

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTUDOS DE GÊNERO

Maiquel Francisco dos Santos Rios

**ENCONTROS DA DIVERSIDADE: DISCUTINDO AS
ESPECIFICIDADES DA POPULAÇÃO LGBTI+ NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE**

Santa Maria, RS
2021

Maiquel Francisco dos Santos Rios

**ENCONTROS DA DIVERSIDADE: DISCUTINDO AS ESPECIFICIDADES DA
POPULAÇÃO LGBTI+ NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Estudos de Gênero, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Estudos de Gênero**.

Orientadora: Profa. Dra. Monalisa Dias de Siqueira

Santa Maria, RS
2021

Maiquel Francisco dos Santos Rios

**ENCONTROS DA DIVERSIDADE: DISCUTINDO AS ESPECIFICIDADES DA
POPULAÇÃO LGBTI+ NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Estudos de Gênero, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Estudos de Gênero**.

Aprovado em 10 de fevereiro de 2021:

Monalisa Dias de Siqueira, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Fernanda Beheregaray Cabral, Dra. (UFSM/Palmeira das Missões)

Martha Helena Teixeira de Souza, Dra. (UFN)

Santa Maria,RS
2021

DEDICATÓRIA

À todas as pessoas LGBTIs que se orgulham de ser quem são em um mundo que lhes diz o contrário.

AGRADECIMENTOS

À *Universidade Federal de Santa Maria*, pela oportunidade de desenvolver e concretizar este estudo.

À minha admirável orientadora profa. Dra. *Monalisa Dias Siqueira*, por compartilhar seu conhecimento e experiência, pela confiança, dedicação e suporte nesta caminhada.

Às professoras Dra. *Fernanda Beheregaray Cabral* e Dra. *Martha Helena Teixeira de Souza*, pela disponibilidade em participar da banca avaliadora.

Ao *Anderson Machado*, por estar sempre ao meu lado me encorajando a alcançar novos voos com seu apoio incondicional.

Aos meus pais *João* e *Tânia* e minha irmã *Victória*, por sempre incentivarem e torcerem por minhas conquistas.

A *Mãe Iemanjá*, guia e luz do meu caminho...

*Essa daqui é praquelas gay
Que no prézinho já sabia que era gay
A criançada apontava: "Cê é muito gay"
Já brincava com as barbie "Teu filho é gay, eu bem que te avisei"
É praquelas gay que num sabia bem porque era ruim ser gay
Senti na pele bem cedo como tratam as gay
Já brigou com Deus "por quê me fizeste gay?", queria ser alguém
Já não temas, gay
Aquilo que não mata fortalece um gay
Sente o quanto te empodera ter nascido gay
Em teus olhos um espelho onde eu me enxerguei
É que eu também sou gay
E levante, gay
Que a luta ainda não acabou pras gay
Que a nossa vitória vai ser o close, gay
E que se eu tô aqui hoje dando voz pras gay é por ser
Gay*

Interlúdio - Glória Groove

RESUMO

ENCONTROS DA DIVERSIDADE: DISCUTINDO AS ESPECIFICIDADES DA POPULAÇÃO LGBTI+ NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

AUTOR: MAIQUEL FRANCISCO DOS SANTOS RIOS

ORIENTADORA: MONALISA DIAS DE SIQUEIRA

Este projeto de intervenção abordará as relações de trabalho demarcadas pelas fronteiras do gênero e da sexualidade e as discussões relacionadas às ações ligadas à promoção dos direitos LGBTI+ nos espaços profissionais da área de saúde do Hospital Universitário de Santa Maria, em Santa Maria, RS. Através do estudo das relações entre gênero, sexualidade e trabalho, analisando especificamente como se manifesta no dia a dia a possível discriminação de homossexuais trabalhadores no ambiente hospitalar, este projeto procura ampliar a discussão sobre discriminação sexual entre profissionais da área da saúde e criar espaços de formação a respeito da temática de gênero. O projeto propõe encontros focados nas temáticas da educação em saúde, nos quais foram discutidos temas ligados às especificidades da população LGBTI+, ampliando as ações de cuidado, promoção e prevenção com qualidade de forma ética e equânime a fim de refletir ações de ensino-aprendizagem junto aos profissionais das equipes multidisciplinares da Unidade Psicossocial Paulo Guedes. A metodologia utilizada para o diagnóstico, desenvolvimento e aplicação do projeto de intervenção foi o Arco de Maguerez, proposto por Charles Maguerez em 1966 e adaptado por Berbel (2012), que está pautado nos princípios das metodologias ativas. Com isso, evidencia-se a importância das rodas de conversa como instrumento de educação em saúde para os profissionais da área. A roda de conversa é um modo mais descontraído de informar e estimula a participação, tornando-se uma ferramenta essencial para a prevenção, orientação e desmistificação de conceitos e tabus contra trabalhadores LGBTI+ que, muitas vezes, permeiam o ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Gênero. Sexualidade. Projeto de Intervenção. LGBTI+.

ABSTRACT

DIVERSITY MEETINGS: DISCUSSING THE LGBTI+ POPULATION SPECIFICITIES IN HEALTH SERVICES

AUTHOR: MAIQUEL FRANCISCO DOS SANTOS RIOS

ADVISOR: MONALISA DIAS DE SIQUEIRA

This labor relations demarcated by gender and sexuality boundaries and discussions related to actions of promotion of LGBTI+ rights in health professional spaces of the Hospital Universitário de Santa Maria (a university hospital in Santa Maria, Southern Brazil). Through the study of the relations between gender, sexuality, and work, specifically analyzing how the possible discrimination of homosexual workers is manifested in hospital everyday life, this project sought to expand the discussion on sexual discrimination among health professionals and create spaces for training on gender issues. The project proposes meetings focused on the themes of education in health, in which themes related to the specificities of the LGBTI + population were discussed, expanding the actions of care, promotion and prevention with quality in an ethical and equitable in order to reflect teaching-learning actions with team professionals multidisciplinary aspects of the Unidade Psicossocial Paulo Guedes (the hospital psychosocial unit). The methodology used for the intervention project diagnosis, development, and application was the Maguerez Arc, proposed by Charles Maguerez in 1966 and adapted by Berbel (2012), which is based on the principles of active methodologies. With that, it became evident the importance of conversation circles as an instrument of health education for health professionals. The conversation circle is a more relaxed way of informing and encourages participation, becoming an essential tool for the prevention, guidance and demystification of concepts and taboos against LGBTI + workers, which often permeate the hospital environment.

Keywords: Gender. Sexuality. Intervention Project. LGBTI+.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Arco de Maguerz.....	24
Figura 2 – Significado da sigla.....	35
Figura 3 – Bandeira LGBTI+	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Roteiro dos encontros	27
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS.....	13
1.1.1 Objetivo geral	13
1.1.2 Objetivos específicos	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 BREVE RELATO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	14
2.2 SUS.....	15
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBTI+	16
2.4 SEXUALIDADE E RELAÇÕES DE GÊNERO	18
2.6 GÊNERO NO ÂMBITO DA SAÚDE	19
2.7 RELAÇÕES DE TRABALHO E GÊNERO	21
3 METODOLOGIA	24
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	27
3.2 SUJEITOS-ALVO.....	28
3.3 PERÍODO.....	28
3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AS RODAS DE CONVERSA.....	29
3.5 ENTENDENDO MELHOR OS CONCEITOS.....	29
3.5.1 Sexo biológico	30
3.5.2 Orientação sexual	30
3.5.3 Identidade de Gênero	30
3.5.4 Cisgênero e Transgênero	31
3.5.5 LGBTfobia	31
3.5.6 Discursos	32
3.5.7 Interseccionalidade na luta LGBTI+	33
3.5.8 Entendendo a Sigla LGBTI+	34
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE A – PANFLETO INFORMATIVO PARA OS ENCONTROS (FRENTE) 43	
APÊNDICE B – PANFLETO INFORMATIVO PARA OS ENCONTROS (VERSO) ... 44	
APÊNDICE C – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DOS ENCONTROS 45	

1 INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção trata das relações de trabalho demarcadas pelas fronteiras do gênero e da sexualidade e das discussões referentes às ações ligadas à promoção dos direitos LGBTI+¹ nos espaços profissionais da área de saúde do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Na atualidade, fronteiras e padrões sociais se fragmentam e são cada vez mais contestados (BAUMAN, 2001). Por essa razão, condutas, valores e práticas que antes se intentava marginalizar, reduzir e ocultar passam a ser manifestadas e a ganhar visibilidade. Dessa forma, apesar das normatividades, sujeitos e grupos marginalizados – como mulheres, lésbicas, bissexuais, transexuais e gays – reivindicam espaço social, buscando formas de legitimação e reconhecimento (GARCIA; SOUZA, 2010).

No sistema de produção contemporâneo, em que o trabalho tem importante papel nas relações humanas, o espaço organizacional se apresenta como um dos principais locais em que se encontram as manifestações das questões sociais, como exemplo: a luta pelo respeito e pelo fim da discriminação no trabalho em razão do gênero e da sexualidade, como demarcado pelo Manual de Promoção de Direitos Humanos de pessoas LGBT no Mundo do Trabalho, publicação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2014 (PROMOÇÃO..., 2014). Atualmente, a homossexualidade é um tema que reúne muitos estudos teóricos e empíricos, especialmente nas ciências humanas, que investigam as diferentes formas de expressão dessa orientação sexual e o impacto social que provoca. Tais repercussões apontam para um contexto de continuidade e renovação das opressões.

