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania: Julian Rodrigues, Alessandro Melchior e Belchior Torres (Coordenação de Políticas para LGBT), pela elaboração do “Relatório do Processo de Implantação da Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT”<sup>14</sup>, que nos permitiu recuperar tal processo.

sociedade civil organizada. Foi realizada também, entre outubro e novembro de 2013, “Investigação sobre Saúde Integral da População de LGBT na Rede Básica”<sup>16</sup>, com vistas a contribuir com a avaliação dos processos saúde-doença-cuidado e da situação de saúde desta população, a partir do olhar das unidades básicas de saúde (UBS) da região central<sup>VII</sup>, com foco na frequência de tais populações nos serviços e na atenção integral à sua saúde. Esta investigação explorou questões como: acolhimento, humanização, procedimentos, vínculos, relação com a comunidade, ações extramuros das unidades e encaminhamentos indicados. Os dados coletados das UBS foram analisados e, posteriormente, debatidos em devolutiva dada pelos integrantes do GT nas UBS envolvidas, de forma a ampliar a interlocução com os serviços e os profissionais de saúde implicados no processo de implantação da referida política, bem como ampliar sua sensibilização e a legitimidade de tal processo. Em seguida, realizou-se uma Consulta Pública sobre a redação da Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT (PMSI-LGBT) – entre dezembro de 2013 e janeiro de 2014 – e uma Audiência Pública, na Secretaria Municipal de Cultura, em março de 2014, de acordo com proposta da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, para incorporação das propostas apresentadas. Foi, então, realizada apresentação do documento em sessão ordinária do Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual e em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (CMS-SP), plenário que aprovou esta política municipal<sup>VIII,17</sup>.

<sup>VII</sup> Região escolhida para desencadear a implantação da política no município, tendo em vista a tradicional presença das populações LGBT.

<sup>VIII</sup> Este foi um importante diferencial da experiência paulistana de implantação da PNSI-LGBT: o envolvimento do secretário-adjunto da Saúde, que assegurou a participação de diferentes áreas e a sua institucionalização no âmbito da SMS-SP em articulação com o CMS-SP.

Visando a institucionalizar a política, o GT elaborou três minutas de portarias para: a) a instituição do Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, da Secretaria Municipal de Saúde; b) a instituição da Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT no município de São Paulo; e c) a implantação do Plano Operativo 2014/2015<sup>18</sup> para a Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT. Fragilidades e instabilidades no âmbito das duas secretarias municipais envolvidas impossibilitaram a publicação das mesmas, o que não significou a paralisação do processo de implantação de tal política.

Em função da pressão do movimento social e da centralidade dada ao processo transexualizador no âmbito das políticas de saúde, foi instituído o Comitê Técnico para Implantação do Protocolo de Terapia Hormonal<sup>19</sup> na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). Este comitê teve como objetivo elaborar um protocolo técnico para a oferta de hormonioterapia às travestis e transexuais, em consonância com os princípios do SUS e as necessidades e especificidades de cada pessoa, com apoio multidisciplinar, para que fosse submetido ao secretário-adjunto da saúde e subsidiar a compra dos hormônios. Para sua consecução contou com a colaboração de órgãos centrais e regionais da SMS-SP. Também foi central, neste cenário de instabilidades político-institucionais, para que a rede municipal de saúde ofertasse a terapia hormonal nos equipamentos municipais referenciados no âmbito do processo transexualizador pelo SUS<sup>20</sup>, o comprometimento de técnicos e gestores envolvidos no processo e os compromissos assumidos pela Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP) junto a travestis e transexuais em situação de vulnerabilidade

social beneficiários de seu programa social “Transcidadania”<sup>IX 21,22</sup>.

### **Hormonioterapia para as travestis e transexuais: incentivo ao acesso à saúde e garantia de equidade no SUS**

Mesmo sem formalização no âmbito municipal, foram organizados protocolo e linha de cuidado para assegurar a oferta do tratamento hormonal para atender à demanda para o processo transexualizador no âmbito da Coordenadoria Regional de Saúde Centro (CRS-Centro) da SMS-SP, em conformidade com a Portaria nº 2.803<sup>19</sup>, que redefine e amplia tal processo no SUS. A hormonioterapia é uma necessidade em saúde para pessoas trans que, em geral, desejam adequar características físicas à sua identidade de gênero<sup>X,23,24</sup>. Falamos aqui, amplamente, de pessoas trans, nomeando a experiência daquelas que não se identificam com o sexo designado ao nascer – o que inclui travestis, transexuais, pessoas com identidade não binária ou *queer*<sup>4</sup>. Acompanhamentos clínico e endocrinológico são fundamentais neste processo, pois visam o uso de hormônios com segurança, evitando agravos à saúde.

Muitas pessoas buscam o atendimento pela oferta dos medicamentos e hormônios oferecidos, relegando a atenção à saúde geral a segundo plano. Várias nunca acessaram uma UBS, nem mesmo compreendem seu papel de prevenção

de agravos e de promoção da saúde, mostrando sua vulnerabilidade. Surge nesse atendimento, portanto, a oportunidade de se alcançar essa população e integrá-la à rede de serviços. O papel do SUS é fundamental para promoção de acesso, respeito e equidade no direito à saúde de pessoas trans.

Esta linha de cuidado buscou articular médicos generalistas, clínicos, psiquiatras e psicólogos alocados nas UBS da CRS-Centro (UBS Sé, Cambuci, Nossa Senhora do Brasil, Humaitá, República, Bom Retiro, Boraceia, Santa Cecília, Centro de Saúde-Escola Barra Funda) e no Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids (SAE) Campos Elíseos (ofertando para soropositivos para HIV em acompanhamento), para o encaminhamento da demanda para o processo transexualizador à endocrinologista do serviço de hormonioterapia para as pessoas trans (quadro 1).

**Quadro 1:** Linha de cuidado do processo transexualizador - Coordenadoria Regional de Saúde Centro (CRS-C) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2015.

Etapa	Local
Demanda por cuidados em saúde e por tratamento hormonal para transexualização por pessoa trans	9 UBS da CRS-Centro e SAE Campos Elíseos (no caso de pessoas HIV+ acompanhadas no serviço)
Acolhimento realizado na recepção das UBS de referência	
Atendimento e avaliação médica realizados por médicos generalistas e clínicos nas UBS de referência	
Avaliação psicológica	
Avaliação endocrinológica e tratamento hormonal transexualizador	UBS Santa Cecília
Avaliação e terapia fonoaudiológica	CER (Centro Especializado em Reabilitação)

<sup>IX</sup> O programa “Transcidadania”, da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo, ofertava benefício financeiro para que travestis e transexuais pudessem acessar o estudo formal, melhorando sua escolaridade, possibilitando recolocação profissional e promovendo a cidadania.

<sup>X</sup> Tal como definido pelos “Princípios de Yogyakarta”<sup>24</sup> – documento de princípios que trata da aplicação da legislação internacional de direitos humanos sobre orientação sexual e identidade de gênero –, “identidade de gênero está definida como a profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos.” (p.7).

O protocolo de cuidados ofertado buscou articular diferentes ações em saúde:

**– acolhimento:**

Realizado no serviço de Atenção Básica para qualquer pessoa que se identifique como trans e/ou que não se identifique com o sexo designado ao nascer; os serviços devem receber esta população, identificar suas demandas, garantir o acesso aos serviços de saúde com respeito a sua identidade de gênero, utilizando o nome social, que deve constar nas etiquetas e na capa do prontuário. Quando for do interesse da/o usuária/o receber hormonioterapia, deverá ser encaminhado para atendimento e avaliação médica e psicológica que o qualifique para encaminhamento ao endocrinologista.

**– atendimento e avaliação médica:**

Consulta médica realizada por médico generalista da Estratégia de Saúde da Família ou do Consultório na Rua e/ou por médico clínico ou ginecologista no âmbito da Atenção Básica para atendimento de demandas gerais e específicas e avaliação das condições de saúde da/o usuária/o. Na anamnese e no exame físico serão investigadas questões gerais e específicas das pessoas trans, além de exames laboratoriais e de imagem que devem ser solicitados na rotina em virtude das necessidades singulares da/o usuária/o.

**– avaliação psicológica:**

Avaliação clínica por meio de entrevistas individuais, com média de três sessões, com foco nas questões de identidade de gênero e sexualidade e outras experiências de sofrimento psíquico decorrentes da transfobia para compreender e compartilhar sua decisão de realizar as mudanças corporais pretendidas. Avaliar e, quando necessário, oferecer acompanhamento

psicoterápico que poderá ser realizado individualmente ou em grupo. Elaborar um plano individual de acompanhamento para as/os pacientes que desejam cirurgia, observando as exigências da portaria do processo transexualizador no SUS. Avaliar e reencaminhar demandas para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) quando a necessidade da/o usuária/o não for decorrente de sua identidade de gênero ou sexualidade, como, por exemplo, uso abusivo de álcool e outras drogas, comorbidades psiquiátricas etc.

**– avaliação endocrinológica e tratamento hormonal transexualizador (hormonioterapia):**

Acompanhamento por endocrinologista, ou médico generalista com formação adequada, da utilização de terapia medicamentosa hormonal (estrógeno ou testosterona), que deverá ser disponibilizada mensalmente e iniciada após avaliação da necessidade hormonal para adequação à identidade de gênero referida pela/o usuária/o do processo transexualizador. O tratamento tem como objetivo diminuir o nível hormonal próprio e aumentar os níveis hormonais compatíveis com o gênero de identificação, promovendo o surgimento de suas características físicas e reduzindo as características do sexo biológico.

**– avaliação e terapia fonoaudiológica:**

Avaliação por parte de fonoaudiólogo especializado em voz e aparelho fonador e terapia para auxiliar nas mudanças de voz para adequação à identidade de gênero referida pela/o usuária/o. A terapia tem duração aproximada de 1 sessão semanal por, em média, 12 semanas.

Em 1º de outubro de 2015, foi lançado oficialmente pela SMS-SP o serviço de hormonioterapia para pessoas trans com idade de 18 anos ou mais, na UBS Dr. Humberto Pascale (conhecida como UBS Santa Cecília). Este serviço compõe um dos eixos da PMSI-LGBT, conforme as

diretrizes da PNSI-LGBT<sup>11</sup> do Ministério da Saúde. A hormonioterapia norteou o início dos cuidados em saúde para as pessoas trans, sendo uma necessidade específica em saúde, que procura incentivar esta população nos cuidados de saúde em geral. A maioria das pessoas trans, até então, acessava os serviços de saúde somente em situações de urgência e emergência. Poucas tinham vínculo com as UBS de sua referência, e eram comuns relatos de discriminação e preconceitos.

Em um primeiro momento, a hormonioterapia foi ofertada para 100 beneficiárias e beneficiários do programa “Transcidadania” – em parceria com a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo – e, posteriormente, para mais 100 pessoas do programa. Logo em seguida, foi ofertada para as pessoas trans de toda a cidade.

Foram realizados seis grupos sobre questões relacionadas ao uso de hormônios, coordenados por médica endocrinologista (da UBS Santa Cecília), assessora técnica da CRS-Centro, fonoaudióloga (do Centro Especializado em Reabilitação III Sé<sup>XI</sup>) e por psicólogos e assistentes sociais do “Transcidadania”. Neles, essas/es participantes recebiam dia, hora e local em que seriam atendidos por médico clínico geral ou generalista em uma das UBSs da CRS-Centro, mesmo aqueles que não desejavam realizar a hormonioterapia. Por se tratar de uma população com inúmeras vulnerabilidades, o atendimento não respeitou a questão territorial, pois se avaliou que isto dificultaria o acesso aos serviços de saúde. A porta de entrada para as/os beneficiárias/os do “Transcidadania” foi predominantemente

as UBS Sé, República e Santa Cecília, mas a hormonioterapia se concentra nesta última UBS por enquanto, com planos de expansão para as outras, principalmente para a UBS República.

Posteriormente, foram realizados grupos nas próprias unidades em que as/os beneficiárias/os do programa receberiam atendimento em saúde e iniciariam a realização de exames do protocolo. Notamos, nesta experiência, que conhecer os profissionais da equipe de saúde e a unidade de saúde facilitou o vínculo desta população e possibilitou o acesso às etapas de atendimento, mesmo para aqueles com histórico de preconceito em serviços de saúde.

#### **Qualificação dos profissionais de saúde da rede de serviços para o acesso, acolhimento, atenção e cuidado integral à saúde da população LGBT**

Para implantar a linha de cuidado do processo transexualizador, foi fundamental sensibilizar os profissionais dos serviços envolvidos para as necessidades de saúde desta população. Para isso, foram realizadas oficinas de sensibilização em todas as UBS da CRS-Centro, em parceria com os profissionais do Centro de Cidadania do Arouche, atual Centro de Cidadania LGBTI (CCLGBTI) Luiz Carlos Ruas. O objetivo foi atualizar o conhecimento desses trabalhadores da saúde sobre a população LGBT, principalmente aqueles que trabalhavam nas recepções, farmácias e segurança, buscando a melhora no acesso e cuidados em saúde desta população. Foram abordados temas, como identidade de gênero, orientação sexual, vulnerabilidades, direito ao uso e registro no cartão SUS do nome social, direito à saúde, homofobia, transfobia e foi apresentado o fluxo para hormonioterapia.

Estas oficinas foram estratégicas para o acesso em saúde das pessoas trans e continuam a ser realizadas frequentemente nas unidades, já

<sup>XI</sup> Centro Especializado em Reabilitação (CER) III é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território. Organizado a partir da combinação de no mínimo duas modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual), o CER III congrega três serviços de reabilitação já em funcionamento<sup>25</sup>.

que surgem novas questões e há rotatividade de profissionais nas equipes. A equipe dos profissionais do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), localizado no município de São Paulo no prédio do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT-DST/Aids), que possui ampla experiência nos cuidados em saúde e em hormonioterapia para as pessoas trans, apoiou o município de São Paulo na implantação deste processo de trabalho. Isso se deu por meio de capacitações da equipe multidisciplinar, de supervisões clínicas e de reuniões técnicas mensais para profissionais de psicologia da saúde e direitos humanos do município sobre o tema. Para além da qualificação das equipes, o ASITT colaborou por meio do compartilhamento de documentos, protocolos clínicos e medicamentosos<sup>xii</sup>, termos de consentimento livre e esclarecido, entre outros – apoio técnico e documental fundamental para o município de São Paulo.

### **Parcerias na construção das Redes de Cuidado**

Recentemente, o trabalho na CRS-Centro ampliou-se, incluindo as equipes de Consultório na Rua<sup>xiii</sup>, além de parcerias com outras Secretarias e Instituições Hospitalares.

Na UBS Santa Cecília, o atendimento ginecológico e obstétrico dos homens transexuais demandou a ampliação dos cuidados e acolhimento para o parto – parceria com os Núcleos de Humanização da Santa Casa e da SES-SP, com o Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde

da População LGBT (NUDHES) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e a Maternidade da Santa Casa.

As equipes de Consultório na Rua também são parcerias estratégicas no acesso e na assistência de saúde para as pessoas LGBT em situação de rua, atuando também junto às pessoas trans em situação de rua e residentes em abrigos – como o Centro de Acolhida Florescer, da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo –, facilitando o acesso à hormonioterapia.

O acesso das pessoas trans à hormonioterapia revelou outras necessidades em saúde, como a necessidade de acompanhamento das cirurgias de redesignação sexual e mamoplastia masculinizadora, reguladas pelo ASITT e realizadas nos hospitais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Este acompanhamento é realizado por endocrinologista, psicólogo/a e psiquiatra, tanto na UBS Santa Cecília, quanto em outras unidades de saúde, como o Centro Saúde Escola Barra Funda – que, por meio do Ambulatório de Generidades (AGE) da Santa Casa, realiza o acompanhamento em saúde mental para a população LGBT.

### **Ampliação para outras regiões da cidade, com outras estratégias e fluxos**

O movimento gerado em torno da construção da PMSI-LGBT e da implantação do serviço de hormonioterapia para as pessoas trans na UBS Santa Cecília possibilitou a qualificação de profissionais médicos lotados em outras coordenadorias regionais de saúde do município, além da expansão deste serviço para estas regiões. Na CRS Norte, a implantação do serviço de hormonioterapia ocorreu em agosto de 2016, no Ambulatório de Especialidades (AE) da Freguesia do Ó, seguindo as referências técnicas e organizacionais colocadas em prática no serviço da região central.

<sup>xii</sup> O município passou a realizar a compra de três medicações, sendo dois hormônios, de acordo com os protocolos adotados pelo ASITT/SES-SP: ciproterona, estradiol valerato e undecilato de testosterona.

<sup>xiii</sup> Segundo Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde: “A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados”<sup>26</sup>.

Apesar deste novo serviço e da previsão de implantação de outros, a UBS Santa Cecília permanece como a principal referência municipal para o atendimento de hormonioterapia para pessoas trans, dando suporte e retaguarda para as demais regiões de saúde. Em 2018, em parceria com a equipe do ASITT/SES-SP, foram envolvidas equipes multiprofissionais de todas as regiões de saúde nessa ação, permitindo o planejamento de serviços de hormonioterapia em cada uma das seis CRS do município.

Iniciou-se o atendimento de hormonioterapia no AE Alto da Boa Vista (CRS Sul), com previsão futura de abertura desse serviço também em Guaianases, no AE/UBS/CEO Jardim São Carlos (CRS Leste) e na AMA/UBS Perus (CRS Norte). Particularmente, na CRS Oeste há um processo diferenciado de implantação do serviço de hormonioterapia, organizado a partir da experiência de profissionais de Estratégia de Saúde da Família no atendimento às pessoas trans que, junto às equipes multiprofissionais qualificadas na capacitação, irão receber e centralizar os insumos na farmácia de uma das UBS e iniciar os atendimentos nesses próprios serviços, que são vinculados à Supervisão Técnica de Saúde Butantã, também seguindo as preconizações dos protocolos vigentes. Há, ainda, a previsão de implantar o serviço em um ambulatório de especialidades da CRS Sudeste, em definição.

Prestes a atingir a meta de implantação de um serviço de atenção integral à saúde das pessoas trans em cada uma das regiões de saúde, notamos que, na medida em que se expandiram os serviços de hormonioterapia, novos profissionais se sensibilizaram, oportunizando outras perspectivas de atendimento além dos já planejados e, dessa forma, ampliando paulatinamente a quantidade de profissionais que dão acesso e participam dos fluxos assistenciais necessários aos usuários LGBT.

### **Implantação do Comitê Municipal de Saúde LGBT**

Para consolidar a PMSI-LGBT, bem como o protocolo de atendimento do serviço de hormonioterapia praticado nas unidades de saúde, foi organizado um Comitê Técnico em parceria com a sociedade civil, com participação de todos os segmentos LGBT e outras áreas técnicas da SMS-SP. Trata-se do órgão responsável pela proposição e definição de uma política ampla de saúde da população LGBT no âmbito da rede pública municipal, bem como por reunir e sistematizar as demandas dessa população alocada nas unidades de saúde. Como órgão propositivo, compete a este comitê fomentar a construção de novas políticas em prol da saúde da população LGBT e revisar o plano de custeio anual, priorizando ações segundo a realidade epidemiológica e a reivindicação dos movimentos sociais e de outros setores da sociedade civil.

As proposições assim apresentadas deverão estar articuladas com as CRSs do município, na reformulação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e assistência à saúde, sempre numa visão de integralidade do cuidado, em consonância com as diretrizes das PNSI-LGBT e da PMSI-LGBT. O Comitê Técnico, portanto, atua na perspectiva de ampliar a compreensão da saúde da população LGBT, sobretudo visando à hormonioterapia, promovendo ações que congreguem pessoas dos diferentes gêneros e gerações, com distintas condições de vida, contextos sociais, econômicos, políticos e culturais.

### **Considerações finais: limitações do processo, desafios e perspectivas para o futuro**

A experiência desenvolvida até o momento nos mostra que é possível atender às pessoas trans em UBS e implantar serviço de referência para hormonioterapia no âmbito dos municípios.

Para tanto, é necessário fortalecer o vínculo das pessoas trans com os serviços de saúde e seus profissionais, além de enfrentar diligentemente os preconceitos institucionais – que se expressam desde o desrespeito ao nome social às restrições para a adequação de rotinas que possam assegurar o acesso desta população (como a flexibilização de horários para coleta de sangue, etc.).

Em relação à Portaria que institui o processo transexualizador<sup>20</sup>, seria importante assegurar o incentivo financeiro aos municípios engajados com as políticas de saúde LGBT. No entanto, os critérios de credenciamento são bastante exigentes – como, por exemplo, as categorias profissionais exigidas nos serviços ambulatoriais de hormonioterapia –, dificultando este processo, de forma que ainda não conseguimos credenciar a UBS Santa Cecília para receber esses recursos. Outro desafio que se coloca é a criação de referências para a realização de cirurgias de mastoplastia masculinizadora e histerectomia para homens trans na rede de saúde municipal.

Por fim, é preciso avançar na implantação do atendimento à saúde integral da população LGBT em todas as unidades de saúde do município. Tanto no compartilhamento das ações para garantir o acesso e o tratamento hormonal para pessoas trans, como no reconhecimento das especificidades de lésbicas, gays, bissexuais e intersexuais em relação à sua saúde e aos cuidados a serem providos por profissionais de saúde.

#### Referências

1. Calazans GJ. Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens. [tese]. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2018.
2. Carrara S. A antropologia e o processo de cidadanização da homossexualidade no Brasil. Cad. Pagu. 2016; 47:e164717. [acesso em: 5 jan 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332016000200604&lng=en&nr\\_m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332016000200604&lng=en&nr_m=iso)

3. Facchini R. Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
4. Gomes R, Murta D, Facchini R, Meneghel SN. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. Ciênc. Saúde Colet. [online]. 2018; 23(6): 1997-2006 [acesso em: 13 set 2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04872018>
5. Simões JA, Facchini R. Do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2009.
6. Brasil. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999 [citado em: 26 mar. 2018]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
9. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT. Brasília: Presidência da República; 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.836. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília; 1 dez 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. São Paulo (cidade). Lei Municipal nº 14.667. Cria a Secretaria Municipal de Participação e Parceria - SMPP, bem como dispõe sobre seu quadro de cargos de provimento em comissão. São Paulo; 14 jan 2008.
13. São Paulo (cidade). Decreto nº 46.037. Institui o Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual. São Paulo; 4 jul 2005.

14. Relatório do Processo de Implantação da Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT. (mimeo/online). São Paulo: SMS/SP; 2014. [acesso em: 11 out 2018]. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=7628>
15. São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Gabinete do Secretário. Portaria nº 820. Institui o Grupo de Trabalho para instalação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT no âmbito do município de São Paulo. São Paulo; 10 mai. 2013.
16. GT Atenção à Saúde Integral da População LGBT. Anexo II: investigação básica – situação de saúde da população LGBT no contexto das unidades básicas de saúde na então Supervisão Técnica da Sé. In: Prefeitura do Município de Saúde Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT – relatório do processo de implantação. São Paulo; SMS/SP; 2014. (online). [acesso em: 11 out 2018]. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=7628>
17. Prefeitura do Município de Saúde Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. Anexo III. Política Municipal de Atenção Saúde Integral da População LGBT. (online). São Paulo; 2014. [acesso em: 11 out 2018]. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=7628>
18. Prefeitura do Município de Saúde Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Operativo Municipal para Política LGBT de São Paulo. (online). São Paulo; 29 nov 2013. [acesso em: 11 out 2018]. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/escolamunicipaldesaude/saude-integral-3-pop-lgbt-2013-1>
19. São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Gabinete do Secretário. Portaria nº 705. Institui o Comitê Técnico para Implantação do Protocolo de Terapia Hormonal destinado à travestis e transexuais, na rede SUS do município de São Paulo. São Paulo; 28 mar 2014.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.803. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 19 nov 2013.
21. São Paulo (cidade). Gabinete do Prefeito. Decreto nº 55.874. Institui o programa TransCidadania, destinado à promoção da cidadania de travestis e transexuais em situação de vulnerabilidade social; altera disposições dos Decretos nº 44.484, de 10 de março de 2004, e nº 40.232, de 2 de janeiro de 2001. São Paulo; 29 jan 2015.
22. São Paulo (cidade). Gabinete do Prefeito. Decreto nº 58.227. Confere nova regulamentação ao programa TransCidadania, instituído pelo Decreto nº 55.874, de 29 de janeiro de 2015, bem como institui e inclui, no calendário de eventos da cidade de São Paulo, o “Mês da Visibilidade Trans”. São Paulo; 16 mai 2018.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010.
24. Princípios de Yogyakarta. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Tradução Jones de Freitas. 2007. [acesso em: jun. 2015]. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/Yogyakarta.pdf>
25. Ministério da Saúde. Reabilitação. (portal online). [acesso em: 11 out 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/reabilitacao>
26. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Consultório na rua. (online). [acesso em: 11 out 2018]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_consultorio\\_rua.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php)

# Ampliando o olhar para a população LGBT em um grupo de discussão com trabalhadores de saúde: potencialidade e desafios

*Broadening the view towards the LGBT population in a discussion group with health workers: potentiality and challenges*

Marcelen Palu Longhi<sup>1</sup>

## Resumo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa-ação realizada com trabalhadores de saúde de um ambulatório médico de especialidade sobre o acolhimento a população LGBT. Apesar de avanços como a criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, população LGBT, há práticas discriminatórias nos serviços de saúde. O objetivo deste artigo é analisar as discussões realizadas nestes grupos e seus possíveis desdobramentos nas práticas saúde. Também convidamos usuários que utilizam nome social para uma conversa, na qual foram apontadas experiências que revelaram a discriminação social e familiar que sofrem e a dificuldade de acesso ao processo transsexualizador. A discussão com os trabalhadores apresentou muitas potencialidades para ampliação do olhar acerca da população LGBT e gerou desdobramentos, como a apropriação do histórico de preconceitos, lutas e conquistas dos LGBT pelos trabalhadores de saúde, reflexões sobre a vulnerabilidade deste grupo e reorganizações no processo de trabalho. Foram observadas algumas fragilidades e sentimentos homofóbicos ligados a concepções culturais e religiosas que afetavam a atuação profissional desses trabalhadores. As discussões possibilitaram a reflexão sobre a necessidade ampliação do olhar à população LGBT, fomentando a construção de um atendimento em saúde que garanta seus direitos.

**Palavras-chave:** Acolhimento ao LGBT; Grupos de discussão; Políticas de saúde.

## Abstract

The present study is a research-action carried out with health workers from a specialized medical outpatient clinic on the user embracement of the LGBT population. Despite advances such as the creation of the National Policy for the Integral Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transexuals, LGBT population, there are discriminatory practices in health services. The purpose of this article is to analyze the discussions held in these groups and their possible developments in health practices. We also invite users who use a social name for a conversation, in which they pointed out experiences that revealed the social and family discrimination they suffer and the difficulty of access to the transsexualization process. The discussion with the workers presented many potentialities to broaden the view of the LGBT population and generated unfolding, such as the appropriation of the history of prejudices, struggles and achievements of LGBT workers, reflections on the vulnerability of this group and reorganizations in the work process. Some homophobic fragilities and feelings related to cultural and religious conceptions that affect the professional performance of these workers were observed. The discussions made it possible to reflect on the need to broaden the view of the LGBT population by encouraging the construction of health care that guarantees their rights.

**Keywords:** LGBT user embracement; Discussion Groups; Health policies.

<sup>1</sup> Marcelen Palu Longhi (marcelenlonghi@gmail.com) é enfermeira pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Cientista Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Campus de Marília, Mestre em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e atua no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) administrado pela Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP), conveniado à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP).

## Introdução

As políticas de saúde têm avançado no sentido da ampliação de sua abordagem, já que a saúde, historicamente, vem se restringido a um olhar biológico e naturalizador. A partir da Reforma Sanitária, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos avanços foram conquistados em termos de direitos e justiça social.

A “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”<sup>1</sup>, população denominada LGBT, representa uma conquista dos movimentos sociais ligados a questões de gênero e revela um alargamento dos horizontes do SUS no sentido da equidade e da integralidade. Motta<sup>2</sup> aborda que a integralidade, no caso desta política, obriga a pensar o outro na relação de produção em saúde, o outro como diferente, assinalando a diferença como potencial de criatividade e exercício de alteridade. O princípio da equidade se instaura nesse lugar onde há, notadamente, a presença de grupos vulneráveis, sendo que no campo da saúde as iniquidades não se limitam às diferentes posições sociais das pessoas em uma hierarquia econômica, alcançando também as determinações de gênero e sexualidade.

A “Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT” foi instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 e publicada pelo Ministério da Saúde em 2013, seguindo as formulações das diretrizes do “Programa Brasil sem Homofobia” que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos<sup>1</sup>. Tem como objetivo promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais<sup>3</sup>.

Esta política surge como um reconhecimento à noção de que saúde é um problema complexo abrangendo a dimensão social e cultural. Almeja produzir ao menos três diferentes níveis de mudança:

“a) produção de conhecimentos com base nos espaços de trabalho, que sejam capazes de modificar a natureza das práticas de saúde; b) produção de relações sociais mais horizontais com potência de interferir nos processos de subjetivação dos sujeitos envolvidos na produção em saúde; c) diminuição ou modificação das relações sociais e culturais marcadas por diferenças e subalternidade”<sup>1</sup>

Contudo, os avanços das políticas de saúde não são acompanhados pelo desenvolvimento das práticas nos serviços de saúde. Estudos indicam que a população em questão apresenta demasiada resistência à procura desses serviços, o que evidencia o contexto discriminatório existente, organizado em função de uma heterossexualidade presumida, da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais de saúde para atender a essa demanda. A população LGBT não tem suas necessidades de saúde contempladas por estar subordinada à homofobia, ou seja, à rejeição ou à intolerância irracional à homossexualidade<sup>4</sup>.

Os problemas vivenciados em atendimento na região de Tupã, município do estado de São Paulo, mobilizaram a Comissão de Humanização do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Tupã<sup>II</sup>, grupo de trabalho estruturado desde 2013, constituído por psicólogo, nutricionista, enfermeiros, técnico de enfermagem, ouvidor, oficiais administrativos de diversos setores e gerente de enfermagem. A Comissão de

<sup>II</sup> Nesse sentido, agradeço aos membros da Comissão de Humanização do AME de Tupã pelo apoio na correção do artigo; em especial a Thais Bastida Micheli e a Juliana Ribeiro Costa Giroto.

Humanização trabalha neste ambulatório com temáticas referentes à Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>5</sup>. A PNH lançada, em 2003, visa a colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar<sup>5</sup>. Pautase nos princípios da transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A Comissão de Humanização do AME de Tupã integra os coletivos da área de abrangência da Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Marília, constituída por mais 2 AMEs: Assis e Ourinhos. Estes coletivos de Comissões de Humanização realizam encontros periódicos, sendo coordenados por Articulador de Humanização regional e articulador do Núcleo Técnico de Humanização da SES. No início de 2018, impulsionada por discussões nestes espaços, a Comissão do AME Tupã identificou a necessidade de intervir sobre a prática do acolhimento à população LGBT no seu cenário de atenção à saúde.

Com este intuito foram realizados grupos de discussão com trabalhadores de saúde deste ambulatório, visando a problematizar o acolhimento e acesso à saúde à população LGBT e discutir sobre a trajetória de lutas deste grupo social, incluindo a constituição da política de saúde para esta população.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é apresentar a análise das discussões realizadas com esses grupos de trabalhadores e seus possíveis desdobramentos nas práticas de atenção à população LGBT.

### Metodologia

Como a Comissão de Humanização do AME Tupã buscou promover a reflexão dos trabalhadores de saúde acerca de suas práticas, o tipo

de pesquisa empregada foi a pesquisa-ação. De acordo com Baldissera<sup>6</sup>, a pesquisa-ação implica a participação da população como agente ativo no conhecimento de sua própria realidade e possibilita à mesma adquirir conhecimentos necessários para resolver problemas e satisfazer necessidades. A pesquisa, por ser ação e a própria forma ou maneira de fazer a investigação da realidade, gera processo de ação das pessoas envolvidas no projeto.

