



PERIÓDICUS

ISSN: 2358-0844

n. 16, v. 3

out.2021-dez.2021

p. 23-42

# Saúde e população LGBTQIA+: desafios e perspectivas da Política Nacional de Saúde Integral LGBT

*(Health and LGBTQIA+ population:  
challenges and perspectives of the National Policy for Comprehensive Health of LGBT)*

*(La salud y la población LGBTQIA+:  
retos y perspectivas de la Política Nacional de Salud Integral LGBT)*

Luciana Ferrari Gouvêa<sup>1</sup>  
Leonardo Lemos de Souza<sup>2</sup>

**RESUMO:** Este artigo tem por objetivo problematizar aspectos relevantes do SUS na saúde da população LGBTQIA+ e discutir a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), instituída em 2011 pela Portaria nº 2.836, com o objetivo de promover a saúde integral dessa população, na tentativa de eliminar o preconceito e reduzir as desigualdades no atendimento à saúde. Discutimos, ainda, acerca de alguns movimentos da Psicologia sobre tal temática. Utilizaremos como ferramenta metodológica a Genealogia Cartográfica, que sugere a aproximação e complementaridade dos conceitos de genealogia e cartografia propostos, respectivamente, por Michel Foucault, Gilles Deleuze e Félix Guattari, com a intenção de trabalharmos com novas maneiras de se fazer pesquisa em Psicologia e outros saberes. Faz-se necessário o acolhimento dessa população nos serviços de saúde de modo a propiciar maiores vínculos de acesso, legitimação da aplicabilidade da PNSI-LGBT e garantia de direitos à saúde integral, bem como atendimento igualitário para os LGBTQIA+.

**PALAVRAS-CHAVE:** LGBTQIA+. Políticas públicas. Saúde. Psicologia.

**Abstract:** This article seeks to problematize relevant aspects of the Brazilian Unified Health System (SUS) in the health of the LGBTQIA+ population and discuss the National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, and transsexuals (PNSI-LGBT). Instituted by Ordinance no. 2.836 in 2011, this policy aims to promote the integral health of this population in an attempt to eradicate prejudice and reduce health inequalities. Moreover, it also discusses some psychological approaches to this topic. To address new ways of doing research in Psychology and other fields of knowledge, our methodological tool consists of the cartographic genealogy, which suggests the approximation and complementarity of the concepts of genealogy and cartography proposed by Michel Foucault and Gilles Deleuze and Félix Guattari, respectively. Health services must embrace this population, thus providing greater access links, legitimizing PNSI-LGBT applicability, and guaranteeing rights to integral health and equal care for LGBTQIA+ people.

**Keywords:** LGBTQIA+. Public policies. Health. Psychology.

**Resumen:** Este artículo tuvo como objetivo plantear los aspectos relevantes del Sistema Único de Salud (SUS) en la salud de la población LGBTQIA+, así como discutir la Política Nacional de Salud Integral para Lesbianas, Gais,

1 Mestra em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/Assis). Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/Assis). E-mail: lucianafgouvea@gmail.com.

2 Professor Associado da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/Assis). Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Livre Docente em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/Assis). E-mail: leonardo.lemos@unesp.br.



Artigo licenciado sob forma de uma licença Creative Commons [Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). (CC BY-NC 4.0)

Recebido em 08/09/2019

Aceito em 28/04/2021

Bisexuales, Travestis y Transexuales (PNSI-LGBT), instituida bajo la Ordenanza no 2.836 de 2011, con el fin de promover la salud integral de esta población al combatir los prejuicios y reducir sus desigualdades en la asistencia sanitaria. Además, se trataron algunos movimientos de Psicología sobre este tema. Se utilizó como método la Genealogía Cartográfica, que realiza una aproximación y complementariedad con los conceptos de genealogía y cartografía propuestos por Michel Foucault, Gilles Deleuze y Félix Guattari, para trabajar con nuevas formas de hacer investigación en Psicología y en otros campos del conocimiento. Es necesario acoger a esta población en los servicios sanitarios con el fin de brindarles mayor acceso, legitimar la aplicabilidad del PNSI-LGBT y garantizar los derechos a la salud integral, así como una atención igualitaria a las personas LGBTQIA+.

**Palabras clave:** LGBTQIA+. Políticas públicas. Salud. Psicología.

## 1 Introdução

A Quando falamos sobre saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexos, Queer, Assexuais e outras/os (LGBTQIA+)<sup>3</sup>, enfatizamos a necessidade de ampliar a discussão concernente à garantia da saúde dessa população na utilização dos serviços de saúde por meio do acolhimento e atendimento dignos, levando em consideração as demandas e especificidades que englobam as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, intersexos, queer, assexuais, entre outras/os. Com isso, propõe-se discutir algumas diretrizes para a produção de conhecimento a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) e problematizar quais os direcionamentos éticos e políticos implicados na incorporação e implantação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT)<sup>4</sup> no cotidiano dos serviços em saúde para essa população.

Tal discussão a respeito desses direitos também é norteadada pelos conceitos de Universalidade, Integralidade e Equidade<sup>5</sup> – que são princípios e diretrizes do SUS – com a intencionalidade de lutar pela autonomia, pelo conhecimento de direitos e conscientização sobre o cuidado em saúde integral por meio da divulgação e discussão de políticas públicas.

A PNSI-LGBT foi instituída em 2011, pela Portaria nº 2.836, com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBTQIA+, na tentativa de eliminar o preconceito contra essa população, contribuindo para a redução das desigualdades, atenção às especificidades e a consolidação do SUS como um sistema universal, integral e equitativo. Sendo assim, no que se refere à PNSI-LGBT:

A Política LGBT marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos. (BRASIL, 2011, p. 10)

3 No momento da elaboração e efetivação da referida política, o termo LGBTQIA+ não era comumente utilizado. Utilizaremos o termo LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) quando nos referirmos ao nome da política. Nas demais referências, utilizaremos o termo LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexos, Queer, Assexuais e outras/os) para contemplar as diversas orientações sexuais e identidades de gênero.