O preconceito e a discriminação contra os sujeitos que vivenciam práticas afetivas e sexuais que divergem dos padrões heteronormativos são situações bastante presentes no ambiente de trabalho. Por essa razão, desde cedo, as pessoas homossexuais incorporam em suas práticas cotidianas a atitude de se calar em relação a sua sexualidade para serem aceitas na sociedade e, ao mesmo tempo, não serem incluídas no rol de pessoas que são objeto de violência simbólica, como comentários maldosos e xingamentos, ou mesmo violência física. Desta forma, o ato de se calar no âmbito doméstico passa a ser estendido para o nível público, especialmente nas relações de trabalho (BORRILLO, 2010).

¹ Sigla que designa lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgênero, pessoas intersexo e outras identidades gênero-divergentes. Optamos, no trabalho, por utilizar esta sigla, mas é possível que apareçam algumas variações, dependendo dos materiais citados. Abordamos mais sobre a sigla na seção 3.5.7.

Junqueira (2007) argumenta que existe uma grande dificuldade em se perceber a homofobia como fenômeno relacionado a questões e relações de gênero, já que o termo, na maioria das vezes, refere-se apenas a casos de discriminação contra homossexuais masculinos. As expressões sexuais de gênero diferentes do modelo heterossexual, falocêntrico e reprodutivo incluem lésbicas, gays, travestis, homens e mulheres transexuais e pessoas intersexo.

Medeiros (2007) afirma que, dentre os espaços sociais onde os indivíduos desenvolvem a sua vida (âmbito familiar, social e profissional), é no espaço de trabalho que a discriminação contra homossexuais se torna mais nítida e presente. Como aponta Mayer (2003), a partir da diferenciação de gênero, diferentes demarcações como sexualidade, raça e classe social acabam por delimitar as práticas sociais e humanas de acordo com as normas que cada sociedade estabelece. Dessa forma, nos contextos do mundo do trabalho, a sexualidade precisa ser gerenciada a fim de não se tornar um agravante das práticas e tensões do labor, embora o próprio trabalho também seja definidor do modo com que essas relações são percebidas. Diferente das outras formas de discriminação, pesa sobre a homossexualidade uma condenação moral, uma inaceitabilidade social e política e uma atribuição de relação entre homossexualidade e doença, inclusive nos espaços e instituições de cuidado à saúde. Desse modo, a homossexualidade tende a afrontar de uma forma mais radical e incômoda as instituições e valores mais hegemônicos da sociedade (RIOS, 2007).

Muitas pessoas homossexuais preferem não falar sobre a sua sexualidade no ambiente de trabalho, gerenciando essa revelação de modo a coibir possíveis atos discriminatórios. Preocupados com a questão da revelação da sexualidade, Hebl e Griffith (2002) examinam o processo de autorrevelação no trabalho por pessoas que assumem junto aos seus colegas que são gays ou lésbicas. Os autores afirmam que a autorrevelação da sexualidade é uma das questões mais difíceis para os homossexuais, porque envolve uma grande energia emocional e um medo de retaliação e rejeição. Entretanto, ao mesmo tempo, aqueles que permanecem no “armário” manifestam baixos níveis psicológicos de bem-estar e de satisfação na vida, aumentando os riscos relacionados à saúde, além de gastarem muita energia em atividades focadas em esconder a sua homossexualidade, em uma tentativa de evitar qualquer estereotipia e estigmatização.

Através do estudo da relação entre gênero, sexualidade e trabalho, analisando especificamente como se manifesta no dia a dia a possível discriminação de homossexuais trabalhadores no ambiente hospitalar, este projeto de intervenção se justifica pela necessidade de ampliar a discussão sobre discriminação sexual entre profissionais da área da saúde e criar espaços de formação a respeito da temática de gênero. Identificou-se também a possibilidade

de contribuir principalmente dentro do HUSM, onde não existem ações de promoção, prevenção e educação em saúde relacionadas às questões LGBTI+. Ao promover tal reflexão, objetiva-se contribuir de maneira significativa com os estudos de gênero que estejam em desenvolvimento. A proposta também se justifica pela importância de reconhecer nas instituições públicas a ocorrência da discriminação de gênero e sexualidade, de modo a buscar formas de refletir essas práticas e meios de oferecer aos sujeitos suporte psíquico, emocional e jurídico para o enfrentamento das situações discriminatórias, promovendo o bem-estar no ambiente de trabalho e a autoestima dos trabalhadores.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Desenvolver ações de ensino-aprendizado junto aos profissionais das equipes multidisciplinares do HUSM, focalizando educação em saúde, discussões em relação a temas ligados às especificidades da população LGBTI+, ampliando as ações de cuidado, promoção e prevenção com qualidade de forma ética e equânime.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Identificar e discutir as formas e as diferentes modalidades de discriminação presentes no ambiente hospitalar;
- b) Buscar formas de promover o respeito à diversidade sexual e de gênero no trabalho e elaborar junto à equipe estratégias de educação em saúde voltadas à eliminação do preconceito contra população LGBTI+ no serviço de saúde;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A enfermagem, quando alicerçada em conhecimentos técnicos e científicos, constrói e reproduz um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas. Desse modo, torna-se importante o embasamento em referenciais teóricos, os quais serão de extrema importância para fundamentar os temas abordados neste projeto de intervenção. Iniciaremos com o histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, passando pela criação do SUS até a implementação da política nacional de saúde integral da população LGBTI+. Dando continuidade, abordaremos os tópicos sexualidade e relações de gênero, gênero e saúde e gênero e relações de trabalho.

2.1 BREVE RELATO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 e o Projeto da Reforma Sanitária são os principais marcos regulatórios da construção da saúde pública brasileira contemporânea, os quais foram os responsáveis pela idealização e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para se chegar ao momento atual da saúde pública brasileira, tendo o SUS como arcabouço para as políticas públicas do país na área da saúde, Costa Junior e Costa (2014) mencionam vários fatos históricos que foram essenciais. Dentre eles, destacamos no ano de 1920, a criação de órgãos especializados no combate a doenças. Em 1953, houve a criação do Ministério da Saúde e, posteriormente, foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social, unificando os serviços de saúde aos trabalhadores do regime CLT, além da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No ano de 1974, criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social e o INPS se transformou em Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). O Inamps era ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e fornecia atendimento apenas à população formada por aqueles que trabalhavam em empregos formais e contribuíam com a Previdência Social (ou seja, aqueles que tinham a popular “carteira assinada”). Pessoas que não estavam em empregos formais não tinham acesso a serviços de saúde como temos hoje, por meio do SUS, e eram obrigadas a recorrer ao sistema privado ou aos poucos serviços municipais, estaduais e de instituições assistencialistas, como Santas Casas de Misericórdia ou hospitais universitários.

No fim da década de 1970, surgiu o movimento pela Reforma Sanitarista, seguido da criação de programas de assistência básica de saúde, já na década seguinte. A Constituição de 1988 estabelece a saúde como relevância pública e direito básico de todos os cidadãos, proposição esta que impulsionou a criação do SUS.

2.2 SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele foi instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tendo no horizonte o Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988. Esse sistema se alicerça nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2004).

O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, estados e municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas corresponsabilidades. O atendimento pelo SUS é realizado por meio dos centros e postos de saúde, os hospitais públicos – incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue) –, os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica.

As políticas públicas, por definição, são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independentemente de sexo, cor, religião ou classe social. A política pública deve ser construída a partir da participação direta ou indireta da sociedade civil, visando assegurar um direito a determinado serviço, ação ou programa. No Brasil, o direito à saúde é viabilizado por meio do SUS, que deverá ser universal, integral e gratuito.

Os modelos de atenção e gestão à saúde representam a forma de organização do sistema de saúde e suas práticas em resposta às necessidades da população. Os modelos são expressos em políticas, programas e serviços de saúde que estejam em harmonia com os princípios e diretrizes que estruturam o SUS.

Neste contexto, o programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde (PMA), desenvolvido pela Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas da Fiocruz, tem como papel estratégico a indução do processo de aplicação dos resultados das pesquisas em soluções no campo das políticas públicas e modelos de atenção e gestão à saúde.

O objetivo do programa é aperfeiçoar o desempenho do SUS e a melhoria das condições de vida e saúde da população (FIOCRUZ, 2020).

A saúde é resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e do direito à terra, além do acesso aos serviços de saúde, como expresso pela Reforma Sanitária e ressaltado no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Logo, um modelo de atenção à saúde deve considerar essa complexidade. Criado pela Constituição de 1988, o SUS é um conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta, que pode ser complementado pelos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada.

A partir dessa ampla dimensão de saúde, o PMA busca fomentar pesquisas que abordem uma perspectiva múltipla, interdisciplinar, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença seja resultante da interação e troca de saberes entre os diversos atores sociais envolvidos na temática da pesquisa, tais como: profissionais de saúde, usuários do sistema de saúde, gestores, organizações civis e pesquisadores.