A operacionalização desse tipo de pesquisa é composta por vários momentos. Dentre eles, a seleção de um cenário de trabalho, a recompilação de informações sobre este, a observação e o levantamento das características de sua população; a seleção e a capacitação de “grupos estratégicos”; e a realização da pesquisa e devolução dos resultados<sup>6</sup>.

O cenário de estudo foi o AME Tupã, que possui uma área de abrangência de, aproximadamente, 250 mil habitantes, correspondente a 19 municípios pertencentes à DRS de Marília. O ambulatório oferece a esta população o atendimento em diversas especialidades médicas, exames diagnósticos e procedimentos cirúrgicos de pequeno porte.

Os sujeitos do estudo foram os trabalhadores do ambulatório, num total de 92, envolvendo suas diversas áreas de atuação, como enfermagem, recepção, equipe multiprofissional, agendamento, telefonia, ouvidoria, dentre outros. Foram realizados 9 grupos de discussão, com média de 10 participantes por encontro, estando presentes de 2 a 3 membros da Comissão de Humanização para facilitação da discussão. A duração aproximada dos encontros era de 2 horas, realizados no período maio a junho de 2018. Procurou-se mesclar os trabalhadores das diversas áreas de atuação na constituição desses grupos.

A etapa seguinte da pesquisa consistiu na elaboração de um programa pedagógico, dividido

em diversos momentos: a) realização de grupos de estudos, b) irradiação/discussão da ação educativa, c) elaboração do projeto e d) execução e avaliação dos projetos de ação<sup>6</sup>.

A partir do levantamento da necessidade de trabalhar com o acolhimento à população LGBT, a Comissão de Humanização do AME Tupã realizou diversos encontros para discussão sobre atenção em saúde ao LGBT, incluindo o estudo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>1</sup>.

Na sequência, visando a contemplar e compreender as vivências e dificuldades reais deste grupo, a Comissão de Humanização fez um levantamento das pessoas que utilizavam nome social e frequentavam o ambulatório, sendo as mesmas convidados para uma conversa. Compareceram usuários transexuais, travestis e, na conversa, incluímos trabalhadores homossexuais do próprio serviço, com o objetivo de proporcionar maior ambiência e aproximação no encontro. Nesta conversa foi solicitado aos usuários que expusessem suas vivências. As principais falas desses usuários foram agrupadas em um vídeo que foi transmitido ao grupo de discussão de trabalhadores do serviço.

A elaboração do projeto educativo para o grupo de trabalhadores teve, assim, como base a conversa com os usuários LGBT e o material estudado pela comissão. Foi feito um encontro com o grupo de trabalhadores do AME, que, num primeiro momento, buscou-se problematizar acerca do atendimento à população LGBT e as falas dos profissionais foram acolhidas e discutidas no grupo. Na sequência, foi transmitida uma videoconferência da SES que aborda a história de lutas e conquistas da população LGBT até a constituição da política nacional. Posteriormente, foi feita uma nova conversa e, por fim, foi apresentado o vídeo gravado com as falas dos usuários de nome social. Ao final, foi solicitado que cada participante avaliasse o encontro com uma palavra.

A avaliação de toda essa intervenção foi e ainda está sendo realizada no cotidiano de trabalho desses profissionais no atendimento à população LGBT.

### Resultados e discussões

#### – diálogo com a população LGBT: vivências no horizonte da homofobia:

A conversa com usuários de nome social que frequentaram o ambulatório, dentre eles transexuais e travestis, que contou com a participação de 10 pessoas, foi um momento muito enriquecedor para o conhecimento de suas realidades. Neste encontro, os usuários compartilharam suas vivências relevantes em serviços de saúde, situação em que foram apontadas, principalmente, experiências que revelaram discriminação social e familiar, a ausência do uso e respeito ao nome social nos serviços de saúde; além de dificuldade de acesso ao processo transexualizador no SUS. Em relação à discriminação social relatada pelos participantes da conversa, foram descritas situações vexatórias e de dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho. Quanto às situações que envolviam constrangimento, foi citado um caso no qual o usuário percebeu que dois funcionários de um supermercado comentavam sobre a pessoa e riam; nesta situação, o usuário que é transexual, referiu que se sentiu muito desrespeitado e discriminado por essa atitude. Também foi abordado no grupo, que usuários transexuais, mesmo possuindo curso superior, não conseguiam se inserir no mercado de trabalho: relatam que em entrevistas de emprego eram barrados quando se constataavam os seus nomes de registro oficial, o que também ocorria quando aprovados em concursos públicos, em que no final do processo não eram convocados.

Freire<sup>7</sup> discute que todos esses comportamentos e reações podem ser considerados como

homofóbicos, se constituindo como uma violência que pode assumir dois sentidos: o físico, que atinge diretamente a integridade do corpo do indivíduo; e o não físico, que se configura como uma espécie de violência simbólica, composta por xingamentos, tratamento diferenciado e impedimento de participação em instituições.

O diálogo com a população LGBT do serviço, trouxe à tona, além disso, discriminações realizadas no âmbito familiar. Os usuários expressaram, com muita tristeza, que sua orientação sexual não é aceita pelos seus familiares, mesmo quando a família está sob seus cuidados. Perucchi, Brandão e Vieira<sup>8</sup> apontam que a família é a instituição por meio das quais valores e crenças são perpetuados, se configurando como espaço no qual as regularidades da vida cotidiana passam a ser incorporadas por seus membros. Assim, como grupo, não está isenta ao funcionamento da heteronormatividade, atuando, ao contrário, como um eficiente dispositivo de reprodução e reiteração da norma e da repetição das formas de discriminação e violência que podem ser visualizadas em contextos mais amplos da sociedade em geral. Neste sentido, a família opera no micro contexto das relações de parentesco e coabitação, reproduzindo modelos hierárquicos e opressores.

No encontro, foram relatadas experiências em serviços de saúde nas quais não houve o uso do nome social, situação muitas vezes comum e na qual não há respeito ou consideração por parte dos profissionais de saúde. As questões culturais advindas do padrão heterossexual normatizado pela sociedade influenciam de modo subjetivo também na ação dos profissionais da saúde a essa população, que terminam por prestar um atendimento de caráter discriminatório<sup>9</sup>.

Outro ponto exposto pelos usuários transexuais, foi a dificuldade de acesso às tecnologias de transformação corporal. No interior paulista

não há serviço de hormonioterapia, obrigando a este público se deslocar para a capital do estado para fazer este tipo de tratamento. Além disso, o tempo de espera para a cirurgia de transgenitalização, gira em torno de mais de 10 anos. Somado a isso, o acesso ao processo transexualizador do SUS depende centralmente da obtenção do diagnóstico de “transtorno de identidade de gênero”. Esse cenário, no qual as possibilidades de conquista de direitos estão fortemente condicionadas ao poder médico, dá pistas da menor relevância dada pelo movimento de travestis e transexuais no Brasil à campanha internacional pela despatologização das identidades trans<sup>10</sup>.

**– potencialidade e desdobramentos: ampliação do olhar e mudanças no processo de trabalho:**

A discussão com os trabalhadores do AME Tupã apresentou muitas potencialidades para a ampliação do olhar acerca da população LGBT e desdobramentos no processo de trabalho, visando à melhoria do acolhimento. Neste sentido, a partir das falas dos trabalhadores, constatou-se que houve apropriação do histórico de preconceitos, lutas e conquistas dos LGBT, provocando reflexões sobre a vulnerabilidade deste grupo e a consequente reorganização do processo de trabalho. Em relação à apropriação do histórico de preconceito, lutas e conquistas LGBT, diversos trabalhadores relataram que desconheciam o processo de patologização e a medicalização da sexualidade considerada desviante.

Na década de 1950, o homossexualismo foi classificado como “transtorno de personalidade” e, posteriormente, adquiriu outras denominações, como “transtorno de identidade de gênero”. Somente, a partir de 1994, que a homossexualidade deixou de ser considerada como doença mental, embora a transexualidade tenha sido classificada como “disforia de gênero”, em 2013.

Neste caso, defende-se que a incompatibilidade de gênero não é considerada um transtorno em si, mas apenas quando há existência de sofrimento ou incapacidade significativa devido à incongruência entre o sexo no nascimento (biológico) e a identidade de gênero. Assim, percebe-se uma evolução no contexto brasileiro relacionado ao grupo LGBT, que se refere à retirada do termo homossexualismo das terminologias da saúde, dando clareza para o caráter não patológico das relações homoeróticas<sup>4</sup>.

Diversos trabalhadores, durante a discussão de grupo, apontaram que possuíam uma visão restrita acerca da vulnerabilidade da população LGBT. O desconhecimento da história de violência e da dificuldade de acesso aos serviços básicos, como a saúde e a educação, possibilitou um maior conhecimento da realidade vivenciada por esse grupo social. De acordo com o Ministério da Saúde, no período de 1980 a 2005, foram assassinados 2.511 homossexuais no Brasil, sendo que a maior parte dos crimes ocorreu por motivos homofóbicos<sup>9</sup>. De acordo com o mesmo estudo, a população LGBT, devido à não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa, tem seus direitos humanos básicos agredidos e, muitas vezes, se encontra em situação de vulnerabilidade. Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde reconhece que a identidade sexual e a identidade de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão, do qual derivam os fatores de vulnerabilidade aos grupos LGBT, tais como a violação do direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento.

A iniciativa da discussão sobre esta temática foi elogiada por muitos profissionais, visto que, muitos dos que já trabalharam em outros serviços de saúde referiram nunca ter debatido sobre a questão.

Ao se realizar buscas em base de dados como Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), empregando o termo LGBT, encontramos apenas 2 estudos, no campo da Psicologia que utilizaram como metodologia o diálogo com grupos da sociedade acerca da violência que atinge a população LGBT. Nesses estudos, houve debate com policiais, professores, ativistas, empresários e profissionais de saúde<sup>11-12</sup>. Os estudos citados usaram grupos mistos, com o objetivo de colocar em diálogo os diferentes posicionamentos apresentados por pessoas LGBTs e pessoas de diferentes áreas. Mocheta<sup>12</sup> aponta que são escassos esses tipos de estudo que visam a produzir estratégias interventivas decorrentes da desigualdade, opressão e discriminação de pessoas LGBTs.

Na ação realizada no AME Tupã, o intuito foi incluir profissionais de diversos setores e a escuta do público LGBT. Neste sentido, Cardoso e Ferro<sup>9</sup> destacam que uma postura reflexiva frente aos padrões heterossexuais socialmente estabelecidos ajuda a prevenir a discriminação, afirmando incisivamente a necessidade iminente da formação profissional no campo da saúde para ações frente às especificidades da população LGBT.

A apropriação da “Política Nacional de Saúde Integral LGBT” e reflexões realizadas pelos grupos possibilitaram estratégias de reorganização do processo de trabalho com vista à melhoria do acolhimento desta população. Muitos dos trabalhadores desconheciam tanto a política como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde enfrentada pelo público LGBT.

A garantia do uso do nome social foi uma das questões mais debatidas tanto pelos profissionais, como no encontro realizado pela Comissão de Humanização com usuários trans que adotam nome social. Esses se expressaram sobre a importância em ser chamado por esse nome, que

confirma suas identidades de gênero, a fim de evitar discriminação. Carvalho<sup>10</sup> aponta que ser chamado pelo nome social é uma das principais demandas do movimento de travestis e transexuais, além de servir para facilitar a escolha na alteração de nome e sexo no registro civil. A garantia legal sobre o uso do nome social no Estado de São Paulo, começou a ser concedida a partir do Decreto nº 55.588<sup>13</sup> de 17 de março de 2010 e na administração nacional foi instituída por meio do Decreto nº 8.727 de 28 de abril de 2016, que advoga acerca do uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais<sup>14</sup>.

Por isso, foram discutidas e criadas estratégias para garantir o uso desse nome em todas as áreas do ambulatório, já que o serviço está organizado em diversos setores, da chegada do usuário até o seu atendimento: o primeiro contato é a abordagem no balcão “posso ajudar?”, no qual o usuário identifica que compareceu ao serviço – foi acordado que neste momento, o nome social já deveria ser inserido no sistema de comparecimento –; posteriormente, o usuário é chamado à recepção para fazer a atualização de seus dados cadastrais e a confecção da ficha de atendimento – na impressão dessa ficha há um campo que destaca o nome social em uma caixa de texto, considerada, contudo, insuficiente para a visualização deste nome, por isso, os profissionais decidiram salientar o mesmo, que passou a ser preenchido e destacado com uma caneta grifa texto –; na etapa seguinte, o usuário é levado para a sala de atendimento – estando o nome social destacado na ficha, há menos possibilidade de erro de chamá-lo pelo nome civil (do registro oficial) que também aparece na ficha. Outra estratégia acordada foi avisar ao profissional de saúde que prestará o atendimento que o usuário possui nome social, pois o profissional pode não perceber e chamá-lo pelo nome civil. Além

da ficha, o sistema de prontuário eletrônico do ambulatório, já aparece o nome social destacado em vermelho.

#### **– fragilidades no olhar ao LGBT: marcas de uma cultura heteronormativa:**

Durante a realização dos grupos de discussões sobre LGBT com os trabalhadores do AME Tupã, foram observadas algumas fragilidades conceituais e desatualizações quanto ao tema, como o uso do termo “opção sexual” ao invés de “orientação sexual” e também a dificuldade de abordagem e aceitação da expressão de sentimentos homofóbicos, ligados a concepções culturais e religiosas.

Tradicionalmente, a orientação sexual tem sido vista como uma questão de escolha, fato que também foi expresso nas falas dos profissionais. O grupo também demonstrou dificuldades na compreensão das particularidades e diferenças entre os conceitos de orientação sexual e de “identidade de gênero”. De acordo com Macedo<sup>15</sup>, orientação sexual define-se como a atração afetivo-sexual por pessoas de mesmo sexo ou do sexo diferente, por exemplo: heterossexualidade e homossexualidade. Já a identidade de gênero diz respeito a como as pessoas se identificam sexualmente, como masculinas ou femininas.

Os trabalhadores apresentaram dúvidas em relação a forma de abordagem ao usuário LGBT, a fim de garantir seu direito quanto ao uso do nome social, como por exemplo: se deviam ou não perguntar sobre o nome social ou deixar o usuário livre para solicitá-lo. Neste sentido, ainda discutiu-se a dificuldade de alguns profissionais, principalmente médicos, em chamar o usuário pelo nome social, mesmo que essa designação esteja descrita na ficha de atendimento. A falta de hábito de uso do nome social e o contexto cultural heteronormativo acabam deixando as pessoas inseguras em questionar ao usuário se

deseja fazer uso do nome social, com medo de que ele se sinta ofendido. Contudo, acreditamos que as experiências com uso do nome social no cotidiano do trabalho têm possibilidades de afastar o receio dos trabalhadores.

Outro aspecto observado durante os grupos de trabalhadores pode estar relacionado ao sentimento homofóbico presente em nossa sociedade, afinal, alguns trabalhadores permaneceram em silêncio todo o tempo do grupo, não verbalizando nenhuma palavra, enquanto alguns outros relataram “não aceitar, mas respeitar” todos aqueles que manifestam a sexualidade diferente da heterossexual. Esses profissionais referem não expor qualquer tipo de aversão em público ou no ambiente de trabalho. Contudo, Costa<sup>16</sup> advoga que as respostas emocionais podem ser mais fidedignas do que nossas palavras, já que, na maioria das vezes, são expressões involuntárias de nossas atitudes. Isso mostra necessidade de problematizar e realizar espaços de diálogo com os trabalhadores da saúde em busca de desconstruir estereótipos que possam trazer prejuízos no cuidado aos usuários do SUS.

Nota-se que os trabalhadores que permaneceram calados no grupo, ou que referiram não concordar com orientações sexuais que não seguem o padrão normativo, expressaram falas carregadas de concepções religiosas, tais como: “Deus fez o homem e a mulher.” Essas falas são, assim, determinadas pelo contexto cultural e religioso presente na história de vida de cada pessoa. Santos<sup>17</sup> afirma que a religião tem o papel de controlar a sexualidade e que a homossexualidade tem sido, por isso, objeto de constantes e empenhadas tentativas de controle, contenção e posterior normalização comportamental. Os homossexuais foram, durante séculos, perseguidos e acusados de imoralidade, depravação e corrupção, estigma que prevalece até o presente, ainda que sob formas de discriminação porventura mais sutis.

Diante desses pontos de fragilidade, os membros da Comissão de Humanização procuraram conduzir as discussões buscando a reflexão sobre melhores práticas de acolhimento para a população LGBT. Além da desconstrução de diferentes formas de preconceitos e discriminação, inclusive as que não são explícitas, mas que podem interferir de algum modo ou em algum momento nos processos de trabalho. Os diálogos fomentaram a discussão com os trabalhadores sobre o atendimento a este grupo de usuários vulneráveis, possibilitando sua reflexão e ampliação de olhar para o outro, com vista a uma atenção à saúde mais ética e acolhedora.

### Considerações finais

A experiência das discussões com trabalhadores da saúde e usuários desses serviços que adotam nome social possibilitou a reflexão sobre a necessidade e ampliação do olhar a população LGBT e fomentou a construção de um atendimento que garanta os direitos destes. Por meio da pesquisa-participante e problematização, os trabalhadores se viram como sujeitos desse processo, no qual foi possível dialogar sobre seus sentimentos, modo de ver o outro e criar alternativas para um processo de trabalho mais humanizado.

Contudo, verifica-se que as concepções culturais e religiosas que seguem o padrão heteronormativo impõem barreiras e dificuldades que podem afetar o cuidado mais ampliado em saúde aos usuários LGBT. Porém, a constituição de espaços de desconstrução/desnaturalização de visões estigmatizantes e a vivência de práticas de cuidado éticas e acolhedoras, têm o potencial de modificar e ampliar os horizontes ainda pautados na homofobia.

O diálogo com transexuais e travestis revelou a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde da população LGBT, afinal, muitas

vezes, esses não têm seus direitos básicos garantidos devido a práticas sociais discriminatórias, ficando mais vulneráveis ao adoecimento. Dessa forma, sua condição se caracteriza como um determinante social do processo saúde-doença e a saúde tem o compromisso ético e social de transformar suas práticas em direção à inclusão e cidadania dessa população LGBT.

#### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília; 2013.
2. Motta JIJ. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde Debate*. 2016; 40(spe):73-86.
3. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra LGTB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. "Disponível em: <<http://www.prsp.mpf.gov.br/prdc/area-de-atuacao/dsexuaisreprod/Brasil%20sem%20Homofobia.pdf>>". Acesso em: 12 maio 2018.
4. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, Queiroz CMHT, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúd. Deb.* 2013; 37(98):516-524.
5. Brasil. Ministério da Saúde. O que é a Política Nacional de Humanização?. (folheto). Brasília; 2013.
6. Baldissera A. Pesquisa-ação: uma metodologia do "conhecer" e do "agir" coletivo. *Soc. Deb.* 2001; 7(2):5-25.
7. Freire L, Cardinali D. O ódio atrás das grades: da construção social da discriminação por orientação sexual à criminalização da homofobia. *Sex. Salud Soc.* 2012; (12):37-63.
8. Perucchi J, Brandao BC, Vieira HIS. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. *Estud. Psicol.* 2014; 19(1):67-76.
9. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. Cienc. Prof.* 2012; 32(3):552-563.
10. Carvalho MFL. A impossível pureza: medicalização e militância na experiência de travestis e transexuais. *Sex. Salud Soc.* 2011; (8):36-62.
11. Apostolo MVA, Moscheta MS, Souza LV. Discursos e posicionamentos em um encontro de diálogo sobre violência a LGBTs. *Psicol. USP.* 2017; 28(2):266-275.
12. Moscheta M, Souza LV; Casarini KA; Scorsolini-Comin F. Da impossibilidade do diálogo: conversações públicas e os direitos LGBTs. *Psicol. Soc.* 2016; 28(3):516-525.
13. São Paulo. (estado). Decreto nº 55.588. Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. São Paulo: ALESP, 17 mar 2010.
14. Brasil. Decreto nº 8.727. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília: DOU; 29 abr. 2016.
15. Macedo A. Identidade de gênero e orientação sexual na prática clínica. 1 ed. Lisboa: Cafilésa -Soluções Gráficas; 2018.
16. Costa AB, Nardi, HC. Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. *Temas Psicol.* 2015; 23(3):715-726.
17. Santos AC. Sexualidades politizadas: ativismo nas áreas da AIDS e da orientação sexual em Portugal. *Cad. Saúd. Públ.* 2002; 18(3):595-611.

# Experiências de uma ONG na promoção de direitos e saúde trans em São Paulo

*Experiences of a NGO with promoting trans rights and health care in São Paulo*

Marta McBritton<sup>I</sup>, Tadeu Di Pietro<sup>II</sup>, Regina Figueiredo<sup>III</sup>, Barry Wolfe<sup>IV</sup>, Karen Schwach<sup>V</sup>,  
Fernanda Peres Guidolin<sup>VI</sup>, Vera Luz de Oliveira<sup>VII</sup>, Welton Gabriel Lima dos Santos<sup>VIII</sup>,  
Luiz Augusto Spanghero Macarenhas<sup>IX</sup>, Margarete de Jesus Fernandes<sup>X</sup>,  
Nadja de Figueiredo Araújo<sup>XI</sup>

## Resumo

Este artigo procura expor as ações realizadas pelo Instituto Cultural Barong junto à transexuais, visando à promoção de seus direitos, incluindo o de saúde e prevenção de IST/HIV. São relatadas as estratégias de promoção de informações por meio do desenvolvimento de materiais educativos, exposições, ações de campo e inclusive cursos produzidos para este público, procurando atender suas necessidades, locais de circulação de trabalho ou sociabilidade, linguagem e demandas. As estratégias foram consideradas de sucesso pela sua alta adesão e receptividade comprovada no público atingido e ambientes integrados.

**Palavras-chave:** Saúde sexual; Prevenção; IST/aids; Transexualidade.

## Abstract

This article seeks to document the actions of the Cultural Institute Barong among transsexuals, done with the intention of promoting their rights, including health and STI/HIV prevention. The related strategies for promoting information through the development of educational materials, expositions, field actions and even courses produced for this public, seeking to fulfill their needs, places of circulation, of work or of sociability, language and demands. The strategies were considered a success for their high adherence and receptivity improved within the reached public and the integrated spaces.

**Keywords:** Sexual health; Prevention; STI/aids; Transexuality.

<sup>I</sup> Marta McBritton (martamcbrifton@gmail.com) é graduada em Gestão de Projetos Sociais pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Presidente e Coordenadora de projetos em saúde e direitos sexuais e reprodutivos do Instituto Cultural Barong.

<sup>II</sup> Tadeu Di Pietro (tadeudipietro@uol.com.br) é ator e diretor teatral formado pelo Teatro Escola Macunaíma, produtor cultural e membro e arteeducador do Instituto Cultural Barong.

<sup>III</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia e Doutora pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora do Instituto de Sa, membro do Comitê de Atenção Integral à População LGBT Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro consultivo do Instituto Cultural Barong.

<sup>IV</sup> Barry Michael Wolfe (bmw@sosdignity.org) é bacharel em Direito pela University of Edinburgh, Pós-graduado pela Yale Law School e Mestre em Direito Internacional pela Cambridge University e Criador do Projeto SOS Dignidade do Instituto Cultural Barong.

<sup>V</sup> Karen Schwach (karen@sosdignidade.org.br) é graduada em Direito pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) e Coordenadora do plantão jurídico do Projeto SOS Dignidade do Instituto Cultural Barong.

<sup>VI</sup> Fernanda Peres Guidolin (barong.fernanda@gmail.com) é graduada em Turismo pela Universidade Anhembi Morumbi e assistente de direção e campo do Instituto Cultural Barong.

<sup>VII</sup> Vera Luz de Oliveira (veraluz\_oliveira@hotmail.com) é enfermeira pela FMU, tem aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar, Abordagem Familiar e Gestão do Cuidado na Atenção Domiciliar pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA SUS) e atua como enfermeira e agente de prevenção do Instituto Cultural Barong.

<sup>VIII</sup> Welton Gabriel Lima dos Santos (weltonlds@gmail.com) tem formação parcial em Educação Física pelo Centro Universitário Italo Brasileiro (UNITALO) e é agente de prevenção do Serviço Especializado em DST/Aids do M'Boi Mirim (SAE M'Boi) e do Instituto Cultural Barong.

<sup>IX</sup> Luiz Augusto Spanghero Macarenhas (barong.guto@gmail.com) fez Administração de Empresas pela UNINOVE e é assistente de campo do Instituto Cultural Barong.

<sup>X</sup> Margarete de Jesus Fernandes (barong.margarete@uol.com.br) é bacharel em Letras pela Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP) e Especializada em Direito Imobiliário pela parceria Fundação Armando Álvares Penteado e Faculdades Metropolitanas Unidas (FAAP-FMU) e atua como co-coordenadora de projetos no Instituto Cultural Barong.

<sup>XI</sup> Nadja de Figueiredo Araújo (nadjadefigueiredo@uol.com.br) é graduanda em Psicologia na Universidade Paulista (UNIP) e agente de prevenção do Instituto Cultural Barong.

## Introdução

Desde 2007 o Instituto Cultural Barong<sup>XII,1</sup> desenvolve o “Projeto SOS Dignidade”<sup>2</sup> que iniciou associações com a população trans (incluindo travestis, transexuais e transgêneros). Essas ações envolvem a promoção de direitos dessa população por meio, principalmente, de sua defesa jurídica, iniciada em 2008 visando à mudança do nome social em documentos, visto que até 2017 essa alteração necessitava de ações judiciais.

De 2011 a 2015 o SOS funcionou dentro do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais da Secretaria de Estado e Saúde de São Paulo, na Vila Mariana, São Paulo, realizando mais de 300 processos de mudança de nome social e/ou sexo em documentos civis de transexuais<sup>3</sup>. Esse trabalho foi seguido pela realização de diversas exposições fotográficas, procurando não apenas visibilizar o mundo das trans, principalmente travestis, mas também promover a autoestima das trans<sup>XIII</sup>.

A partir do SOS Dignidade, o Barong desenvolveu uma série de ações e projetos tendo em vista atingir a população trans, principalmente em seus espaços de circulação, difundindo legislações e direitos já instituídos, criando plantões de esclarecimentos e promovendo a saúde sexual e reprodutiva deste público por meio de materiais educativos, de ações de campo na Grande São Paulo e da realização de testagens para HIV, hepatite B e C e encaminhamentos para serviços públicos, inclusive o de saúde.

<sup>XII</sup> Organização Não Governamental (ONG) criada em 1996 na cidade de São Paulo, que atua na promoção da educação e da saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/aids, entre a população em geral, dando ênfase à utilização de estratégias de comunicação alternativa (folhetos, teatros, abordagens de campo, eventos, etc.)<sup>1</sup>.

<sup>XIII</sup> Exposições do fotógrafo e co-autor deste artigo Barry Wolf, realizadas em 2007 no Conjunto Nacional, em 2008 no Conjunto Nacional, em 2008 no SAE Campos Elíseos; em 2008 no Museu de Arte Contemporânea da Universidade de São Paulo (MAC-USP), em 2009 no Congresso Brasileiro de DST/AIDS e no Casarão Brasil, em 2014 no Centro de Referência e Dança de São Paulo e em 2016 na Festa Terça Trans, realizada no centro de São Paulo.

## Vulnerabilidade trans

Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência em 2017 de HIV entre “homens que fazem sexo com homens” (HSH)<sup>4</sup> – o que inclui as trans – no país é de 9,4% entre 18 e 24 anos e de 19,8% entre os 25 anos ou mais. Dados do Município de São Paulo<sup>5</sup> apontaram que a proporção de HSH notificados com aids havia aumentado de 37,6% em 2006 para 51,0% em 2014, com variação da taxa de 222,4% em 2005 na faixa etária entre 15 e 19 anos e de 95,1% entre 20 e 24 anos. Já o estudo Sampacentro<sup>6</sup>, de parceria entre a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo (CRT-SP), realizado em 2011-2012, apontou 16% de soroprevalência de HIV em HSH que frequentam bares, boates e outros locais de sociabilidade no centro da cidade de São Paulo.

A população transgênero, proporcionalmente, tem maior prevalência do que os outros grupos populacionais, a presença do vírus HIV entre travestis e transexuais testados é de 13,0% e 6,4%, respectivamente<sup>4</sup>. Segundo Grandi<sup>7</sup>, em 2000, 45,0% das travestis possuíam o HIV, 40% sífilis e 63,2% hepatites B e 15,5% hepatite C (14,5%). Já em estudo mais recente realizado por Ferreira e colegas<sup>8</sup>, (em 2014, no município de São Paulo, com 124 travestis e transexuais mulheres, a presença do HIV foi de 36,2% e 22,7%, respectivamente.

Quanto a outras IST, o Ministério da Saúde, em 2017, apontou uma prevalência geral de hepatites entre HSH no país de 0,75%, sendo 1,73% se considerarmos apenas as hepatites B e C, além da sífilis que aparece com prevalência de 14,0% entre esse público<sup>4</sup>. Na cidade de São Paulo, em 2014, Ferreira e colegas<sup>8</sup> constataram 16,0% de travestis que haviam tratado gonorreia, 80,0% se tratado de sífilis e 4,0% de HPV; entre as trans, registraram um histórico

apenas de tratamento de sífilis em 100% dos pesquisados.

Essa realidade deriva de uma série de adversidades que enfrentam devido à exclusão social e à violência a que são sujeitos desde a adolescência<sup>9</sup>, incluindo o não reconhecimento de seus direitos à educação, saúde, moradia, ir e vir com segurança no espaço público, ao trabalho e o desrespeito à sua identidade de gênero e seus nomes sociais<sup>10</sup>, situações cumulativas que os fazem abandonar a família de origem, a escola, viver em condições de marginalidade social, aderirem à prostituição e tornem-se impedidos ao exercício da cidadania. Por isso estratégias de vulnerabilidade precisam ter enfoque global em promoção de sua inclusão e cidadania<sup>11</sup>.

#### **Ações voltadas à população trans**

Além do plantão jurídico pelo SOS para orientação de trans na mudança de nome social, denúncias de discriminação e outras ações judiciais, o projeto também englobou intervenções na Políticas Públicas – uma vez que os membros do SOS passaram a ser membros do Comitê Estadual de Enfrentamento do Tráfico de Pessoas de São Paulo (CEETP), que vem atuando em ações de prevenção e enfrentamento ao trabalho escravo e ao tráfico de pessoas para fins de exploração sexual no Brasil. O Barong também promoveu atividades visando a maior visibilidade e o empoderamento de trans, por meio de exposições fotográficas temáticas e a inclusão de seus depoimentos pessoais de história de vida no Museu da Pessoa<sup>XIV</sup>, em São Paulo<sup>12</sup>.

Com relação a ações de campo e materiais desenvolvidos foram feitos:

#### **– folhetos trans – sistematizando direitos civis:**

Em 2012, o Instituto Cultral Barong desenvolveu o folheto “A Lei é Para Todos – conheça os direitos de travestis e transexuais”<sup>13</sup>, sistematizando todas as legislações de direitos civis que poderiam ser utilizadas pela população transexual, para disseminação em pontos de concentração deste público.

Nesse sentido, considerando que muitos trans desconhecem o seu direito – principalmente quanto a legislações recentes – e têm, portanto, dificuldade de reivindicá-lo, o folheto desenvolvido procurou disseminar informações sobre as leis:

#### **– cartilha de promoção da saúde integral trans:**

Em 2016, vislumbrando a necessidade de promover a saúde integral da população trans e orientações sobre a recém-chegada PEP – profilaxia pós-exposição para HIV, além de serviços de saúde disponíveis em São Paulo, foi elaborada a cartilha “A Vida em Transformação - guia trans de saúde sexual e direitos humanos”<sup>14</sup>.