4 Para facilitar a leitura, utilizaremos a sigla PNSI-LGBT para referenciar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

5 Os princípios do SUS estão regulamentados na Constituição Federal de 1988 e reafirmados no capítulo II, artigo 7º da Lei nº 8.080/1990.



Mesmo com o embasamento de uma Política que direciona o acolhimento em saúde e atendimento equânime e integral à população LGBTQIA+, é preciso fomentar os estudos a respeito dessa temática e da implementação dessa Política de forma abrangente no território nacional. Com tantos discursos de ódio e preconceito vivenciados em nossa sociedade em relação a essa população, comumente observa-se a falta de incorporação dos LGBTQIA+ em serviços de saúde, por medo, vergonha de possíveis retaliações, desconhecimento da política ou até mesmo pela falta de legitimação do direito de aparecer e ocupar esses espaços enquanto pessoas empoderadas de direitos.

Diante desses questionamentos, torna-se relevante a construção de estudos e vivências a respeito da saúde da população LGBTQIA+ para o entendimento e conhecimento dos serviços de saúde oferecidos a essa população, bem como para propiciar maiores vínculos de acesso nesses serviços, legitimando a implementação da PNSI-LGBT, que emerge em defesa da busca por direitos e cuidados em saúde integral para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, e enfrentando preconceitos e estigmas marcados em relação a essa população.

## 2 Ferramenta metodológica

Para o processo de elaboração deste artigo, utilizaremos a genealogia cartográfica (LE MOS et al., 2015) como ferramenta metodológica e disparador de discussões concernentes à PNSI-LGBT, bem como seu conhecimento pela população e trabalhadores da Atenção Básica, e as efetivas ações e repercussões da política em pauta para a garantia de direitos à saúde integral da população LGBTQIA+.

A genealogia cartográfica sugere a aproximação e complementaridade do conceito de genealogia e cartografia propostas, respectivamente, por Michel Foucault, Gilles Deleuze e Félix Guattari. É claro que a proposição não tem a finalidade de construir um novo método, mas sim de expandir para outros rumos, criar novas maneiras de se fazer pesquisa em Psicologia e outros saberes. Sendo assim, “a possibilidade de experimentação do acoplamento cartografia-genealogia é, portanto, aberta pelos próprios autores na medida em que não tiveram a intenção de propô-las enquanto métodos cristalizados”. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011, p. 454)

Por meio dos estudos e escritos de Michel Foucault (1979, 2004) acerca da genealogia, há a explanação e análise das linhas de forças<sup>6</sup> que estão dadas na constituição de determinados

<sup>6</sup> Segundo Deleuze (1990, p. 156): “[...] um dispositivo implica linhas de forças. Pareceria que estas foram situadas nas linhas precedentes de um ponto singular a outro; de alguma maneira, elas “retificam” as curvas anteriores, traçam tangentes, envolvem os trajetos de uma linha com outra linha, operam idas e vindas entre o ver e o dizer e inversamente, agindo como setas que não cessam de penetrar as coisas e as palavras, que não cessam de conduzir à batalha. A linha de forças produz-se “em toda a relação de um ponto a outro” e passa por todos os lugares de um dispositivo. Invisível e indizível, esta linha está estreitamente mesclada com outras e é, entretanto, indistinguível destas. É a linha que corresponde a Foucault [...]. Trata-se da “dimensão do poder”.



estudos ou objetos, sendo que sua problematização acontece por meio da desconstrução dessas forças instituídas, rígidas e cristalizadas. A genealogia busca a desnaturalização dos objetos e o apontamento de como são historicamente construídos. Segundo Machado (1979): “a genealogia não se interessa apenas por entender como os saberes se transformam ao longo do tempo, mas também por que essas transformações ocorrem, evidenciando as relações de poder subjacentes à produção do saber”.

A genealogia baseia-se, ainda, nas concepções de gênese e descontinuidade. Não se trata da ideia de gênese enquanto origem ou início, como o próprio Foucault contrapõe: “Ela (a genealogia) se opõe à pesquisa de origem”<sup>7</sup>. (FOUCAULT, 1979) Em vez disso, trata-se de possibilidades de emergência, considerando a existência de um campo de forças, que se aproxima da pesquisa de proveniência e pesquisa da emergência. Ou seja,

[...] a análise da proveniência busca não uma identidade ou unidade, mas as marcas sutis, múltiplas e dispersas que remetem à construção do objeto. A pesquisa da emergência também se distancia da pesquisa de origem ao enfatizar as forças presentes em determinado contexto e o modo como elas atuam na produção de um determinado objeto. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011, p. 454)

Com a crítica à origem, há ainda, a noção de descontinuidade para a análise histórica, abrindo as vias desviantes e o caráter de exterioridade dos acidentes para, assim, não seguir uma simples sucessão de fatos, uma linearidade ou progresso, mas apresentar mudanças das práticas e saberes ali exercidos.

Juntamente com a genealogia, usaremos a cartografia – utilizada por Deleuze e Guattari (1995) – como um dos princípios do conceito de rizoma, e que posteriormente tornou-se um método de pesquisa-intervenção, propondo a reinvenção constante do campo por meio da manifestação das suas diversas facetas, da criação de novos sistemas, tomar algo no seu processo de produção e transformação e não apenas como uma cópia de manifestações já existentes, conforme apontado a seguir:

Para os autores [Deleuze e Guattari], em virtude de sua ênfase na manifestação das multiplicidades, ela se diferencia do decalque, já que este, ao colar formas pré-existentes no que surge como novo, reproduz sistemas de entendimento, ignorando aspectos singulares. (LEMOS et al., 2015, p. 213)

Muito diferente da ideia de um mapa estático e fixo, a cartografia engloba um amplo campo de multiplicidades, onde há suporte para novas coordenadas de leitura e interpretação da realidade, não ficando restrito apenas ao produto final, mas sim com atenção ao processo de construção desse objeto. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011)

---

7 Para Foucault (1979 apud ZAMBENEDETTI; SILVA (2011, p. 455-456): “A pesquisa de origem busca na história a origem ou aparecimento de um determinado objeto, remetendo sua identidade ao seu ponto de surgimento ou até mesmo à pessoa que o criou”.