Frente a isso, podemos destacar algumas políticas públicas existentes como, por exemplo, aquelas voltadas a crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos, pessoas com deficiência, população negra, indígena, comunidades quilombolas e ribeirinhas, trabalhadores do campo e da cidade, ciganos, pessoas com transtornos mentais, prostitutas, população de rua, em regime prisional e LGBTI+. Neste projeto, trataremos deste último grupo.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBTI+

A inclusão da saúde como um direito social previsto na Constituição Federal de 1988, vinculado à criação do SUS, em consonância com os princípios do direito à vida e da dignidade humana, foi um marco muito importante para a sociedade brasileira. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2009 e instituída no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2009, é outro marco importante no que se refere à afirmação do direito à saúde de maneira adequada e efetiva, com atendimento humanizado, acolhedor e livre de discriminação para qualquer cidadão ou cidadã, respeitando a sua pessoa e os seus valores e direitos. No documento, está explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do

SUS, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. A Carta afirma também que todas as pessoas têm o direito de serem identificadas pelo nome que preferirem, independentemente do registro civil. Entretanto, as dificuldades de efetivação dos parâmetros da Carta são muitas e recorrentes (BRASIL, 2011a).

Considerando os princípios doutrinários fundantes do SUS – universalidade, integralidade e equidade –, compreender as dinâmicas e reflexões que envolvem as pessoas com identidades de gênero e/ou orientações sexuais não hegemônicas é essencial para o seu cuidado em saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais possui como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e do preconceito no processo de saúde-doença dessa população. Trata-se de um marco importante na constatação das necessidades de saúde desses segmentos para além das questões referentes à epidemia de AIDS e da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que os afetam. As diretrizes e os objetivos dizem respeito a mudanças nos determinantes sociais da saúde, que afetam a população LGBTI+. Seu objetivo geral é promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Dos objetivos específicos destacam-se ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT; qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral; incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde entre outros.

A Política reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores de vulnerabilidade para a saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas por exporem a população LGBTI+ a agravos decorrentes do estigma, dos processos

discriminatórios e de exclusão social, violando seus direitos à dignidade, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2013).

2.4 SEXUALIDADE E RELAÇÕES DE GÊNERO

A palavra gênero possui diversos sentidos. Na definição de Scott (1990), refere-se à construção de atitudes, expectativas e comportamentos, tendo por base o que determinada sociedade define como seus valores. Aprendemos a ser homens e mulheres pela ação da família, da escola, do grupo de amigos, das instituições religiosas, do espaço de trabalho, dos meios de comunicação etc. Porém, assim como essas noções foram “construídas”, podem igualmente ser “desconstruídas”. Gênero diz respeito, também, ao modo como lidamos, ao longo da história e de variadas formas em diferentes culturas, com o poder nas relações interpessoais, hierarquizando e valorizando o masculino em detrimento do feminino.

É comum reforçarmos características femininas ou masculinas consideradas como as mais corretas ou desejáveis em determinado contexto social, sem percebermos que essas características não são absolutas ou hegemônicas e que esse reforço marginaliza amplos segmentos da população. Barata (2009) afirma que, na área de saúde, o conceito de gênero retém algumas das características de sentido que a palavra tem tanto na biologia quanto na gramática.

Desta forma, ele é utilizado para marcar características próprias aos comportamentos de grupos de sujeitos sociais e para estabelecer o contraste entre masculino e feminino, mas, principalmente, para focar as relações que se estabelecem entre masculino e feminino no âmbito social e que apresentam repercussões para o estado de saúde e para o acesso e utilização dos serviços de saúde.

Assim como Barata (2009), Souto (2015) argumenta que a sexualidade humana é regulada pelos processos de normatização ditados pela cultura e pela socialização das práticas no corpo. As práticas sociais desempenham papel de organização, regulação e legitimação das práticas sexuais, inclusive por meio dos saberes da ciência, como a medicina, a pedagogia e o direito. Essa legitimação na saúde se expressa, de modo específico, nas práticas dos profissionais de saúde e na medicalização dos corpos.

Os comportamentos e as práticas sexuais constituem um conjunto de experiências e vivências humanas enquanto seres sociais e individuais. Vários fatores contribuem para essa experiência, como a história de vida da pessoa, a classe social a qual pertence, a raça/etnia, a

orientação sexual, a geração, a família, a religião, os padrões culturais da sociedade em que vive e, por fim, a representação que cada indivíduo tem do seu próprio corpo e sobre sua sexualidade. O comportamento sexual de cada pessoa é construído ao longo de sua vida e pode sofrer mudanças, tanto na prática quanto na identidade sexual.

A prática sexual individual pode se modificar a partir do status social, da condição civil, da idade, do gênero e da orientação sexual e, inclusive, por motivos de limitações provocadas por adoecimentos, sejam temporários ou permanentes. Dessa forma, Souto (2010) salienta que a abordagem de gênero e a inserção da discussão sobre as representações de corpo e sexualidade ainda são temas pouco presentes na formação dos profissionais de saúde. Esse diálogo entre as ciências sociais e as ciências da saúde é fundamental para que o cuidado à saúde das pessoas possa ampliar o olhar para além do corpo biológico e possa olhar os corpos sexuados com recorte da cultura e do social nas diferentes práticas e identidades.

Por isso, é indispensável que se reflita sobre essas questões relacionadas a gênero, porque muitos profissionais ainda têm a heterossexualidade como a expressão natural das pessoas se relacionarem sexual e afetivamente. Como profissionais de saúde, é possível que se pondere sobre como essa visão unilateral vulnerabiliza lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais a um atendimento preconceituoso, desqualificado, provocando muitas vezes o agravamento de situações de doença.

2.6 GÊNERO NO ÂMBITO DA SAÚDE

A criação do SUS significou um passo fundamental com vistas à universalização do acesso a ações de saúde, concebidas em uma perspectiva fundada na integralidade, que procuram romper com um histórico de serviços públicos ineficazes e ineficientes, decorrentes de políticas de saúde curatistas, hospitalocêntricas, privatistas e excludentes (SILVA; LIMA, 2005). Quanto ao princípio da equidade, também estruturador do SUS, Mello et al. (2011) enfatizam o fato de que grupos sociais distintos, como negras, índias, mulheres, crianças, idosas e LGBTI+, podem ter necessidades de saúde diferenciadas, implicando demandas por ações governamentais também diferenciadas.

[o princípio da equidade] remete ao entendimento de que existem indivíduos ou grupos populacionais mais vulneráveis devido à sua condição socioeconômica, e que, por isso, estes devem ser priorizados nos processos de intervenção estatal (SILVA; LIMA, 2005, p. 48).

No âmbito das reflexões sobre o acesso da população LGBTI+ a serviços de saúde fundados nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, nota-se que orientação sexual e identidade de gênero não devem ser cogitadas como atributos identitários ou marcadores sociais únicos, já que necessariamente se articulam de formas diversas com outros marcadores, como idade, raça/cor e classe social, para citar apenas três exemplos. Isto significa dizer que o sujeito não pode ser pensado apenas como “gay”, “lésbica”, “bissexual”, “travesti” ou “transexual”, já que seu corpo/self também pode ser negro-rico-jovem, entre tantas outras combinações possíveis dos atributos raça/cor, classe social e idade. Nesse contexto, a categoria “interseccionalidade” (COSTA; ÁVILA, 2005; PISCITELLI, 2008) parece fundamental para analisar como diferentes eixos de subordinação se articulam em um mesmo sujeito social, fazendo com que as lógicas de exclusão/aceitação que os atingem sejam potencialmente distintas, a depender do contexto social em que se encontrem.

Barata (2009) afirma que a utilização dos serviços de saúde apresenta um conjunto de determinantes, dentre os quais a necessidade de saúde ou a existência de um problema de saúde é aquele que impulsiona o indivíduo a buscá-los. Há uma série de fatores predisponentes que alteram a percepção das necessidades de saúde e, portanto, desempenham papel decisivo na concretização da demanda por serviços. Esses fatores incluem a idade, o gênero, a etnia e a condição socioeconômica. A partir da demanda, a utilização dos serviços irá se realizar na dependência da disponibilidade de serviços e recursos humanos, da facilidade de acesso, das formas de financiamento e remuneração aos prestadores.

Mello et al. (2011) ressaltam ainda que os potenciais conflitos e as eventuais “confusões de papel” tendem a se multiplicar à medida que o recrutamento de gestoras governamentais cresce em função da necessidade de um quadro técnico cada vez mais qualificado e politicamente compromissado com as demandas da população LGBTI+. Esse fenômeno também se observa quando da análise das relações entre outros movimentos sociais e governo, como o de mulheres/feminista, de negras e de deficientes físicas, entre outros.

O ideal de construção de uma política de saúde integral para a população LGBTI+, portanto, ainda enfrenta os mesmos desafios das ações voltadas para o conjunto da população em geral, ao mesmo tempo em que se vê marcado pelas dificuldades inerentes à criação de uma política pública que reconheça as especificidades das demandas de distintos segmentos marginalizados socialmente.

Já no campo próprio à saúde da população LGBTI+, é necessário que os princípios de universalidade, integralidade e equidade constitutivos do SUS sejam materializados em políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia

e da heteronormatividade, que levam profissionais de saúde a atender todos os usuários dos serviços públicos e privados como se fossem heterossexuais conformados às normas de gênero. Isso gera situações graves de discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, como mostram Calderaro, Fernandes e Mello (2008).

Do contrário, continuarão a existir barreiras simbólicas, morais e estéticas que impedem o acesso da população LGBTI+ a serviços públicos de saúde de qualidade, livres de preconceito, discriminação e exclusão, especialmente em relação às pessoas mais pobres e às que questionam de maneira mais profunda os binarismos de gênero, como transexuais, travestis, mulheres “masculinizadas” e homens “efeminados”. As mudanças em curso não são simples e parecem não ocorrer na velocidade desejada pelas pessoas que buscam atenção e cuidados (MELLO et al., 2011).