Esse material, mais ordenadamente por assunto, apresenta as legislações civis que podem ser utilizadas por esse público:

- uso do nome social em documentos e serviços públicos federais e do Estado de São Paulo - Decreto Federal nº 8.727 de 2016<sup>15</sup> e Lei Estadual de São Paulo nº 10.948 de 2001<sup>16</sup>;
- procedimento para mudança de nome em documentos, sem necessidade de ter passado por cirurgia de transexualização - Decreto Federal nº 9.278 de 2018<sup>17</sup>;

<sup>XIV</sup> O Museu da Pessoa é um museu virtual e colaborativo para pessoas que querem registrar e compartilhar sua história de vida<sup>12</sup>.

- união consensual - Resolução nº 175 do Conselho Nacional de Justiça 2013<sup>18</sup>;
- inclusão de parceiros como dependentes previdenciários para fins de benefícios de saúde e pensão - Portaria nº 513 do Ministério da Previdência Social de 2010<sup>19</sup>;
- proteção à discriminação em geral - Decreto Federal nº 8.727 de 2016<sup>15</sup> – para realização de denúncias de Tratamentos discriminatórios e telefones e locais para realizá-las;
- proteção à discriminação no Trabalho - Decreto do Estado de SP nº 10.948 de 2001<sup>16</sup>, que protege discriminação no trabalho e concursos públicos;
- uso do nome social em serviços de saúde - Decreto Estadual nº 55.588 de 2010, do Estado de São Paulo<sup>20</sup>;
- moradia sem discriminação: Decreto Estadual nº 10.948 do Estado de São Paulo<sup>16</sup>;
- uso do nome social em cursos, escolas e faculdades - Portaria nº 1.612 do Ministério da Educação de 2011<sup>21</sup> e Deliberação nº 125 do Conselho Estadual de Educação de São Paulo de 2014<sup>22</sup>.

E explicita orientações de prevenção à saúde, principalmente da sexual e reprodutiva e os cuidados com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Assim são incluídas orientações sobre<sup>xv</sup>:

- ambulatórios de atenção a Trans – divulgação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais e Ambulatório Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão à Pessoa Trans, endereços e as especialidades que oferecem.
- hormonioterapia: importância de fazê-la com acompanhamento médico e serviços

- públicos que disponibilizam esse serviço<sup>xvi</sup> e a importância de nunca usar silicone líquido industrial;
- higiene íntima: orientação sobre o não compartilhamento de “chucas” (enemas de lavagem anal);
- prevenção de IST/HIV/aids: importância e gratuidade de uso de preservativos;
- sexo oral: importância da prevenção e estratégias para reduzir riscos;
- sexo oral no ânus: importância da prevenção de IST e hepatite e dicas de uso de barreira;
- hepatites A, B e C: formas de infecção e sintomas;
- vacina para hepatites A e B: importância das vacinas e serviços de saúde que a disponibilizam gratuitamente;
- vacina de HPV e cuidado da próstata: importância e orientação de serviços de IST/aids e exame de próstata para evitar cânceres em órgão sexuais e reprodutivos;
- profilaxia pós-exposição sexual para o HIV (PEP): disponibilidade, situações e tempo em que se deve procurar, forma de uso e locais em que está disponível;
- testagem de HIV, sífilis e hepatites – importância da realização periódica da testagem de B e C e disponibilidade gratuita de testes rápidos;
- orientações para HIV positivos: informações sobre a importância do acompanhamento de saúde, do incentivo à manutenção de qualidade de vida e da autoestima, da adesão correta ao uso de antirretrovirais e da continuidade de uso de preservativos;
- álcool e drogas: informações sobre cuidados e redução de danos.

<sup>xv</sup> Conteúdos e orientações revisadas pelo Programa Municipal de DST/Aids do Município de São Paulo.

<sup>xvi</sup> Em São Paulo: UBS e AMA Santa Cecília, UBS Sé, UBS República – todas na região Centro da cidade.

Posteriormente, em 2018, durante revisão, foram incluídos na cartilha informações sobre a profilaxia pré-exposição para o HIV (PREP) – descrevendo sua serventia, público que deve utilizá-la e serviços que a disponibilizam, conforme orienta a política estadual<sup>23</sup> –, sobre implantes de silicone – procurando salientar os perigos do silicone líquido industrial e orientar a sua retirada para quem os utilizou –, a importância de homens trans buscarem serviços de saúde para realizar a prevenção do câncer de mama, e a orientação uso de banheiros de acordo com a identidade de gênero, conforme a Lei nº 10.948 do Estado de São Paulo de 2001<sup>16</sup> e a Resolução do Ministério da Educação de 12 de setembro de 2017<sup>24</sup>.

Diferentemente da cartilha produzida pelo Ministério da Saúde<sup>xvii</sup> para trabalhadores de saúde que possui viés mais técnico e conceitual, essa cartilha voltada ao público trans, procurou adotar na sua construção uma estratégia participativa e dialógica. Por isso, não apenas foi testada entre este público, mas também recebeu sugestões de inserção de temas e necessidade de seu cotidiano, além de procurar adotar linguagem e visual facilitado e enxuto, procurando dar informações claras e utilizar expressões e códigos de comunicação (gírias) típicos dessa população, de forma a servir como um “link” de identificação do material com o seu público: “arrasou!” (foi/está incrível), “bofe uó!” (homem ruim), “bafão!” (fofoca), “tá boa!” (tudo bem), “dê seu close!” (apareça), “penosa” (ficar sem dinheiro), “pintosas e monas” (gays femininos e lésbicas), “bofes” (rapazes), “sem armário!” (se assumir), “turbinar” (por silicone), “amarração” (amarrar os seios), “chuca” (enema), “no pelo” (relação sem camisinha), “capa”

<sup>xvii</sup> Cartilha “Cuidar Bem da Saúde de Cada Um – faz bem para todos, faz bem para o Brasil”, produzida pelo Ministério da Saúde em 2016<sup>25</sup>.

(camisinha), “gravar” (sexo oral), “cuneti!” (sexo oral feito no ânus), “tia!” (HIV/aids), “batizada” (com IST), “loka” (desnorteada, sem senso).

#### – campo em locais de trabalho e sociabilidade trans:

De 2014 a 2018, além da participação anual na Parada Gay de São Paulo, o Barong concentrou-se em projetos que contemplassem ações de campo voltadas a público trans, principalmente mulheres trans. Essas ações foram realizadas mediante 2 projetos financiados pelo Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo: projeto “Terça Trans” (desenvolvido de agosto de 2016 a julho de 2017) e o projeto “Rodas da Sexualidade e Arte” (de outubro de 2017 a setembro de 2018). O objetivo de ambos foi disseminar entre as/os trans as legislações e normas que lhes garantem direitos de cidadania e promover a saúde sexual e reprodutiva e redução de danos entre este público, integrando o conceito de prevenção combinada e o incentivo ao diagnóstico precoce de HIV e outras IST.



Os locais selecionados para essas atividades, foram os espaços de sociabilidade e/ou trabalho onde essa população se concentra; assim foram abordados geralmente no período noturno) festas, concursos de beleza, pontos de

prostituição e bares – inclusive onde há uso de álcool e drogas –, e também locais de moradia e circulação cotidiana dessa população – e que servem como referência não só para as trans que vêm de outras cidades encontrarem sua “tribo”, mas também terem acesso a cabeleireiros, manicures, lojas de roupas e uma “rede” específica de consumo deste público. As atividades envolveram a presença de unidade móvel (van) com uma equipe multidisciplinar que ofertava plantões de orientações e de testagem de IST ou HIV/aids, a distribuição de cartilhas trans “A Vida em Transformação” e de cartilhas de orientação de prevenção combinada de IST/HIV e a oferta de preservativos masculinos e femininos, lubrificantes íntimos e “chucas” descartáveis.

Entre os vários pontos atingidos na cidade de São Paulo, teve destaque o Concurso da Corte LGBT da União das Escolas de Samba Paulistanas (UESP), que elegeu a Rainha Trans, Rainha Drag, Rainha Transformista e Passista para o Carnaval de São Paulo em 2017, no Clube da Vila Maria, e a festa “Terças Trans”<sup>xviii</sup> – esta última uma das maiores concentrações periódicas da cultura transgênero da cidade –, que acontece mensalmente há mais de 10 anos na região do Centro, que concentra um público de cerca de 150 pessoas, formado por travestis e *crossdressers*<sup>xix</sup>, transexuais, admiradores desses (*t-lovers*), além de *drag queens*<sup>xx</sup>, gays e lésbicas. Também foram feitas ações em locais de trabalho deste público, as que concentram

pontos de prostituição trans, como: Largo do Arouche, Parque do Carmo, Rua Bento Freitas na República e bares (Muss Bar, na República; Capella Bar, em Santo Amaro; Chimus Bar, no Capão Redondo, Point da Villa, no Pirajussara).



Ao todo, foram realizadas 24 ações de campo noturnas em pontos trans<sup>xxi</sup>, atingindo quase 3.000 pessoas, com distribuição de 8.500 preservativos e 2.900 cartilhas trans e folhetos de prevenção disponibilizados pelo Programa Municipal de DST/Aids, além de 2.000 chucas descartáveis, 165 testes de HIV, mais 135 encaminhamentos para realização deste em COAS e CTAs, 83 testes de hepatites, 17 de sífilis<sup>xxii</sup> e mais outros 300 encaminhamentos para realização de testes de IST, incluindo a sífilis nesses serviços:

<sup>xviii</sup> Organizada pela produtora trans Patty Delli, em local que varia de endereço nas proximidades da Praça da República e Largo do Arouche.

<sup>xix</sup> Pessoa que, em geral, se identifica com seu sexo de origem biológica, mas que “sente fortes impulsos de se vestir, comportar e sentir como alguém do sexo oposto e que não se dizem travestis devido ao estigma que esse nome tem por ser associado comumente à prostituição”<sup>26</sup>.

<sup>xx</sup> Artistas performáticos que se vestem com roupas femininas para apresentações, independente da sua identidade de gênero.

<sup>xxi</sup> Aqui estão registradas as ações do(s) projeto(s) dirigidos exclusivamente à trans, pois houve outras que também abordaram a população gay e que resultaram além da prevenção mais casos de detecção de casos de infecção por HIV e hepatites virais.

<sup>xxii</sup> Iniciados em abril de 2018.

**Quadro 1:** Ações, Materiais e Testagens Realizadas com Trans de 2016-2018, de acordo com cada projeto:

	Terça Trans (agosto de 2016 a julho de 2017)	Rodas (outubro de 2017 a setembro de 2018)*	total Nos 2 anos
quant. de ações trans	12	5	17
quantidade de público trans acessado	2.000	900	2.900
cartilhas trans distribuídas	2.000	900	2.900
cart. prev combinada distribuídas	2.000	900	2.900
preservativos masculinos distribuídos	4.000	4.500	8.500
preservativos femininos distribuídos	400	não fornecida	
“chucas” descartáveis distribuídas	2.000	500	2.500
lubrificantes distribuídos	2.000	2.700	4.700
testes rápidos de HIV realizados	165	realiz. suspensa pelo Progr. Munic. DST/Aids	165
detecção e encaminhamento de HIV+	6	-	6
adesão ao tratamento HIV <sup>XXIII</sup>	1	-	1
encaminh. p/ testagem HIV em outros serv.	-	135	135
testes rápidos de hepatite B realizados	83	não autoriz. pelo Progr. Munic. DST/Aids	83
teste rápido de hepatite realizados	83	não autorizados pelo Progr. Munic. DST/Aids	83
casos de hepatites detectados e encaminhados	0	-	0
teste rápido de sífilis realizados	ainda não disponibilizado	17	17
casos de hepatites detectados e encaminhados	-	0	0
encaminh. p/ testagem de sífilis em serviços	152	45	197
encaminh. p/vacinação de hepatite B em serviços	152	135	287
encaminh. de sessoria jurídica	18	5	23

<sup>XXIII</sup> Informação fornecida pelo serviço de IST/HIV/aids vinculado ao projeto e para o qual houve orientação de encaminhamento imediatamente em seguida da realização da testagem de HIV.

As ações de campo do Barong, muitas vezes, utilizam técnicas artísticas como estratégia de educação – o que facilita a atratividade, a interlocução e a compreensão de temas por apresentá-los de uma forma lúdica e simbólica<sup>27</sup>. Essa perspectiva se filia a uma pedagogia de libertação proposta por Paulo Freire, que visa à construção de saberes para a mudança social<sup>28</sup>.

**– formações em comunicação para trans: autoestima e autonomia:**

Nesse sentido, inovando em ações, foi proposto cursos básicos de “comunicação interpessoal” para trans<sup>xxiv</sup>, vislumbrando não apenas a atualidade de expressão que vem sendo feita através das redes sociais, mas também a importância do empoderamento dessas pessoas para se colocar numa sociedade que normalmente as estigmatiza e aproveitando o interesse que as trans informam de gostar e querer “estar bem frente as câmeras” e “falar melhor em público”<sup>xxv</sup>.

A metodologia utiliza técnicas do Teatro Invisível, de Augusto Boal<sup>29</sup>, que, por meio da realização de 4 encontros por turma, propõe dinâmicas onde são trabalhadas interpretação, falas e encenação para promoção de uma intervenção na realidade. Essas técnicas teatrais atuam na inibição e desbloqueio e são divididas em 4 eixos: 1) “eu sou” – identidade, personalidade e verdade interior; 2) “eu me expresso” – pelo corpo, voz, coerência; 3) “eu comunico” – ideias, mensagens, conteúdos, improvisações; 4) “eu emocio” – razão, emoção, discurso, estilos.

<sup>xxiv</sup>A técnica, adaptada às necessidades das trans, foi desenvolvida por Tadeu Di Pietro – um dos autores deste artigo – que já as utiliza com outros públicos.

<sup>xxv</sup> Manifestações de trans registradas pela instituição durante gravação de alguns vídeos durante eventos da “Terças Trans”.

Esses eixos desenvolvidos em oficinas contribuem em efeito pessoal e social, na identificação e fortalecimento de “quem comunica”, “o que se comunica”, “como se comunica” e o “para que se comunica”. Assim, parte-se da questão da identidade (fundamental para os(as) trans que reafirma o indivíduo frente à própria vida e à sociedade); em seguida, se reforça a posição da pessoa como sujeito que produz pensamentos e estes poderão ser racionalizados para a realização de uma comunicação eficaz; por fim, essa melhor expressão facilita e reafirma o seu posicionamento social, além da identificação com outros sujeitos que se encontram em situação similar à sua, facilitando o lidar com a realidade, incluindo os preconceitos.

Obviamente, no caso das trans, esse trabalho visa à uma transformação da percepção e uso da realidade social: trans causam um estranhamento social (por serem uma minoria considerada “exótica”). Esse efeito pode passar a ser compreendido por elas(es) como algo “natural”, positivo e que pode deixar de causar sofrimento e se transformar em ferramenta de mudança, na medida em que seja percebido como algo que contribui para a sociedade visibilizar e integrar diversidades e noções de justiça e cidadania. Ao mesmo tempo, esse deslocamento de percepção e habilitação para a comunicação, gera nas(os) trans, um poder de transformação, potencial diferenciado que contribui para a própria autovalorização e autorrespeito.

A essas oficinas se somaram um grupo de WhatsApp com dicas de exercícios e informações de interesse do grupo, além de 1 encontro que é realizado para abordar e discutir os direitos de cidadania gerais, pautados na Constituição<sup>30</sup> e em leis e normatizações específicas que beneficiam os transexuais, travestis e transgêneros. Até o primeiro semestre de 2018, 13 pessoas já haviam realizado o curso, em duas turmas oferecidas.

### Considerações finais

O Brasil fez vários avanços na área de direitos LGBT, incluindo transexuais. Esses avanços se concentraram na proposição de legislações e integração de programas de promoção de direitos civis e cidadania, como demonstrou Kraiczuk<sup>31</sup>, que ainda precisam ser ainda muito divulgados entre esta população, mas também entre o público em geral, para minimizar preconceitos.

Avanços na área de Saúde ainda se concentram em raras capitais e serviços e principalmente no município de São Paulo – que vêm realizando o atendimento às demandas específicas de transexuais –, além, obviamente, da atenção promovida por todos os municípios pelo Programa Nacional de DST/Aids, visando à prevenção das IST/HIV e hepatites entre essa população gravemente atingida.

ONGs, como o Barong, têm potencial de promover espaços, estratégias e materiais que penetram em ambientes específicos onde essa população transita, permitindo a testagem e a parceria em estratégias de promoção de direitos e cidadania, inclusive do direito ao acesso e promoção de saúde sexual e reprodutiva. Afirmar a sua visibilidade, apoiá-la juridicamente, atingi-la com materiais especificamente produzidos e que utilizem sua linguagem e interesses, além de promover ações de campo são fundamentais no processo de ação e comunicação com trans.

Ainda há uma grande quantidade de população trans invisibilizados, uma vez que não participam dos espaços e programas centrais da “tribo” da cidade; seja por falta de recursos, de distância de sua situação de moradia ou de uma idade anterior ou posterior aos ambientes públicos de programas ou “baladas”. O isolamento, neste caso, representa um fator de maior vulnerabilidade e menor acesso a informações de saúde e de direitos civis.

Penetrar em seus estilos de vida e espaços noturnos, fazendo parte do cenário público onde

os trans “passeiam” foi o aprendizado do Barong, apontando que ações integradas funcionam e têm boa receptividade entre essa população. Ao mesmo tempo, isso inspira novas propostas de trabalho em atenção à sua demanda, como o projeto de comunicação.

A promoção de um empoderamento para o exercício de uma real autonomia e decisão de melhor condução de suas vidas são direitos dos indivíduos trans, ainda tão renegados entre a população brasileira. Isso ainda é real para as mulheres trans e talvez mais ainda para os homens trans – tão difíceis de ser acessados.

Todos esses aspectos devem ter atenção especial frente a ameaças recentes de retrocesso nas conquistas democráticas de nosso país, que se estiverem efetivadas em nível individual entre esses sujeitos, terão muita dificuldade de lhes serem retiradas.

### Referências

1. Instituto Cultural Barong. Sobre o Barong. (on line). [acesso em 14 out 2018]. Disponível em: <http://www.barong.org.br>
2. Instituto Cultrual Barong. SOS Dignidade. (on line) [acesso em 14 out 2018]. Disponível em: <http://www.sosdignity.org/>
3. Schwach K, Figueiredo R, Wolfe BM, McBritton M, Marquezine IM. Mudança de nome social de pessoas transgêneras - identidade de gênero para além da biologia. *Bagoa*. 2017; (17):318-339.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV Aids 2017. Brasília; 1 dez 2017. [acesso em: 15 out 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaid-2017>
5. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. In: O município na luta contra a AIDS. São Paulo; 2009. p.7-18.
6. Mello MLR, Santos NJS, Giovanetti MR, Tayra A. Aids em homens que fazem sexo com homens – tópicos importantes

da política pública de prevenção do HIV/aids para gays, travestis e outros HSH. BEPA – Bol. Epidemiol. Paul. 2012; 9(103):21-31. (on line). [acesso em: 15 out 2018]. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-42722012000700003&lng=pt&nrm=iss](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722012000700003&lng=pt&nrm=iss)

7. Grandi JL. Coinfecção HIV, sífilis e hepatites B e C em travestis da cidade de São Paulo, 1992-2000. (tese). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo; 2001.

8. Ferreira Jr S, Bergamo PMS, Nogueira FPA. Perfil de travestis e transgêneros: tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. Rev. Panam. Saud. Públ. 2016. a 40(60):410-417.

9. Figueiredo R, Peixoto M. Em defesa da criminalização da homofobia: garantindo o direito específico à diversidade de gênero. Rev. Cient. Virt. da Esc. Sup. Adv. OAB-SP; 2011; 2(5):42-45. [acesso em: 15 out 2018]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/262011624\\_A\\_homofobia\\_como\\_crime\\_especifico\\_Homophobia\\_as\\_a\\_especific\\_crime](https://www.researchgate.net/publication/262011624_A_homofobia_como_crime_especifico_Homophobia_as_a_especific_crime)

10. Mott L. Homo-afetividade e direitos humanos. Est. Femin. 2006; 14(2):509-521, maio/agosto de 2006.

11. Jesus JG. Identidade de gênero e políticas de afirmação identitária. Salvador: ABEH; 2012.

12. Museu da Pessoa. Entenda. (site on line). [acesso em: 15 out 2018]. Disponível em: <http://www.museudapessoa.net/pt/o-museu-da-pessoa>

13. Instituto Cultural Barong. A lei é para todos - conheça os direitos de travestis e transexuais. (folheto). São Paulo; 2012.

14. Instituto Cultural Barong. A Vida em Transformação - guia trans de saúde sexual e direitos humanos. (cartilha). 2a ed. São Paulo; 2018.

15. Brasil. Decreto Federal nº 8.727. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília: Presidência da República; 28 abr 2016.

16. São Paulo. (estado). Lei nº 10.948. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências. São Paulo; 5 nov 2001.

17. Brasil. Decreto Federal nº 9.278. Regulamenta a Lei nº 7.116, de 29 de agosto de 1983, que assegura validade nacional às Carteiras de Identidade e regula sua expedição. Brasília; 5 dez 2018.

18. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 175.

Dispõe sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, entre pessoas de mesmo sexo. Brasília; 14 mai 2013.

19. Brasil. Ministério da Previdência Social Portaria nº 513 de 9 de dezembro de 2010. Brasília; DOU de 10 dez 2010.

20. São Paulo. (estado). Decreto Estadual nº 55.588. Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. São Paulo; 17 mar 2010.

21. Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 1.612. Brasília; 18 nov 2011.

22. Conselho Estadual de Educação de São Paulo. Deliberação nº125. Dispõe sobre a inclusão de nome social nos registros escolares das instituições públicas e privadas no Sistema de Ensino do Estado de São Paulo e dá outras providências correlatas. São Paulo; 2014.

23. São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST Aids de São Paulo. Informações sobre PrEP. (on line). [acesso 19 out 2018]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dst aids-sp/homepage/acesso-rapido/informacoes-sobre-prep>

24. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Parecer homologado Portaria nº 33. Normatização nacional sobre o uso do nome social na educação básica. Brasil: DOU; 18 jan 2018, Seção 1: 10.

25. Ministério da Saúde. Cuidar bem da saúde de cada um – faz bem para todos, faz bem para o Brasil. (cartilha). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2016. [acesso em: 14 out 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/18/CARTILHA-Equidade-10x15cm.pdf>

26. Rocha M. Saiba a diferença entre travesti e crossdresser. Pau pra qualquer obra (site on line). [acesso 15 out 2018]. Disponível em: <http://www.paupraqualquerobra.com.br>

27. McBritton M, Figueiredo R, Garcia R, Reggiane C, Wolfe BM, Schwach K et al. Prevenção na vida como ela é: projetos e estratégias do Instituto Cultural Barong. In Rodrigues Junior OM. (org). Histórias das sexologias brasileiras (vol.1). São Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade, 2015. p.213-226.

28. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

29. Thorau H. O teatro invisível. Rio de Janeiro: UERJ; 2012.

30. Brasil. Constituição Federal da República do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados; 1988.

31. Kraiczuk J. A bioética e a prevenção da AIDS para travestis. (Dissertação). Universidade de Brasília. Brasília; 2014. 168p.

# Gênero e diversidade: uma análise sobre os grupos de pesquisa do CNPq e a população LGBT

*Gender and diversity: an analysis of CNPq research groups and the LGBT population*

Renato Barboza<sup>I</sup>, Alessandro Soares da Silva<sup>II</sup>

## Resumo

Analisou-se a distribuição dos grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), quanto à produção de conhecimento científico voltado à população LGBT e à composição das lideranças dos grupos quanto ao gênero. Realizou-se um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, baseado no inventário de grupos de pesquisa cadastrados no CNPq até 28 de setembro de 2018. O universo de análise foi constituído por 75 grupos elegíveis. As evidências revelam que 86,6% dos grupos foram constituídos entre 2006 e 2018, indicando que a produção científica sobre LGBT é um tema emergente. Não obstante o crescimento dos grupos aferidos no último censo do CNPq em 2016, os grupos que abordam a temática LGBT, correspondem somente a 0,19% do total do país. São majoritariamente, concentrados nas regiões Sudeste (44%) e Nordeste (26,7%) e vinculados a instituições públicas de pesquisa (82,7%). O capital intelectual sobre a população LGBT é oriundo, sobretudo, de três grandes Áreas de Conhecimento: Ciências Humanas (56%), Ciências Sociais Aplicadas (21,3%) e Ciências da Saúde (13,3%). No geral, os grupos são coordenados por mulheres (60%), contra 40% de homens, evidenciando a liderança feminina nesse campo de investigação.

**Palavras-chave:** Campo científico; Gênero; LGBT.

## Abstract

The distribution of National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) research groups was analyzed in terms of the production of scientific knowledge about the LGBT population and the composition of group leaders in relation to gender. An exploratory, descriptive, quantitative study was carried out based on the inventory of research groups registered at CNPq until September 28, 2018. The analysis universe consisted of 75 eligible groups. The evidence shows that 86.6% of the groups were constituted between 2006 and 2018, indicating that scientific production on LGBT is an emerging theme. Notwithstanding the growth of the groups verified in the last CNPq census in 2016, the groups that approach the LGBT theme, correspond only 0.19% of the total of the country. Mostly of them are concentrated in the Southeast (44%) and Northeast (26.7%) and linked to public research (82.7%). The intellectual capital about the LGBT population comes mainly from three main areas of knowledge: Humanities Sciences (56%), Applied Social Sciences (21.3%) and Health Sciences (13.3%). In general, the groups are coordinated by women (60%), compared to 40% of men, showing a female leadership in this research field.

**Key words:** Scientific field; Gender; LGBT.

<sup>I</sup> Renato Barboza (renato@isaude.sp.gov.br) é cientista social, Doutorando em Psicologia Social e do Trabalho pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD-SES/SP), Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da SES/SP, Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Psicologia Política, Políticas Públicas e Multiculturalismo e do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS/USP).

<sup>II</sup> Alessandro Soares da Silva (alepsipol1@gmail.com) é filósofo, Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), Livre-Docente em Sociedade, Multiculturalismo e Direitos pela Universidade de São Paulo (USP), Professor Associado da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia (IP) da USP e Líder do Grupo de Pesquisa em Psicologia Política, Políticas Públicas e Multiculturalismo desta universidade.

## Introdução

O “Movimento Homossexual Brasileiro” data do final da década de 1970 e foi marcado majoritariamente pela participação masculina e por uma presença reduzida de mulheres lésbicas<sup>1,2</sup>. Destaca-se, nesse período, a atuação do Grupo Somos, reconhecido como um dos coletivos pioneiros nas ações de incidência política e na criação e veiculação do Jornal “O Lâmpião da Esquina” no ano de 1978<sup>3</sup>. Por outro lado, o movimento do segmento de lésbicas alcançou visibilidade na segunda metade da década de 1990, quando passou a atuar na defesa de pautas específicas e de forma independente do movimento feminista. A visibilidade das travestis e das transexuais e a militância do segmento “trans” ocorreu posteriormente aos segmentos de gays e de lésbicas. Um dos marcos políticos se refere à realização, em 1993, do “Encontro Nacional de Travestis e Liberados”, coordenado pelo coletivo Astral - Associação de Travestis e Liberados<sup>2,4,5</sup>.

A fundação, em 1995, da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT) ampliou o diálogo e a articulação das agendas específicas em prol da garantia da cidadania e dos direitos humanos das populações LGBT e do enfrentamento da discriminação social e da violência por orientação sexual e identidades de gênero. A ABGLT se consolidou como uma rede nacional com um número expressivo de organizações filiadas, atuando também no âmbito internacional<sup>6,1</sup>.

O enfrentamento da epidemia de HIV<sup>III</sup> e aids, sobretudo na década de 1990 conferiu visibilidade e inserção da população LGBT na agenda política e programática do Ministério da Saúde.

<sup>III</sup> Sigla em inglês do *human immunodeficiency virus* (vírus da imunodeficiência humana).

Assim como a inclusão de ações direcionadas à população homossexual no “I Plano Nacional de Direitos Humanos”, formalizado em 1996. Em 2004, a publicação do “Programa Brasil Sem Homofobia” foi um marco fundamental para o desenvolvimento de políticas intersetoriais, voltadas aos segmentos LGBT no país<sup>7,8</sup>.

A realização da “I Conferência Nacional de LGBT”, em 2008, mobilizou um grande número de representantes e de delegados do poder público e da sociedade civil, bem como se deu durante o processo de organização das conferências estaduais realizadas em todas as unidades da federação<sup>9</sup>. No período recente, avanços como a regulação do uso do “nome social” para o segmento trans e o reconhecimento da união homoafetiva pelo Judiciário, conferiram visibilidade social e a observância tardia dos direitos LGBT<sup>10</sup>. Nessa perspectiva, destaca-se a publicação, no ano de 2011, da “Política Nacional de Saúde Integral LGBT”, que objetiva promover a equidade em saúde e a eliminação da discriminação e do preconceito institucional<sup>11</sup>, e, em 2013, da ampliação das diretrizes para o “processo transexualizador” no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>12</sup>.

O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) foi criado em 1951 e atualmente está vinculado ao Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. O CNPq tem por missão institucional:

*“...fomentar a Ciência, Tecnologia e Inovação e atuar na formulação de suas políticas, contribuindo para o avanço das fronteiras do conhecimento, o desenvolvimento sustentável e a soberania nacional”<sup>13</sup>.*

Uma importante ação para o fomento e controle da pesquisa nacional foi a criação do “Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil - Lattes” (DGP). Ele é uma das bases de dados disponíveis

no site do CNPq, possível de ser acessado por meio da consulta à “base corrente” do DGP na funcionalidade “buscar grupos”, que permite acesso a um conjunto de informações detalhadas sobre os grupos de pesquisa e às suas respectivas linhas de pesquisa, certificados por universidades públicas e privadas e institutos de públicos de pesquisa. As informações constantes dos grupos de pesquisa que compõem o DGP podem ser atualizadas em tempo real pelos líderes desses grupos<sup>13</sup>.

Segundo o CNPq, o DGP possui três finalidades principais: 1) propiciar o intercâmbio e a troca de informações entre os membros da comunidade científica com eficiência; 2) disponibilizar informações atualizadas sobre os grupos da base de dados (base corrente), subsidiando a avaliação da produção científica e tecnológica, assim como o planejamento e a gestão da ciência e da tecnologia no país; e 3) contribuir para a preservação da memória da produção científica brasileira, por meio do censo bianual das bases de dados, incluindo as bases censitárias<sup>13</sup>.

No último censo dos grupos de pesquisa, realizado pelo CNPq, em 2016, foram identificadas 531 instituições produtoras de conhecimento técnico-científico no país. Essas instituições são responsáveis por 37.640 grupos, perfazendo 199.566 pesquisadores, sendo 129.929 doutores. De acordo com o CNPq, comparado ao censo de 2002, houve um incremento de 149% no número de grupos cadastrados e, em relação ao inventário de 2014, o crescimento aferido foi de 6% no país. No último censo, constatou-se que o número de pesquisadores aumentou 11% e o de doutores 12%<sup>13</sup>.

Esse artigo apresenta a análise da distribuição dos grupos registrados na base corrente do “Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil – Lattes” do CNPq quanto à produção de conhecimento científico e tecnológico voltado à população

LGBT e a composição das lideranças desses grupos quanto ao gênero.