Tanto na genealogia como na cartografia temos o processo enquanto fenômeno primordial para a pesquisa, buscando as linhas de força e linhas de fuga e como se manifestam dentro de um processo.

Nesse sentido, temos uma aproximação entre as abordagens cartográfica e genealógica, já que ambas se interessam em constituir um diagrama de forças, buscando entender como estas se agenciam na constituição de uma determinada forma. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011, p. 457)

Portanto, atrelaremos a ideia de historicidade da genealogia e da cartografia pois ambos os autores criticam a abordagem histórica tradicional. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011) Na genealogia há o deslocamento de algumas verdades que já estão historicamente cristalizadas, por meio de questionamentos e análises de determinadas práticas de saber-poder. É nesse ponto que ambas convergem, pois Deleuze enfatiza o aprisionamento causado pela história enquanto fato dado, sem olhar suas ramificações e novas configurações, isto é,

Esse é o que consideramos o ponto nodal de aproximação e complementaridade da leitura deleuzeana e foucaultiana sobre a noção de tempo e sua implicação metodológica: mais do que retirar da história a efetuação do acontecimento em estados de coisas, trata-se de dar visibilidade às forças, suas virtualidades, riscos e possibilidades de criação. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011, p. 459)

É importante ainda apontar que o uso desses dois conceitos como aporte metodológico se faz de forma concomitante e complementar, sem usar tais conceitos como verdades cristalizadas, rígidas e já prontas, mas sim em processo de construção do seu modo de pensar-fazer e de sua constituição.

### 3 Contextualizando o Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se como sistema público de saúde do Brasil, instituído no final dos anos 1980 por meio da luta por uma saúde equânime, integral e que abrangesse as necessidades e demandas de saúde de toda a população. Para melhor compreensão a respeito da criação do SUS, é necessário saber que este foi constituído por meio da movimentação de várias organizações públicas e privadas em diferentes períodos históricos.

Segundo Paim et al. (2011), no início do século XX tivemos o aparecimento de muitas campanhas com moldes parecidos aos militares, implementando atividades de saúde pública. Esses traços militares de autoritarismo nessas campanhas fomentaram a Revolta da Vacina (1904), com grande resistência à vacinação obrigatória contra a varíola, na época sancionada por Oswaldo Cruz (que na época era Diretor Geral de Saúde Pública). Nas décadas de 1920 e 1930 a intervenção do Estado na área social foi efetivada e os direitos civis e sociais foram vinculados à posição social no mercado de trabalho. Durante o governo de Vargas (1930-45) e dos militares,



houve grande crescimento do movimento sindical e, também por meio dessa luta sindical, o sistema de proteção social se expandiu – tornando-se desigual – além da gestão do sistema ser realizada sem nenhuma participação da sociedade. Essa expansão de ações sociais resultou na criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (em 1930) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) por meio do financiamento tripartite entre Estado, empregador e empregado, ligados às classes trabalhadoras. Já o sistema de saúde era composto por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social. Com o acometimento do golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionam a expansão de um sistema de saúde privatizado. Entre os anos 1970 e 1974, o governo federal investiu recursos financeiros para a reforma e construção de hospitais privados, ocasionando que a oferta da saúde ficou a cargo dos sindicatos e as instituições filantrópicas entraram nesse processo, oferecendo assistência em saúde para trabalhadores rurais. Também temos, nesse período, a expansão dos planos privados de assistência à saúde por meio da substituição dos subsídios que eram oferecidos às empresas para a assistência médica aos seus empregados por descontos no imposto de renda.

O setor de saúde no Brasil precisava de uma reforma, mas esta aconteceu de forma muito diferente em comparação a outros países, que questionavam a manutenção do bem-estar social. No Brasil, a proposta de uma reforma teve seu início nos anos 1970 e foi estruturada em meio ao processo de luta pela redemocratização, pela iniciativa de diversos setores da sociedade (que englobava movimentos de base até a classe média e sindicatos). Esse movimento defendia a saúde como uma questão social e política, e não mais como exclusivamente ligada ao biológico e que só seria resolvida com os serviços médicos. Muitos profissionais da saúde, professores de saúde pública e pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência se juntaram na luta dos movimentos de base e sindicatos. Em 1976, foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), fato que ajudou a organizar o movimento da reforma sanitária e deu forças à formação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, ambas servindo como aparato institucional das reformas. Então, o movimento da reforma sanitária ganhou corpo e juntou forças com parlamentares progressistas, gestores de saúde municipal e outros movimentos sociais. A partir de 1979, foram realizadas reuniões de gestores e técnicos municipais e no ano seguinte, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). (PAIM et al., 2011)

Um dos marcos do Movimento da Reforma Sanitária é evidenciado pela grande adesão de diferentes grupos de pessoas, com diversos objetivos e pela luta à diminuição das injustiças



sociais e ela foi grande impulsionadora para a invenção e implementação do SUS e de outros direitos.