A necessidade de sensibilização de profissionais da saúde para o atendimento não discriminatório da população LGBTI+, todavia, ainda não é um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos que apresentam diretrizes, objetivos e metas para as políticas públicas de saúde formuladas para esses segmentos.

2.7 RELAÇÕES DE TRABALHO E GÊNERO

O enfrentamento de discriminação e práticas de assédio moral a pessoas LGBTI+ no ambiente laboral perpassa diversos desafios, uma vez que este espaço se faz reflexo de uma sociedade ainda pautada em valores excludentes e intolerantes. Como exemplo disso, cita-se um estudo realizado pela Consultoria Santo Caos, que apontou, em 2015, que cerca de 43% dos entrevistados afirmaram ter sofrido discriminação por sua orientação sexual ou identidade de gênero no ambiente de trabalho. Nesse mesmo sentido, outra pesquisa, elaborada pela empresa de recrutamento Elancers, demonstrou que 38% das empresas brasileiras não contratariam pessoas LGBTI+ para cargos de chefia e 7% não contratariam em hipótese alguma. Os estudos apontados revelaram a resistência das empresas em incluir pessoas LGBTI+ nas relações de trabalho, alegando que os principais motivos da não contratação são o medo de ter sua imagem associada à do funcionário e ter a sua credibilidade abalada (GOMES; SILVA, 2019).

Os obstáculos existentes na inserção e permanência no mercado de trabalho, enfrentados pelas pessoas LGBTI+, acarretam profundas marcas no desenvolvimento profissional e pessoal. A conquista de um olhar mais humanizado para as relações de trabalho aponta a urgente necessidade da democratização do acesso ao mercado de trabalho (GOMES; SILVA, 2019).

Nesse contexto, observa-se que o preconceito e a discriminação se dão em diversas fases das relações de trabalho. Medeiros (2007) destaca quatro diferentes momentos que esse fenômeno se apresenta: a) fase pré-contratual; b) fase contratual; c) desligamento do emprego e; d) pós-contrato. Na fase pré-contratual, a discriminação se dá por ocasião da admissão do empregado. Nesse momento a discriminação acontece muitas vezes por meio de questionamentos e investigações sobre a vida privada do empregado, visando com esse procedimento verificar se o trabalhador é ou não homossexual (MEDEIROS, 2007).

Cabe ressaltar, também, que no Brasil as pessoas que não se enquadram como brancas, letradas, cis (que se identifica com o sexo designado ao nascer), heterossexuais e de classe detentora de poder econômico acabam tendo seus direitos cessados e suas vozes caladas. Em outras palavras, faltam vagas para negros, homossexuais e travestis.

Em um estudo realizado pela Conferência Internacional de Estudos Queer, no ano de 2018, demonstrou-se que outro fator bastante frequente nesses casos de preconceito e discriminação contra a população LGBTI+ no mercado de trabalho é justamente a impunidade desses casos. Em muitos deles, a negligência em forma de omissão das autoridades e chefias dos órgãos de trabalho para com as ações de violência efetivadas contra esses sujeitos é um fator muito presente – a prática de “não querer se envolver”. A reafirmação do preconceito existente também na omissão de tomadas de providências cabíveis, que busquem combater tal problemática, reforça uma ação de revitimização dos sujeitos, ao mesmo tempo em que (in)visibiliza a homofobia, trazendo a impunidade para o arsenal laboral e potencializando os sujeitos autores da situação de violência homofóbica (CUT-SC, 2018).

No momento atual de crise econômica e sanitária, encarar o mercado de trabalho e arrumar um bom emprego é difícil até mesmo para os heterossexuais. Entretanto, para os LGBTI+, o desafio é muito maior, em virtude dessas dificuldades. Segundo uma pesquisa realizada pelo Center for Talent Innovation, 61% de funcionários gays e lésbicas decidem por esconder sua sexualidade de gestores e colegas em razão do medo de perder o emprego. A referida pesquisa ainda demonstrou outros dados preocupantes (CUT-SC, 2018):

- 33% das empresas do Brasil não contratariam para cargos de chefia pessoas LGBTQIA+;
- 41% dos funcionários LGBTI+ afirmam ter sofrido algum tipo de discriminação em razão de sua orientação sexual ou identidade de gênero no ambiente de trabalho;
- 90% de travestis se prostituem por não terem conseguido nenhum outro emprego, até mesmo aqueles para os quais têm boas qualificações.

Apesar desse cenário assustador, os debates e discussões sobre o tema têm aumentado, especialmente nas empresas multinacionais. Assim, grandes empresas de diversos segmentos passaram a promover o Fórum de Empresas e Direitos LGBTI+, que tem como objetivo criar condições e assegurar políticas e práticas para incluir a população LGBTI+ no mercado de trabalho brasileiro. O processo de inclusão do público LGBTI+ no mercado de trabalho teria avanços se os colaboradores assumissem sua orientação sexual no universo corporativo, o que muitas vezes não ocorre em razão de tabus, preconceitos e do ambiente hostil das organizações (COMISSÃO DE TRABALHO, ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇO PÚBLICO, 2017).

Por isso, uma das iniciativas tomadas pelas companhias que apoiam a causa é a adesão a uma carta chamada “Dez Compromissos da Empresa com a Promoção dos Direitos Humanos LGBT”, que dispõe sobre a construção de um ambiente respeitoso e com comunicação adequada, bem como o engajamento da alta liderança, entre outros pontos. Em contrapartida, as estatais costumam ter uma cultura mais fechada com relação a iniciativas para ascensão, inclusão e desenvolvimento da população LGBTQIA+ (COMISSÃO DE TRABALHO, ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇO PÚBLICO, 2017).

Como vimos, o Brasil ainda precisa fazer diversos avanços no que diz respeito à comunidade LGBTI+ no mercado de trabalho. No entanto, as iniciativas de valorização à diversidade de orientação sexual e de gênero já começam a fazer a diferença em algumas empresas. Assim, é fundamental denunciarmos os atos de preconceito para que um dia alcancemos um país com igualdade e respeito e para que barreiras também sejam derrubadas: por exemplo, que o trabalho de um número significativo de profissionais homossexuais – ou seja, as “minorias” dentro dos serviços de saúde – também seja reconhecido e que possamos ocupar espaços dos quais sempre tentaram nos privar (COMISSÃO DE TRABALHO, ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇO PÚBLICO, 2017).

Presume-se que a inexistência da discussão sobre os diversos tipos de discriminação na saúde e nos aparelhos de formação reforça o preconceito na saúde. Posto isso, sejam usuários ou profissionais, não se pode negar que a vivência da discriminação interfere sobremaneira na construção das identidades, na produção e, conseqüentemente, na saúde das pessoas. Assim, é importante que os efeitos sociais do preconceito sejam relatados e denunciados para que as instituições adotem medidas para a sua desconstrução, se não na sociedade como um todo, pelo menos nas suas dependências.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o diagnóstico, desenvolvimento e aplicação do projeto de intervenção foi o Arco de Maguerez, que está pautado nos princípios das metodologias ativas.

A educação problematizadora parte da ideia de que a aprendizagem só é significativa, quando parte da realidade concreta de vida das pessoas, permitindo-lhes propor e encontrar respostas adequadas e pertinentes aos seus problemas concretos e contextualizados. Isso implica na participação ativa e no diálogo permanente entre os usuários e o enfermeiro-educador (PRADO; HEIDEMANN; REIBNITZ, 2013).

O Arco de Maguerez é uma metodologia idealizada por Charles Maguerez em 1966, sendo que, alguns anos depois, em 1977, Bordenave e Pereira (2012) criaram a segunda versão de explicações do método. Entretanto, apenas em 1995, foi desenvolvida a terceira versão explicativa do Arco por Berbel, a qual será utilizada como base para a elaboração do presente projeto de intervenção (BERBEL, 2012). A metodologia ativa na prática educativa em saúde orientada pelo Arco de Maguerez contempla cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou de um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos-chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (PRADO; HEIDEMANN; REIBNITZ, 2013), esquematizado abaixo na Figura 1.

Figura 1 – Arco de Maguerez



Fonte: Maiquel Francisco dos Santos Rios, 2020.

Dessa forma, o projeto de intervenção se desenvolveu em harmonia com o proposto no Arco utilizado por Berbel (1999) com a sua aplicação sistematizada, a qual será descrita a seguir, discutindo os principais pontos levantados:

a) Observação da realidade

A primeira etapa do Arco trata da observação da realidade concreta. É a percepção da realidade em que o estudo está sendo vivenciado e, dessa forma, apreende os distintos aspectos que a abarcam. Essa etapa possibilita a elaboração do problema (BERBEL, 1999).

Ao observar a realidade dos profissionais de saúde do HUSM com a utilização do Arco de Maguerez, notou-se certa ansiedade dos que ali atuam ao tratar assuntos referentes à população LGBTI+. Frente à essa inquietação e aos sinais de insegurança e preocupação, trouxe uma primeira leitura da circunstância, que serviu para elencar a situação problema e, assim, dar início ao arco e à elaboração do projeto de intervenção.

b) Pontos-Chave

Na segunda etapa do arco, destaca-se aquilo que é realmente importante, procurando identificar os pontos-chave do problema elencado, conjecturando sobre os determinantes possíveis que o envolvem (BERBEL, 1999).