### Metodologia

A análise apresentada é um desdobramento do projeto de pesquisa “Sociedades Multiculturais, Gênero e Diversidade: um estudo sobre a população LGBT nos Grupos de Pesquisa do CNPq”, desenvolvido por pesquisadores do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS-SES/SP) e da Universidade de São Paulo<sup>14</sup>. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa<sup>15,16</sup>, baseado no inventário de grupos de pesquisa cadastrados nas bases de dados do CNPq.

Para procedermos a identificação dos grupos de pesquisa certificados na Plataforma Lattes, segundo os “Diretórios de Grupos de Pesquisa do Brasil” constantes dessa base de dados do CNPq, utilizamos em uma primeira etapa como termo de busca para a consulta parametrizada à sigla “LGBT”, indicando a seleção dos campos: “nome do grupo”, “nome da linha de pesquisa” e “palavra-chave da linha de pesquisa”.

Inicialmente, desconsideramos o campo de busca “repercussões do grupo”, cuja consulta resultou na identificação de 35 grupos de pesquisa. Optamos por ampliar a consulta, incluindo esse campo de busca, perfazendo, assim, 62 grupos de pesquisa. Foram incluídos, nessa busca: 1) os grupos certificados e os grupos não atualizados nos últimos 12 meses; 2) os grupos de todas as instituições, unidades da federação e regiões do país; 3) o filtro referente à “área do conhecimento”, incluindo os itens “grande área” e “área”, segundo a opção “predominante do grupo”; e 4) todas as subdivisões de anos de existência dos grupos (“menos de 1 ano”, “1-4”, “5-9”, “10-14” e “15 anos ou mais”).

Em uma segunda etapa da consulta parametrizada, utilizando os mesmos campos de busca e critérios/filtros da etapa anterior, utilizamos como termos de busca, separadamente, as palavras “gays”, “lésbicas”, “bissexuais”, “travestis”, “transexuais” e “transgêneros”, resultando na identificação de 12, 61, 1, 16, 15 e 6 grupos de pesquisa, respectivamente. Após identificar e descartar os grupos em duplicidade da etapa anterior foram incluídos 24 novos grupos de pesquisa referentes aos segmentos de “gays” (n=7), “travestis” (n=10), “transexuais” (n=3) e “transgêneros” (n=4). Não foram encontrados novos grupos nos segmentos de “lésbicas” e “bissexuais”.

Em consonância aos parâmetros adotados, o inventário de grupos de pesquisa cadastrados nos “Diretórios dos Grupos de Pesquisa” do CNPq, até 28 de setembro de 2018, resultou na identificação de um total de 86 grupos de pesquisa. Desse total, 71 estavam registrados como certificados pelas respectivas instituições; 4 em preenchimento e 11 já haviam sido excluídos. Na presente análise foram descartados os grupos classificados como excluídos nos Diretórios do CNPq, perfazendo 75 grupos de pesquisa, os quais constituem o universo de análise discutido neste artigo.

Os dados coletados foram compilados em um banco de dados em planilha Excel, contendo o detalhamento do registro das informações de cada grupo de pesquisa identificado no inventário. Para a presente análise foram definidas e coletadas as seguintes variáveis: nome da instituição, caráter da instituição (pública ou privada), localização da instituição (unidade da federação e macrorregião), nome do grupo de pesquisa, ano de formação, situação do grupo no cadastro (“certificado”, “em preenchimento” ou “excluído”), nome do líder e vice-líder do grupo, área de

conhecimento predominante e área de conhecimento específica, segundo a classificação adotada pelo CNPq. Os dados foram submetidos à análise descritiva baseada em frequências absolutas e relativas.

### Resultados e discussão

O primeiro grupo de pesquisa registrado no CNPq que foca a população LGBT data de 1995. O grupo denominado “Gênero, Religião e Política” (PUC-SP) é coordenado por pesquisadoras da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo que atuam na produção de conhecimento na área das Ciências Humanas, com foco na subárea da Sociologia. A Tabela 1 demonstra que a maioria dos grupos que contempla os segmentos LGBT em seus estudos foi criada mais recentemente, no período entre 2011 e 2015, totalizando 37,3% dos grupos encontrados. As evidências revelam que 86,6% (n=65) dos grupos foram formados no período compreendido entre 2006 e 2018, conferindo, assim, um caráter de tema emergente<sup>17</sup> à produção científica sobre LGBT no país (tabela 1).

**Tabela 1.** Frequência absoluta e relativa dos grupos de pesquisa LGBT (CNPq), segundo períodos selecionados.

Período	n	%
1995 - 1999	3	4,0
2000 - 2005	7	9,3
2006 - 2010	15	20,0
2011 - 2015	28	37,3
2016 - 2018	22	29,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Fonte: os autores.

Os dados apresentados na tabela 2 corroboram a emergência desse tema na agenda de pesquisa brasileira e revelam que 48% dos grupos em atividade no país possuem até 5 anos de existência e 33,3%, entre 6 e 10 anos. Somente 9 dos 75 grupos foram formados há 16 anos ou mais. Assim, pode-se afirmar que 81,3% dos grupos que tomam como objeto de investigação em suas linhas de pesquisa a população LGBT têm até uma década de atividade científica.

**Tabela 2.** Frequência absoluta e relativa dos grupos de pesquisa LGBT (CNPq), segundo anos de existência.

Anos de existência	n	%
1 - 5 anos	36	48,0
6 - 10 anos	25	33,3
11 - 15 anos	5	6,7
16 anos ou mais	9	12,0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Fonte: os autores.

A partir dos dados disponíveis na tabela 3, observa-se que a concentração da produção de conhecimento se localiza na região Sudeste, com 44% dos grupos. A região Nordeste figura em segundo lugar, com 26,7% dos grupos, seguida da região Sul, com 20%, Centro-Oeste, com 6,7%, e Norte, com 2,7%. É possível que a relevância conferida ao Nordeste esteja relacionada à repercussão das políticas de desenvolvimento da pesquisa por parte do CNPq e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Entretanto, quando observamos globalmente, as regiões Sul e Sudeste – economicamente mais ricas e com maior concentração populacional –, ambas concentram 64% da produção científica no campo de estudos *lesbignays* ou LGBT.

**Tabela 3.** Frequência absoluta e relativa dos grupos de pesquisa LGBT (CNPq), segundo região e tipo de instituição.

Região	Pública		Privada		Total	
	n	%	n	%	n	%
Centro-Oeste	5	8,1	0	0	5	6,7
Nordeste	19	30,6	1	7,7	20	26,7
Norte	2	3,2	0	0	2	2,7
Sudeste	25	40,3	8	61,5	33	44,0
Sul	11	17,7	4	30,8	15	20,0
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Fonte: os autores.

Não obstante ao crescimento dos grupos na última década, cabe destacar que no universo pesquisado, o número de grupos que abordam a temática LGBT é muito pequeno quando comparado à totalidade dos grupos registrados nas bases de dados oficiais. Segundo dados do CNPq, em 1993 o país possuía 4.402 grupos de pesquisa, sendo 68,5% na região Sudeste, 15,7% na Sul, 9,9% no Nordeste, 4,2% no Centro-Oeste e 1,7% na região Norte<sup>13</sup>. Os dados disponibilizados pelo censo do CNPq para o ano de 2016 são: 42,5% para a região Sudeste, 22,9% para a região Sul, 20,5% para a região Nordeste, 7,7% para a região Centro-Oeste e 6,3% para a região Norte. No ano de 2016, o Brasil registrava junto ao CNPq 37.640 grupos de pesquisa<sup>13</sup>.

Impressiona que esse tema seja relevante para apenas 0,19% dos grupos de pesquisa existentes no país. Pode-se indagar que talvez esse número seja ainda menor, pois o CNPq não disponibilizou os dados de 2018. Supondo um aumento da base de dados, essa porcentagem deve ser ainda menor, considerando os 75 grupos encontrados até setembro de 2018 no presente inventário. Apesar das diferenças, é visível o crescimento da região Nordeste que possui número muito próximo de grupos

da região Sul, o que fortalece a hipótese de que as constantes políticas do CNPq de fomento ao desenvolvimento científico em regiões mais pobres do país podem ter contribuído para o crescimento dos grupos que investigam o tema LGBT.

No que tange à classificação pelas unidades da federação, os 75 grupos se distribuem em 16 estados e o Distrito Federal. Das cinco regiões do país, apenas duas possuem grupos em todas as suas unidades federativas: a Centro-Oeste, composta pelos estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal, e a Sul, composta pelos estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. No Sudeste, apenas o estado do Espírito Santo não tem grupos de pesquisa na temática LGBT, sendo identificados grupos em Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. No Nordeste, dos nove estados da região, apenas cinco possuem grupos: Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba e Pernambuco, não havendo grupos nos estados do Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Contudo, a região Norte chama a atenção, pois aparecem dados positivos apenas para o Amazonas e o Tocantins, não havendo grupos registrados nos estados do Acre, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima. Portanto, dos 26 estados brasileiros não há grupos de pesquisa informados no CNPq em 10 (38,4%) deles.

A tabela 3 mostra a distribuição dos grupos com temática LGBT, segundo a macrorregião e as instituições públicas e privadas. Do total, apenas 13 grupos (17,3%) encontram-se em instituições privadas, sendo que não há registros para as regiões Centro-Oeste e Norte. Para as demais regiões, encontramos o seguinte: a região Sudeste concentra 61,5% desse total, a região Sul, 30,8%, e a região Nordeste, 7,7%. Em instituições públicas, aferimos 62 grupos distribuídos em todas as macrorregiões. A região Sudeste possui 40,3%, a Nordeste, 30,6%, a Sul, 17,7%, a Centro-Oeste, 8,1%, e a Norte, 3,2%. Porém, vale destacar como relevante, o fato da pesquisa sobre temas LGBT

estar concentrada majoritariamente em instituições públicas e laicas. Nelas temos 82,7% das agrupações de pesquisadores em torno da temática LGBT, contra 17,3% das privadas. Isso leva a conclusão de que os cortes de gastos públicos dos últimos anos na área das Ciências<sup>18</sup> podem afetar drasticamente a permanência dos grupos de pesquisa como produtores de saberes. Por outro lado, a natureza muitas vezes confessional de instituições privadas poderia ser uma razão possível para a diminuta participação destas na produção de conhecimento e fomento à criação de novos grupos dedicados a essa temática.

Nos grupos de pesquisa sobre as populações LGBT, predominam os estudos conduzidos por pesquisadores das áreas de conhecimento alinhadas às Ciências Humanas e às Ciências Sociais Aplicadas, as quais respondem por 56% e 21,3%, dos grupos respectivamente. No conjunto das seis áreas de conhecimento identificadas no inventário, essas duas áreas concentram 77,3% dos grupos aferidos, seguidas pelas áreas das Ciências da Saúde, com 13,3%, e Linguística, Letras e Artes, com 6,7%. A menor participação de pesquisadores dedicados às temáticas relacionadas aos segmentos LGBT se refere às áreas das Ciências Biológicas e das Ciências Exatas e da Terra, ambas com 1,3% cada (tabela 4).

**Tabela 4.** Frequência absoluta e relativa dos grupos de pesquisa LGBT (CNPq), segundo a Área de Conhecimento Predominante.

Área do Conhecimento Predominante	n	%
Ciências Humanas	42	56,0
Ciências Sociais Aplicadas	16	21,3
Ciências da Saúde	10	13,3
Ciências Biológicas	1	1,3
Ciências Exatas e da Terra	1	1,3
Linguística, Letras e Artes	5	6,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Fonte: os autores.

No que concerne às áreas de conhecimento específicas, que delimitam o campo de inserção dos pesquisadores, averiguamos a existência de vinte áreas no inventário. Ao examinarmos o ranque das cinco principais, notamos, em ordem decrescente, a presença das seguintes áreas: Educação (16%), Psicologia (13,3%), Sociologia (12%), Saúde Coletiva (9,3%) e Serviço Social (9,3%). Cabe ressaltar nesse elenco que quatro áreas pertencem às grandes áreas de conhecimento das Ciências Sociais e das Ciências Sociais Aplicadas, exceto a Saúde Coletiva, vinculada às Ciências da Saúde. Nessa ótica, ao investigarmos as áreas específicas voltadas à população LGBT, verificamos que, atualmente, 50,6% dos grupos do CNPq estão circunscritos a essas duas áreas de produção de conhecimento científico e tecnológico (Tabela 5).

Vale sublinhar nesse ranque, a participação dos grupos que atuam na Saúde Coletiva, os quais representam 9,3% das 20 áreas de conhecimento encontradas. Da mesma forma, constatou-se nas três subáreas das Ciências da Saúde (Enfermagem, Farmácia e Medicina), a existência de apenas um grupo de pesquisa sobre LGBT em cada uma dessas subáreas, contra sete grupos vinculados à Saúde Coletiva (tabela 5). Assim, como observado em outros estudos é possível afirmar que, o caráter interdisciplinar e a consolidação do campo da Saúde Coletiva no Brasil<sup>19,20</sup>, desde a década de 1970, propiciou uma maior interface entre os estudos epidemiológicos e as Ciências Sociais e Humanas em Saúde<sup>21</sup>, contribuindo para um maior envolvimento de pesquisadores engajados na produção de saberes e de práticas sobre o processo saúde-cuidado. No período mais recente, os grupos de pesquisa da Saúde Coletiva têm desenvolvido pesquisas sobre as necessidades de saúde das populações LGBT<sup>12</sup> na perspectiva da integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde<sup>11</sup>.

No que diz respeito às áreas específicas das Ciências Humanas, responsáveis por 42 grupos

de pesquisa no país sobre LGBT, apuramos que, majoritariamente, esses grupos estão distribuídos em quatro subáreas, totalizando 83,3% dos grupos. Verificamos que a Educação (26,2%, 11 grupos) é a principal subárea de atuação dos pesquisadores, seguida pela Psicologia (23,8%, 10 grupos), Sociologia (21,4%, 9 grupos) e Antropologia (11,9%, 5 grupos). Quanto às Ciências Sociais Aplicadas que concentra 16 grupos, a produção de conhecimento sobre LGBT é liderada pelas subáreas do Serviço Social (43,8%, 7 grupos) e do Direito (31,3%, 5 grupos).

**Tabela 5.** Frequência absoluta e relativa dos grupos de pesquisa LGBT (CNPq), segundo a Área de Conhecimento Específica.

Área do Conhecimento Específica	n	%
Educação	12	16,0
Psicologia	10	13,3
Sociologia	9	12,0
Saúde Coletiva	7	9,3
Serviço Social	7	9,3
Antropologia	5	6,7
Direito	5	6,7
História	3	4,0
Administração	2	2,7
Artes	2	2,7
Comunicação	2	2,7
Filosofia	2	2,7
Letras	2	2,7
Ciência Política	1	1,3
Enfermagem	1	1,3
Farmácia	1	1,3
Medicina	1	1,3
Parasitologia	1	1,3
Probabilidade e Estatística	1	1,3
Teologia	1	1,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Fonte: os autores.

Dos 75 grupos mapeados, 45 têm duas lideranças (60%) e 30 possuem uma única liderança (40%). No caso destes 45 grupos, quando analisamos a distribuição de gênero das duas lideranças, aferimos que 27 mulheres (60%) e 18 homens (40%) ocupam a primeira posição e, no caso da segunda liderança, 16 são mulheres (59,3%) e 11 são homens (40,7%), evidenciando a liderança feminina no campo de investigação LGBT, bem como a carência de profissionais habilitados nessa temática em muitas instituições de ensino superior.

Na tabela 6, retirando os grupos com liderança mista, verificamos que, nos grupos de liderança única, 51,5% são coordenados por mulheres e 68,4% por homens. Todavia, chama a atenção que quando olhamos para os dados dos grupos com liderança única e com dupla liderança, no caso das mulheres há uma situação equilibrada, entretanto no caso dos homens a diferença é notável. A coordenação masculina de grupos de líder único é o dobro, comparada aos grupos com dupla liderança, 68,4% e 31,6%, respectivamente. Nos grupos com duas lideranças, 48,5% são coordenados por duas mulheres e apenas 31,6% têm dois homens liderando, evidenciando a relevância da presença feminina no universo investigado.

**Tabela 6.** Frequência absoluta e relativa dos grupos de pesquisa LGBT (CNPq), segundo número de lideranças e gênero.

Lideranças	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
grupos com 1 líder	13	68,4	17	51,5	30	57,7
grupos com 2 líderes*	6	31,6	16	48,5	22	42,3
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

\* Não foram considerados os grupos com liderança mista (n=23).  
Fonte: os autores.

Outros 23 (30,7%) grupos têm lideranças mistas, sendo que 11 (47,8%) deles têm uma mulher como liderança principal e 12 (52,2%) têm um homem nessa posição. Vale notar que o protagonismo feminino se destaca não apenas quando olhamos para o total de pesquisadores, mas também quando observamos as posições que elas ocupam na hora de liderar. Dos 75 grupos, apenas 18 (24%) são compostos por homens na primeira e segunda posição, ao passo que 33 (44%) grupos são compostos exclusivamente por mulheres na liderança, incluídos aqui os grupos com líder único para ambos os casos. Grupos mistos representam, portanto, um terço do total de grupos analisados.

### Considerações finais

O caminho trilhado permitiu esquadrihar a distribuição dos grupos de pesquisa certificados no CNPq, revelando quais são os grupos dedicados à produção de conhecimento científico sobre a população LGBT no país. As evidências demonstram que, majoritariamente, se trata de uma produção ainda emergente na agenda de trabalho da maioria dos grupos registrados e que os mesmos desenvolvem pesquisas há uma década. Não obstante o crescimento dos grupos de pesquisa, bem como o número de doutores e de pesquisadores aferidos no último censo do CNPq em 2016, registra que os grupos que abordam a temática LGBT representam somente 0,19% do total de grupos do país. Como apontam outras pesquisas<sup>4,4,5</sup>, é visível que a temática ainda encontra resistência na academia, necessitando muito para se desenvolver. A despeito da presença de grupos em todas as regiões brasileiras, os achados demonstram que há uma concentração nas regiões Sudeste e Nordeste e em instituições públicas.

O capital intelectual sobre a população LGBT é produzido por pesquisadores vinculados sobretudo há três grandes áreas de conhecimento,

circunscritas às Ciências Humanas, às Ciências Sociais Aplicadas e às Ciências da Saúde, sobresaindo cinco áreas específicas: Educação, Psicologia, Sociologia, Serviço Social e Saúde Coletiva. É mister sublinhar a presença e o protagonismo feminino na condução dos grupos analisados. Por fim, recomendamos a realização de outras pesquisas que ampliem a visibilidade da produção científica e tecnológica voltada à população LGBT, com vistas a subsidiar a agenda de pesquisa e as políticas públicas em curso no país.

#### Referências

1. Silva, AS. Marchando pelo arco-íris da Política: a parada do orgulho LGBT na construção da consciência coletiva dos movimentos LGBT no Brasil, Espanha e Portugal. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.
2. Carrara S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. In: Monteiro S, Vilella W. (organizadores). Estigma e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2013. p. 143-160.
3. Macrae E. A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da “Abertura”. Campinas: Editora da UNICAMP; 1990.
4. Silva AS, Barboza, R. Diversidade sexual, gênero e exclusão social na produção da consciência política de travestis. Athenea Digital. 2005; 8:27-49.
5. Silva AS, Barboza, R. Exclusão social e consciência política: luta e militância de transgêneros no ENLAIDS. Cad. CERU. 2009; 20(1):257-276.
6. Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT). Missão, valores, caráter e finalidade principal. (on line). 2018. [acesso em 26 set 2018]. Disponível em: <https://www.abgl.org/historia>
7. Brasil. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Conselho Nacional de Combate à Discriminação; 2004.
8. Simões JA, Facchini R. Na trilha do arco-íris: do homossexual ao movimento LGBT. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2009.
9. Mello L, Brito W, Maroja D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. Cad. Pagu. 2012; 39:403-429.
10. Gomes R, Murta D, Facchini R, Meneghel SN. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. Ciênc Saúde Colet. 2018; 23(6):1997-2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.836. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF; 1 dez 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2803. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 20 nov 2013.
13. Brasil. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil – Lattes. 2018. (on line). [acesso em 28 set 2018]. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp>
14. Barboza R, Silva AS. Sociedades multiculturais, gênero e diversidade: um estudo sobre a população LGBT nos Grupos de Pesquisa do CNPq [projeto de pesquisa]. São Paulo: Instituto de Saúde, Universidade de São Paulo; 2018.
15. Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2008.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2004.
17. Marsiglia RMG, Spinelli SP, Lopes MF, Silva TCP. Das Ciências Sociais em saúde: produção científica de pós-graduação em Ciências Sociais. Ciênc Saúde Colet. 2003; 8(1):275-285.
18. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Com cortes no orçamento, futuro da ciência brasileira fica ameaçado. Notícias SBPC 01/02/2018. (on line). [acesso 4 out 2018]. Disponível em: <http://portal.sbpnet.org.br/noticias/com-cortes-no-orcamento-futuro-da-ciencia-brasileira-fica-ameacado/>
19. Canesqui AM. As ciências sociais e humanas em saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Physis. 2008; 18:215-50.
20. Nunes ED, Ferreto LE, Oliveira ALO, Nascimento JL, Barros NF, Castellanos MEP. O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15(4):1917-1922.
21. Ianni AMZ, Spadacio C, Barboza R, Alves OSF, Viana SDL, Rocha ATS. Os congressos brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO: um campo científico em disputa. Ciênc Saúde Colet. 2015; 20(2):503-513.

# Curso “A Conquista da Cidadania LGBT” – uma experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Course “The Conquest of LGBT Citizenship” – an experience of the State  
Department of Health of São Paulo

Deborah Malheiros<sup>I</sup>, Juliana de Souza Ferreira<sup>II</sup>, Vania Alessandra Feres<sup>III</sup>

## Resumo

Este artigo pretende descrever a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na realização do Curso “A Conquista da Cidadania LGBT: a política da diversidade sexual em São Paulo” e sua importância na disseminação entre os trabalhadores da saúde, no período de 2014 a 2017, sobre a diversidade sexual e os direitos já adquiridos pela parcela da população LGBT. Pretende também abordar a importância dos processos de ensino à distância, a experiência da parceria e o diferencial da mediação pedagógica e da tutoria no curso em específico, bem como transcrever um relato a partir da vivência de uma tutora e dos relatos de alunos do curso.

**Palavras-chave:** Capacitação de recursos humanos; Direitos humanos; LGBT.

## Abstract

This article intends to describe the experience of the Secretary of State for Health of São Paulo in the course “The Conquest of LGBT Citizenship: the politics of sexual diversity in São Paulo” and its importance in the dissemination among health workers, between 2014 and 2017, on sexual diversity and the rights already acquired by the LGBT population. It also aims to address the importance of distance learning processes, the experience of partnership and the differential of pedagogical mediation and tutoring in the specific course, as well as transcribing an account based on the experience of a tutor and the reports of course students.

**Keywords:** Training of human resources; Human rights; GLBT.

<sup>I</sup> Deborah Bittencourt Malheiros (dbmalheiros@sp.gov.br) é psicóloga pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), Coordenadora da Coordenação Geral de Apoio aos Programas de Defesa da Cidadania (CGAPDC) da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo (SJDC-SP) e membro do Comitê Técnico de Ações de Saúde Integral da População LGBT da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP-SP).

<sup>II</sup> Juliana de Souza Ferreira (juferreira@saude.sp.gov.br), é graduada em Publicidade e Propaganda no Centro Universitário Ibero Americano (UNIBERO), com Especialização em Gestão do Trabalho em Educação em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (FCMSCSP) e atua como Diretora do Centro de Metodologias de Ensino em Saúde da SES-SP.

<sup>III</sup> Vania Alessandra Feres (vferes@saude.sp.gov.br) é Bacharel em Secretariado Executivo Bilingue pela Anhembi Morumbi, Especialista em Saúde Pública pela UNAERP, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e membro do Comitê Técnico de Ações de Saúde Integral da População LGBT da SES/SP pela Coordenadoria de Recursos Humanos da SES-SP. Atuou como Tutora do Curso “A Conquista da Cidadania LGBT: a política da diversidade sexual em São Paulo” entre os anos 2014 e 2016, atendendo a seis turmas realizadas.

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) está baseado em um conjunto de princípios, entre os quais se destaca a universalidade, a integralidade e a equidade, que asseguram a todos, indistintamente, o igual direito à utilização gratuita dos seus serviços. Faz-se necessário levar em consideração que a orientação sexual e identidade de gênero são fatores determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicar práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e da exclusão que violam seus direitos humanos e, em especial, o direito à saúde. Neste sentido o desafio da atenção integral à saúde para a população LGBT deve ser compreendido a partir das suas vulnerabilidades específicas.

Observa-se que, no Brasil, vários avanços significativos foram alcançados pela população LGBT na última década, dando resposta a direitos historicamente negligenciados. No âmbito nacional a 1ª, 2ª e 3ª Conferência Nacional LGBT (respectivamente em 2008, 2011 e 2016)<sup>1,2,3</sup> e o 1º Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (2009)<sup>4</sup>. Em âmbito do Estado de São Paulo, temos: a Lei 10.948 de 2001<sup>5</sup> que pune administrativamente os atos de homofobia/transfobia; a realização de três Conferências Estaduais (2008, 2011 e 2016)<sup>6,7,8</sup>; a criação da Delegacia de Crimes Raciais e Delitos de Intolerância- DECRADI (2006); criação da Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual dentro da estrutura da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania (SJDC), e vinculada a ela o Comitê Intersecretarial de Defesa da Diversidade Sexual (2009)<sup>9</sup>; 1º Plano Estadual de Enfrentamento da Homofobia e Promoção da Cidadania LGBT (2010)<sup>10</sup>; Decreto 55.588/2010<sup>11</sup> que estabelece a obrigatoriedade

do tratamento nominal (nome social) de travestis e transexuais pelos funcionários públicos, em todos os órgãos da administração pública estadual, direta ou indireta; e já dentro da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) temos a criação do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais em junho de 2009, vinculado ao Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids<sup>12</sup>, e o Comitê de Saúde Integral da População LGBT da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), em 2014<sup>13</sup>.

Frente a este contexto e considerando a importância do enfrentamento da discriminação e exclusão da população LGBT dos serviços de saúde e da redução de suas vulnerabilidades, deve ter o papel, assim, de desenvolver estratégias que visem à garantia do acesso à saúde de forma integral, de qualidade, de acordo com suas necessidades e livre de discriminação para a população LGBT. Desde a criação do Comitê Intersecretarial de Defesa da Diversidade Sexual, a SES-SP é membro integrante e assim participou efetivamente da elaboração e execução do 1º Plano Estadual de Enfrentamento da Homofobia e Promoção da Cidadania LGBT<sup>10</sup>. A partir do 2º Plano, em vias de ser publicado, vem buscando, em conjunto com a Secretaria da Justiça, estratégias para ampliar o processo de sensibilização e instrumentalização dos trabalhadores da Saúde para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde da população LGBT e de redução do preconceito e práticas discriminatórias.

Uma das estratégias consideradas de fundamental importância para essa sensibilização e instrumentalização, diz respeito à capacitação dos trabalhadores que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo, de modo a apropriá-los das singularidades relativas a esta temática, e promovendo a reflexão e o exercício de novas possibilidades de acolhimento das demandas desta população nos serviços de

saúde existentes, bem como a criação de formas de enfrentamento da homofobia e transfobia, visando à plena cidadania do público LGBT.

### **Estratégia de Promoção de uma formação LGBT**

Para a realização de um curso que envolvesse todas as problemáticas LGBT para os trabalhadores da saúde do Estado, foi selecionada a modalidade de Ensino a Distância (EaD).

A EaD é composta por um conjunto de métodos, técnicas e recursos, postos à disposição de pessoas para que, em um sistema de autoaprendizagem, possam colocar-se como estudantes para adquirir conhecimentos ou qualificações de qualquer nível. Dessa forma, a opção foi feita pela SES-SP com o objetivo de que estaria não apenas oportunizando novas alternativas e novos planos, visando a suprir as necessidades de formação e atualização de seus profissionais, mas também otimizar recursos e ampliando o acesso desses aos conteúdos para o seu desenvolvimento profissional e pessoal, contribuindo para o processo de Educação Permanente em Saúde.

#### **– Educação Permanente em Saúde e sua relação com o curso:**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma concepção deflagrada nos anos 1930, porém mais efetivada nos anos 1960, com a iniciativa da aprendizagem de adultos nos momentos de reestruturação da força profissional premente e necessária na época, de diversos países. Havia, segundo Merhy e Feuerwerker<sup>14</sup>, “... uma necessidade de reposição de grandes contingentes de pessoas no mercado de trabalho, em função da intensificação da industrialização e urbanização” (p.3-4).

Baseados nessa concepção educacional, a Organização Panamericana da Saúde, nos anos 1980, propôs a Educação Permanente em Saúde como estratégia para a organização de processos

educativos dirigidos aos trabalhadores da saúde<sup>15</sup>. A partir da evidência de que as “capacitações” tradicionais, organizadas de modo vertical e dirigidas indistintamente a públicos diversos tinham baixíssimo impacto, ou seja, produziam poucas modificações nas práticas dos trabalhadores de saúde, os processos educativos foram alterados.

Recomendou-se, então, que os processos de qualificação profissional partissem das necessidades identificadas pelos trabalhadores em seus diferentes contextos, dialogando com seus conhecimentos prévios. No entanto, para esta identificação é necessário um planejamento participativo, que possibilite a reflexão sobre os contextos locais, com identificação de problemas e também de prioridades<sup>14</sup>. Essa perspectiva nasce da percepção de que o homem está em permanente construção e que, em suas relações no cotidiano, sempre a produção de conhecimentos e saberes que interferem no seu modo de conduzir a vida. O saber científico é, assim, considerado apenas parte desse universo de diversos saberes.

As pessoas buscam novos conhecimentos e se mobilizam para o aprendizado quando se deparam com problemas que consideram relevantes, para o trabalho ou para a vida. Assim, qualquer processo educativo, deve ser desenvolvido a partir da identificação de necessidades de aprendizagem por parte destes “educandos” e precisa dialogar com seus saberes prévios, sejam eles adquiridos sistematicamente por meios formais (espaço educacional) ou por meio de sua experiência cotidiana<sup>16,17</sup>.

Ao reconhecer que os sujeitos não mudam porque os outros desejam e que os processos formativos, como em qualquer processo de transição, necessitam de instrumentos que possibilitem a transformação de paradigmas, o SUS se depara com um enorme desafio a ser vencido, dentre tantos outros, para se tornar efetivo. Pois para a efetivação da Educação Permanente em

Saúde, o trabalho deve ser destacado como um eixo do processo educativo, sendo ao mesmo tempo fonte de conhecimento e objeto de transformação, uma vez que o processo de trabalho em saúde é, ao mesmo tempo, gerador e configurador dos processos educativos nos serviços. Ou seja, se constitui como proposta diferente da educação continuada que se pauta por atividades de ensino após os cursos de graduação e outras especializações visando à aquisição de novas informações e com duração definida e centrada no desenvolvimento de grupos profissionais específicos mediante pedagogia de transmissão.

No Brasil, a Educação Permanente em Saúde, foi instituída pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 198 de 2004<sup>18</sup> e complementada pela Portaria nº 1.996 de 2007<sup>19</sup>. O desafio proposto é a sua adoção como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor da saúde. Para alcançar essas transformações os serviços de saúde devem, dentre outras ações, investir esforços no desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da Educação em Saúde. Nessa perspectiva, será possível superar a tradição de organizar um *menu* de capacitações, treinamentos pontuais e promover o ordenamento formativo e da educação permanente em saúde. Desta forma, fazer Educação Permanente em Saúde exige reflexão crítica sobre as práticas de atenção, de gestão e sobre as práticas de ensino, buscando processos educativos aplicados ao trabalho<sup>20,21</sup>.