Esse Movimento pode ser entendido como um movimento social de novo tipo, pois foi se compondo como Bloco Político, em alguma medida, conseguindo agregar diferentes grupos de interesse, com distintas origens sociais, gêneros e etnias em torno de um projeto comum: direito à saúde, SUS e democracia. (CAMPOS, 2018, p. 1710)

Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde que aprova o conceito da saúde como direito do cidadão e esboça os fundamentos que, posteriormente, serviriam como base para o SUS, apoiando-se em estratégias que permitam a coordenação, integração e transferência de recursos entre instituições de saúde nos três níveis: municipal, estadual e federal. Na Assembleia Nacional Constituinte, que ocorreu em 1987-1988, o Movimento da Reforma Sanitária garantiu a aprovação da reforma, mesmo com grande oposição de parte do setor privado, que estava insatisfeito com sua possível perda caso fosse instaurada uma assistência à saúde de forma pública. (PAIM et al., 2011)

Mesmo diante da instabilidade econômica do país, da retração dos movimentos sociais e da proliferação da ideologia neoliberal, o SUS foi aprovado na Constituinte de 88, por meio de muita luta do movimento da reforma sanitária e foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei nº 8.080/1990, que aponta diretrizes de operacionalização do atendimento público da saúde, bem como dispõe sobre a gestão participativa e controle social do Estado pela sociedade, pontos que foram novidades em uma lei relacionada à saúde, além de reforçar a ideia de que saúde é um direito de todos e dever do Estado. (CAMPOS, 2018) Ao longo das últimas três décadas, o Movimento se enfraqueceu em função da crescente predominância do trabalho dentro do Estado e pela crise de representatividade dos partidos e movimentos sociais, mesmo os que apoiavam o SUS.

Um dos principais aspectos do SUS são os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), colocando a saúde não apenas no patamar físico ou fisiológico, mas levando em consideração aspectos sociais e psicológicos como fatores fundamentais para o bem-estar e qualidade de vida.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990, p. 18055)

Ao considerarmos os DSS, assumimos que nossa saúde é pautada também em critérios de cunho social e econômico que nos encontramos. Também podemos considerar como DDS os fatores econômicos, culturais, étnicos/raciais, de orientações sexuais e identidades de gêneros, psicológicos e comportamentais como atravessamentos que influenciam a ocorrência de



problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como alimentação, educação, acesso a bens e serviços, moradia, renda e emprego. Sendo assim, o preconceito e estigma vivenciados, na maioria das vezes, pela população LGBTQIA+ se caracterizam como fatores que contribuem para seu adoecimento, corroborando a necessidade de considerarmos tais aspectos no processo de prevenção à saúde.

No capítulo II da Lei nº 8.080/1990 encontram-se as diretrizes e princípios que norteiam o SUS, tais como: 1. universalidade de acesso aos serviços de saúde; 2. integralidade de assistência para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; 3. preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; 4. igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; 5. direito à informação sobre sua saúde; 6. divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; 7. utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; 8. participação da comunidade; 9. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; 10. integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; 11. conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; 12. capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e 13. organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A participação ampla da sociedade civil na formulação e efetivação de uma lei traz à tona características com viés democrático, defendida pela Reforma Sanitária. Muitas foram as estratégias, tais como princípios e diretrizes que norteiam a aplicabilidade do SUS e seus serviços à população.

Para orientar este ativismo político e profissional, O Movimento foi produzindo teoria, metodologias e estratégias de intervenção inovadoras e em acordo com diretrizes do SUS. Várias destas elaborações críticas se transformaram em Políticas Nacionais do SUS. Para citar as mais notórias: Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Controle da AIDS/DST, Política Nacional de Atenção Básica, de Atenção Hospitalar, de Saúde Bucal, de Urgência e Emergência, Humaniza/SUS, de Educação Permanente, entre outras. (CAMPOS, 2018, p. 1710)

Conforme citação, Campos (2018) fala que a criação de Políticas Nacionais do SUS fortalece o ativismo e protagonismo social e que essa característica é essencial para as manifestações públicas, por meio da aproximação do Movimento da Reforma Sanitária com a maioria da sociedade brasileira. Mas essa tarefa não é fácil, tendo em vista o enfraquecimento dos setores populares.





Diante desse cenário atual, com a desarticulação cada vez maior do SUS e dos movimentos sociais, Campos (2018) sugere que há a necessidade de levantar e apontar os problemas do SUS, e ao mesmo tempo, sugerir estratégias de enfrentamento e superação a esses problemas. Para isto, é fundamental se radicalizar e estender o esforço tanto para financiamento adequado, quanto para mudança dos modelos de atenção, para a humanização e para a gestão participativa. A criação do SUS proporcionou um endossamento nos manifestos de ação, de autonomia da sociedade civil e de controle e participação social para a busca e garantia pelo direito universal à saúde, bem como suas Políticas Nacionais têm o papel de serem ferramentas dessas lutas, aproximando algumas demandas específicas rumo à sua real e efetiva garantia de direitos. A mudança ocorre no dia a dia, no acolhimento e na prestação de serviços daquele profissional da saúde, na participação da população em Conselhos Municipais de Saúde, no micro, na defesa do SUS por meio das nossas ações e do controle e acompanhamento das ferramentas que ele nos oferece. “Toda mudança começa onde for possível e necessária – não esperar ordens de cima”. (CAMPOS, 2018, p. 1711)

#### **4 Saúde LGBTQIA+ e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT)**

Conforme definição apresentada anteriormente na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/1990, o conceito ampliado de saúde não se caracteriza apenas como ausência de doenças, mas se dá por meio de condições dignas de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Portanto, o bem-estar psicossocial deve ser considerado como fundamental para uma saúde integral e ampliada. (BRASIL, 1990) Aqui é válido salientar que quando falo sobre a ideia de saúde, me refiro ao bem-estar físico e, certamente, incluo a saúde mental e suas ressonâncias no processo de garantia à uma condição de saúde.