Ainda em relação aos profissionais, levantaram-se questões sobre os diversos aspectos do problema. Nas passagens de plantão e no atendimento a pacientes LGBTI+, observou-se uma série de situações constrangedoras, com piadas homofóbicas e deboches, o que não se notava quando havia a presença de um profissional LGBTI+. Dessa forma, identificaram-se como pontos-chave: a questão da homofobia no ambiente profissional, educação em saúde e respeito à diversidade sexual.

c) Teorização

A terceira etapa compreende o estudo sobre as nuances que abrangem o problema, na busca de respostas mais organizadas e elaboradas (BERBEL, 1999). Para entender melhor a dinâmica com os profissionais da saúde, foram realizadas pesquisas envolvendo o conteúdo dos módulos do Curso de Especialização em Estudos de Gênero, além da leitura de livros e artigos, com elaboração do referencial teórico para embasar o conteúdo a ser trabalhado no projeto.

Assim, foi possível refletir sobre o andamento do processo que favoreceu o despertar da importância de se discutir as especificidades da população LGBTI+ com os profissionais da saúde e verificar que os fatores levantados estão diretamente interligados e influenciam sua vida pessoal e de trabalho.

d) Elaboração de hipóteses

A quarta etapa é a verificação de hipóteses de solução para o problema, período em que a capacidade criativa e a originalidade são provocadas para se ponderar sobre alternativas de solução (BERBEL, 1999). O que precisa acontecer para que o problema seja resolvido? O que precisa ser providenciado? Quais as dificuldades? O que pode realmente ser feito?

De acordo com Berbel (2012), o processo de pesquisa e planejamento ajuda na solução do problema, reforçando a visão de uma educação libertadora ao estimular o raciocínio e o desenvolvimento de habilidades e, assim, ampliar as possibilidades de aplicar as hipóteses de solução.

O período de planejamento foi desenvolvido sob a orientação da tutora via encontros on-line, em decorrência da pandemia mundial causada pelo vírus SARS-CoV-2 COVID 19, para a discussão do esboço do projeto. Na etapa do planejamento, retomaram-se as ideias introdutórias, o referencial teórico e a análise das características do processo, buscando fundamentos para a execução do projeto de intervenção.

e) Aplicação à realidade

A última fase consiste nas possibilidades de se colocar em exercício as soluções descobertas através das análises, as consideradas como viáveis e aplicáveis e que permitem intervir naquela realidade (BERBEL, 1999).

Para os profissionais da saúde da unidade serão elaborados encontros de educação em saúde, no sentido de favorecer um espaço de rodas de conversa em que se discutam as temáticas LGBTI+. Esses encontros serão divididos em duas partes para uma melhor abordagem dos assuntos propostos. Para melhor compreensão, o Quadro 1 faz a descrição esquemática dos encontros:

Quadro 1 – Roteiro dos encontros

	Temas	Atividades
1º Encontro	<ul style="list-style-type: none"> • Conceitos: Sexo Biológico, Orientação Sexual, Identidade de Gênero, Discursos (lugar de fala e representatividade), Interseccionalidade na luta LGBTI+. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da proposta e dos participantes; • Vídeo Homossexualidade (VARELLA, 2014); • Apresentação e discussão dos conceitos; • Dinâmica de encerramento.
2º Encontro	<ul style="list-style-type: none"> • LGBTfobia • Dados da LGBTfobia • Entendendo a sigla e as cores da bandeira 	<ul style="list-style-type: none"> • Pequena retomada do último encontro; • Desmistificar as piadas e brincadeiras de cunho homofóbico; • Discutir LGBTfobia no ambiente profissional; • Vídeo de encerramento (ONU BRASIL, 2015); • Entrega dos panfletos informativos².

Fonte: Maiquel Francisco dos Santos Rios, 2021.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Unidade de Atenção Psicossocial Paulo Guedes – cujo nome homenageia o professor e médico psiquiatra Paulo Luís Vianna Guedes – fica situada no terceiro andar do conjunto anexo ao HUSM e sua estrutura física é composta por um espaço amplo com capacidade para 30 pacientes. A Unidade tem como objetivo o tratamento de indivíduos que estão em sofrimento psíquico moderado e grave na modalidade de internação, por conta dos riscos de exposição, uma vez que os pacientes internados apresentam surto psicótico, estados alterados de humor e/ou risco de suicídio, auto e heteroagressão. É referência para Santa Maria e demais municípios de cobertura da 4ª Coordenadoria de Saúde, atendendo somente pelo SUS. As patologias com

² Ver Apêndices A e B.

maior prevalência de internação psiquiátrica são: esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno de personalidade, depressão e deficiência intelectual grave.

O número de profissionais fixos na unidade são onze enfermeiros, quatorze técnicos de enfermagem e cinco auxiliares de enfermagem. Há uma assistente social, nove médicos, sendo quatro plantonistas, três preceptores, um responsável pelo ambulatório e que faz plantão em sobreaviso na unidade e ainda uma que realiza psicoterapia. A equipe da residência multiprofissional na área da Saúde Mental contempla as seguintes profissões: Assistência Social (R1), Enfermagem (R1 e R2), Psicologia (R1) e Medicina (R1, R2 e R3), totalizando uma assistente social, dois enfermeiros, uma psicóloga e doze médicos. Ainda conta com dois secretários, equipe de higienização, copeiros e vigilantes que atendem no hospital por meio de uma empresa terceirizada. Além destes, há também estagiários e acadêmicos em aula que frequentam a unidade ao longo do ano.

3.2 SUJEITOS-ALVO

As atividades serão desenvolvidas com os profissionais de saúde da equipe multiprofissional da Unidade Paulo Guedes, entre os quais estão médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais.

3.3 PERÍODO

As atividades serão desenvolvidas na Unidade Paulo Guedes após autorização do Enfermeiro Responsável pela unidade e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde NEPS que tem por função planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Os encontros serão realizados em dois períodos vespertinos presenciais³ após as reuniões de equipe com duração de 02 horas cada num total de 04 horas com certificação. Os encontros se darão em grupos de 25 participantes utilizando vídeos, dinâmicas e rodas de conversa na sala de reuniões⁴ da Unidade Paulo Guedes.

³ Inicialmente estava programado a realização de um encontro piloto do projeto, mas em razão da pandemia todas as atividades presenciais foram suspensas. Apesar disso, o projeto ainda se torna viável através de encontros remotos, na modalidade on-line.

⁴ O cartaz de divulgação (Apêndice C) será fixado no mural da secretaria da Unidade e uma versão virtual será compartilhada através de e-mail ou aplicativos de mensagens instantâneas.

3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AS RODAS DE CONVERSA

Educação em Saúde é um processo que envolve a capacitação de pacientes, cuidadores e profissionais de saúde, é a soma da transmissão de conteúdos com a adoção de práticas educativas que visem à autonomia dos sujeitos, estimulando-os a agir conscientemente diante de cada ação do cotidiano, criando um espaço para o aprimoramento de novos conhecimentos e práticas. Dentro da Educação em Saúde, temos uma ferramenta que tem sido bastante utilizada em diversos espaços no âmbito da saúde, com diferentes públicos e finalidades: a roda de conversa. Campos (2000) compreende o “método da roda” como um espaço democrático, um modo para operacionalizar a cogestão.

[...] o Método da Roda aposta na possibilidade de se instituir sistemas de co-gestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes da produção. A construção é de funcionamento dos Espaços Coletivos considerados questões metodológicas. A produção e funcionamento de espaços coletivos: a roda (CAMPOS, 2000, p. 18).

A roda de conversa é um espaço democrático que valoriza a troca de saberes e experiências entre os participantes. Ela pode ser utilizada como potente dispositivo para a promoção de práticas de educação permanente em saúde (EPS), uma vez que se constitui em um espaço de escuta, acolhimento às diferenças e mudança das relações de saber-poder, tal como propõe a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2008). Além disso, pode ajudar a desenvolver e fortalecer a capacidade de lidar com diferenças e descontentamentos, já que é importante expor na roda os problemas, que se transformarão em desafios a serem superados.

3.5 ENTENDENDO MELHOR OS CONCEITOS

Para discutir as especificidades da população LGBTI+ através da educação em saúde, dentro dos serviços dessa área, é importante que se faça um recorte sobre os conceitos básicos. Sendo assim, na sequência, abordamos os conceitos de sexo biológico, orientação sexual, identidade de gênero, LGBTfobia, discursos, interseccionalidade, sigla LGBTI+ e as cores e significados da bandeira do movimento.

3.5.1 Sexo biológico

Em termos simples, o sexo biológico diz respeito às características biológicas que a pessoa tem ao nascer. Podem-se incluir cromossomos, genitália, composição hormonal, entre outros. Em um primeiro momento, isso infere que a pessoa pode nascer macho, fêmea ou intersexual (NEUTROIS.COM, [201-?]). Não há gênero no sexo biológico em si, o que existe é uma expectativa social de gênero em relação ao corpo/genital (CADERNO GLOBO 12, 2017).

3.5.2 Orientação sexual

A orientação sexual se refere 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 (PRINCÍPIOS, 2006). Basicamente, há três orientações sexuais preponderantes: pelo mesmo sexo/gênero (homossexualidade), pelo sexo/gênero oposto (heterossexualidade) ou pelos dois sexos/gêneros (bissexualidade). Estudos demonstram que as características da orientação sexual variam de pessoa a pessoa (KINSEY; POMEROY; MARTIN, 1948). Assim, as três orientações sexuais preponderantes citadas não são as únicas.