A construção da Educação Permanente em Saúde favorece, assim, a associação entre o desenvolvimento individual e organizacional, os serviços e a gestão setorial, a atenção e controle social, na perspectiva de desenvolver e fortalecer o próprio SUS. Assim, para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos,

as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, é necessário que as várias instâncias assumam um papel de indutor dessas mudanças. Para tanto, é essencial promover um trabalho articulado entre as várias esferas de gestão do SUS e as instituições formadoras.

Por isso, o curso “A Conquista da Cidadania LGBT: a política da diversidade sexual em São Paulo” foi uma proposta ousada onde se mesclou os princípios da Educação Permanente em Saúde e os da aprendizagem em EaD, modalidade essa que vem se tornando cada vez mais uma opção, em detrimento das formações presenciais.

#### – especificidades da EaD:

Os cursos de EaD são disponibilizados dentro do Ambiente Virtual de Aprendizagem da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (EAD/SES-SP), que permite a seus servidores acessar diversos cursos, de forma flexível e objetiva, independente da região em que atuam ou residam e sem horários rígidos específicos preestabelecidos. Esses cursos são estruturados como “Estações”, distribuídas em 4 eixos: Gestão, Assistencial, Administrativo-operacional e Vigilância em Saúde.

A gestão da EaD/SES-SP fica a cargo do Grupo de Desenvolvimento de Recursos Humanos, da Coordenadoria de Recursos Humanos, por meio do Centro de Metodologia de Ensino em Saúde (CMES), responsável pelo desenvolvimento de técnicas inovadoras de pesquisa permanente com relação a currículos, programas e projetos de ensino em saúde, além do desenvolvimento de pesquisas que buscam identificar e compreender a realidade multifacetada do fenômeno educacional, bem como estudar formas de atuar na realidade do SUS/SP. Dentro dessa perspectiva o CMES planeja, organiza, coordena, avalia e estimula a difusão de programas e projetos de educação à distância para o trabalho em saúde e utiliza a plataforma Moodle – *software* desenhado para auxiliar na organização

e gerenciamento de cursos *on line* –, como ferramenta de gestão para seus cursos EaD.

Alguns cursos a distância hospedados no Ambiente Virtual de Aprendizagem da SES/SP contam com mediação pedagógica e tutoria. Em grego, mediação significa, em grosso modo, o que está “no meio”, “o ponto médio”; e no latim significa “intercessão, intermédio”<sup>17</sup>. Ou seja, mediação são ações recíprocas que permitem a interação entre duas partes de um todo, um processo relacional. (Assim, quando juntamos o termo “mediação” e “pedagógico” entende-se que às ações de coordenação e tutoria EaD ocorridas nos cursos, via plataformas virtuais de aprendizagem, são fundamentais para a relação com os estudantes. Será o recurso, dentro e fora dos ambientes virtuais, que promoverá a interação e as intervenções necessárias ao processo de ensino-aprendizagem, onde o mediador assume papéis de orientador, consultor, facilitador da aprendizagem, favorecendo o alcance dos objetivos da ação pedagógica.

Essa posição de mediação apresenta uma mudança de paradigmas em relação ao papel tradicional do professor – cuja missão é transmitir conhecimentos dos quais domina. Na mediação pedagógica, é preciso sair da zona de conforto e transformar a prática pedagógica, onde este “educador” se constrói e reconstrói. É na interação aluno-tutor-aluno que se promove a intersubjetividade e a transformação de ambos<sup>21,22</sup>. Por isso, nos processos de EaD, a mediação pedagógica e tutoria têm grande importância na construção do conhecimento dos sujeitos das ações.

Vários autores<sup>23-25</sup> apontam que o crescimento da educação a distância desencadeou maior contato entre os participantes, principalmente entre professor e alunos, por meio de listas e fóruns de discussões, utilização de e-mail, salas virtuais, webconferências, chats, etc. Essa comunicação pode se dar de forma síncrona (no mesmo momento) ou assíncrona (em momentos diferentes

entre aluno-professor-aluno) – cada vez mais frequente e necessária. Para que isso ocorra é preciso garantir a qualidade dessa mediação<sup>15</sup>.

De forma geral, o papel de tutor sempre esteve ligado à figura de alguém que tutelava, protegia alguém não independente, na administração de seus bens até alcançar a maioridade. Porém, a partir do século XX toma, no campo da Educação, a concepção de orientador e acompanhante de trabalhos acadêmicos. Atualmente, o tutor é reconhecido como peça fundamental do processo educativo e que tem como responsabilidades a orientação dos alunos nos estudos relativos aos conteúdos e disciplinas (dimensão pedagógica), o acompanhamento e gerenciamento dos cursos (dimensão gerencial) e o processo de comunicação entre professor e aluno, associada ao contexto social de aprendizagem propício ao desenvolvimento de relações interpessoais e seu fortalecimento (dimensão social)<sup>15</sup>. Há ainda a dimensão do suporte técnico, que comumente é realizado por uma equipe específica, ou pela instituição formadora, como no caso que estudamos<sup>15</sup>.

Também é o tutor quem orienta o aluno, esclarece dúvidas, explica questões sobre os conteúdos e em geral também avalia o processo de ensino-aprendizagem. Mas, além disso, realiza outras atividades que reforçam a ideia da complexidade deste papel, já que o tutor também questiona, faz referência a outros modelos e exemplos, oferta conselhos e sugestões, promove autorreflexão no outro e em si mesmo, guia o processo de encontrar novas fontes de informações, solicita ao estudante a reelaboração de suas ideias, dá feedback nas contribuições da discussão *on line*, atua como suporte na estruturação de tarefas cognitivas e ainda “costura” todos os comentários, fazendo associações e relações sobre os conteúdos e os comentários produzidos.

No curso “A Conquista da Cidadania LGBT: a política da diversidade sexual no Estado de São

Paulo”, os tutores desempenharam todos esses papéis de forma respeitosa, alinhada à proposta conceitual e de forma afetiva, despertando as reflexões e afecções dos participantes e sua consequente sensibilização para o tema, na perspectiva da mudança de práticas nos serviços frente ao atendimento em saúde dessa população. Isto se deve ao modo como a tutoria foi idealizada, nos preceitos da Educação Permanente em Saúde e na capacitação dos mesmos, em atividade prévia ao desempenho da função, bem como o acompanhamento pela equipe da coordenação pedagógica do curso.

A avaliação do curso foi feita por meio da análise na participação dos alunos nos fóruns, realização de testes e do estudo de caso. Para ser aprovado e garantir a certificação, as atividades deveriam ser finalizadas com nota 7,0 em cada módulo.

#### **Experiência do curso EaD em promoção de cidadania LGBT para trabalhadores da saúde do Estado de São Paulo**

Nesta perspectiva, em abril de 2014 formalizou-se a parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP) e Secretaria de Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo (SJDC-SP) para a realização do curso “A Conquista da Cidadania LGBT: a política da diversidade sexual no Estado de São Paulo”. A partir de 2015 o termo de cooperação previu a oferta, em dois anos, de 4.500 vagas para trabalhadores do SUS de São Paulo<sup>IV</sup>, a serem dados na modalidade de Educação a Distância.

Foi acordado com a equipe coordenadora do curso (SJDC, CRT/DST-AIDS, EAD/SES-SP), que após a oferta de 4.500 vagas deveria ser feita uma avaliação dessa ação formativa. Nesta avaliação seria analisada a continuidade desse processo, possível reformulação do curso, necessidade ou

não de tutoria (pagamento de hora aula), e mecanismos para aumentar a aprovação.

A proposta foi de um curso dinâmico dividido em quatro módulos (um por semana) e com fóruns de discussão abertos toda segunda-feira e encerrados no domingo. Além disso, fazia-se a oferta de estudo de casos, com *feedback* ora da plataforma (padrão) ora do tutor, ampliando o diálogo e a reflexão, frente à situação problema exposta.

Esta iniciativa pautou-se pela compreensão de que há uma capacidade de transformação dos sujeitos, por isso investimentos em sua formação e incentivo ao desenvolvimento de reflexão crítica, contribuiu substancialmente para o alcance de parte dos objetivos e metas propostos no 2º Plano Estadual de Enfrentamento da Homofobia e Transfobia e Promoção da Cidadania LGBT<sup>29</sup>.

Entre 2014 e 2016 essa parceria realizou 8 edições do curso “A Conquista da Cidadania LGBT: a política da diversidade sexual em São Paulo”, ofertando um total de 5.200 vagas, com 4.665 solicitações de inscrição (90% das vagas preenchidas) e matriculados 4.118 servidores da saúde (88% do solicitado), sendo que 75% concluíram o curso. Esses trabalhadores, e consideramos dados computados das turmas 2 a 8, eram em sua maioria mulheres (83,1%), na faixa etária de 26 a 55 anos (83%), trabalhadores de órgãos de gestões municipais (46,9%) e que atuam principalmente área assistencial (45,2%), mas também de diversas outras áreas e instituições do Estado com as mais variadas formações e cargos, que se inscreveram por interesse próprio no tema, ou por indicação de colegas ou de suas chefias.

<sup>IV</sup> Este curso, até então, era ofertado via Fundação para o Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), para todos os servidores estaduais de São Paulo. Pensando em ampliar seu conteúdo, pensou-se em ampliar o conteúdo, construiu-se um módulo de conteúdo específico para os trabalhadores da saúde.

**Tabela 1.** Perfil dos Alunos Participantes do Curso, turmas 2 a 8.

	turma 2	turma 3	turma 4	turma 5	turma 6	turma 7	turma 8	total	
	n	n	n	n	n	n	n	n	%
<b>Sexo</b>									
feminino	482	703	539	369	231	709	350	3383	83,1
masculino	99	124	92	75	34	180	82	686	16,9
não resp.	0	0	0	1	0	0	0	1	0,0
<b>total</b>	581	827	631	445	265	889	432	4070	100
<b>Faixa Etária</b>									
até 25 anos	36	62	56	35	23	78	33	323	7,9
26 a 35 anos	177	262	199	144	102	270	126	1280	31,4
36 a 45 anos	145	212	183	129	62	230	116	1077	26,5
46 a 55 anos	175	210	143	109	50	215	116	1018	25,0
56 a 65 anos	46	80	50	25	26	92	39	358	8,8
+ de 65 anos	2	1		2	2	4	2	13	0,3
não resp				1				1	0,0
<b>total</b>	581	827	631	445	265	889	432	4070	492,1
<b>Escolaridade</b>									
Ens. Fundam.	4	7	3	66	6	6	3	95	2,3
Ens. Médio	131	176	117	161	57	199	81	922	22,7
Graduação	199	304	250	13	91	321	156	1334	32,8
Pós Grad./Esp.	226	308	237	1	98	304	174	1348	33,1
Mestrado	18	27	20	194	13	48	16	336	8,3
Doutorado	3	5	4	10		11	2	35	0,9
<b>total</b>	581	827	631	445	265	889	432	4070	100
<b>Instituição</b>									
gestão Est.	103	218	223	82	69	287	90	1072	26,4
gestão Mun.	354	372	275	249	86	352	218	1906	46,9
hosp. univers	13	18	17	42	14	12	32	148	3,6
parceiros do. Est.	19	138	64	49	68	159	52	549	13,5
parceiros do. Mun	82	67	29	9	18	64	29	298	7,3
inst. privada	10	13	13	14	10	15	11	86	2,1
não resp	0	1	0	0	0	0	0	1	0,0
<b>total</b>	581	827	621	445	265	889	432	4060	100,0
<b>Área Atuação</b>									
administraç	0	191	115	53	54	162	63	638	18,2
atenção/assist.	360	431	317	227	136	402	204	1717	45,2
controle social	1	3	4	7	3	11	6	34	1,2
educ. em saúde	57	38	34	32	19	36	34	193	4,0
gestão/gerência	98	118	87	63	29	124	55	476	13,9
outra	65	17	53	62	24	153	70	379	17,2
vigilância	0	29	9	1		1		40	0,1
<b>total</b>	581	827	619	445	265	889	432	3477	100

Na experiência do curso, as concepções adotadas referiram-se principalmente em considerarmos os saberes prévios dos alunos e tutores sobre o tema, ao estímulo da reflexão crítica sobre o trabalho em saúde, análise do ambiente de trabalho e das diferentes instituições onde atuavam, o aprofundamento crítico no tema e a proposta de mudança de prática a partir dos afetos e da ressignificação do próprio trabalho e do “lugar” do trabalhador enquanto ser social. Essa dialógica foi possível pelo uso dos fóruns, onde alunos e tutor podiam colocar-se, trazendo suas concepções, percepções, opiniões acerca de questões indutoras do próprio curso, bem como de suas vivências enquanto trabalhadores e inseridos nas diferentes instituições de saúde. Nesse sentido, a formação pedagógica dos tutores foi fundamental, pois trouxe entre a coordenação e o corpo de tutores a oportunidade de nos conhecermos, discutirmos o tema e aprofundarmos as concepções de mediação no processo de ensino a distância e as premissas da Educação Permanente em Saúde<sup>20,21</sup>.

Diferentemente da experiência de tutoria de outros cursos EaD, onde o papel de tutor se resumia a dialogar os conteúdos e atividades do curso, no curso LGBT, o papel de tutor no curso “A Conquista da Cidadania LGBT” foi além e se colocou como um estimulador do conhecimento dos temas discutidos, bem como fonte de diálogo com as experiências reais dos alunos enquanto trabalhadores de saúde e no manejo de situações do dia a dia vividas em suas unidades e nas próprias vivências pessoais. Alguns relatos demonstram a insegurança que a inscrição em um curso que abordava a diversidade sexual causava, uma vez que provocava comentários de colegas não inscritos sobre uma possível “visibilidade” deste aluno e que poderia provocar alguma associação do tema com suas próprias orientações sexuais, provocando maledicências. Já para

outros profissionais foi um tema normal, devido à atuação profissional com esta população em específico e reconhecida militância na temática.

A participação dentro do curso, por meio dos fóruns, sempre teve que ser muito estimulada e provocada pelo tutor, inclusive no espaço informal (“café virtual”), uma vez que a comunicação inicial sempre era tímida, ganhando, aos poucos, avanços que promoviam a maior interação entre alunos. Dois aspectos podem ser considerados como dificultadores de relações via EaD: o acesso à plataforma e uso de todas as ferramentas disponíveis. Para tanto, uma equipe de suporte e os próprios tutores ficaram atentos para resolver entraves ao longo do curso, superando-os.

Outro fator de dificuldade e de dimensão mais delicada é a exposição de ideias, de conceitos, preconceitos, atitudes e valores por escrito. Diversas colocações dos alunos eram repetições de trechos dos textos do curso ou de outras fontes de informação, com menos relato de experiências, vivências e opiniões próprias sobre o assunto.

Qualitativamente, os fóruns se mostraram como a ferramenta mais potente do curso, embora nem todos participassem.

*“Também sou olhada de uma forma diferente por gostar de atender a população LGBT e comprar a briga, principalmente porque trabalho em um CAPS infanto-juvenil e muitas vezes tenho que defender os jovens de seus próprios familiares, emprestar a voz e gritar por seus direitos” (Aluno M).*

*“Oi gente, li os textos, muito interessantes, e assim como algumas pessoas responderam, estamos engatinhando no assunto, desde os usuários até quem os atende e acolhe (duas coisas bem diferentes ainda), pois infelizmente somos permeados pelas opiniões, crenças e valores que influenciam a forma de nos relacionarmos com o outro” (Aluno N).*

“Sinto que vivemos tempos difíceis, pois se por um lado as pessoas estão assumindo suas condições, seus desejos e seus direitos com mais facilidade e mais coragem, por outro, parece que estamos vivendo uma regressão moralista e conservadora, com a violência, a intolerância e o preconceito aumentando assustadoramente e vindo de diferentes públicos...” (Aluno X).

“Respondendo à provocação e ao foco da pergunta original. Nunca fui à parada, sempre tive muita vontade e curiosidade, mas confesso que ainda tenho receio” (Aluno P).

Claro que qualquer coletivo que vá para a rua é uma manifestação política, mas no caso da população que eu atendo, a minoria tem essa consciência, talvez porque ainda estejam se descobrindo, se aceitando e conseguir sair de casa para ir à parada já é o máximo de embate e confronto político que conseguem enfrentar por hora” (Aluno Y).

“O ano passado participei e uma das palestrantes comentou sobre a Parada ser o principal instrumento de visibilidade LGBT. Durante a semana ocorreram várias atividades, a maioria delas com baixa adesão, mesmo havendo uma grande divulgação. Já a adesão da Parada foi infinitamente maior sendo, muitas vezes, o único momento de participação escolhido pelas pessoas” (Aluno Z).

Vários alunos fizeram contribuições importantes que geraram reflexões para o grupo, dando sentido a um novo olhar e uma nova forma de abordagem à população LGBT em suas funções.

“É preciso, especialmente para os agentes do Estado que valorizam a democracia, estarem atentos a violações de direitos fundamentais, decorrentes de estereótipos e preconceitos. Uma visão inclusiva das pessoas trans traria

consigo, mais do que respeito à diversidade de identidades de gênero, novas imagens de masculinidade e de feminilidade, que aceitariam, por exemplo, que mulheres trans são mulheres, independentemente de sua conformação genital ou de cirurgias” (Aluno W).

“Conviver em uma sociedade democrática é conviver com pessoas com diferentes gostos, costumes, culturas, respeitando sempre as opções de cada cidadão, entretanto, muitos consideram a democracia como a aceitação do que uma maioria decide como certo. Porém, cada cidadão tem o direito de ir e vir e, portanto, também tem o direito de se relacionar com quem e como quiser e viver como deseja. (...) Por isso, as lutas pelos direitos LGBT são importantes” (Aluno K).

“Dentre as normas ou políticas de inclusão, me chamou a atenção a de um banco, de inclusão de LGBT, mulheres (em cargo de chefia), racial, programa sênior (para pessoas acima de 50 anos) e pessoas com deficiência. Uma das reflexões do seminário era sobre a obrigatoriedade de existir cotas. Se vivêssemos num mundo ideal, sem preconceitos ou discriminação, não seriam necessárias cotas, mas infelizmente, mesmo caminhando lentamente contra, ainda estamos longe” (Aluno B).

Houve também quem trouxesse para discussão depoimentos de experiências reais, positivas ou negativas, da vida real ou profissional.

“Em 2014, tive o prazer de ser testemunha na Primeira União Homo-afetiva no cartório de ..., pude presenciar o respeito dos profissionais e a forma tranquila como foi feito, também convivo com casais que mesmo optando apenas pela união estável tiveram filhos biológicos, neste caso a primeira

nascida antes da lei, teve apenas o nome da mãe que gestou no documento, a segunda já pode ser registrada no nome das 2. No caso de adoção acredito que o pior sejam os prazos que naturalmente são longos, tenho um outro casal de amigos que já estão a 5 anos na fila, porém foram aprovados em todas as fazes de entrevistas e avaliações..” (Aluno O).

“Estou aprendendo muito com esse curso, ja vivenciei há alguns anos atras em uma unidade de saúde que ei trabalhava fui fazer o acolhimento de um paciente chamei pelo nome do prontuario que era um nome masculino e pra minha surpresa venho em minha direção uma pessoa que pra mim parecia mulher fiquei sem entender fi super constrangedor poi olhei para o paciente e disse novamente o nome e ela me respondeu sim mas pode me chamar de “Bola “ meu apelido fiquei super desconcentrada, ainda bem que ela a travesti morava a muito tempo naquela area e nao ou pelo menos não demonstrou constrangimento” (Aluno L).

Relataram também conhecimento de movimentos locais para a promoção de direitos LGBT:

“Na cidade de ..., nos últimos 5 anos, evoluiu consideravelmente em relação aos direitos legais da população LGBT. Foi criado a Comissão Municipal de Diversidade Sexual, ligada a Secretaria de Defesa da Cidadania da Prefeitura de ..., dando inicio a uma estrutura que propicia um ambiente de discussões à cerca de diversos assuntos relacionados à população LGBT, assim como discutir realidades , deliberar ações e contribuir para a criação de políticas públicas do municipio. A Prefeitura criou também a Seção de Apoio a Diversidade Sexual, para como o nome diz apoiar e ter como instrumento um canal direto com a Administração pública, isso facilitou muito

as ações da Comissão e da própria população LGBT. (...) Estou citando tudo isso para vcs, colegas, para apresentar o avanço que ... vem apresentando sobre as discussões dos direitos LGBT e contra LGTBfobia que aliás o tema da “V Semana da Diversidade Sexual - 2016 “ é “Uma rede de Proteção contra LGTBfobia “. As legislações vem sendo incansavelmente discutidas e apresentadas através de capacitações nos diversos seguimentos da nossa cidade, isso prova que estamos no caminho certo. Tenho muito mais coisa para apresentar mais no decorrer no curso terei o prazer de contribuir” (Aluno F).

“No ... vem se discutindo vários projetos através da ONG ABCD´S como BEE natural, Visibilidade, Carnaval inclusão e Prevenção, Juventude (Projeto trás comunicação com a linguagem do jovem para o jovem com encontros mensais e prevenção da DST/Aids e no combate a Violência Domestica e Urbana contra a Juventude LGBT” (Aluno VV).

Também sensibilização de mudanças nos trabalhos práticos e situações da assistência à saúde:

“No Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o Serviço de Assistência Especializada (SAE) e o Programa Municipal de DST/Aids de ... - a coordenadora ... me informou que vem realizando o acolhimento mais humanizado, pelo nome social e de acordo com a mesma no início deste ano a mesma começou desenvolver um trabalho voltado a conscientização das equipes de acolhimento da rede de atenção básica do município ...” (Aluno A).

“No AME daqui de..., em contato com a coordenadora de atendimento ..., a mesma me informou que o atendimento não é por senha, como está ocorrendo no AME de Santos,

conforme comentou a ..., porém já vem realizando o cadastro do nome social e o paciente é chamado conforme solicitado....” (Aluno R).

Só agora percebi que no recadastramento do Estado tem uma variável sobre orientação sexual (hetero, homo ou bissexual) e uma variável de Identidade de gênero (homem, mulher, travesti e transexual). Acredito que essa pequena iniciativa já é um ótimo começo. Assim como a oportunidade que estamos tendo com esse curso de nos apropriarmos destas questões e de podermos ampliar nossos conhecimentos e de trazer essa discussão para os nossos locais de trabalho” (Aluno XY).

“Em relação a atenção Básica no nosso município ainda não conseguimos atingir toda rede, mas as Unidades aqui chamadas de Políclínicas ou Unidades Básicas vem sendo capacitadas da mesma forma que o AME, já ministramos a capacitação em algumas delas e para o próximo ano já estamos com a agenda programada à partir de março estaremos reiniciando este trabalho, não só nas Unidades básicas como também em UPAs e Pronto Socorros, o que ainda temos muita dificuldade de conseguir chegar são hospitais particulares...” (Aluno AB).

Além de fazer avaliações positivas sobre o curso:

Este curso para mim tem sido de grande valia, pois confesso que mesmo conhecendo algumas pessoas “assumidas” não tinha noção de toda problemática enfrentada no dia a dia e em sua vidas” (Aluno C).

“Sobre um dos vídeos que fala do padrão dominante, lembrei de uma palestra em um seminário sobre Pessoas com Deficiência e Mercado de trabalho. O candidato que o mercado procura é do padrão dominante: sexo

masculino, branco, ocidental, heterossexual, jovem, magro e católico. Para todos os demais que não se “encaixam” nesse perfil, algumas empresas disponibilizavam normas de inclusão ou cotas (nesse caso a lei as obriga) (Aluno BB).

Em certas situações as contribuições no fórum e estudo de caso permitiram a visualização de falas em que se reproduzia preconceito, desconhecimento do assunto e resistência à mudança de opinião. Nesses casos, a tutora recorria à orientação da coordenação pedagógica para contornar a situação. Essas situações geralmente estavam pautadas em situações pessoais particulares.

Mas uma coisa é clara nos adolescentes, esse é o dia de comemorar e a forma, infelizmente, é regada de muito álcool e “pegar todo mundo” (Aluno J).

### Considerações finais

A experiência aponta o sucesso e interesse de oferta da formação de profissionais de saúde mediante uma estratégia de Educação Permanente em Saúde e utilizando a modalidade de EaD com relação ao tema da diversidade sexual e direitos LGBT. Ao capacitar mais de 3.000 profissionais de saúde em todo o estado durante 3 anos, aponta-se que essa estratégia tem largo alcance, implica agilidade e produz capilaridade a esse processo formativo dos trabalhadores do SUS.

Registra-se que essa modalidade educativa implica na organização e planejamento de circunstâncias educativas diferentes das usuais, trazendo para o cenário educacional a discussão sobre novas práticas pedagógicas e suas relações com as tecnologias da informação e da comunicação, implicando a motivação de um mínimo de

autodisciplina e motivação dos estudantes. Ao mesmo tempo, permite uma interação de diálogo entre os próprios alunos e entre alunos e tutor e uma relação de discussão permanente que sensibiliza a todos os participantes e envolve de forma integral vários deles.

Fazendo uma análise da experiência de tutoria no curso sob a ótica da aprendizagem reflexiva, crítica e significativa, considera-se que a plataforma de EaD foi facilitadora de processo de ensino, também na relação com a coordenação pedagógica do curso e na observação da própria experiência profissional e pessoal de alunos e tutores frente à experiência. O papel da mediação pedagógica e tutoria no ensino a distância, a concepção da Educação Permanente e dos princípios utilizados no curso em si e a experiência se mostraram ricos conforme o próprio relato de alunos.

A sensibilização quanto à importância da visualização da população LGBT e o seu direito à saúde, favorece a reflexão sobre a prática de trabalho, a comparação com experiências já vislumbradas pelos alunos em outras esferas governamentais e discutidas pelo próprio Movimento LGBT, permitindo a motivação de mudanças em seus próprios locais de trabalho e funções.

#### Referências

1. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Anais da 1ª Conferência de Gays, Lésbica, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT). Brasília; 2008. [acesso em: 31 out 2018]. Disponibilidade em: <http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/old/cncd-lgbt/conferencias/anais-1a-conferencia-nacional-lgbt-2>
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Brasília; 2011. [acesso em: 31 out 2018].

Disponibilidade em: <http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/old/cncd-lgbt/conferencias/anais-2a-conferencia-nacional-lgbt-1>

3. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Anais da 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Brasília; 2016. [acesso em: 31 out 2018]. Disponibilidade em: <http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/old/cncd-lgbt/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1/>
4. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. 1º Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Brasília; 2009. [acesso em: 31 out 2018]. Disponível em: <http://www.arco-iris.org.br/wp-content/uploads/2010/07/planolgbt.pdf>
5. São Paulo. (estado). Lei no 10.948. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências. São Paulo: ALESP; 5 NOV 2001. [acesso em: 31 out 2018]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2001/lei-10948-05.11.2001.html>
6. São Paulo. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. I conferência estadual de políticas públicas e Direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. São Paulo; 2008.
7. São Paulo. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. II conferência estadual de políticas públicas e Direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. São Paulo; 2011. [acesso em: 31 out 2018]. Disponível em: <http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/ProgramasProjetos/CPDS/PROPOSTAS%20APROVADAS%20NA%20PLEN%C3%81RIA%20FINAL.pdf>
8. São Paulo. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. III conferência estadual de políticas públicas e Direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. São Paulo; 2016.
9. São Paulo. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. Diversidade sexual e cidadania LGBT. São Paulo: SJDC/SP; 2014.
10. São Paulo. (estado). 1º Plano estadual de enfrentamento da homofobia e promoção da cidadania LGBT. São Paulo: SJDC/SP; 2010.
11. São Paulo. (estado). Decreto nº 55.588. Estabelece a obrigatoriedade do tratamento nominal (nome social) de

travestis e transexuais pelos funcionários públicos, em todos os órgãos da administração pública estadual, direta ou indireta; e já dentro da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo: ALESP; 17 mar 2010.

12. Gianna MC. CRT DST/Aids-SP implanta primeiro ambulatório para travestis e transexuais do país. *Bis – Bol. Inst. Saúde*. 2011; 13 (2): 182-189.

13. São Paulo. Secretaria de estado da Saúde. Comitê de Saúde Integral da População LGBT. (on line). [acesso em: 31 out 2018]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/humanizacao/comite-tecnico-de-saude-integral-da-populacao-lgbt>

14. Merhy, E. Feuerwerker, LCM. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarino ACS, Gomberg E. (org.). *Informar e Educar em Saúde: análises e experiências*. Salvador: Editora da UFBA; 2011. v. 1, p. 5-21.

15. Silva LO, Diehl VRO, Neto VM. Narrativa escrita: relacionando a produção de conhecimento e a formação docente. In: *Anais do IV congresso internacional de pesquisa (auto) biográfica - IV CIPA. Espaço (auto) biográfico: arte de viver, conhecer e formar*. Porto Alegre: UFRS; 2011.

16. Josso MC. *Experiência de vida e formação*. São Paulo: Cortez, 2004.

17. Amaro R. *Mediação Pedagógica on line: análise das funções do tutor na Universidade Aberto do Brasil*. Brasília-DF; 2012. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Educação,

da Universidade de Brasília, orientação Prof. Dr. Lúcio França Teles.

18. Ministério da Saúde. Portaria nº 198. Brasília; 13 fev 2004.

19. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996. Brasília; 13 fev 2007.

20. Calife KBB, Simões O, Harada J, Seixas P, Georgette J. Secretaria de Estado da saúde e COSEMS/SP. Documento Norteador. Diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo. Texto sistematizado por representantes da SES/SP e COSEMS/SP; 2007.

21. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Plano estadual de Educação Permanente em Saúde. São Paulo: SES-SP; 2007.

22. Santos E. Educação online para além da EaD: um fenômeno da cibercultura. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho; 2009.

23. Belloni ML. *Educação à distância*. Campinas: Autores Associados; 2008.

25. Ramal AC. *Educação na cibercultura: hipertextualidade, leitura, escrita e aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed; 2002.

26. Moran JM, Masetto MT, Behrens MA. *Novas tecnologias e mediação pedagógica*. Campinas : Papirus; 2000.

29. Pires FCO. *Dimensão da tutoria de Educação à Distância: perfil e formação prática*. (tese). Faculdade de Educação. Universidade Federal de Juíz de Fora. Juíz de Fora; 2017.

# *Incursões sobre uma política de formação de educadores no Estado de São Paulo: o curso “Gênero, Sexualidade e Diversidade Sexual: desafios para a escola contemporânea”*

*Incursions about teachers' education policy in State of São Paulo: the course “Gender, Sexuality and Sexual Diversity: challenges for the contemporary school”*

Thiago Teixeira Sabatine<sup>I</sup>, Marina Matera Sanches<sup>II</sup>

## Resumo

Este artigo analisa uma estratégia de formação continuada dos servidores da Secretaria de Estado da Educação, por meio do curso “Gênero, Sexualidade e Diversidade Sexual: desafios para a escola contemporânea”, tomando como ponto de partida as discussões, conteúdos e discursos lançados pelo curso, para pensar o modo como o sistema educacional concebe a escola e o papel do educador no âmbito das questões de gênero, sexualidade e diversidade sexual, considerando a iniciativa em perspectiva com as imbricações políticas e culturais mais amplas que informam a inserção desse debate na educação contemporânea.

**Palavras-chave:** Gênero; Sexualidade; Formação de professores.

## Abstract

This article analyses the teachers' continuing education of servers from Education Secretary of State of São Paulo, by means of the course “Gender, Sexuality and Sexual Diversity: challenges for the contemporary school”, with starting point discussions, contents and speeches launched by the course, to think the way in which the educational system conceives the school and the role of the educator in the questions about gender, sexuality e sexual diversity, considering the initiative in perspective with the political and cultural imbrications that inform the insertion of this debate in contemporary education.