Quando a saúde da população LGBTQIA+ é colocada em discussão, esses fatores psicossociais exercem papel essencial no acolhimento e atenção integral a esse grupo. O Ministério da Saúde compreende que todas as formas de discriminações e violências, como o caso da homofobia, devem ser consideradas como fatores impulsionadores na produção de doenças e de sofrimento, prejudicando a saúde mental e física das/os LGBTQIA+. Conjuntamente ao processo de homofobia, outros fatores de discriminação social devem ser considerados propulsores do processo de adoecimento dessa população, constituindo um amplo processo de violação de direitos à saúde, dignidade e autonomia dessa população. (CARDOSO; FERRO, 2012)



Segundo Leony (2006 apud CARDOSO; FERRO, 2012), a homofobia é o ódio e/ou aversão persistente e generalizado em relação a pessoas homossexuais e manifesta-se numa escala de violência que vai de agressões verbais, subsumidas nos tipos penais contra a honra, até os extremados episódios de violência física, cheios de crueldade.

Infelizmente, esses casos são muitas vezes abafados e inviabilizados, quer seja por medo que as vítimas têm de se exporem ou de serem agredidas novamente, ou pela falta de registro policial, fazendo com que esses dados sejam difíceis de apurar ou, até mesmo, se tornem inexistentes. As homofobias (aversão e/ou preconceito contra pessoas homossexuais), lesbofobias (aversão e/ou preconceito contra lésbicas), bifobias (aversão e/ou preconceito contra pessoas bissexuais) e transfobias (aversão e/ou preconceito contra pessoas travestis e transexuais) são bastante evidentes, também, nas mídias que contribuem para a atribuição de significados à sexualidade e que regulam as práticas sociais em relação a essa temática. (CARDOSO; FERRO, 2012)

Conforme dados apresentados no documento *Violência LGBTFóbicas no Brasil: dados de violência* (2018), elaborado pelo Ministério dos Direitos Humanos, podemos afirmar que a LGBTQIA+fobia no Brasil se constitui de forma estrutural, agindo na desqualificação das expressões das sexualidades e identidades de gêneros divergentes do que é tido padrão heterocisnormativo, atingindo a população LGBTQIA+ “em diferentes faixas etárias e nos mais diversos locais, desde a rua até o nível familiar”. (BRASIL, 2018, p. 75) O que destoia desse padrão esperado é tido como criminoso, errado e que precisará ser corrigido e, na maioria das vezes, por meio da violência verbal ou física. Os atravessamentos de faixa etária, raça e gênero também devem ser levados em consideração, uma vez que esse documento apresenta um levantamento hemerográfico que apresenta as/os jovens, negras/os, transexuais e as travestis como a população, dentre os demais LGBTQIA+, que é mais atingida por diferentes formas de violência e elevado índice de homicídios. (BRASIL, 2018)

Resultantes da junção da vulnerabilidade social sentida por essa população, do fato de que esse grupo é “alvo de inúmeras violações de direitos humanos, não só no Brasil, como no mundo” (BRASIL, 2018, p. 6) e com a enxurrada de preconceitos e violências, exercidos pessoalmente, por mídias, pela invisibilização ou esquecimento de ações que defendam essa população, entre outros modos, a população LGBTQIA+ fica desassistida em relação aos seus direitos e pela defesa de suas vidas e modos de existir, desejar e se relacionar. Do ano de 1980 até 2005 foram assassinadas/os 2.511 homossexuais no Brasil (uma média de cem mortes por ano), sendo a maior parte dos crimes por motivos homofóbicos. A maioria das violências (48% dos casos) aconteceu com o envolvimento de pessoas desconhecidas. Os agressores relacionados



com o cotidiano das vítimas estão concentrados nos familiares (12%) e colegas de escola ou faculdade (9%). Já as principais formas de violência são: agressões verbais ou ameaças de agressões (55%); agressões físicas (15%); chantagem ou extorsões (11%); violência sexual (6%) e o golpe conhecido pela expressão *boa-noite, Cinderela* (3%). (BRASIL, 2008b) Na década de 1980, o número de mortes por motivos homofóbicos era de um caso por semana; na década de 1990, esse número passou para um homicídio a cada três dias; e no início do terceiro milênio foi de uma morte a cada dois dias. (MOTT; CERQUEIRA, 2000 apud CARDOSO; FERRO, 2012)

Por meio do Relatório *População LGBT morta no Brasil 2018*, divulgado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), constata-se que esse número de mortes aumentou. Apenas em 2018, foram mortas/os 420 LGBTQIA+ – número quatro vezes maior se comparado com os dados anteriormente elencados – sendo 320 homicídios e cem suicídios; com apenas 6% das/os assassinas/os identificadas/os. A cada 20 horas, um LGBTQIA+ é assassinado ou se suicida, vítima do preconceito e da LGBTQIA+fobia, colocando o Brasil na posição de campeão mundial de crimes contra essa população. Também há a informação de que, “segundo agências internacionais de direitos humanos, matam-se muitíssimo mais homossexuais e transexuais no Brasil do que nos 13 países do Oriente e África onde há pena de morte contra os LGBT”. (GGB, 2019)

Outro ponto de extrema relevância apresentado nesse Relatório é o fato de que há falta de dados oficiais em relação à quantidade da população LGBTQIA+ no país – lembrando que esse problema já foi citado anteriormente em relação à falta de registro policial em casos de preconceitos e violências. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelo censo nacional, não inclui o segmento LGBTQIA+ em suas pesquisas – como perguntas sobre a orientação sexual e identidade de gênero, seguindo a cisnormatividade<sup>8</sup> binária, que entende gênero como feminino ou masculino, apenas – contribuindo para a invisibilidade dessa população e suas demandas, uma vez que não há dados oficiais sobre essas pessoas. Falar que no Brasil existem por volta de 20 milhões de gays (10% da população), 12 milhões de lésbicas (6% da população) e um milhão de pessoas transexuais (0,5% da população) é considerar que esses números são baseados em dados e estimativas extraoficiais de indicadores diversos da Academia e outros órgãos. (GGB, 2019)