3.5.3 Identidade de Gênero

Identidade de gênero é uma 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 e outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos (PRINCÍPIOS, 2006). Identidade de gênero é 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 de ser do gênero masculino (homem) ou do gênero feminino (mulher) (ABGLT, 2010). A identidade de gênero da pessoa não necessariamente está visível para as demais pessoas. Expressão de gênero é como a pessoa manifesta publicamente, por meio do seu nome, da vestimenta, do corte de cabelo, dos comportamentos, da voz e/ou características corporais e da forma como interage

com as demais pessoas. A expressão de gênero de alguém nem sempre corresponde ao seu sexo biológico (adaptado de GLAAD, 2016).

3.5.4 Cisgênero e Transgênero

Cisgênero e transgênero são termos utilizados para auxiliar na compreensão de conceitos e na identificação ou não com o gênero designado ao nascimento. Cisgeneridade refere-se à experiência de identificação com o gênero que lhe é atribuído ao nascimento, por exemplo: uma pessoa que foi designada como menina (por possuir caracteres sexuais convencionados como femininos, como a vagina), e que se identifica como tal ao longo de toda a sua vida.

Transgeneridade, por sua vez, refere-se à experiência de pessoas que se identificam e vivem um gênero diferente do que lhe foi atribuído ao nascer, ou, ainda, pessoas cuja identidade transcende as definições convencionais de gênero. O termo transgênero compreende as identidades de gênero das mulheres e homens transexuais e das travestis. Mulher transexual é toda pessoa que reivindica seu reconhecimento como mulher. Homem transexual é toda pessoa que reivindica seu reconhecimento como homem. O que determina a condição transexual é como as pessoas se identificam, e não um procedimento cirúrgico, embora estes possam fazer parte do processo de consolidação de suas identidades, bem como o uso de hormônios para indução de mudanças corporais desejadas de acordo com o gênero de identificação.

As travestis são pessoas que vivenciam papéis de gênero feminino, mas sua identidade foge a um binarismo de gênero: não se reconhecem como homens ou mulheres, mas um terceiro gênero ou, ainda, um não-gênero (JESUS, 2012); há, ainda, um grupo nesta identidade que se autodenomina mulheres travesti (REIS, 2018). O termo travesti, historicamente considerado pejorativo, tem sido ressignificado e politizado, de modo a ser afirmado com orgulho por pessoas com esta identidade de gênero.

3.5.5 LGBTfobia

A LGBTfobia pode ser definida como o medo, a aversão ou o ódio irracional a todas as pessoas que manifestam orientação sexual ou identidade/expressão de gênero diferente dos padrões heteronormativos, mesmo pessoas que não são LGBTI+, mas que são percebidas como tais. A LGBTfobia, portanto, transcende a hostilidade e a violência contra LGBTI+ e se associa a pensamentos e estruturas hierarquizantes relativas a padrões relacionais e identitários de

gênero, a um só tempo sexistas e heteronormativos (adaptado de JUNQUEIRA, 2007). Consiste em um problema social e político dos mais graves, que varia de intensidade e frequência, de sociedade para sociedade. Tem sido um conceito guarda-chuva, utilizado para descrever um variado leque de fenômenos sociais relacionados ao preconceito, à discriminação e à violência contra pessoas LGBTI+. Na maior parte das vezes, os fenômenos de intolerância, preconceito e discriminação em relação a gays (homofobia), lésbicas (lesbofobia), bissexuais (bifobia) e travestis e transexuais (transfobia) devem ser tratados não com terapia e antidepressivos, como no caso das demais fobias, mas sim com a punição legal e a educação (ABGLT, 2010). A LGBTfobia também é responsável pelo preconceito e pela discriminação, por exemplo, no local de trabalho, na escola, na igreja, na rua, no posto de saúde, e se reflete na falta de políticas públicas afirmativas que contemplem a comunidade (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009). É importante observar que, além da LGBTfobia, o fenômeno da misoginia também se manifesta nesses contextos, podendo ser definida como discriminação e violência contra mulheres (cis ou trans) ou pessoas designadas como mulher (MONSANTO, 2019).

Ao falar de LGBTfobia, uma das dificuldades encontradas é a falta de estatísticas oficiais. Enquanto governos de vários países se preocupam em levantar dados que ajudem a entender a realidade da comunidade LGBT local, o Brasil toma poucas atitudes nesse quesito. Alguns estados, como o Rio de Janeiro, produzem relatórios sobre violência motivada por LGBTfobia, mas essa não é uma prática comum e não existe em nível federal. Sendo assim, é necessário recorrer ao trabalho de organizações não governamentais para obter dados sobre LGBTfobia no Brasil.

Fundado em 1980, o Grupo Gay da Bahia (GGB)⁵ é uma das principais instituições que levantam tais informações no país. Segundo pesquisa realizada pelo GGB, a cada 20 horas, uma pessoa LGBTI+ morre no Brasil por ser LGBTI+ – ou seja, por conta da LGBTfobia. O grupo também registrou no Brasil, no ano de 2019, 329 casos de morte violenta entre a população LGBTI+: 174 mortes de gays (52,8%), 118 travestis e transexuais (35,8%), 32 lésbicas (9,7%) e 5 bissexuais (1,5%). Destes, 297 homicídios (90,3%) e 32 suicídios (9,8%).

3.5.6 Discursos

Quando falamos de discursos, referimo-nos ao uso da linguagem para comunicar e representar um determinado contexto, entender para quem está se falando, sobre o que se fala

⁵ Grupo Gay da Bahia: é a mais antiga associação de defesa dos direitos humanos dos homossexuais no Brasil. Informação disponível em: <<https://grupogaydabahia.com.br/>>. Acesso em: 28 dez. 2020.

e, principalmente, entender quem e de onde está sendo falado. Para começar, precisamos entender que não existe uma perspectiva verdadeira de onde o conhecimento é produzido, porém, nos discursos do dia a dia, algumas vozes são mais ouvidas do que outras, por conta do lugar de onde elas falam. A filósofa Djamila Ribeiro conceitua dois termos principais relacionados ao discurso: representatividade e lugar de fala (CANAL CURTA!, 2017).

O que é representatividade: representatividade é a propriedade de fala que algumas pessoas têm sobre opressões que elas vivenciam. A representatividade é usada para dar visibilidade ao discurso das pessoas que sofrem algum tipo de opressão. Por exemplo, uma pessoa negra tem propriedade para falar sobre sofrer racismo, porque ela vivencia isso em seu cotidiano.

O que é lugar de fala: é uma localização social, um ponto de partida, demarcado não pelas nossas experiências individuais, mas por nossa condição social, por um local de poder. No caso dos LGBTI+, por exemplo, a identidade de gênero e a orientação sexual são uma forma de demarcação desse local. O lugar de fala consiste, então, em demarcar um lugar a partir das condições sociais de um determinado grupo, reconhecer essa localização como legítima e falar a partir dela. Por exemplo, uma travesti pode não se sentir representada por uma mulher cisgênero, mas essa mulher cisgênero pode se responsabilizar e pensar criticamente sobre a situação da travesti, a partir do lugar que ela ocupa. Tanto a representatividade quanto o lugar de fala são essenciais para discutirmos as pautas LGBTI+.

3.5.7 Interseccionalidade na luta LGBTI+

Uma forma de compreender o conceito de interseccionalidade, quando relacionado a questões de identidade, pode ser através da expressão “uma coisa não exclui a outra”. Existem inúmeras formas de relacionar marcadores como raça, classe, gênero, identidade sexual e uma série de outras categorizações sociais, que não são binárias e que, na maioria das vezes, são impostas por grupos para exercer poder sobre determinados sujeitos. Diante dessa complexidade, é produtivo pensar através da noção de interseccionalidade: as pessoas são plurais e questões de gênero, raça e orientação afetivo-sexual também devem ser consideradas para entender as suas vulnerabilidades e necessidades e promover políticas públicas para a população. Afinal, as necessidades de um homem gay branco cis de classe média são bem diferentes das de uma mulher trans negra da periferia.

A discussão da interseccionalidade surge no contexto do feminismo negro. Akotirene (2018) afirma que as feministas negras, descontentes com o feminismo branco e com o

movimento negro (este reproduzindo as estruturas de opressão do patriarcado enquanto aquele reproduzia racismo), passam a defender uma análise da interação das estruturas de poder na sociedade e a sua reprodução dentro dos movimentos sociais. O termo foi cunhado pela jurista americana Kimberlé Crenshaw e se popularizou após a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, no ano de 2001 (AKOTIRENE, 2018). Nesta visão, Crenshaw trabalha com o conceito de “avenidas identitárias”, uma analogia para explicar a interação entre as diferentes formas de opressão:

A imagem que ela oferece é a de diversas avenidas, em cada uma das quais circula um desses eixos de opressão. Em certos lugares, as avenidas se cruzam e a mulher que se encontra no entrecruzamento tem que enfrentar simultaneamente os fluxos que confluem, oprimindo-a (PISCITELLI, 2008, p. 267).

Sob o ponto de vista racial, Akotirene (2018) ressalta a inseparabilidade do feminismo negro e das identidades diversamente construídas:

O feminismo negro dialoga concomitantemente entre/com encruzilhadas, digo, avenidas identitárias do racismo, cisheteropatriarcado e capitalismo. O letramento produzido neste campo discursivo precisa ser aprendido por Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer e Intersexos (LGBTQI), pessoas deficientes, indígenas, religiosos do camdomblé e trabalhadoras. Visto isso não podemos mais ignorar o padrão global basilar e administrador de todas as opressões contra mulheres, construídas heterogeneamente nestes grupos [...] (AKOTIRENE, 2018, p. 18).