**Keywords:** Gender; Sexuality; Teachers' education.

## Introdução

Estudar gênero, sexualidade e outros marcadores sociais da diferença, na Educação Básica atual, é um grande desafio. Circulam muitos equívocos e ideias recrudescidas sobre o tema na arena pública e diversas polêmicas alimentadas especialmente por discursos

conservadores, que têm provocado acirramentos em variados planos da política educacional, como aqueles concernentes aos currículos, à produção de material didático e à formação docente, com ressonâncias nas relações cotidianas entre os sujeitos que compõe e dão vida às escolas.

Analisaremos nesse artigo uma das estratégias de formação continuada dos servidores da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, por meio do curso “Gênero, Sexualidade e Diversidade Sexual: desafios para a escola contemporânea”. A ideia é tomar como ponto de partida as discussões, conteúdos e discursos lançados pelo curso, para pensar o modo como o sistema educacional concebe a escola e o papel do educador no âmbito das questões de gênero, sexualidade e diversidade sexual.

<sup>I</sup> Thiago Teixeira Sabatine (thiagosabatine@usp.br) é licenciado e bacharel e Mestre em Ciências Sociais pela Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, em Marília (UNESP), Doutor em Antropologia Social pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP), pesquisador do Núcleo de Estudos em Marcadores Sociais da Diferença desta universidade (NUMAS-USP) e Professor de Sociologia da rede de ensino do Estado de São Paulo e autor e organizador do curso “Gênero, Sexualidade e Diversidade Sexual: desafios para a escola contemporânea” da Escola de Formação e Aperfeiçoamento de Professores do Estado de São Paulo Paulo Renato Costa Souza (EFAP).

<sup>II</sup> Marina Matera Sanches (marina.sanches@educacao.sp.gov.br) é licenciada e bacharel em Ciências com habilitação em Ciências Biológicas pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, Mestranda em Ensino de Ciências e Matemática pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo (IFSP), Professora de Ciências da rede de ensino do Estado de São Paulo, *Designer Instrucional* e Gestora do curso “Gênero, Sexualidade e Diversidade Sexual: desafios para a escola contemporânea” da EFAP.

O curso, em sua primeira edição, foi oferecido a 6.002 servidores dos quadros do magistério, de quadros do apoio escolar e da Secretaria da Educação, no primeiro semestre de 2018, na modalidade de Educação a Distância (EAD), pela Escola de Formação e Aperfeiçoamento dos Professores do Estado de São Paulo Paulo Renato Costa Souza (EFAP), em formato de estudos autônomos (autoinstrucional). O curso contou com carga horária de 90 horas, conteúdo baseado em videoaulas com intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), textos de apoio adaptados para leitores de tela, referências para sites externos, questões de avaliação da aprendizagem e pesquisa de avaliação do curso.

Antes de avançarmos nessa proposta, cabe destacar o contexto que informou a iniciativa. Estamos diante de um cenário que opera novas linhas de força, estratégias dinâmicas e heterogêneas, que provocam relativos espraiamentos em torno das questões de gênero, sexualidade e diversidade sexual no campo dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e nas respostas públicas e do Estado<sup>1,2</sup>. Ainda que ocorra um flagrante déficit democrático em um contexto de recrudescimento de discursos autoritários, também há um interesse renovado que suscita novos olhares e novos atores, que disputam e constituem um campo que enreda um tipo de relacionamento do Estado, com a *expertise* de ativistas e especialistas que torcem novas formas de pensar e conduzir políticas públicas<sup>3</sup>.

Podemos tomar várias arenas para pensar o modo como as questões de gênero e sexualidade têm adentrado as políticas educacionais. Nos últimos anos, têm se propagado discursos contrários à erroneamente chamada “ideologia de gênero”<sup>4</sup>. No debate acirrado sobre o Plano Nacional de Educação de 2014 (Lei Federal nº 13.005)<sup>5</sup>, esse debate fez com que fossem suprimidas as estratégias sob a perspectiva de gênero e outros

marcadores sociais da diferença; o que influenciou na elaboração de outros planos, incluindo o do Estado de São Paulo de 2016 (Lei Estadual nº 16.279)<sup>6</sup>.

Contudo, reações de diferentes campos do ativismo, dos educadores, da academia e do próprio poder público têm mobilizado setores das políticas educacionais a conceber os compromissos que outrora pareciam começar a se delinear para a área. Cabe destacar também a judicialização e o questionamento da legalidade das proibições em curso; especialmente, porque, a despeito das ambivalências e acirramentos, há uma legislação nacional para a Educação que adota como princípio orientador a promoção dos Direitos Humanos, o reconhecimento das diferenças e o de cada pessoa poder usufruir ambientes escolares mais favoráveis e plenos à aprendizagem que garante integridade, participação livre, equalização de oportunidades e responsabilidade de todos que se beneficiam desse processo na construção de uma sociedade ética e solidária.

Essas perspectivas podem ser rastreadas nas principais legislações e normas em vigência, partindo da Constituição de 1988, na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340 de 2006)<sup>7</sup>, nas diretrizes e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE), como naquelas sobre a Educação Básica (resoluções nº 4 de 2010<sup>8</sup>, nº 7 de 2010<sup>9</sup>; nº 2 de 2012<sup>10</sup>) e na que define o uso do nome social de travestis e transexuais no âmbito nacional (Resolução 1 de 2018)<sup>11</sup>. No âmbito do Estado de São Paulo, cabe destacar: a Resolução do Conselho Estadual da Educação (CEE) sobre uso do nome social (Deliberação nº 125 de 2014)<sup>12</sup>, a Resolução da Secretaria da Educação nº 52 de 2013<sup>13</sup>, que define os perfis, as competências e as habilidades esperados dos profissionais assinalando questões de gênero, sexualidade e diversidade sexual no marco do respeito aos Direitos Humanos. Essas leis e normas poderiam ser cotejadas

com as políticas de currículo, da produção do material didático e da própria formação dos recursos humanos – tópicos que exigem análises minuciosas, e que escapam ao escopo deste artigo.

A formação de professores e demais servidores da Educação, a despeito do recente espriamento da discussão, ainda são frágeis e na maioria das vezes há um interessado silenciamento da discussão<sup>14,15,16</sup>. Repertórios mais consistentes foram construídos na área de formação docente a partir de 2005, no Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (CLAM-UERJ) que, em parceria com o governo federal e o Conselho Britânico, criou o curso “Gênero e Diversidade na Escola” (GDE)<sup>17</sup>. Esse curso passou a ser oferecido por universidades públicas que participam da Universidade Aberta do Brasil (UAB), servindo de referência para outras iniciativas.

Focaremos adiante, o curso “Gênero, Sexualidade e Diversidade Sexual: desafios para a escola contemporânea”, oferecido pela EFAP, analisando o modo como propõe a discussão de temas de diversidade, gênero, sexualidade e relações étnico-raciais e os subsídios e repertórios que oferece para que educadores possam refletir e transformar suas práticas pedagógicas.

### *Incursões na proposta do curso*

O curso foi organizado em três módulos, com apoio de especialistas, ativistas, gestores, técnicos das Secretarias Estaduais da Educação, da Saúde e da Justiça, Promotores de Justiça do Ministério Público Estadual e acadêmicos. Cada módulo conta com seis aulas, que consistem, cada uma, em diferentes recursos, como videoaulas compostas aproximadamente de seis blocos (totalizando 101 blocos de videoaulas com duração em média de dez minutos), além de textos,

recursos da *web*, referências *web* e bibliográficas e questões avaliativas.

O primeiro módulo “Gênero e Educação” é composto de seis aulas que abordam diferentes perspectivas para explorar as relações de gênero e o modo como essas se manifestam na escola, nos comportamentos dos estudantes, nos pressupostos das práticas pedagógicas e como os educadores podem contribuir para enfrentar as desigualdades, as violências e inserir o tema em sala de aula, cotejando-o com o currículo oficial. O módulo enfatiza o conceito de gênero partindo de um diálogo entre o pensamento feminista e das Ciências Humanas e Sociais, demonstrando as articulações existentes entre a produção do conhecimento contemporâneo e as lutas pela ampliação do repertório de direitos, as conquistas e os desafios do presente.

Na primeira aula “O Conceito de Gênero e os Processos de Socialização”, pesquisadoras do Núcleo de Estudos sobre Marcadores Sociais da Diferença da Universidade de São Paulo (NUMAS/USP)<sup>III</sup>, apresentam o conceito de gênero apoiadas em ampla literatura e, em um *tour de force* destacam a influência do feminismo, em suas diferentes ondas e a construção de campo de investigações sobre gênero que passa por Simone de Beauvoir<sup>18</sup>, Joan Scott<sup>19</sup>, Thomas Laqueur<sup>20</sup>, Judith Butler<sup>21</sup>, conferindo especial atenção para as diferentes experiências que marcam as vidas de mulheres, passando pelo feminismo negro, incluindo a obra de Gonzales<sup>22</sup> e Carneiro<sup>23</sup> e do feminismo trans.

A aula introduz a questão: “o conhecimento sobre gênero e suas diferentes articulações pode ajudar em nosso convívio e no trabalho diário nas escolas?”. Após na ênfase na construção relacional e histórica do que é feminino e masculino,

<sup>III</sup> Nessa aula, representado por Isabela Nálío Ramos e Fernanda Kalliany Martins.

há destaque sobre o modo como hierarquias, estereótipos, classificações de gênero circulam no ambiente escolar. Apoiadas em Vianna e Finco<sup>24</sup>, aponta-se para os processos de masculinização e feminilização dos corpos que estão presentes nas diferentes brincadeiras e incentivos ou nas expectativas de comportamentos vistos como de meninas e meninos, no controle de sentimentos, movimentos corporais, desenvolvimento de habilidades e que, portanto, no espaço escolar também operam processos de socialização de gênero por meio das interações entre estudantes, do ensino, do seu funcionamento e currículo. Por isso, destaca que as práticas pedagógicas não são neutras e podem atuar para a promoção da equidade ou reforçar as desigualdades de gênero.

Na segunda aula “Gênero e Desigualdades”, também pesquisadores<sup>IV</sup> do NUMAS-USP problematizaram as questões de desigualdade, as posições desiguais ocupadas por mulheres e homens, tanto na esfera pública quanto na privada. Gênero também diz respeito às relações de poder, não meras diferenças, mas compõe desigualdades e hierarquias. Tal temática fica especialmente latente no que diz respeito ao acesso à Educação, às diferenças de sucesso e fracasso escolar entre meninos e meninas, etc., chamando atenção para a questão das masculinidades, suas ressonâncias em atitudes de não pertencimento, indisciplina e violência escolar, bem como o inquietante fracasso escolar que atinge especialmente rapazes que estão abaixo das hierarquias de classe e raça. Apoiadas em Carvalho<sup>25</sup> mostra-se que as discussões de gênero são centrais para a escola hoje, pois oferecem instrumentos para enfrentar temas cruciais como aqueles relativos à aprendizagem e à convivência.

Na aula seguinte “Os Movimentos Feministas e a Luta pela Conquista de Direitos”,

<sup>IV</sup> Renata Guedes Mourão Macedo, Karlene Bianca e Letizia Patriarca.

ministrada por um profissional do NUMAS-USP<sup>V</sup>, junto a membro do Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM)<sup>VI</sup>, problematizam as mudanças sociais decorrentes das lutas feministas e a ampliação dos direitos na segunda metade do século XX, no contexto brasileiro e internacional, buscando responder às perguntas sobre as relações que se podem estabelecer entre o movimento feminista e o Direito: “Quais as conquistas que podem ser consideradas como legado do movimento feminista?”, “Quais as reivindicações atuais do movimento feminista no Brasil, especialmente em um contexto de acirramentos e de disputas políticas que se cristalizam na ideia de “ideologia de gênero”?”. A aula apoia-se na leitura de Carneiro<sup>23</sup> e Pinto<sup>26</sup> sobre a história do feminismo e dos movimentos de mulheres.

Na quarta aula “Educação e Violência de Gênero”, são retomados trechos da Videoconferência “Educação e Violência de Gênero” realizada, em 7 de junho de 2016, nos ambientes da EFAP/Rede do Saber<sup>27</sup>. Promotoras do Ministério Público do Estado de São Paulo<sup>VII</sup> problematizaram com os coordenadores do curso as questões relativas à violência de gênero, apresentando o modo como afetam as mulheres no mundo doméstico e público, bem como as questões relativas à prevenção no contexto escolar. A ênfase recai sobre os significados da violência de gênero, o modo como atinge diferencialmente as mulheres, considerando marcadores de cor e classe social. Problematizam-se, também, os ambientes familiares como arenas da violência doméstica e da violência sexual e os processos de silenciamento das mulheres e meninas em casos de

<sup>V</sup> Um dos autores deste artigo, o professor, proponente e coordenador do curso Thiago Sabatine.

<sup>VI</sup> A especialista Ingrid Leão.

<sup>VII</sup> Valéria Scarance, Sílvia Chakian e Fabíola Sucasas.

violência. Por fim, se apresenta como as relações violentas circulam nas redes sociais e expõem as mulheres a diversas situações vexatórias e constrangedoras como a divulgação da nudez, da pornografia de vingança. As promotoras procuram mostrar como os educadores podem lidar com estas questões, cotejando o assunto com os dispositivos legais de proteção das mulheres, como a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 2006)<sup>7</sup> e os mecanismos e instituições de apoio às vítimas. Como indicação de leitura, são recomendados a cartilha “Mulher Vire à página” do Ministério Público do Estado de São Paulo<sup>28</sup> e o próprio texto da Lei Maria da Penha.

Em seguida, na aula “Políticas Públicas para as Mulheres”, uma representante do Conselho Estadual da Condição Feminina (CECF)<sup>viii</sup> e o coordenador do curso, apresentaram as políticas públicas para as mulheres de uma perspectiva histórica, da redemocratização do Brasil, com a criação dos primeiros mecanismos de participação feminina como o Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983, e da implantação, no mesmo ano, do Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>29</sup>, em nível federal, passando pela criação, pelo Estado de São Paulo, da 1ª Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), em 1985, até a ampliação dos serviços de atendimento à mulher vítima de violência, enfatizando os mecanismos existentes atualmente para coibir as violências contra as mulheres e jovens, especialmente a violência sexual. A escola, no conjunto de iniciativas intersetoriais, torna-se, nesse sentido, um espaço privilegiado para o debate e a construção de uma cultura de prevenção da violência de gênero e sexual contra crianças e adolescentes. Para apoiar a aula foram recomendados a leitura do “Guia Escolar: identificação de

sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes”<sup>30</sup>, disponibilizado pelo Ministério da Educação, e um artigo de Bandeira<sup>31</sup> sobre violência de gênero.

Na última aula do módulo “Gênero na Escola e no Currículo”, o coordenador do curso apresentou as discussões sobre gênero presentes no Currículo do Estado de São Paulo, bem como problematizou as relações de gênero no cotidiano das escolas, destacando as normas, regulamentos que orientam o sistema de ensino público de São Paulo, que definem a responsabilidade da promoção de programas educacionais que disseminem valores éticos de irrestrito respeito à dignidade da pessoa humana, incluindo a perspectiva de gênero e de raça e etnia. A aula focou no modo como o currículo aciona os conteúdos relativos aos Direitos Humanos, marcadores das diferenças, equidade de gênero e ao problema de violência doméstica e familiar contra a mulher. Para apoiar os cursistas foram recomendadas publicações oficiais da Secretaria de Estado da Educação sobre o tema<sup>32,33</sup>.

O segundo módulo “Sexualidade e Educação” parte de uma perspectiva histórica e social para a problematização da sexualidade, analisando questões afeitas à subjetividade e articuladas a uma compreensão de processos políticos e culturais mais amplos. Colocando no centro do debate as preocupações que adentram as escolas, seja as questões relativas à saúde, a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) – incluindo o HIV/aids –, da gravidez, assim como as questões da violência e o respeito às diversidades.

Na primeira aula “A Sexualidade na Perspectiva Histórica e Social”, o coordenador do curso tomou como ponto de partida a ideia de pensar a sexualidade para além de uma questão individual, mas como uma preocupação política e cultural que merece uma análise mais criteriosa.

<sup>viii</sup> Na época, a Presidente deste conselho, Rosmary Correia (conhecida como Delegada Rose por ter sido a 1ª delegada de Delegacia de Polícia da Mulher, em 1985).

Seguindo as discussões feitas por Jeffrey Weeks<sup>34</sup> e Michel Foucault<sup>35</sup> problematiza-se os essencialismos que explicam a sexualidade por uma suposta verdade ou essência, por meio de uma perspectiva que foca os significados que damos a sexualidade e o modo como são socialmente organizados. Este tema ganhou estatuto científico no século XIX, quando as questões relativas aos corpos e ao comportamento sexual deixaram de ser uma preocupação exclusiva da religião e da filosofia moral, tornando-se uma preocupação generalizada de especialistas: da Medicina, de profissionais e de reformadores morais, com uma disciplina própria a Sexologia, com base na Biologia, Psicologia e nas demais Ciências Humanas, que passaram a influenciar e definir os termos do debate sobre o comportamento sexual. Explorando a atualidade desse debate, foram recomendadas as leituras de Altmann<sup>36</sup> e Louro<sup>37</sup>.

Na aula seguinte, são analisadas as experiências relativas às sexualidades contemporâneas, o modo como são moldadas por acontecimentos críticos situados no tempo – como os efeitos de novos dispositivos, como a pílula anticoncepcional, a epidemia de aids, etc –, e a entrada no debate contemporâneo de novas linguagens e repertórios consagrados na ideia de Direitos Sexuais e Reprodutivos no contexto dos Direitos Humanos. Para tanto, a aula abordou as experiências da sexualidade juvenil, cotejando aspectos que vão do início da vida sexual do jovem brasileiro a partir de pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>38,39</sup> e as diferenças geracionais que acenam para mudanças relativas aos papéis sociais masculinos e femininos, além da construção de um direito democrático da sexualidade, que implica noções como consentimento e respeito à diversidade sexual<sup>1</sup>. Para leitura foram recomendados os textos de Rios<sup>40</sup> e Sabatine e Magalhães<sup>41</sup>.

O direito a exercer a orientação sexual sem sofrer discriminações ou violência, o direito de

cada pessoa de ver reconhecidos e respeitados o seu corpo, o seu desejo e o seu direito a amar, são temas que remetem ao protagonismo e engajamento do movimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no Brasil. Por isso, na terceira aula “Movimento Social LGBT Brasileiro e a Visibilidade de Novos Sujeitos Políticos” um representante do NUMAS-USP<sup>ix</sup>, apoiado na leitura de Facchini e França<sup>42</sup>, apresentou a história do movimento, suas conquistas e seus desafios, destacando os variados contextos políticos e estratégias utilizadas para a afirmação do direito a expressão das sexualidades e das identidades de gênero.

Na aula seguinte “Travestis, Mulheres Transexuais e Homens Trans”, são retomados trechos da videoconferência “Tratamento Nominal de Discentes Travestis e Transexuais”, realizada em 17 de novembro de 2014<sup>43</sup>, que buscou orientar os servidores da rede estadual de ensino público para a aplicação do Decreto nº 55.588 de 2010<sup>44</sup>, da Deliberação CEE nº 125/2014<sup>12</sup> e da Resolução nº 45 de 2014 da Secretaria da Educação de São Paulo<sup>45</sup>, que dispõem sobre o uso do nome social e respeito a identidade de gênero de travestis e transexuais. O coordenador do curso e a primeira mulher transexual que se tornou diretora de escola na rede de ensino de São Paulo<sup>x</sup> problematizaram as experiências de exclusão, atos de discriminação e as desigualdades vivenciadas por travestis, mulheres transexuais e homens trans e os desafios para a garantia do direito à educação, visando a assegurar a permanência escolar e a qualidade da educação com o reconhecimento das diferenças nas escolas. Como material de apoio da aula foi recomendada a leitura do Documento Orientador nº 15 de 2015<sup>46</sup>

<sup>ix</sup> Pesquisador Marcio Zamboni.

<sup>x</sup> Paula Beatriz de Souza Cruz que se tornou diretora da Escola Estadual Santa Rosa de Lima, em 2005.

da Secretaria da Educação, elaborado para subsidiar a implantação da política.

A quinta aula “Direitos da População LGBT e as Políticas Públicas do Estado de São Paulo” contou com a participação do coordenador do curso e do Coordenador de Políticas para a Diversidade Sexual da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo<sup>XI</sup>. Os expositores apresentaram a ampliação do reconhecimento do Estado para as questões da população LGBT como direito humano, contextualizando as políticas públicas no cenário nacional e especialmente no Estado de São Paulo, como os mecanismos criados pela Lei Estadual 10.948, de 2001<sup>47</sup>, que pune a discriminação em razão da orientação sexual e identidade de gênero, entre outros dispositivos criados nas áreas da cultura, da saúde, da justiça, da segurança pública e da educação que ampliam os direitos LGBT. Para leitura foi recomendada a cartilha “Diversidade Sexual e Cidadania LGBT”<sup>48</sup>, que apresenta os principais marcos legais vigentes em São Paulo e no país.

Na última aula do módulo “Sexualidade na Escola e no Currículo”, o coordenador do curso, juntamente à responsável<sup>XII</sup> pelos projetos ligado ao Saúde e Prevenção na Escola (SPE) na Secretaria da Educação do Estado de São Paulo problematizaram as relações de poder no cotidiano das escolas, explorando como ela se constitui como uma arena onde se expõem os conflitos ligados ao reconhecimento das diferenças de gênero e sexualidade e focando no seu potencial de possibilidades de fornecer uma aprendizagem a partir das propostas presentes no Currículo do Estado de São Paulo – que aponta para a aprendizagem em termos éticos, do respeito à pluralidade, e para a promoção do autocuidado e cuidados dos outros,

especialmente no que toca à saúde num contexto de epidemia de HIV/aids. Para tanto, foram recomendadas as leituras de publicações institucionais já disponíveis sobre o currículo oficial<sup>49,50</sup>.

O curso, em seu terceiro módulo “Diversidades, Diferenças e Desigualdades”, busca apresentar uma visão mais abrangente sobre as diferenças de gênero, sexualidade e raça/etnia, partindo de uma perspectiva não essencialista e da ideia de que as ações humanas são carregadas de significados e relações de poder<sup>51</sup>. Aprender sobre as diferenças, a partir da abjeção, do vexatório, da desvalorização e da injúria, é um fator presente nas escolas e na sociedade quando se colocam em evidência marcadores sociais, como de cor/raça, gênero e sexualidade<sup>52</sup>.

Esse módulo problematiza a construção das diferenças de gênero, sexualidade, raça/etnia, ressaltando o modo como são convertidas em processos de desigualdade que se sobrepõem, se reforçam mutuamente e direcionam diversas práticas discriminatórias e preconceitos em nossa sociedade e na escola. O módulo visa a fornecer subsídios para a promoção de práticas pedagógicas com enfoque na garantia de direitos e na valorização das diferenças.

Na primeira aula “A Diversidade Cultural e o Aprendizado das Diferenças nas Escolas”, os pesquisadores do NUMAS-USP<sup>XIII</sup> apresentaram o conceito de diversidade cultural, contextualizando a ideia de cultura e suas variações ao longo do tempo/espço. Partem de uma perspectiva não essencialista para superar argumentos que serviram historicamente para justificar a inferioridade e a desigualdade no acesso aos direitos, especialmente o direito à educação, com base em marcadores como etnia, raça, gênero e sexualidade. São debatidos conceitos antropológicos,

<sup>XI</sup> Na época e ainda ocupando o cargo, Cássio Rodrigo de Oliveira Silva.

<sup>XII</sup> A professora Eleuza Guazzelli.

<sup>XIII</sup> Paula Alegria e Bernardo Fonseca Machado.

como etnocentrismo, racismo, sexismo e heteronormatividade, à luz das relações de poder que permeiam as interações nas escolas, a partir das leituras de Zamboni<sup>53</sup> sobre os marcadores sociais da diferença, de Junqueira<sup>54</sup> sobre as estratégias discursivas e os estados de negação da discriminação por orientação sexual e identidade de gênero nas escolas e de Guimarães<sup>55</sup> sobre raça, cor, cor da pele e etnia.

Na segunda aula “Gênero e Relações Étnico-Raciais” e na terceira aula “Estereótipos, Sexualidade e Discriminação Racial” uma pesquisadora<sup>xiv</sup>, do Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades (CEERT), analisa a articulação das diferenças relacionadas a gênero e marcadores como cor/raça, problematizando a exclusão e a desigualdade social, a fim de desconstruir pressupostos racistas, especialmente aqueles que afetam meninas e meninos negros, a partir de uma reflexão comprometida com a equidade. Os marcadores de raça e gênero operam na produção de estereótipos, hierarquias sociais, desejos, preferências e relações afetivas e sexuais. Para que os educadores possam desconstruir as apreciações negativas em função da cor/raça no universo da escola, foram recomendadas as leituras de Santos<sup>56</sup>, Crenshaw<sup>57</sup>; Gomes<sup>58,59</sup> e da Lei nº 10.639 de 2003<sup>60</sup>.

Na quarta aula “Gênero e Qualidade da Educação”, o coordenador do curso e uma especialista em gênero<sup>xv</sup> da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, analisam as questões relativas à qualidade da educação, especialmente os indicadores de acesso, de permanência e de desempenho escolar, para pensar as diferentes trajetórias de sucesso e fracasso escolar de meninos e meninas, mostrando que a discussão contemporânea de qualidade da educação passa

pela consideração atenta às diferenças. São recomendadas leituras de textos de autoria de Carvalho<sup>25</sup> que remetem a esse debate<sup>61,62</sup>.

Na quinta aula “Práticas Pedagógicas: educação em sexualidade e saúde”, profissionais<sup>xvi</sup> da Fundação para o Desenvolvimento da Educação (FDE), do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e da Coordenação Técnica de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo<sup>xvii</sup>, e o coordenador do curso, apresentaram a importância da promoção da educação em sexualidade e saúde nas escolas, fazendo sugestões de atividades norteadas por uma perspectiva de enfrentamento às discriminações, à promoção da saúde sexual e reprodutiva e cotejando-os com os principais indicadores desta área sobre a saúde do jovem. Para apoiar o trabalho dos educadores foram recomendadas as leituras de guias e manuais elaborados pelo próprio sistema de educação e da saúde do Estado de São Paulo<sup>63,64</sup>.

Por fim, a sexta aula “As Práticas Pedagógicas e as Diferenças” encerra o curso com o debate da prática escolar. Nessa aula, o coordenador do curso, com aportes de Louro<sup>65</sup>, apresenta subsídios para a promoção de práticas pedagógicas baseadas no reconhecimento das diferenças, enfatizando que a escola é, em conjunto com toda a sociedade e o Estado, um local de enfrentamento das discriminações, preconceitos, estereótipos e local para o aprendizado e valorização da diversidade.

### **Avaliação e resultados**

O Centro de Avaliação da EFAP elaborou a pesquisa de avaliação do curso a partir das dimensões: plano de curso, recursos didáticos, suporte ao cursista, resultados, autoavaliação e satisfação.

<sup>xiv</sup> Giselle Cristina dos Anjos Santos.

<sup>xv</sup> A Professora Marília Pinto de Carvalho.

<sup>xvi</sup> Edson de Almeida e Jurema Panza.

<sup>xvii</sup> Respectivamente Ivone de Paula e Albertina Duarte Takiuti.

O gráfico 1 demonstra que 99,17% dos profissionais avaliaram que o plano de curso desenvolvido favoreceu o alcance das metas e dos objetivos estabelecidos no projeto do curso, 98,05% avaliaram que os Recursos Didáticos utilizados no curso (textos, recursos interativos, vídeos, AVA-EFAP) favoreceram os processos de ensino e de aprendizagem, 99,49% avaliaram que o serviço de suporte institucional prestou atendimento adequado às necessidades dos cursistas.

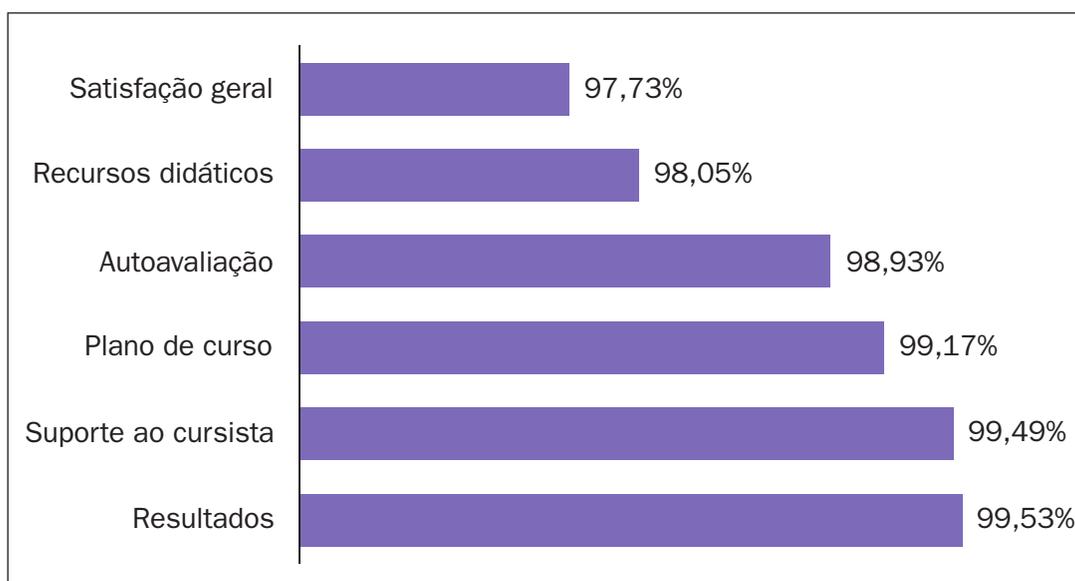
Em relação aos resultados, ficou evidenciado que para 98,53% os objetivos do curso foram alcançados. No que se refere à autoavaliação, 98,93% se dedicaram e se engajaram com o curso de formação. No que diz respeito ao Ambiente Virtual de Aprendizagem, 82,02% manifestaram satisfação com os recursos disponibilizados<sup>66</sup>.

Não poderíamos deixar de notar em perspectiva com o próprio entendimento dos cursistas, quando solicitados à avaliação do curso, reforçarem

a importância desse debate e dos subsídios apresentados pelo curso. Outras questões também foram apontadas em “Críticas e sugestões”. Entre as principais sugestões surgiram a possibilidade de novas edições para os profissionais que não conseguiram se inscrever, visto que as vagas disponíveis se esgotaram em poucas horas, e a possibilidade de atendimento a toda comunidade escolar. Como críticas surgiram a sugestão de espaços virtuais para troca de ideias entre os participantes, a possibilidade de disponibilizar um tutor para acompanhar as turmas no AVA, a redução na quantidade de vídeos, a dificuldade de carregamento dos vídeos em algumas localidades e a possibilidade de realização de encontros presenciais.

O curso atingiu 6.002 (seis mil e dois) profissionais, majoritariamente do quadro do magistério (83,92%), seguidos pelos profissionais de apoio escolar (14,21%) e da Secretaria de Educação (0,02%), com índice de aprovação de 86,95%.

**Gráfico 1.** Índices de satisfação nas dimensões avaliadas na pesquisa de avaliação do curso “ Gênero, sexualidade e diversidade sexual: desafios para a escola contemporânea”



Fonte: Relatório Executivo de Avaliação. Gênero, sexualidade e diversidade sexual: desafios para a escola contemporânea - 1ª Edição/2018. CENAV/EFAP.

### Considerações finais

Há um longo caminho a ser percorrido, dados os contundentes obstáculos que se assehoram da temática de gênero e sexualidade na educação básica no presente. Sem esgotar esse debate, nos parece fundamental aprofundar iniciativas nessa área que possam assegurar dimensões ainda pouco problematizadas do processo educativo. Afinal, está em disputa um projeto de educação e uma responsabilidade que, se esquecida, certamente ameaça tornar a escola menos habitável e menos generosa, pois sabemos que quando o Estado e a sociedade adotam restrições no enfrentamento às desigualdades, à violência, à garantia de direitos, os danos se alastram para todas e todos.