Além da dificuldade de obter dados oficiais e o alarmante cenário que instituições não governamentais nos apresentam em relação à saúde dos LGBTQIA+, também há a dificuldade

---

8 A cisnormatividade é o movimento social que “promove” (obriga) as pessoas a aceitarem irremediavelmente o gênero de acordo com o sexo biológico que lhes foi outorgado ao nascer. Consequentemente, a cisnormatividade é o sistema cultural que promove e visibiliza unicamente a cisgenereidade como a identidade de genérica única, normal e aceitável. (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015, p. 302)



de adesão dessa população em relação aos serviços de saúde, com certo desconhecimento, despreparo e falta de capacitação dos profissionais para acolher essas demandas. O processo de construção de serviços não discriminatórios na área da saúde enfrenta diversas barreiras diante de uma sociedade na qual a heterossexualidade (e acrescento também a cisnormatividade binária) se configura como um padrão amplamente difundido. Há uma dificuldade em acolher as demandas de saúde do segmento LGBTQIA+, compreendendo esse grupo como diversificado em si, para que cada especificidade seja atendida. Mulheres lésbicas têm demandas diferenciadas de homens gays, e ambos de travestis e mulheres/homens transexuais. (CARDOSO; FERRO, 2012)

Segundo Cardoso e Ferro (2012), as demandas de saúde das lésbicas estão relacionadas ao câncer de mama e de colo de útero, que são agravadas devido à baixa utilização dos serviços de saúde por essas mulheres. A Rede Feminista de Saúde (2006 apud CARDOSO; FERRO, 2012, p. 6) destaca que o sofrimento psíquico “desencadeado pela violência física na família, no trabalho e em lugares públicos” pode ser observado mais frequentemente nas mulheres lésbicas do que nas heterossexuais e que também há o desconhecimento dessas mulheres em relação ao risco das IST, ao manterem relações sexuais com outras mulheres sem o uso do preservativo feminino.

Sobre as demandas de saúde do homem gay, Valle (2002 apud CARDOSO; FERRO, 2012) expõe que a homossexualidade masculina foi relacionada com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/aids desde a década de 1980, devido à disseminação de ideias negativas sobre essa população, tendo a referida síndrome sido denominada de “doença gay”. A desvinculação da relação direta da homossexualidade masculina com o HIV/aids e com transtornos mentais permitiu grandes mudanças referentes às políticas públicas, mas a adesão de homens nos serviços de saúde é baixa, ainda mais quando relacionados a homens gays, que não se sentem acolhidos e/ou representados nesses serviços.

Outro segmento da população LGBTQIA+, com demandas bem mais específicas, são as travestis e as/os transexuais. Cardoso & Ferro (2012) problematizam a necessidade do diagnóstico de transtorno de gênero para as/os transexuais como condição de acesso ao tratamento da rede pública, envolvendo o processo transexualizador, que engloba a hormonização e a realização da cirurgia de redesignação sexual (alteração ligada às características sexuais e de genitália) e a mastectomia masculinizadora (no caso de homens transexuais). Ainda, podemos citar o alto risco de sequelas e/ou mortes decorrentes da aplicação inadequada de silicone industrial, usualmente utilizado por muitas travestis, que não se sentem



acolhidas ou representadas nos serviços públicos de saúde, e utilizam desse uso informalmente e sem acompanhamento médico.

Se adentrarmos nos aspectos de saúde mental dessa população, temos como base alguns dados disponibilizados pelo relatório *População LGBT morta no Brasil 2018*, já citado anteriormente, que nos mostra o intenso sofrimento psíquico de muitas/os LGBTQIA+, causado pela obrigatoriedade de se esconderem em seus “armários” ou viverem de forma clandestina sua sexualidade ou expressão de gênero. Motivados pelo medo da rejeição e repressão, essas pessoas são subjetivadas a viverem como “errantes”, num movimento de constante autocensura e adoecimento psíquico. Com tamanha pressão social, violência e intenso sofrimento psíquico, as/os LGBTQIA+ procuram ações para o alívio dessa realidade desesperadora e, muitas/os delas/es têm o suicídio como resposta a essa busca. Segundo nos alerta tal relatório, os dados acerca do suicídio é de que este está como a quarta maior causa de morte de jovens brasileiros na faixa etária de 15 a 29 anos<sup>9</sup>. Desse número, gays, lésbicas e bissexuais têm seis vezes mais chances de tirar a própria vida, quando comparadas às chances em heterossexuais, devido a homofobia, lesbofobia e bifobia sofridas; e esse número ainda aumenta em 20% se conviverem em ambientes hostis à sua orientação sexual ou identidade de gênero. (GGB, 2019) Muito comumente temos no discurso social que as pessoas tiram suas vidas por serem homossexuais, transexuais, lésbicas, travestis ou bissexuais; mas diante desses dados podemos mudar nosso discurso, responsabilizando a homofobia, transfobia, lesbofobia e bifobia como impulsionador para essa questão de saúde mental, que envolve intenso sofrimento psíquico.