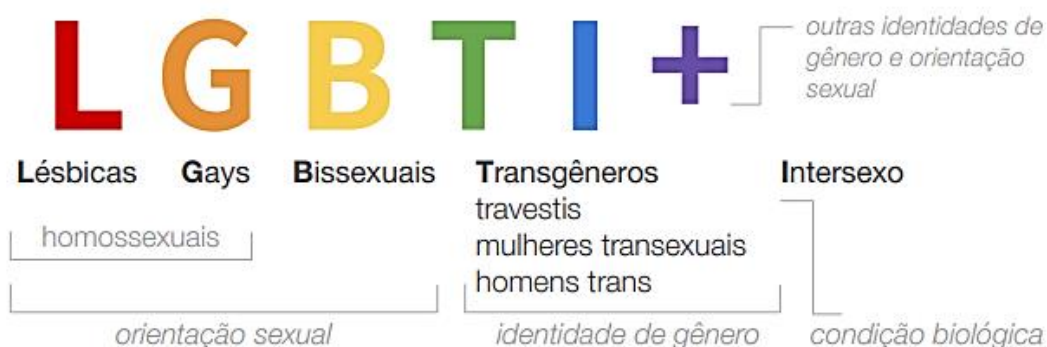
Portanto, desconsiderar o atravessamento dos marcadores sociais, que pode aumentar a vulnerabilidade da população LGBTI+, é ter um olhar míope sobre essas populações e, conseqüentemente, torna a sociedade menos democrática.

3.5.8 Entendendo a Sigla LGBTI+

Uma das siglas mais populares no mundo moderno é LGBTI+, mas muitas pessoas desconhecem por completo o significado que ela transmite. Para entender o que significa LGBTI+, é preciso conhecer um pouco da história da comunidade alternativa, antigamente chamada de comunidade gay. O termo está muito relacionado a questões envolvendo sexualidade e gênero. Pessoas que não se identificavam com o padrão social de sexualidade sempre foram oprimidas ao longo da história. É que no mundo, principalmente em sua parcela ocidental, prevalece o conceito de heteronormatividade. Qualquer forma de sexualidade que fuja desse “padrão” tende a ser oprimida.

Há algumas décadas, as pessoas que sofriam com a falta de identidade com o gênero biológico eram classificadas e rotuladas como gays. O termo era utilizado de forma indiscriminada, para qualquer pessoa cujo comportamento sexual fosse diferente do padrão heterossexual. Homossexuais, bissexuais e lésbicas eram todos designados pela mesma expressão. Com o passar dos anos, a comunidade de pessoas com interesses sexuais e afetivos diversos começaram a se organizar e a lutar pelos seus direitos, em busca de reconhecimento social e respeito, assim como qualquer outra pessoa. Diante das primeiras conquistas do movimento organizado, a sigla LGB (Lésbicas, Gays e Bissexuais) foi cunhada, dando mais visibilidade a esse grupo. Cada letra da sigla possui um significado específico (Figura 2).

Figura 2 – Significado da sigla



Fonte: YAMAGUCHI; BARCELLOS, 2018.

O “L”, primeira letra da sigla, designa as lésbicas, que são as mulheres cisgênero ou transgênero que se relacionam afetiva e sexualmente com pessoas do gênero feminino. No passado, era comum que essa letra viesse em segundo lugar, como na sigla GLS. Com o passar dos anos, esse grupo foi priorizado na ordem, por precisar de mais visibilidade.

Os gays são representados pela letra “G”, referindo-se aos homens cisgênero ou transgênero que se relacionam afetiva e sexualmente com pessoas do gênero masculino. Eventualmente é utilizado para mulheres lésbicas.

Os bissexuais, por sua vez, estão representados pela letra “B”, terceira da sigla. Trata-se das pessoas que se relacionam afetiva e sexualmente com pessoas dos gêneros masculino e feminino.

Os transexuais, representados pela letra “T”, são pessoas cuja identidade de gênero difere da que consta em seus registros de nascimento. Elas procuram, através de procedimentos

médicos e mudanças de estilo, fazer a transição para o gênero desejado. Nesse grupo também estão inseridos as travestis e as pessoas transgênero.

O “I”, para os intersexuais, pessoas que nascem com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como sendo tipicamente masculinos ou femininos (GLAAD, 2016).

Na atualidade, são vários os ativistas que atuam em lutas como a de gênero e sexualidade, buscando maior respeito e consideração por parte da sociedade. Muitos acreditam que a sigla LGBTI+ não engloba todas as possibilidades, já que o leque de posicionamentos sexuais e de gênero é muito amplo. Com isso, novas letras foram acrescentadas à sigla, como o “Q”, para designar as pessoas que se identificam como *queer*, questionando a identidade sexual; o “A”, para assexuais ou simpatizantes e; o sinal de “+”, para qualquer pessoa que não tenha sido contemplada com as letras anteriores. A sigla final, aceita atualmente, é LGBTQIA+.

Outro grande símbolo do movimento, além da sigla, é a bandeira LGBTI+ representada na Figura 3, com suas várias cores, seus significados e a sua relação com a luta pela diversidade. A criação da bandeira é creditada ao artista plástico Gilbert Baker, que, junto ao ativista Cleve Jones, desenhou o modelo ainda utilizado no ano de 1997 (REIS, 2018).

Figura 3 – Bandeira LGBTI+



Fonte: Pinterest, 2021.

As cores estão divididas em listras horizontais, o que faz com que a bandeira seja muito parecida com o arco-íris. Inicialmente eram oito cores, das quais apenas seis permanecem em uso na bandeira. O significado das cores da bandeira LGBTI+ está muito relacionado aos

interesses e ideais compartilhados pelas pessoas que compõem essa comunidade. Valores como liberdade e força estão presentes na bandeira. As seis cores atualmente utilizadas são: roxo, azul, verde, amarelo, laranja e vermelho. Rosa e turquesa já fizeram parte do desenho, totalizando oito cores. Tais cores foram removidas por uma questão comercial, em razão dos custos para a produção da bandeira em tecido. A versão atualmente utilizada é mais “comercial”, para contornar a disponibilidade de tecido (REIS, 2018).

Significado das cores da bandeira LGBTI+:

Roxo – Significa o espírito, o desejo de vontade e a força;

Azul – Significa as artes e o amor pelo artístico;

Verde – Simboliza a natureza e o amor por ela;

Amarelo – Simboliza o sol, a luz e a claridade da vida;

Laranja – Simboliza a cura e o poder;

Vermelho – Significa o fogo, a vivacidade.

Cores da bandeira LGBTI+ antigas:

Rosa – Simboliza o sexo e o prazer carnal;

Turquesa – Simboliza a harmonia e a pacificação.

Cada cor é dotada de grande simbolismo, fazendo referência aos ideais, princípios e interesses das pessoas abarcadas por essa comunidade. O significado das cores da bandeira mostra o quão importante esse símbolo é na luta pela diversidade e liberdade das pessoas para seguirem suas próprias convicções, orientações sexuais e de gênero. Vale a pena ter em mente o que significam as cores da bandeira, para lembrar que essa causa é justa. O mundo moderno está cada vez mais plural, com espaço para o desenvolvimento de todas as formas de individualidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredito que ideais pessoais, dentre os quais se destacam vivências e práticas profissionais humanizadas, foram os fatores que me motivaram a cursar a Pós-Graduação em Estudos de Gênero. Entendo que a qualificação proporcionada pelo curso pode vir a contribuir para me tornar um indivíduo mais esclarecido e engajado, para que eu possa colaborar efetivamente na busca de um sistema mais justo e lutar contra as opressões de todo tipo – opressões essas que vivenciamos cotidianamente.

A falta de informações a respeito das singularidades da população LGBTI+ acaba provocando uma exclusão sistemática dessas questões na formulação das políticas públicas. Nesse cenário, os serviços de saúde devem ter equipes de profissionais capacitados para o atendimento à população LGBTI+ em geral, garantindo o acesso com qualidade, sem discriminação ou preconceito.

Este projeto busca estimular discussões sobre o tema, dando visibilidade às iniquidades, e fomentar a criação de espaços igualitários livres de discriminação dentro dos serviços de saúde. A importância das rodas de conversa como instrumento de educação em saúde para os profissionais de saúde, sendo este um modo mais descontraído de informar e que estimula a participação dos trabalhadores. Desta forma, facilita-se a absorção dos conhecimentos acerca dos temas abordados, em conjunto com a troca de saberes durante os encontros. Essa prática torna a conversação um método essencial para o esclarecimento das questões abordadas.

Com base na bibliografia consultada, observa-se a ausência de discussões que abordem os preconceitos contra a população LGBTI+, sejam eles usuários ou profissionais. É fato que a vivência da discriminação em todos os seus aspectos interfere profundamente na construção das identidades, na produção laboral e, por conseguinte, na saúde das pessoas. Por isso, torna-se imprescindível que os impactos sociais do preconceito sejam expostos e que medidas efetivas sejam tomadas para o seu rompimento; inicialmente, dentro dos espaços profissionais e, quem sabe um dia, na sociedade em geral.

Sendo assim, é válido acreditar que a educação em saúde dentro dos serviços de saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, é uma ferramenta essencial para a prevenção, orientação e desmistificação de conceitos e tabus que muitas vezes acabam desacreditando a população LGBTI+.

REFERÊNCIAS

ABGLT – Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Manual de Comunicação LGBT**. Curitiba: ABGLT, 2010.