### Referências

1. Carrara S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil Contemporâneo. *Mana*. 2015; 21(2):323-345.
2. Vianna C, Unbehaum S. Contribuições da produção acadêmica sobre gênero nas políticas educacionais: elementos para repensar a agenda. In: Carreira D. Gênero e educação: fortalecendo uma agenda para as políticas educacionais. São Paulo: Ação Educativa, CLADEM, ECOS, Géledes, Fundação Carlos Chagas; 2016. p.53-119.
3. Dehesa R. Incursiones queer en la esfera pública - movimientos por los derechos sexuales en México y Brasil. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, Sexuality Picy Watch; 2015.
4. Miskolci R, Campana M. Ideologia de gênero: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Soc. Estado*. 2017; 32(3):725-748.
5. Brasil. Lei Federal nº 13.005. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 25 jun 2014.
6. São Paulo. (estado). Lei Estadual nº 16.279. São Paulo: ALESP; 8 jun 2016.
7. Brasil. Lei nº 11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Presidência da República; 7 ago 2006.
8. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 4. Define Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. Brasília: CNE; 13 jul 2010.
9. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 7. Fixa Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de 9 anos. Brasília: CNE; 14 dez 2010.
10. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 2. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio. Brasília: CNE; 30 jan 2012.
11. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 1. Define o uso do nome social de travestis e transexuais nos registros escolares. Brasília: CNE/CP; 19 jan 2018.
12. Conselho Estadual de Educação de São Paulo. Deliberação nº 125. Dispõe sobre a inclusão de nome social nos registros escolares das instituições públicas e privadas no Sistema de Ensino do Estado de São Paulo e dá outras providências correlatas. São Paulo: CEE/SP; 2014.
13. São Paulo. Secretaria de Estado da Educação. Resolução nº 52. Dispõe sobre os perfis, competências e habilidades requeridos dos Profissionais da Educação da rede estadual de ensino, os referenciais bibliográficos e de legislação, que fundamentam e orientam a organização de exames, concursos e processos seletivos e dá outras providências. São Paulo; SEE/SP; 14 ago 2013.
14. ECOS – Comunicação em Sexualidade. As políticas de educação em sexualidade no Brasil – 2003 a 2008. São Paulo: ECOS, The Ford Foundation; 2008.
15. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Seminário educação em sexualidade e relações de gênero na formação inicial docente no ensino superior – Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 9 de outubro de 2013 – relatório final. Brasília: UNESCO; 2014.
16. Gatti BA, Barreto ESS, André MEDA. Políticas docentes no Brasil: um estado da arte. Brasília: UNESCO; 2011.
17. Carrara S, Barreto A, Araújo L, Dacach S, Pereira ME, Leite V. Gênero e diversidade na escola: trajetórias e repercussões de uma política pública inovadora. Rio de Janeiro: CLAM, CEPESC; 2011.
18. Beauvoir S. O segundo sexo: fatos e mitos. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1960.
19. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* 1990; 16(2):5-22.
20. Laqueur T. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2001.
21. Butler J. Problemas de gênero. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.

22. Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Rev. Ciênc. Soci. Hoj. Anpocs*, pp. 223-244, 1984.
23. Carneiro S. Mulheres em movimento. *Estud. Avanç.* 2003; 17(49):117-133.
24. Vianna C, Finco D. Meninas e meninos na Educação Infantil: uma questão de gênero e poder. *Cad. Pagu.* 2009; (33):265-283.
25. Carvalho MP. Sucesso e fracasso escolar: uma questão de gênero. *Educ. Pesq.* 2003; 29(1):185-193.
26. Pinto CRJ. Feminismo, história e poder. *Rev. Sociol. Polit.* 2010; 18(36):15-23.
27. Escola de Formação de Professores Paulo Renato Costa Souza. Videoconferência “Educação e Violência de Gênero” realizada em 7 de junho de 2016. [acesso em: 01 mar 2018]. Disponível em: [www.rededosaber.sp.gov.br](http://www.rededosaber.sp.gov.br)
28. Ministério Público do Estado de São Paulo. Mulher vire à página. São Paulo: MPSP; 2016. (on line). [acesso em: 22 out 2018]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/vire\\_a\\_pagina.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/vire_a_pagina.pdf)
29. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAIM). Brasília; 1984.
30. Santos BR. Guia escolar: identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. In: Santos BR, Ippolito R. Seropédica. Rio de Janeiro: EDUR; 2011. [acesso em: 22 out 2018]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=32151-guia-escolar-rede-de-protecao-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=32151-guia-escolar-rede-de-protecao-pdf&Itemid=30192). Acesso em 18 nov. 2016.
31. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc. estado.* 2014; 29(2):449-469. [acesso em 22 out 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008)
32. São Paulo. Secretaria da Educação. Coordenadoria de Gestão da Educação Básica. Relatório técnico acompanhamento das ações da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo para educação em sexualidade, diversidade sexual e gênero - ano 2013 até 2015. São Paulo; 2016. p.31-35.
33. São Paulo. Secretaria da Educação. Currículo do Estado de São Paulo. São Paulo; 2008.
34. Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: Louro GL. O corpo educado - pedagogias da sexualidade. (2ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica; 2000.
35. Foucault M. A história da sexualidade vol. 1: a vontade de saber. (12. ed.). Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal; 1997.
36. Altmann H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. *Educ. Rev.* 2007; 46:287-310. [acesso em: 22 out 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edur/n46/a12n46.pdf>
37. Louro GL. Teoria queer: uma política pós-identitária para a educação. *Rev. Estud. Fem.* 2001; 9(2):541-553.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) - 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) - 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
40. Rios RR. Para um direito democrático da sexualidade. *Horiz. Antropol.* 2006; 12(26): 71-100.
41. Magalhães BR, Sabatine TT. Políticas públicas, justiça e homofobia: índices de mensuração para o reconhecimento do direito à sexualidade no Brasil. In: Souza LAF (org.). Políticas de segurança pública no estado de São Paulo: situações e perspectivas a partir das pesquisas do Observatório de Segurança Pública da UNESP. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009.
42. Facchini R, França I. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. *Sexualidad, salud y sociedad – Rev. Latin.* 2009; (3):54-81. (on line). [acesso em: 22 out 2018]. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/41/468>
43. Escola de Formação de Professores Paulo Renato Costa Souza Videoconferência “Tratamento nominal de discentes travestis e transexuais”. São Paulo; 17 dez 2014. [acesso em: 24 out 2018]. Disponível em: <http://doczz.com.br/doc/55214/tratamento-nominal-de-discentes-travestis-e-transexuais>
44. São Paulo. (estado). Decreto nº 55.588. Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. São Paulo: ALESP; 17 mar 2010.
45. São Paulo. Secretaria de Educação do Estado de São Paulo. Resolução nº 45. Dispõe sobre o tratamento nominal de discentes travestis e transexuais, no âmbito da Secretaria da Educação. São Paulo; 18 ago 2014.
46. São Paulo. Secretaria da Educação. Coordenadoria de Gestão da Educação Básica. Documento Orientador nº15. Tratamento nominal de discentes travestis e transexuais.

versão ampliada e atualizada. Sabatine T. (org.). São Paulo; 2015.

47. São Paulo. (estado). Lei nº 10.948. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências. São Paulo: ALESP; 5 nov 2001.

48. São Paulo. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. Diversidade sexual e cidadania LGBT. São Paulo: SJDC/SP; 2014. 44p.

49. São Paulo. Secretaria da Educação. Coordenadoria de Gestão da Educação Básica. Documento Orientador nº 14 de 2014. Diversidades sexuais e de gênero: guia de metodologias e atividades para o Programa Escola da Família. Sabatine T. (org.). São Paulo; 2014.

50. São Paulo. Secretaria da Educação do Estado de São Paulo. Currículo do Estado de São Paulo. São Paulo; 2008.

51. Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. Cad. Pagu. 2006, (26):329-376. (on line). [acesso em: 22 nov 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n26/30396.pdf>

52. Miskolci R. Teoria Queer: um aprendizado pelas diferenças. (2ª ed). Belo Horizonte: Autentica Editora, UFOP; 2012.

53. Zamboni M. Marcadores sociais. Sociologia. 2013; (esp.):13-18. [acesso em: 22 out 2018]. Disponível em: [http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/07/ZAMBONI\\_MarcadoresSociais.pdf](http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/07/ZAMBONI_MarcadoresSociais.pdf). Acesso em 21 nov. 2016.

54. Junqueira R. A homofobia não é um problema. Aqui não há gays nem lésbicas! - estratégias discursivas e estados de negação da discriminação por orientação sexual e identidade de gênero nas escolas. Rev. Psic. UNESP. 2010; 9(1):123-139.

55. Guimarães ASA. Raça, cor, cor da pele e etnia. Cad. Camp. 2011; 20(20):265-271.

56. Santos GCA. Somos todas rainhas. São Paulo: Associação Frida Kahlo, Articulação Política de Juventudes Negras; 2011.

57. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estudos feministas. 2002; 10(1):171-188.

58. Gomes NL. Educação, raça e gênero: relações imersas na alteridade. Cadernos Pagu. 1995; (6-7):67-82.

59. Gomes NL. Educação, identidade negra e formação de professores/as: um olhar sobre o corpo negro e o cabelo crespo. Educ. Pesq. 2003; 29(1):167-182.

60. Brasil. Lei nº 10.639. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. Brasília; Presidência da República, 9 jan 2003.

61. Carvalho MP. O conceito de gênero no dia a dia da sala de aula. Gender concept in the school day to day life. Revista de Educação Pública. 2012; 21(46-supl.):401-412.

62. Zago N, Paixão LP. Falando sobre gênero e educação: entrevista com Marília Pinto de Carvalho. Revista Pedagógica. 2013; 15(31):443-454.

63. Fundação para o Desenvolvimento da Educação. Preconceito e discriminação no contexto escolar. Guia com sugestões de atividades preventivas para a HTPC e sala de aula. São Paulo, FDE; 2009.

64. Fundação para o Desenvolvimento da Educação. Projetos Comunidade Presente e Prevenção Também se Ensinam: sugestões de atividades preventivas para HTPC e sala de aula. São Paulo: FDE, Diretoria de Projetos Especiais; 2012.

65. Louro GL. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. Proposições; 2009; 19(2):17-23.

66. São Paulo. Secretaria da Educação. Escola de Formação e Aperfeiçoamento dos Professores do Estado de São Paulo Renato Costa Souza. Relatório executivo de avaliação - gênero, sexualidade e diversidade sexual: desafios para a escola contemporânea. (1ª ed.). São Paulo; 2018.

# Orientação para escolas e educadores sobre encaminhamentos em sexualidade, diversidade sexual e saúde sexual e reprodutiva

*Guidance for schools and educators on referrals in sexuality, sexual diversity and sexual and reproductive health*

Regina Figueiredo<sup>1</sup>, Letícia de Almeida Lopes Cândido<sup>II</sup>

## Resumo

Mediante a experiência de elaboração de atualizações de 12 escolas da Grande São Paulo em encaminhamentos sobre sexualidade, diversidade sexual e saúde sexual e reprodutiva, é discutida a importância de preparação dessas instituições para a atuação escolar visando à prevenção de vulnerabilidades de saúde e de violências que acometem alunos LGBT por parte de outros alunos e também de educadores. A invisibilidade da atuação escolar sobre as ocorrências que acometem a população LGBT possui diretrizes que já são explicitadas em legislações e normas nacionais e que vinham sendo implementadas em planos de educação – que apesar de estarem enfrentando retrocessos políticos, ainda se embasam nas noções de direitos humanos que precisam ser esclarecidas e conhecidas por esses educadores.

**Palavras-chave:** Escola; Adolescente; Sexualidade; Homossexualidade; Saúde sexual e reprodutiva; Homofobia

## Abstract

Through the experience of elaborating the update of 12 schools located in the Great São Paulo about referrals in sexuality, sexual diversity and sexual and reproductive health, it's discussed the importance of preparing these institutions' school performance seeking to prevent health vulnerabilities and violences that befall LGBT students from their colleagues and also educators. The invisibility of school performance on these occurrences that befall LGBT students has guidelines already explicitated in legislations and national norms and that have been implemented in educational plans - even though they face political kickbacks, they still are based in notions of human rights that need to be informed and known to these educators.

**Keywords:** School; Adolescent; Sexuality; Homosexuality; Sexual and reproductive health; Homophobia

## Introdução

O ambiente escolar, juntamente com o familiar, se constitui como o principal ambiente de construção de subjetividades, e pode ser tanto um espaço de aprendizado como de reprodução de padrões discriminatórios, contribuindo para hierarquizações de diferenças, sejam elas de classe, etnia, gênero ou sexualidade<sup>1-3</sup>.

Em 2009, Teixeira-Filho e colegas<sup>4</sup>, em levantamento sobre sexualidade realizado com 2.282 alunos do Ensino Médio nas cidades de Assis, Presidente Prudente e Ourinhos, no interior do Oeste Paulista, perceberam que, a respeito de diversidade sexual, 1,7% dos alunos se declaravam bissexuais, 0,5% se declaravam gays, 0,5% se declaravam lésbicas e 2,1% se declaravam outras definições, incluindo transexuais. Também foi observado que 1,0% dos alunos já haviam tido relações sexuais com alguém do mesmo sexo e mais 1,3% já haviam tido relações sexuais com ambos os sexos.

Similarmente, em levantamento amostral representativo de escolas públicas de Ensino Médio localizadas na Cidade de São Paulo que

<sup>1</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é Cientista Social, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup> Letícia de Almeida Lopes Cândido (leticia.alcandido@gmail.com) faz bacharelado em Ciências Sociais na Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP) e é auxiliar de pesquisa e estagiária do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

envolveu 4.929 alunos, Figueiredo e colegas<sup>5</sup> apontaram que 1,2% afirmaram ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo.

Considerando os relacionamentos de alunos homo e bissexuais nas escolas, em 2001, a Pesquisa Nacional Violência, Aids e Drogas nas Escolas<sup>6</sup>, realizada com 16.422 alunos do Ensino Fundamental e do Ensino Médio, em catorze capitais brasileiras, mostrou que 27% dos estudantes participantes disseram que não gostariam de conviver com homossexuais em suas salas de aula, sendo 39,4% entre o sexo masculino e 16,5% do sexo. Nesse mesmo estudo, os autores levantaram que cerca de 25,0% dos alunos afirmaram que não gostariam de ter um colega de classe que fosse homossexual, percentual que varia entre as capitais, com máxima de 31% em Fortaleza, e mínima de 23%, em Belém.

Asinell-Luz e Cunha<sup>7</sup>, relatam que, em 2007, a partir do Censo Escolar, houve da Pesquisa Sobre Ações Discriminatórias no âmbito Escolar, envolvendo 15.087 estudantes do Ensino Fundamental, Ensino Médio e da Educação de Jovens e Adultos (EJA) da rede pública, além de diretores, professores, funcionários e pais e mães de alunos. O levantamento indicou um percentual elevado de estudantes que presenciaram ou ficaram sabendo de ocorrências de humilhação (35,6%) ou agressão física (18,7%) contra homossexuais no ambiente escolar<sup>7</sup>.

No ano seguinte, em 2008, um novo levantamento com 9.937 alunos do Ensino Fundamental e do Ensino Médio no Distrito Federal apontou que 63,1% dos alunos já haviam observado ocorrências de discriminação homofóbica, e 27,8% não gostariam de ter colegas de classe homossexuais, sendo 44,4% dos estudantes sexo masculino e 14,9% dos do sexo feminino<sup>8</sup>.

Essa ocorrência de discriminação observada na escola contra alunos lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) está refletida também na vivência desta população, conforme

pesquisa realizada em 2009, em eventos do Orgulho LGBT de São Paulo<sup>9</sup>, quando 80,6% dos entrevistados relataram ao menos uma situação de discriminação na vida, 39,9% vindas de professores/as ou colegas de escola e/ou faculdade. Essas discriminações se expressaram enquanto agressões em 74,7% das vezes<sup>9</sup>.

Mais recentemente, a Secretaria de Educação da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT) constatou que 68% dos adolescentes e jovens LGBT entrevistados já haviam sido agredidos verbalmente na escola por sua identidade e/ou expressão de gênero, 25% já haviam sido agredidos até fisicamente por esse motivo, sendo que 56% dos estudantes LGBT relataram ter sido assediados sexualmente no ambiente escolar<sup>10</sup>.

Esses dados apontam não apenas a violência, mas a dificuldade em tratar a questão da diversidade sexual e de gênero dentro das escolas brasileiras, havendo não apenas falta de orientações e condutas com relação a alunos agressores ou vítimas desse *bullying*, mas também esclarecimento sobre a conduta educativa que deveriam ter os próprios educadores frente às questões que envolvem a sexualidade, inclusive quanto à homossexualidade, o combate à discriminação e ao preconceito homofóbico, além da sensibilização para a importância dessas ocorrências serem vistas como questões importantes no âmbito pedagógico e não fiquem relegadas como questões secundárias frente a outros temas da Educação. Assim, atualmente, a escola tem se apresentado como um espaço de reprodução dos preconceitos sociais da cultura heteronormativa excludente, que além de não ensinar às crianças o respeito a diversidade sexual e de gênero, também não promove a cidadania de todos, na medida que se omite<sup>11</sup>, estigmatiza e, muitas vezes, agride moral, verbal e até fisicamente as crianças e adolescentes que não se apresentam dentro

do padrão de sexo-gênero majoritário<sup>4,11,12</sup>. Ao invés de promover uma prática pedagógica crítica e reflexiva, se expressa uma pedagogia repressora que visa evitar as diversidades, principalmente a orientação sexual homossexual<sup>4,6</sup> e outras a ela associadas, como o travestismo e a transexualidade. Abramovay, Cunha e Calaf<sup>8</sup> e também Mello<sup>14</sup> acreditam que isso invisibiliza as diversidades nas condutas escolares e também nos materiais didáticos, onde vem sendo suprimida.

Nardi e Quartiero<sup>15</sup> se depararam com um distanciamento dos educadores da questão da diversidade sexual por meio de um “não-saber”, que retira também suas responsabilidades éticas, pois, ao afirmar desconhecimento, afirmam não poder intervir. Desta maneira, por essas diversas formas de se desviarem da questão e de invisibilizar as pessoas LGBT, reforçam a desvalorização dessas, contribuindo, mesmo que passivamente, para a discriminação a que estão sujeitas, incluindo a homo, lesbo e transfobia. Pode-se afirmar que nos relacionamentos escolares não há invisibilização, mas sim um reforço aos padrões sociais de condenação e discriminação e violência, explicitando e reproduzindo a abordagem da forma como as diversidades sexuais e de gênero devem e vem sendo enquadradas socialmente.

Mesmo as ações educativas realizadas e que visam aproximar os gestores e profissionais das escolas a essa discussão costumam se constituir enquanto projetos pontuais, de curto prazo e sem continuidade, muito mais de caráter preventivista à discriminação e nunca interventivos frente a suas ocorrências, se mostrando insuficientes para modificar a vivência do sistema educacional quanto à questão da diversidade<sup>14</sup>.

### Metodologia

O projeto apresentado propôs, além de fazer um levantamento das percepções e ocorrências de sexualidade nas escolas, realizar uma intervenção

de difusão de legislações e encaminhamentos para educadores, escolas e para diretorias de ensino, principalmente de ocorrência de risco ligadas à violência ou vulnerabilidade sexual.

Foram envolvidos educadores de 12 escolas públicas da Grande São Paulo (pertencentes aos municípios de São Paulo, Itapeverica da Serra, Osasco e Embu das Artes), envolvidos no projeto “Adolescência em Ação: a nossa vez!” desenvolvido pelo Instituto Cultural Barong, em 2017, e que teve parceria técnica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde para a formação e avaliação de educadores, de forma a desenvolver um modelo de sensibilização, formação técnica e guia de encaminhamentos para as escolas, municípios e diretorias regionais de ensino para ser proposta a Secretaria de Educação do Estado de São Paulo.

Para as formações foram agendados 2 encontros de 2 horas em cada escola, com diferentes grupos de educadores, permitindo uma sensibilizando sobre a importância do tema da discriminação de sexo/gênero e da adoção de posturas ativas além de capacitação a respeito de fluxos e locais de encaminhamento de ocorrências escolares frente a sexualidade. Esse conteúdo foi pautado em dados de saúde e violência do Ministério da Saúde<sup>16</sup> e em legislações federais, como a Constituição Federal<sup>17</sup> e o Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>18</sup>, normas expedidas pelo Ministério da Saúde relativas à saúde de adolescentes e/ou à população LGBT, também do Ministério da Justiça, além de legislações do Estado de São Paulo e protocolos dos municípios<sup>11</sup>, procurando dar um enfoque científico, legal e administrativo às informações.

<sup>11</sup> Em fevereiro de 2017, a Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher Secretaria Municipal da Prefeitura de São Paulo, em parceria com técnicos do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, elaboraram e regulamentaram o “Protocolo de Atenção Integral dos Adolescentes em Saúde Sexual e Reprodutiva nos Serviços de Saúde do Município de São Paulo”<sup>19</sup>. Esse documento serviu para que outros municípios envolvidos no projeto também estabelecessem seus próprios protocolos de maneira semelhante, além de ter embasado a parte de saúde sexual e reprodutiva da “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo”<sup>20</sup>, oficializada no final de 2018.

### – Descrição da apresentação da formação – modelo de intervenção básico:

**Parte 1:** Indicadores de Saúde - a importância de atuação/encaminhamento preventivo das escolas em questões de saúde:

- dados sobre o perfil de práticas sexuais entre adolescentes, quantidade de relações e percentual de parcerias de diferentes grupos: heterossexuais, bissexuais, homossexuais
- dados de gravidez na adolescência;
- dados de HIV, internações para cauterizações por HPV entre adolescentes;
- dados de violência homofóbica registrada em órgãos oficiais e Ministério da Justiça.

**Parte 2:** Apresentação de protocolos de atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em vigor - protocolos de atenção em saúde sexual e reprodutiva dos municípios de São Paulo, Itapeverica da Serra, Osasco e Embu das Artes, conforme a localidade da escola<sup>IV</sup>:

- o papel e a disponibilidade dos serviços de saúde público na atenção ao adolescente e a importância da disseminação desses direitos e da realização de encaminhamentos pela escola;
- o respeito à autonomia de adolescentes e o reconhecimento de suas práticas reais, independente de questões de ordem familiar e/ou cultural, dando respaldo à cidadania adolescente, tal como orienta o Ministério da Saúde<sup>21,22,23</sup>.

**Parte 3:** Leis estaduais de garantia de direitos LGBT em equipamentos públicos:

<sup>IV</sup> Esses protocolos além de reforçar o papel de Unidades Básicas de Saúde (UBS) na promoção da prevenção de DST e gestações com oferta de preservativos e contraceptivos, na realização de testagens e o papel dos serviços de DST/aids na testagem e tratamento de DST, também dão ênfase ao direito a essa prevenção/atenção diretamente aos adolescentes que devem ser recebidos e consultados com direito ao sigilo e individualmente, independente da presença de seus pais ou responsáveis, objetivando a criação de vínculos e evitar a evasão, tal como orienta o Ministério da Saúde<sup>21,22,23</sup>.

- a Lei nº 10.948 de 2001, atualizada pela Lei nº 15.082 de 2013<sup>24</sup> e o Decreto nº 55.589 de 2010<sup>25</sup>, que dispõem sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual.
- a Lei nº 10.948 de 2001<sup>24</sup>, que salienta os direitos de proteção às pessoas LGBT, inclusive adolescentes:

*“Será punida, nos termos desta lei, toda manifestação atentatória ou discriminatória praticada contra cidadão homossexual, bissexual ou transgênero”.*

*Artigo 2.º - Consideram-se atos atentatórios e discriminatórios dos direitos individuais e coletivos dos cidadãos homossexuais, bissexuais ou transgêneros, para os efeitos desta lei:*

*I - praticar qualquer tipo de ação violenta, constrangedora, intimidatória ou vexatória, de ordem moral, ética, filosófica ou psicológica;*

*II - proibir o ingresso ou permanência em qualquer ambiente ou estabelecimento público ou privado, aberto ao público;*

*III - praticar atendimento selecionado que não esteja devidamente determinado em lei;*

*(...) VIII - proibir a livre expressão e manifestação de afetividade, sendo estas expressões e manifestações permitidas aos demais cidadãos”.*

- o Decreto nº 55.589 de 2010<sup>25</sup>:

*“... fica assegurado às pessoas travestis e transexuais a qualificação, nos procedimentos previstos na Lei nº 10.948, de 5 de novembro de 2001, pelos prenomes pelos quais são reconhecidas e denominadas por sua comunidade e em sua inserção social (artigo 2)*

- a importância do respeito à lei pelos servidores públicos para evitar sanções:

*“Identificada a prática de possível falta por servidor público estadual, a comissão especial comunicará o fato ao órgão em que*

o suspeito desempenhar suas funções e indicará as provas de que tiver conhecimento, propondo a instauração do procedimento disciplinar cabível” (artigo 1).

**Parte 4:** orientação de casos básicos e fluxos para encaminhamento e disseminação de informações para alunos:

- apresentação de quadro contendo diversas situações escolares possíveis e os devidos locais de encaminhamento (com endereços de referência respectivamente para cada escola), discutindo com os educadores dúvidas e enquadramento de situações:

**Quadro 1.** Ocorrências Escolares Posturas e Locais de Encaminhamentos

Ocorrências	Orientação	Local para encaminhamento
homossexualidade feminina masculina, travestismo ou transexualidade entre alunos	Nenhum encaminhamento específico porque isso seria discriminatório, apenas ficar atento a possíveis <i>bullying</i> .	Resolução interna.
relações afetivas ou namoros entre alunos, hetero, homo ou bissexuais	Ressaltar, de preferência em orientações grupais, a importância da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) com o uso de preservativo. Também ressaltar a importância da prevenção da gravidez com o uso de contraceptivos.	UBS (dispõem gratuitamente de preservativos, pílulas e injeções anticoncepcionais e outros contraceptivos).
comentários <sup>v</sup> ou dúvidas de alunos sobre IST e/ou HIV/aids	Ressaltar a importância da prevenção de DST com o uso de preservativo, além da vacinação contra HPV e Hepatite B, disponíveis gratuitamente na UBS do bairro	UBS ou serviços de IST/aids (dispõem gratuitamente de preservativos, e vacinas contra HPV e Hepatite B).
comentários ou dúvidas de alunos sintomas IST e/ou HIV/aids	Ressaltar a importância do uso de preservativo e encaminhamento, verificação de sintomas e tratamento em caso de confirmação de IST.	UBS ou serviços de IST/aids (dispõem gratuitamente de preservativos e testes para sífilis, HIV, hepatite B e C e assistência ao tratamento de IST/HIV/aids).
<i>bullying</i> homo, lesbo ou transfóbicos realizados por alunos contra outros	Educadores devem procurar intervir no <i>bullying</i> , apontando o preconceito e sempre defender e proteger o direito à diferença das vítimas.	<i>Resolução interna</i> : convocar famílias de agressores para reunião caso seja necessário.
violência física por motivos de homo, lesbo ou transfóbicos realizados por alunos contra outros	Educadores devem intervir defendendo vítimas e responsáveis pelos agressores, também devem comunicar a violência à Secretaria de Educação. Realizar a convocação de responsáveis por agressores para orientá-los e contê-los.	Em casos de machucados graves, levar a Serviços de Pronto Atendimento e fazer Boletim de Ocorrência.
violência sexual contra alunos hetero, homo, bi ou transexuais	Educadores devem intervir defendendo vítimas e responsáveis pelos agressores, também devem comunicar a violência à Secretaria de Educação. Realizar a convocação de responsáveis por agressores para conter e dar orientação aos estudantes.	Levar vítima para Serviços de Atenção à Violência Sexual e levar aluno para fazer Boletim de Ocorrência.
dúvidas e questões de familiares sobre filhos(as) homossexuais ou bissexuais	Pais com dúvidas sobre a sexualidade dos filhos podem buscar esclarecimento aprenderem a lidar com as diversidades	Instituto de Saúde da SES/SP <sup>vi</sup> .
dúvidas e questões de familiares sobre filhos(as) transexuais	Pais com dúvidas sobre a sexualidade dos filhos podem buscar esclarecimento aprenderem a lidar com as diversidades	- Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Hospital das Clínicas da USP (AMTIGOS); - CRT/Aids do Est. São Paulo.
violência doméstica de familiares contra crianças ou adolescentes, incluindo maus tratos devido à homofobia ou transfobia	Relatos e vestígios de violência contra crianças e/ou adolescentes devem ser notificados por escrito à Secretaria de Educação e de forma anônima ao Conselho Tutelar. OBS: Sempre acredite na vítima e não convoquem os familiares para que não punam ainda mais a vítima ou a retirem da escola.	Notificação Anônima do Caso ao Conselho Tutelar.

<sup>v</sup> É importante salientar que adolescentes muitas vezes fazem comentários sobre outros alunos, conhecidos, ou até de pessoas fora da escola, situações em que podem ou não estar se referindo a ocorrências sobre si mesmo, mas que são significantes porque implicam em situações que eles mesmo podem ter dúvidas ou se expor.

<sup>vi</sup> As técnicas parceiras do projeto pelo Instituto de Saúde criaram planilhas mensais para o recebimento de pais com dúvidas sobre sexualidade de filhos. De 2017 até 2018 foram realizados 4 orientações para familiares, 2 de pais de transexuais e 2 de familiares de lésbicas. Nessas orientações sócio-educacionais eram esclarecidas a transexualidade e lesbianidade como diversidade sexual humana, discutindo o caráter de manifestação da sexualidade na adolescência e orientando o tratamento não discriminatório a esses adolescentes, dicas de cuidado em saúde e serviços públicos disponíveis para a orientação de transexuais, além de serviços de apoio psicológico para pais que se encontrassem angustiados ou “perdidos”

### – pré e pós-teste da formação:

Além da formação, os entrevistados responderam a questionários de pré e pós-teste da formação realizada, permitindo não apenas visualizar as dificuldades, mas também a avaliação e avanços proporcionados pela própria capacitação.

## Resultados

### – perfil dos educadores:

Participaram das formações do projeto 269 educadores. Deles, 220 (81,8%) responderam questionários de perfil, sendo 50 (22,7%) de escolas que atuam com Ensino Fundamental e EJA (municipais) e 170 (77,3%) de escolas que atuam com 9º ano e Ensino Médio (estaduais).

Os educadores são de faixas etárias variadas, a maioria se autodeclara branco(a) (61,8%), são predominantemente católicos (47,3%), da área de Humanas (63,2%) e leciona no Ensino Fundamental II (62,6%), que inclui geralmente adolescentes de 11 a 15 anos, e Ensino Médio (62,7%), que inclui geralmente alunos de 15 a 18 anos – alguns acumulando aulas nas duas faixas.

### – pré-teste – atuação com questões de sexualidade:

Dos educadores, 22,7% (20% das escolas municipais e 23,5%, e das escolas estaduais) afirmaram já ter tido alguma formação em temas de Sexualidade e/ou Saúde Sexual e Reprodutiva, havendo 34,0% (20% dos educadores das escolas municipais e 37,5% dos educadores das estaduais) que a realizaram há menos de 5 anos.

Quanto à realização de atividades na escola com temas que envolvem Saúde Sexual e Reprodutiva, 54% dos professores das escolas municipais e 52,4% dos professores das escolas estaduais já o fizeram, sendo que os temas mais trabalhados foram sexualidade (31,8%) e diversidade sexual (30,5%), mas também violência sexual, contracepção, etc. (tabela 2).