Diante de tamanhas demandas e especificidades da população LGBTQIA+ em relação à garantia de atendimento equânime em saúde, apresenta-se a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), que foi instituída em 1º de dezembro de 2011, pela Portaria nº 2.836, com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBTQIA+, na tentativa de eliminar o preconceito a essa população, “[...] contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo”. (BRASIL, 2011, p. 18) A PNSI-LGBT é uma iniciativa que caminha pela luta e defesa contra as LGBTQIA+fobias, bem como para fomentar ações e políticas que busquem garantir a proteção dessa população contra as mais variadas formas de violência, contra a invisibilização – que resulta em falta de ações específicas para a garantia de saúde das/os LGBTQIA+ – e que deem maior atenção ao processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e estigma social reservado a essa população. Ela também vem de encontro às demandas de atendimentos integrais e equânimes nos serviços públicos de saúde

---

9 Dados do Ministério da Saúde e da revista científica *Pediatrics*.



para os LGBTQIA+, atendendo às suas especificidades e garantindo acolhimento e atenção à sua saúde. (BRASIL, 2011)

Segundo Moscheta (2011), temos um grande processo de lutas e resistências até chegarmos à elaboração e instituição desta Política. Alavancados pelo contexto social vivenciado no Brasil (nos anos 1980) de redemocratização, reformas no sistema de saúde e influências políticas e culturais dos movimentos feministas, os movimentos sociais intensificaram a luta por direitos e o fortalecimento da relação com o poder público. Em 2004 nasce o programa Brasil sem Homofobia, resultante da aproximação, luta e articulação dos movimentos sociais e do Governo Federal, que foi criado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), atribuindo ao Estado e a toda a sociedade o compromisso de elaboração de políticas públicas e ações que impulsionem a não discriminação das/os LGBTQIA+, que garantam a proteção da saúde dessa população, que lhes assegurem um atendimento qualificado em saúde, bem como a equiparação de direitos. Diante da movimentação em favor das necessidades e direitos das/os LGBTQIA+, estabelece-se, ainda, a representação dessa população no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2006, legitimando os processos de participação social do SUS e os espaços de participação da população na gestão desses serviços. (MOSCHETA, 2011)

Na busca de argumentos que subsidiariam uma possível política pública, foi realizada, em 2008, a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, à qual o Governo Federal se juntou para convocar representantes e toda a população para discutir ações e estratégias específicas às necessidades da população LGBTQIA+. Nessa Conferência, por meio do ministro da Saúde José Gomes Temporão, foi anunciada a publicação da Portaria nº 1.707, com a implantação do processo transexualizador no SUS, a ser realizado nos serviços de referência nacionais. (BRASIL, 2008a) Esse foi um avanço significativo nos serviços públicos de saúde no Brasil, uma vez que a cirurgia de ressignificação sexual só era realizada em serviços privados ou no exterior. Além disso, por meio desta Portaria, há a necessidade dos serviços de saúde se prepararem para atender a população transexual com a criação de protocolos de atendimento e a alavancarem a formação de profissionais da saúde voltados à temática. (MOSCHETA, 2011)

Outro desdobramento dessa Conferência foi a publicação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (2009), que apresenta as discussões fomentadas nesse evento e esquematiza planos de ações para atuação junto à comunidade LGBTQIA+. Junto a ela, o Ministério da Saúde levou ao debate os princípios da PNSI-LGBT, posteriormente aprovada pelo CNS em 2009 e instituída em 2011, no âmbito do SUS, conforme segue:



Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (BRASIL, 2011, p. 20)

A elaboração dessa Política está embasada nos princípios assegurados pela Constituição Federal de 1988 que garantem, segundo o artigo 1º, incisos II e III, “cidadania e dignidade da pessoa humana”. (BRASIL, 1988) A partir do objetivo geral da PNSI-LGBT, desdobram-se alguns objetivos específicos que direcionam o atendimento à saúde da população LGBTQIA+, levando em consideração os marcadores de raça, cor, etnia, localização territorial, entre outros. Engloba, ainda, ações de redução de riscos e danos à saúde pelo uso de fármacos, drogas ou uso excessivo de hormônios (especialmente para travestis e transexuais); levantamento e análise de indicadores e dados específicos de saúde da população LGBTQIA+; ações de garantia de acesso ao processo transexualizador na rede SUS; definição de estratégias para diminuição da morbidade e mortalidade de travestis; garantia de direitos sexuais e reprodutivos dos LGBTQIA+; prevenção de cânceres que são pouco diagnosticados em função da falta de procura médica dessa população aos serviços de saúde relacionada aos estigmas e preconceitos enfrentados nesses serviços; oferecimento de atenção ampla relacionada às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)<sup>10</sup>, especialmente aids e hepatites virais; garantia do uso do nome social, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2007); redução de problemas relacionados à saúde mental, uso prejudicial de drogas e álcool, depressão e suicídio; fortalecimento da participação de LGBTQIA+ nos Conselhos e Conferências de Saúde; inclusão do tema nos processos de Educação Permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde; aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador; realização de estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de tecnologias voltadas às necessidades de saúde da população LGBTQIA+ e outros objetivos que ampliam o atendimento à saúde dessa população, considerando suas vivências, manifestações e demandas de saúde.

Sendo assim, na PNSI-LGBT encontramos conjecturas, objetivos, diretrizes, responsabilidades das esferas Federal, Estadual e Municipal, incluindo seu Plano Operativo (2012-2015) de forma a apresentar estratégias amplas de gestão no processo de implementação dessa Política, no acolhimento e no atendimento a essa população, sugerindo quatro eixos

10 O termo DST (doenças sexualmente transmissíveis) foi substituído por IST (infecções sexualmente transmissíveis) após as atualizações da estrutura regimental do Ministério da Saúde por meio do Decreto nº 8.901/2016, de 11 de novembro de 2016, mas neste ponto utilizei a nomenclatura antiga para seguir texto da Política em questão, datada cinco anos antes da substituição do termo.



norteadores: Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde; Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT; Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; e Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. (BRASIL, 2011)

Mesmo diante da elaboração da PNSI-LGBT como instrumento para a afirmação e legitimação da população LGBTQIA+, e do fortalecimento dos estudos e movimentos de despatologização dessa população por meio de lutas por uma igualdade de garantias de direitos, ainda persistem inúmeras convenções discriminatórias e discursos heteronormativos e patriarcais. Em suma, nos anos 70 encontramos um movimento de alguns órgãos de Saúde, nacional e internacional, reconhecendo as homossexualidades como manifestações contrárias às ideias de doença ou distúrbio. No ano de 1973, a Associação Americana de Psiquiatria retirou as homossexualidades do rol de doenças, acompanhado, dois anos mais tarde, pela Associação Americana de Psicologia (APA). Em 1985, o Conselho Federal de Medicina seguiu tal manifestação e em 1990 foi a vez da Organização Mundial de Saúde (OMS) retirar as homossexualidades da Classificação Internacional de Doenças (CID). Falamos, então, de um crescente consenso científico e de atuação profissional sobre a compreensão de que as homossexualidades não são doenças. (CRP SP, 2016)