AKOTIRENE, C. **O que é Interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento - Justificando, 2018.

BARATA, R. B. Relações de Gênero e Saúde: desigualdade ou discriminação? In: _____. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 73-99.

BARRETO, A.; ARAÚJO, L.; PEREIRA, M. E. (Org.). **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais** - livro de conteúdo. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001.

BERBEL, N. A. N. (Org.) **Metodologia da Problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: EDUEL, 1999.

BERBEL, N. A. N. (Org.). **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: EDUEL, 2012.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BORRILLO, D. **Homofobia: história e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 45. ed. São Paulo: Saraiva, 2011b.

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.

CADERNO GLOBO 12. **Corpo**: artigo indefinido. São Paulo: Globo Comunicação e Participantes S.A., 2017.

CALDERARO, F.; FERNANDES, B.; MELLO, L. Cidadania TTLBG e o direito à saúde no Brasil. In: ROCHA, D. et al. (Org.). **Diversidade e equidade no SUS**: parceria universidade e educação popular. Goiânia: Cãnone, 2008, p. 57-68.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em Instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANAL CURTA!. **Curta! Livros | O que é lugar de fala?** Mountain View: Google, 2017. (3 min 53 s). Disponível em: <<https://bit.ly/369b1Id>>. Acesso em 16. dez. 2020.

COMISSÃO DE TRABALHO, ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇO PÚBLICO. **Especial LGBTfobia e Racismo**. Câmara dos Deputados. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3pevinp>>. Acesso em: 29 ago. 2020.

CONSULTORIA SANTOS CAOS. **Demitindo preconceitos**. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2LQLyFT>>. Acesso em: 7 jul. 2020.

COSTA, C. L.; ÁVILA, E. Glória Anzaldúa, a consciência mestiça e o “feminismo da diferença”. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 691-703, set./dez. 2005.

COSTA JUNIOR, A. G.; COSTA, C. E. M. Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **História e-História**, fev. 2014.

CUT-SC. As dificuldades da inserção da Comunidade LGBTI no mercado de trabalho. **Central Única dos Trabalhadores CUT-SC**. Florianópolis, 29 jun. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3af3BEL>>. Acesso em: 20 out. 2020.

FIOCRUZ. **Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde**. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>>. Acesso em: 22. set. 2020.

GARCIA, A; SOUZA, E. M. Sexualidade e trabalho: estudo sobre a discriminação de homossexuais masculinos no setor bancário. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 6, p. 1353-1377, dez. 2010.

GLAAD. **Media Reference Guide 2016**. New York; Los Angeles: GLAAD, 2016. Disponível em: <<https://www.glaad.org/sites/default/files/GLAAD-Media-Reference-Guide-Tenth-Edition.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2020

GOMES, D. N. B. G.; SILVA, G. K. C. Homofobia no âmbito profissional. In: **Âmbito Jurídico**, São Paulo, 11 set. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3qMOTez>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

HEBL, M. R.; GRIFFITH, K. H. The disclosure dilemma for gay men and lesbians: “coming out” at work. **Journal of Applied Psychology**, Washington DC, v. 87, n. 6, p. 1191-1199, 2002.

JESUS, Jaqueline Gomes de. Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos. Brasília: Autor, 2012.

JUNQUEIRA, R. O reconhecimento da diversidade sexual e a problematização da homofobia no contexto escolar. In: SEMINÁRIO: CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE: DISCUTINDO PRÁTICAS EDUCATIVAS, 3., 2007. Rio Grande. **Anais...** Rio Grande, RS: FURG, 2007. p. 60-63.

KINSEY, A. C; POMEROY, W. B; MARTIN, C. E. **Sexual Behavior in the Human Male**. Philadelphia; London: W. B. Saunders Co., 1948.

MAYER, D. E. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G; NECKEL, J; GOELLER, S. (Org). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo em educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MEDEIROS, M. O trabalhador homossexual: o direito a identidade sexual e a não discriminação no trabalho. In: POCAHY, F. (Org.). **Rompendo o silêncio: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea. Políticas, teoria e atuação**. Porto Alegre: Nuances, 2007, p. 81-90.

MELLO, Luiz et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011.

MONSANTO. **Aliança LGBTI**. Cartilha: Monsanto Brasil. (n.d.)

NEUTROIS.COM. **Gender Concepts**. [201-?]. Disponível em: <<http://neutrois.com/definitions/concepts/>>. Acesso em: 21 set. 2019.

ONU BRASIL. **#Faces: ONU pela diversidade LGBT e luta contra homofobia**. Mountain View: Google, 2015. (2 min 12 s). Disponível em: <<https://bit.ly/3c6ZRaJ>>. Acesso em: 22 dez. 2020.

PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v, 11, n. 2, p. 263-74, jul./dez. 2008.

PRADO, M. L.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; REIBNITZ, K. S. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Processo educativo em saúde**. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

PRINCÍPIOS de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Yogyakarta, Indonésia, 2006.

PROMOÇÃO dos Direitos Humanos de pessoas LGBT no Mundo do Trabalho. 2. ed. Brasília: OIT/UNAIDS/PNUD, 2014.

REIS, T. (Org.). **Manual de Comunicação LGBTI+**. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018.

RIOS, R. R. O conceito de homofobia na perspectiva dos direitos humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito e discriminação. In: POCAHY, F. (Org.). **Rompendo o silêncio: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea**. Políticas, teoria e atuação. Porto Alegre: Nuances, 2007, p. 27-48.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, jul./dez, 1990.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. 2005, p. 43-73.

SOUTO, K. M. B. Representações sobre corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/AIDS. **Sociedade e estado**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 611-611, 2010.

SOUTO, K. M. B. **Gênero e Identidade de Gênero na dimensão de corpo**. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/3oeXzIQ>>. Acesso em: 2 out. 2020.

VARELLA, Drauzio. **Homossexualidade | Coluna #4**. Mountain View: Google, 2014. (3 min 17 s). Disponível em: <<https://bit.ly/39WwwgE>>. Acesso em: 22 dez. 2020.

YAMAGUCHI, L. Y. W.; BARCELLOS, R. (Org.). **Promotores e promotoras da saúde LGBT para profissionais no SUS**. Porto Alegre: UFRGS, 2018.

APÊNDICE A – PANFLETO INFORMATIVO PARA OS ENCONTROS (FRENTE)

A maioria das pessoas já passou por alguma situação em que se sentiu desconfortável, não se encaixando em um modelo padrão imposto pela sociedade, gerando estresses que podem se cronificar.

Além disso, uma rede de apoio (família, amigos, vizinhos) fragilizada gera preconceitos, discriminações, estigma e violência, os quais podem afetar negativamente a saúde mental dessas pessoas, aumentando sintomas depressivos e de ansiedade.

Neste sentido é preciso ficar atento aos primeiros sinais de sofrimento. Você não está sozinho, busque ajuda:


Centro de Valorização da Vida (CVV). Telefone: 188 (ligação gratuita)


Espaço Transcender (LGBTQI+). Telefone: (55) 39217028 / (55) 3921109



Elaborado por:

Maiquel Francisco dos Santos Rios
Enfermeiro
Especialista em Estudos de Gênero (UFSM)




Encontros da Diversidade: discutindo as especificidades da População LGBTI+ nos serviços de saúde.



APÊNDICE B – PANFLETO INFORMATIVO PARA OS ENCONTROS (VERSO)



Este material foi desenvolvido como parte integrante do projeto de intervenção "Encontros da Diversidade" com o objetivo de informar e reduzir o estigma e a discriminação com a população LGBTI+ nos ambientes profissionais.

Entenda melhor os conceitos...


Orientação sexual: 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. Exemplo: heterossexual, bissexual e homossexual.

Identidade de gênero: é a percepção que a pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou alguma combinação dos dois, independente do sexo biológico. Exemplo: mulher e homem.

Expressão de gênero: é como a pessoa se manifesta publicamente por meio do seu nome, vestimenta, corte de cabelo, comportamento e da forma como interagem com as demais pessoas. Exemplo: feminino, andrógino, masculino.

Sexo biológico: é o que existe objetivamente: órgãos, hormônios e cromossomos. Exemplo: feminino, masculino, intersexual.

Fonte: REIS, T., org. Manual de Comunicação LGBTI+. 2a edição. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018.



Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), nos anos de 2015 e 2017, foram registradas 24.564 notificações de violências contra a população LGBT no Brasil. Assim, tem-se uma média de aproximadamente 22 notificações por dia, cerca de uma notificação por hora.

De acordo com pesquisa do Grupo Gay da Bahia, o Brasil registrou, no ano de 2019, 329 casos de morte violenta entre a população LGBT (174 mortes de gays (52,8%), 118 travestis e transexuais (35,8%), 32 lésbicas (9,7%) e 5 bissexuais (1,5%). Destes, 297 homicídios (90,3%) e 32 suicídios (9,8%).

APÊNDICE C – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DOS ENCONTROS



ENCONTROS DA
Diversidade

**DISCUTINDO AS
ESPECIFICIDADES DA
POPULAÇÃO LGBTI+ NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE**

**PÚBLICO ALVO: PROFISSIONAIS DA
UNIDADE PSICOSSOCIAL PAULO
GUEDES | HUSM**

**DIA 28/06/2021 ♦ HORA 8H30MIN
SALA DE REUNIÕES PG**

*“Conhecimento para
diminuir o preconceito!”*

REALIZAÇÃO