Embora tenha havido formações acerca de temas relativos à diversidade sexual, 78% dos educadores das escolas municipais e 70% dos educadores das escolas estaduais afirmaram possuir dúvidas. Os temas com mais dúvidas são principalmente sobre subtemas relativos à diversidade sexual: homo e bissexualidade (47,3%, sendo 58% dos educadores das escolas municipais e 44,1% de escolas estaduais), transexualidade (50,5%, sendo 54% dos educadores das escolas municipais e 49,4% de escolas estaduais) e violência sexual (45,0%, sendo 52% dos educadores das escolas municipais e 42,9% de escolas estaduais).

Essas dúvidas reafirmam dificuldades de orientação frente a situações vividas na prática, visto que 68,6% (52,0% dos educadores de escolas municipais e 73,5% das estaduais), ou seja, a grande maioria, já se deparou com alunos homossexuais e 33,2% já se deparou com alunos transexuais ou travestis (24,0% dos educadores de escolas municipais e 35,9% das estaduais), e apenas 5,5% afirmaram ter orientado a busca de informações sobre homo e bissexualidade e 4,5% sobre transexualidade.

Temas relativos às infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV/aids, também são apontados por cerca de mais de 20% como de desconhecimento, inclusive a orientação sobre testes de IST/HIV e tratamentos de IST (respectivamente por 26,4% e 21,8%), apesar de 26,8% já ter desenvolvido ações com alunos abordando esses temas<sup>vii</sup> e apenas 8,2% (4,0% de escolas municipais e 9,4% de estaduais) encaminharam casos para testagem de IST/HIV. Da mesma forma, apesar de 31,8% dos educadores relatarem ter tido contato com casos de relatos de violência sexual, apenas 5,5% realizaram encaminhamentos desses casos.

<sup>vii</sup> Cabe lembrar que o próprio currículo obrigatório de Ciências e Biologia do Ministério da Educação, inclui orientações de IST como de responsabilidade dos professores dessa área que na pesquisa somaram 12,3%.

**Tabela 1.** Perfil dos Professores capacitados, por Tipo de Escola. São Paulo, 2017.

	Ensino Fundamental e EJA (municipais)		9º ano e Ensino Médio (estaduais)		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>						
<25 anos	0	0,0	4	2,4	4	1,8
26-35 anos	14	28,0	39	73,6	53	24,1
36-45 anos	16	32,0	41	24,1	57	25,9
46-60 anos	19	38,0	77	45,3	96	43,6
>60 anos	1	2,0	7	4,1	8	3,6
não respondeu	0	0,0	2	1,2	2	0,9
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>22,7</b>	<b>170</b>	<b>77,3</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>
<b>Cor/Raça</b>						
branco(a)	31	62,0	105	61,8	136	61,8
preto(a)	8	16,0	21	12,4	29	13,2
pardo(a)	10	20,0	38	22,4	48	21,8
indígena	0	0,0	1	0,6	1	0,5
amarelo(a)	1	2,0	2	1,2	3	1,4
não respondeu	0	0,0	3	1,8	3	1,4
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>22,7</b>	<b>170</b>	<b>77,3</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>
<b>Religião</b>						
católica	23	46,0	81	47,6	104	47,3
não tem	12	24,0	39	22,9	51	23,2
evangélica não pentecostal	8	16,0	16	9,4	24	10,9
protestante	4	8,0	13	7,6	17	7,7
outros	2	4,0	17	10,1	19	8,6
não respondeu	1	2,0	4	2,4	5	2,3
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>22,7</b>	<b>170</b>	<b>77,3</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>
<b>Formação</b>						
Humanas/Artes	41	82,0	98	57,6	139	63,2
Biológicas	6	12,0	21	12,4	27	12,3
Exatas	2	4,0	44	25,9	46	20,9
mais de uma área	1	2,0	5	2,9	6	2,7
não respondeu	0	0,0	2	1,2	2	0,9
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>22,7</b>	<b>170</b>	<b>77,3</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>
<b>Atuação Escolar</b>						
Infantil	1	2,0	0	0,0	1	0,5
Fundamental I	17	34,0	2	1,2	19	8,6
Fundamental II	28	56,0	112	65,9	140	63,6
Ensino Médio	5	10,0	133	78,2	138	62,7
EJA I	8	16,0	6	3,5	14	6,4
EJA II	18	36,0	19	11,2	37	16,8
não respondeu	2	4,0	4	2,4	6	2,7
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2.** Formação dos Professores em Saúde Sexual e Reprodutiva, por Tipo de Escola. São Paulo, 2017.

	Ensino Fundamental e EJA (municipais)		9º ano e Ensino Médio (estaduais)		Total	
	n		n		n	
<b>Já teve alguma formação para Saúde Sexual e Reprodutiva de alunos</b>	10	20,0	40	23,5	50	22,7
<b>Se sim, há quanto tempo?</b>						
até 5 anos atrás	2	20	15	37,5	17	34
há mais de 5 anos	8	80	25	62,5	33	66
<b>total</b>	10	20	40	80,0	50	100,0

**Tabela 3.** Nível de Informação e Prática de Educadores em Temas de Saúde Sexual e Reprodutiva, por Tipo de Escola. São Paulo, 2017.

	Ensino Fundamental e EJA (municipais)		9º ano e Ensino Médio (estaduais)		Total	
	n		n		n	
<b>Já desenvolveu atividades para alunos sobre:</b>						
sexualidade	18	36,0	52	30,6	70	31,8
reprodução/aparelho reprodutivo	14	28,0	31	18,2	45	20,5
IST/aids	12	24,0	47	27,6	59	26,8
contracepção e métodos	11	22,0	39	22,9	50	22,7
diversidade sexual	17	34,0	50	29,4	67	30,5
violência de gênero/violência sexual	12	24,0	48	28,2	60	27,3
não realizou nenhuma destas atividades	23	46,0	75	44,1	98	44,5
não respondeu	0	0,0	6	3,5	6	2,7
<b>total</b>	50	22,7	170	77,3	220	100,0
<b>Tem dúvidas sobre o encaminhamento de alunos(as):</b>						
ao posto de saúde	7	14,0	42	24,7	49	22,3
para buscar preservativo	3	6,0	25	14,7	28	12,7
a consultas ginecológicas	8	16,0	38	22,4	46	20,9
para obterem métodos anticoncepcionais	7	14,0	30	17,6	37	16,8
para fazer teste de gravidez	4	8,0	32	18,8	36	16,4
para fazer acompanhamento de gravidez	7	14,0	34	20,0	41	18,6
para fazerem testes de IST/HIV	12	24,0	46	27,1	58	26,4
para tomarem vacinas de HPV e hepatite B	6	12,0	39	22,9	45	20,5
para tratamento de IST	9	18,0	39	22,9	48	21,8
para orientações sobre homo/bissexualidade	29	58,0	75	44,1	104	47,3
para orientações sobre transexualidade	27	54,0	84	49,4	111	50,5
para serviços de atendimento à violência sexual	26	52,0	73	42,9	99	45,0
não respondeu	11	22,0	51	30,0	62	28,2
<b>total</b>	50	22,7	170	77,3	220	100,0

	Ensino Fundamental e EJA (municipais)		9º ano e Ensino Médio (estaduais)		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Já se deparou com:</b>						
alunos com dúvidas sobre sexualidade	25	50,0	97	57,1	122	55,5
relatos de alunos em situação de prática sexual	13	26,0	82	48,2	95	43,2
alunas grávidas	30	60,0	142	83,5	172	78,2
alunos que tem filhos	22	44,0	115	67,6	137	62,3
alunas que já sofreram aborto	7	14,0	60	35,3	67	30,5
alunos com dúvidas sobre IST/aids	9	18,0	70	41,2	79	35,9
alunos relatando sintomas de IST	4	8,0	28	16,5	32	14,5
alunos portadores de HIV	7	14,0	31	18,2	38	17,3
alunos homossexuais	26	52,0	125	73,5	151	68,6
alunos transexuais/travestis	12	24,0	61	35,9	73	33,2
alunos relatando violência sexual	6	12,0	64	37,6	70	31,8
não se deparou com nenhum dos casos	9	18,0	13	7,6	22	10,0
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>22,7</b>	<b>170</b>	<b>77,3</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>
<b>já encaminhou alunos(as)</b>						
ao posto de saúde	8	16,0	40	23,5	48	21,8
para retirar preservativos	7	14,0	33	19,4	40	18,2
para realizarem consultas ginecológicas	3	6,0	29	17,1	32	14,5
para buscarem métodos anticoncepcionais	3	6,0	27	15,9	30	13,6
para realizarem teste de gravidez	1	2,0	27	15,9	28	12,7
para realizarem acompanhamento da gravidez	1	2,0	28	16,5	29	13,2
para realizar teste de IST/HIV	2	4,0	16	9,4	18	8,2
já encaminhou alunos para tomarem vacinas de HPV ou hepatite B	2	4,0	20	11,8	22	10,0
para tratamento de IST	0	0,0	14	8,2	14	6,4
para orientações sobre homo/bissexualidade	0	0,0	12	7,1	12	5,5
para orientações sobre transexualidade	0	0,0	10	5,9	10	4,5
para serviços de atenção à violência sexual	0	0,0	12	7,1	12	5,5
nunca fez nenhum destes encaminhamentos	36	72,0	98	57,6	134	60,9
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>22,7</b>	<b>170</b>	<b>77,3</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

#### – pós-teste – avaliação e mudanças:

Dos 269 professores capacitados, 207 (76,95%) responderam ao pós-teste após a formação, sendo 59 (28,5%) de escolas que atuam com Ensino Fundamental e EJA (municipais) e 148 (71,49%) de escolas que atuam com 9º ano e Ensino Médio (estaduais), e a avaliação geral do curso por eles foi predominantemente de

“muito bom” para 69,49% dos educadores das escolas municipais e 60,81% dos educadores das escolas estaduais (tabela 4).

Quanto ao conteúdo, os temas trabalhados foram predominantemente considerados “muito relevantes” por 72,88% dos educadores das escolas municipais e 72,30% dos educadores das escolas estaduais.

**Tabela 4.** Avaliação das Capacitações do Projeto, por Tipo de Escola. São Paulo, 2017.

	Ensino Fundamental e EJA (municipais)		9º ano e Ensino Médio (estaduais)		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>A formação de professores foi:</b>						
muito ruim	2	3,4	3	2,0	5	2,4
regular	1	1,7	1	0,7	2	1,0
boa	15	25,4	53	35,8	68	32,9
muito boa	41	69,5	90	60,8	131	63,3
não respondeu	0	0,0	1	0,7	1	0,5
<b>total</b>	<b>59</b>	<b>28,5</b>	<b>148</b>	<b>71,5</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
<b>Os temas abordados tem relevância para atuar na escola?</b>						
mais ou menos relevante	0	0,0	5	3,4	5	2,4
relevante	15	25,4	33	22,3	48	23,2
muito relevante	43	72,9	107	72,3	150	72,5
não respondeu	1	1,7	3	2,0	4	1,9
<b>total</b>	<b>59</b>	<b>28,5</b>	<b>148</b>	<b>71,5</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

Além disso, 88,14% dos educadores das escolas municipal e 98,65% dos educadores das escolas estaduais se consideraram aptos a realizar encaminhamentos nos subtemas de saúde sexual e reprodutiva, principalmente a postos de saúde (76,3% dos educadores das escolas municipais e 89,2% dos educadores das escolas estaduais), busca de preservativos (61,0% dos educadores das escolas municipais e 79,7% dos educadores das escolas estaduais) e busca de métodos anticoncepcionais (59,3% dos educadores das escolas municipal e 73,6% dos educadores das escolas estaduais) (tabela 5).

Comparando o pré e o pós-teste realizados, observa-se que os educadores ganharam maior aptidão pela participação no projeto para a realização de encaminhamento de alunos a orientações fora da escola, principalmente em casos de homo/bissexualidade (50,8% dos educadores das escolas municipal e 58,1% dos educadores das escolas estaduais) e transexualidade (44,1% dos educadores das escolas municipal e 56,1% dos educadores das escolas estaduais) e a serviços de atenção à violência sexual (64,4% dos educadores das escolas municipal e 62,8% dos educadores das escolas estaduais) conforme a necessidade.

**Tabela 5.** Aptidão para Realizar Encaminhamentos Adequados, por Tipo de Escola. São Paulo, 2017.

	Ensino Fundamental e EJA (municipais)		9º ano e Ensino Médio (estaduais)		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Poderia agora fazer encaminhamentos</b>						
ao posto de saúde	45	76,3	132	89,2	177	85,5
para a busca de preservativos	36	61,0	118	79,7	154	74,4
para consultas ginecológicas	36	61,0	99	66,9	135	65,2
para a busca de métodos anticoncepcionais	35	59,3	109	73,6	144	69,6
para realização de testes de gravidez	27	45,8	90	60,8	117	56,5
para acompanhamento de gravidez	27	45,8	82	55,4	109	52,7
para teste de DST e HIV	28	47,5	96	64,9	124	59,9
para vacinação de HPV e Hepatite B	31	52,5	103	69,6	134	64,7
para tratamento de IST	26	44,1	81	54,7	107	51,7
para orientações fora da escola sobre homo/ bissexualidade	30	50,8	86	58,1	116	56,0
para orientações fora da escola sobre transexualidade	26	44,1	83	56,1	109	52,7
a serviços de atenção à violência sexual	38	64,4	93	62,8	131	63,3
não faria nenhum destes encaminhamentos	7	11,9	2	1,4	9	4,3
não respondeu	1	1,7	0	0,0	1	0,5
<b>total</b>	<b>59</b>	<b>28,5</b>	<b>148</b>	<b>71,5</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

### Discussão

Lins<sup>26</sup> traz alguns marcos legais da educação mostrando que o Estado tem atuado em grande parte para a garantia de direitos da população LGBT desde os anos 1990, principalmente a partir da Lei de Diretrizes e Bases, de 1996<sup>27</sup>, que aborda a questão da “igualdade de condições para o acesso e a permanência na escola” e o “respeito à liberdade e o apreço à tolerância”. Também os antigos Parâmetros Curriculares Nacionais de 1997<sup>28</sup>, afirmavam que:

*“O grande desafio da escola é reconhecer a diversidade como parte inseparável da identidade nacional e dar a conhecer a riqueza representada por essa diversidade etnocultural que compõe o patrimônio sociocultural brasileiro, investindo na superação de qualquer*

*tipo de discriminação e valorizando a trajetória particular dos grupos que compõem a sociedade. Nesse sentido, a escola deve ser local de aprendizagem de que as regras do espaço público permitem a coexistência, em igualdade, dos diferentes”.*

Em 2002, foi lançado o “Programa Nacional de Direitos Humanos II” (PNDH II)<sup>29</sup>, que apresentava as demandas da população LGBT em diversos campos, como educação, saúde e trabalho, que constituiu-se, em 2005, um grupo de trabalho para a implementação do “Programa Brasil sem Homofobia”<sup>30</sup>, visando garantir o direito à educação da população LGBT.

Infelizmente, em 2014, o Plano Nacional de Educação<sup>31</sup> foi substituído por um novo documento que devido ao momento político do país de

avanço de grupos conservadores ligados a igrejas evangélicas e católicos carismáticos, retirou e não explicita as questões de gênero e LGBT<sup>32</sup>. Esses segmentos vêm ganhando espaço na participação política brasileira e que se diz ser contra o ensino nas escolas do que erroneamente qualificam como “ideologia de gênero”<sup>33</sup>, importando intervenções de viés conservador que vêm sendo promovidas internacionalmente<sup>34</sup>. Isso fez com que o novo Plano Nacional de Educação de 2014 retirasse a explicitação dessa diretriz, numa tentativa de inviabilizar as questões LGBT e as diretrizes passassem a generalizar as questões de direitos civis em citações de promoção aos Direitos Humanos, com a expressão “cidadania e na erradicação de todas as formas de discriminação”<sup>35</sup>. Nessa generalização, a atual Base Curricular Nacional de Ensino Médio de 2018<sup>36</sup> prevê que:

*“...ao explorar variadas problemáticas próprias de Geografia e de História, prevê que os estudantes explorem diversos conhecimentos próprios das Ciências Humanas: noções de temporalidade, espacialidade e diversidade (de gênero, religião, tradições étnicas etc.);”* (p. 547).

O documento também assinala que a as competências da área de Educação devem “... negociar e defender ideias, pontos de vista e decisões comuns que respeitem e promovam os direitos humanos”<sup>37</sup> (p.547).

No Estado de São Paulo, o “Plano Estadual de Educação de 2016”<sup>37</sup>, ressalta em seu artigo 2º que “São diretrizes do PEE: (...) IX- promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos...”; assim como o município de São Paulo reafirma em seu Plano de Educação Municipal de 2015<sup>38</sup> que também é diretriz a “difusão dos princípios da equidade, da dignidade da pessoa humana e do combate a qualquer forma de

violência” (art. 2º, inc. X). Essas diretrizes, portanto ultrapassam ações de sala de aula, implicando a própria postura da escola e de seus educadores na construção de uma cidadania ampla e respeitosa para todos. Do ponto de vista do funcionalismo público, esta noção está explicitada na Lei nº 10.948, de 2001<sup>39</sup>, que penaliza práticas discriminatórias contra homo, bi e transexuais “em qualquer ambiente ou estabelecimento público ou privado, aberto ao público” (art. I, inc. 2) e a ação ou omissão de “servidores públicos que, no exercício de suas funções e/ou em repartição pública” (artigo VII).

Como apontam Pereira e Bahia<sup>2</sup>:

*“...a não discriminação não é somente um dever “geral” do Estado (e daqueles que, em seu nome atuam), mas, no campo da educação, é um dos particulares deveres da escola – já que, como citado, “a discriminação no [...] ensino constitui violação dos direitos humanos –, é dizer, a educação deve se pautar pela promoção das liberdades e direitos assegurados naquelas Declarações, além da Constituição e leis nacionais. Os sistemas de ensino não têm a escolha entre promover ou não os Direitos Humanos e, particularmente aqui, a tolerância”* (p.60).

Por isso, segundo esses Pereira e Bahia<sup>2</sup> a promoção da inclusão de direitos LGBT não se restringe em promover a tolerância, que implica ainda se manter “um incômodo”, exige que se promova um reconhecimento das diferenças e que se trabalhe efetivamente com elas para a garantia de direitos. Por isso, a importância de planos de educação que destaquem a ênfase na promoção da igualdade por orientação sexual e que agora, por agora substituídas por razões moralistas tem sido ocultada como “erradicação de todas as formas de discriminação”, sem citar quais os tipos de discriminação”<sup>35</sup>.

Com relação aos transexuais, travestis e transgêneros, ainda, o Parecer Homologado do Conselho Nacional de Educação, de 2018<sup>40</sup>, confirma a orientação de uso do nome social informado pelos alunos, nos registros escolares internos (e identificação cotidiana, de forma a evitar constrangimento a este público, atitude confirmada também em nível do Estado de São Paulo pela Deliberação nº125 de 2014 do Conselho Estadual de Educação de São Paulo<sup>41</sup>, de 2014. Essa última assegura o respeito a identidade de gênero sem qualquer constrangimento, o que assegura portanto, a forma de ser e se vestir e o uso de banheiros de acordo com essa identidade.

Mesmo que com leis, portarias, resoluções, decretos, programas, planos e projetos, de diversas esferas governamentais, faz-se necessária a continuidade de ações muito mais difíceis que implicam fazer com que essas medidas cheguem até as pessoas e produzam mudanças, mesmo que de pequeno alcance<sup>3</sup>.

Os professores são, mesmo que não como primeira opção, muitas vezes abordados pelos alunos para debater questões de sexualidade, mas nem sempre os professores possuem essas informações, principalmente no que diz respeito ao que se encontra fora da heteronormatividade<sup>4</sup>. Mais importante talvez que capacitá-los sobre o assunto, é que os professores saibam para onde encaminhar os alunos ou seus pais para que tenham um atendimento adequado de suas dúvidas, quando não se sentem suficientemente seguros para esclarecê-las.

Frente ao despreparo do corpo docente para lidar com as diversas formas de sexualidade, também há uma necessidade de formar professores para encararem a diversidade e os alunos que fogem de suas definições de “aluno padrão”, sem os colocarem como estranhos, problemáticos, anormais<sup>2</sup>.

Dentro do “Programa Brasil sem Homofobia”<sup>30</sup>, que realizou diversas capacitações de professores escolas em públicas, promovendo valores de respeito e à não discriminação por orientação sexual” nas escolas do Distrito do Distrito Federal, a informação de educadores pautada em concepções científicas acerca da sexualidade fortalece, como aponta Santos e colegas<sup>1</sup> “práticas protetivas de valorização à vida” (p.3). Os resultados das formações dadas nas escolas da Grande São Paulo, também demonstram essa percepção e aceitação pelos próprios educadores e escolas envolvidos, salientando que o *link* atual para o trabalho escolar é a defesa da saúde e dos Direitos Humanos, uma vez que a sexualidade, assim como os direitos sexuais e reprodutivos são atualmente reconhecidos como Direitos Humanos<sup>42,43</sup>.

### Conclusão

As escolas e educadores ainda precisam aprender a lidar com a frequente ocorrência da diversidade sexual humana. É fundamental que enquanto as mentalidades pessoais não sejam estimuladas por formações amplas sobre essas temáticas, explorando suas características e vulnerabilidades, que saibam, ao menos, da existência e dos conteúdos das legislações e normatizações vigentes, para que possam realizar o encaminhamento de casos de sexualidade e risco sexual ou de violência a serviços públicos já existentes, caso necessitem.

A ocorrência rotineira de casos de homofobia e exposição de risco às IST entre estudantes LGBT (e até de gravidez entre alunas hetero ou bissexuais), juntamente à discriminação que sofrem, demonstra que estão alheios a suas próprias funções de funcionários de instituições públicas, da mesma forma que distante do papel de educadores e preparadores de crianças

e adolescentes que vivem e viverão em uma sociedade com diversidade sexual. A invisibilização desses problemas e a não-ação com atitudes e encaminhamentos mínimos perpetua desigualdades e preconceitos que a população LGBT enfrenta socialmente e que têm grande vivência desde a infância e adolescência dentro do próprio ambiente escolar.

A abordagem da diversidade de gênero e a boa intervenção escolar contra preconceitos, portanto, não se constitui como um detalhe pedagógico, mas como um ponto fundamental de educação quanto aos relacionamentos humanos, proporcionando cidadania e a promoção de Direitos Humanos de todos.

#### Referências

1. Santos C, Ramos MEC, Timm FB, Cabral DG, Lobo TNM. Diversidade sexual na escola e a homofobia: a capacitação de professores como estratégia de intervenção. Seminário Fazendo Gênero 8. (Anais Eletrônicos). Florianópolis; 2008.
2. Pereira GP, Bahia AGMF. Direito fundamental à educação e homofobia na escola: desafios à construção de um ambiente de aprendizado livre, plural e democrático. Educ. Revista. 2011; (39):51-71.
3. Mello L, Freitas F, Pedrosa C, Brito W. Para além de um kit anti-homofobia: políticas públicas de educação para a população LGBT no Brasil. Revista Bagoas. 2012; (7):99-122.
4. Teixeira-Filho FS, Rondini CA, Bessa JC. Reflexões sobre homofobia e educação em escolas do interior paulista. Rev. Educ. Pesq. 2011; 37(4):725-742.
5. Figueiredo R, Pupo LR, Porto Alves MCG, Escuder MML. Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de Ensino Médio. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
6. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: UNESCO, 2004.
7. Asinelli-Luz A, Cunha JM. Percepções sobre a discriminação homofóbica entre concluintes do Ensino Médio no Brasil entre 2004 e 2008. Educar em Revista. 2011; 39:87-102.
8. Abramovay M, Cunha AL, Calaf PP. Revelando tramas, descobrindo segredos: violência e convivência nas escolas. Brasília: RITLA, Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF); 2009.
9. Facchini R, França IL. Convenções de gênero, sexualidade e violência: pesquisa com participantes de eventos do Orgulho LGBT de São Paulo. 2009. Rev. Latitude. 2013; 7(1): 13-32.
10. Calixto TG, França MHO. LGBTfobia no no ambiente escolar: desafios da prática docente. III Congresso Nacional de Educação (conedu). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2016. [acesso em: 14 nov 2018]. Disponível em: [http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO\\_EV056\\_MD4\\_SA11\\_ID5735\\_12082016183610.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV056_MD4_SA11_ID5735_12082016183610.pdf)
11. Lins HHF. Entre o direito e a invisibilidade os LGBTs na Política Educacional. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade de Brasília. Brasília, 2017.
12. Pinho R, Pulcino R. Desfazendo os nós heteronormativos da escola: contribuições dos estudos culturais e dos movimentos LGBTTTI. Educ. Pesqui. 2016; 42(3):665-680.
13. Eribon D. Reflexões sobre a questão gay. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2008.
14. Mello L, Freitas F, Pedrosa C, Brito W. Para além de um kit anti-homofobia: políticas públicas de educação para a população LGBT no Brasil. Revista Bagoas. 2012; (7):99-122.
15. Nardi HC; Quartiero E. Educando para a diversidade: desafiando a moral sexual e construindo estratégias de combate à discriminação no cotidiano escolar. Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad. 2012; 11:59-87.
16. Ministério da Saúde. Acesso à informação. Epidemiológicas e de morbidade. In. DATASUS. (on line). [acesso em: 6 fev 2017]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/epidemiologicas-e-morbidade>
17. Brasil. Constituição Federal da República. Brasília: Congresso Nacional; 1988.
18. Brasil. Lei 8.069. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília: Presidência da República; 13 jul 1990.
19. São Paulo. (município). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de orientação para atenção integral em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes nos serviços de saúde do município de São Paulo. São Paulo: SMS-sSP; 2017. [acesso em: 14 nov 2018]. Disponível em: <https://www.>

- prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/PROTOCOLOSMSSADOLESCENTE2032017(2).pdf
20. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de cuidado para a saúde na adolescência e juventude para o sistema único de saúde no estado de São Paulo. São Paulo: FM/USP, SES-SP; 2018. [acesso em: 14 nov 2018]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1pcxCBcKQruJQcTXdq-igxnSeenmmsHhc/view>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens - orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. A sua unidade atende adolescentes desacompanhados?. (on line). [acesso em: 14 nov 2018]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2410](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2410)
24. São Paulo. (estado). Lei nº 15.082. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual São Paulo: Palácio dos Bandeirantes; 10 jul 2013. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2001/alteracao-lei-10948-05.11.2001.html>
25. São Paulo. (estado). Decreto nº 55.589. São Paulo: Palácio dos Bandeirantes; 17 mar 2010. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2010/decreto-55589-17.03.2010.html>
26. Lins HHF. Entre o direito e a invisibilidade os LGBTs na Política Educacional. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade de Brasília. Brasília, 2017.
27. Brasil. Ministério da Educação. Lei nº 9.394. Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Brasília: MEC; 1996.
28. Brasil. Ministério da Educação. Parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC; 1997.
29. Brasil. Decreto nº 1.904. Institui o Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Câmara dos Deputados; 13 mai 1996.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Brasil sem homofobia. Brasília: MS; 2004.
31. Brasil. LEI nº 10.172. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 9 jan 2001.
32. Roseno CP, Silva JGF. Políticas públicas educacionais em gênero e diversidade sexual: atos de resistência diante do avanço do conservadorismo do movimento “Escola Sem Partido”. *Itinerarius Reflectiones*. 2017; 13(2):1-21.
33. Souza JIL. Disputas discursivas na mídia: a cobertura dos jornais Folha de São Paulo e Gazeta do Povo sobre gênero e diversidade sexual nos planos de educação. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná. Curitiba; 2017.
34. Correa S, Paternotte D, Kuhar R. Europa, América Latina y la globalización de las campañas contra el género. *International Politics and Society*. 31 mai 2018. (on line). Disponível em: <https://www.ips-journal.eu/topics/human-rights/article/show/the-globalisation-of-anti-gender-campaigns-2761/>
35. Brasil. Câmara dos Deputados. Lei nº 13.005. Aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. Brasília; 25 jun 2014. [acesso em: 14 nov 2018]. Disponível em: <http://www.observatoriodopne.org.br/uploads/reference/file/439/documento-referencia.pdf>
36. Brasil. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular Ensino Médio. Brasília; 2017.
37. São Paulo. (estado). Lei nº 16.279. Aprova o Plano Estadual e Educação de S. Paulo e dá outras providências. São Paulo: ALESP; 8 jul 2016.
38. São Paulo. (município). Lei nº 16.271. Aprova o Plano Municipal de Educação de São Paulo. São Paulo: Gabinete do Prefeito; 17 set 2015.
39. São Paulo. (estado). Lei nº 10.948. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual. São Paulo: ALESP; 05 nov 2001.
40. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer homologado da Portaria nº 33, publicada. Brasília: Diário Oficial da União. 18 jan 2018; seção 1:10.
41. Conselho Estadual de Educação de São Paulo. Deliberação nº125. Dispõe sobre a inclusão de nome social nos registros escolares das instituições públicas e privadas no Sistema de Ensino do Estado de São Paulo e dá outras providências correlatas. São Paulo: CEE; 2014.
42. Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. Brasília: UNFPA; 2004
43. Vianna CP. O movimento LGBT e as políticas de educação de gênero e diversidade sexual: perdas, ganhos e desafios. *Rev. Educ. Pesq*. 2015; 41(3):791-806.



### Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de 2 mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

**Fontes de indexação:** o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

**Copyright:** é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

**Patrocinadores:** o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Resumo:** os resumos os artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br), antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

**Submissão:** os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br) e ter entre 15 mil e 25 mil caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. **Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.**

**Título:** deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

**Autor:** o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição à qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

**Subtítulos do texto:** nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

**Corpo do texto:** o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Transcrições de trechos dentro do texto:** devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

**Citação de autores no texto:** deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

**Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros):** devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

**Referências bibliográficas:** preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser numeradas seguindo a ordem de citação, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

**Espaçamento das referências:** deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Termo de autorização para publicação:** o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

**Obs.:** no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da Resolução CNS 466/2012 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

**Avaliação:** os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas *ad hoc*, a cada edição, de acordo com a sua área de atuação.

**Acesso:** a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

**Portal de Revistas da SES-SP** – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>  
**Instituto de Saúde** – [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)

### Orientação aos autores - Notas técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde

Notas Técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde incluem pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), que possam contribuir para subsidiar a tomada de decisão sobre incorporação e ou exclusão de tecnologias no sistema de saúde. Ensaio e reflexões sobre aspectos metodológicos e sobre políticas relacionadas à ATS também são bem-vindos.

#### Tamanho do texto

- Deve ter até 2.000 palavras (excluindo resumo, tabela, figura e referências), no máximo uma tabela ou figura e até 10 referências. Sugere-se a seguinte distribuição das partes do texto: Introdução (até 600 palavras); Método (até 300 palavras); Resultados e Discussão (até 1000 palavras); Recomendação (até 100 palavras).
- O resumo não precisa ser estruturado e deve ter até 150 palavras, e ser apresentado em português e inglês.

#### Estrutura do texto

- Não há uma estrutura para apresentação de Notas Técnicas no formato ensaios e reflexões.
- As Notas Técnicas relativas a pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de ATS, devem

obedecer a seguinte estrutura: Introdução que aborde o contexto de realização do parecer ou informe, o problema estudado, e a tecnologia avaliada; Método com pergunta de investigação estruturada, bases de dados de literatura, estratégias de busca de informações científicas, critérios para seleção e análise dos estudos incluídos; Resultados e Discussão que inclua uma apreciação sobre as limitações do estudo, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Recomendação que possa subsidiar uma tomada de decisão por gestores nos diferentes âmbitos do sistema de saúde.

- Fontes de financiamento: devem ser declaradas todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- Conflito de interesses: deve ser informado qualquer potencial conflito de interesse.
- Aspectos éticos: informar sobre avaliação por um comitê de ética em pesquisa, quando pertinente.
- Colaboradores: devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- Agradecimentos: incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.



editoração, impressão e acabamento

**imprensaoficial**

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**



**GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO**