Conforme nos aponta o CRP (2016), há um crescente movimento científico e profissional em prol da compreensão e despatologização das homossexualidades, bem como do enfrentamento ao preconceito e violência que marginaliza as diversas manifestações de gêneros e sexualidades. Os movimentos sociais e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) atuam de forma a garantir que essa população possa transitar e vivenciar seus processos de vida e subjetivação de forma efetiva, sendo empoderados de seus direitos e usufruindo de serviços de forma equitativa e integral.

Nesse sentido, é importante comentar como a psicologia no Brasil se posicionou perante as demonstrações sociais de LGBTQIA+fobias e ao desmantelamento da cidadania e direitos dos LGBTQIA+. Em 22 de março de 1999, o CFP regulamentou, por meio da Resolução nº 1/1999, o estabelecimento de normas de atuação para as/os psicólogas/os em relação às questões de orientação sexual, considerando que a homossexualidade não se caracteriza como uma doença, distúrbio ou perversão; afirmando que os psicólogos deverão trabalhar em prol do desaparecimento do preconceito e discriminação contra as manifestações de práticas relacionados à orientação sexual e reiterando o posicionamento dos psicólogos de forma a não patologizar essas manifestações e nem adotar ações coercitivas que tendem a orientar homossexuais para tratamentos de cura ou reversão. Segundo o CFP, tal Resolução rendeu dois





prêmios de Direitos Humanos ao CFP: O Prêmio Dignidade Solidária, oferecido pelo Grupo Dignidade em reconhecimento ao seu trabalho com a causa LGBTQIA+, em 14 de março de 2011 e o Prêmio ABGLT de Direitos Humanos, em 18 de abril de 2009. Impulsionados por essa publicação, a Associação Americana de Psicologia (APA) formou um grupo de psicólogas/os estadunidenses e canadenses para a construção de uma normativa semelhante à do Brasil.

Seguindo avanços na defesa de direitos da população LGBTQIA+, o CFP estabelece, ainda, a Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018, com normas de atuação para psicólogas/os em relação às travestis e às/os transexuais. Essa Resolução reforça o conceito de cisnormatividade como regramento social que reduz as pessoas como apenas homens e mulheres, com papéis sociais estabelecidos como naturais; afirma que há um estabelecimento de padrões sexuais e de gêneros nas estruturas das sociedades ocidentais que permitem preconceitos e discriminações contra pessoas com outras expressões e identidades de gênero não cisnormativas; legitima as expressões e identidades de gênero como possibilidades da existência humana, que não devem ser compreendidas como psicopatologias, transtornos mentais, desvios e/ou inadequações, entre outras considerações. Dispõe, ainda, que psicólogas/os atuarão de forma a não colaborar com o preconceito, não serão coniventes ou omissos perante a discriminação das/os transexuais e das travestis, bem como é vedada a atuação sob um viés patologizante ou que estabeleça terapias de conversão, cura, reversão e/ou readequação. É importante citar que essa Resolução é pautada em documentos oficiais como alicerce de argumentação e legitimação dessas normativas, como os Artigos 1º e 5º da Constituição Federal de 1988; o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948; a Convenção de Yogyakarta, de novembro de 2006; a Declaração de Durban – Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, de 8 de setembro de 2001; a PNSI-LGBT; e o Código de Ética Profissional das Psicólogas e dos Psicólogos, editado por meio da Resolução CFP nº 10/2005, de 21 de julho de 2005. (CFP, 2018)

A Psicologia no Brasil, representada pelo CFP, tem como arcabouço seu Código de Ética Profissional (2005) e as Resoluções – citadas anteriormente – e, com isso, se posiciona contrária a toda e qualquer forma de violência e discriminação em relação às diversas formas de orientações sexuais e expressões das diversidades de gêneros, buscando traçar caminhos para a proteção e garantia da cidadania e direitos da população LGBTQIA+, por meio de diretrizes profissionais para as/os psicólogas/os do país, num compromisso ético com tal defesa e com essa população, evidenciando a importância da denúncia de ações LGBTQIA+fóbicas, da luta pela não invisibilização de ações relacionadas a essa temática e da propagação do uso das políticas afirmativas como instrumentos de garantias e afirmação da cidadania dessa população.



Outro grande marco histórico das lutas e conquistas da população LGBTQIA+ aconteceu em junho de 2018, quando a OMS retirou o termo transexualidade da lista de doenças mentais da CID 11, passando a caracterizar a transexualidade como “incongruência de gênero”, ou seja, incompatibilidade marcada e persistente entre o gênero vivido e gênero atribuído. (NOGUEIRA, 2018) Considerando que a transexualidade não mais se trata de uma doença mental, os cuidados relacionados à saúde dessa população, quando atrelados a uma definição da CID, são oferecidos de forma legítima pelo SUS.

As políticas públicas voltadas à garantia de direitos para as classes tidas como minoritárias, em específico a PNSI-LGBT, juntamente com outras conquistas dos movimentos sociais e da sociedade civil para a garantia e manutenção dos direitos LGBTQIA+ à cidadania, saúde, dignidade, vida e ao respeito, são instrumentos para que haja a luta pela aplicabilidade desses direitos, também por meio das nossas ações, das micropolíticas. Micropolíticas estas que podem transformar as práticas cotidianas e fomentar uma maior conscientização a respeito das violações e violências causadas pelas violências LGBTQIA+fóbicas.

Que haja força, luta e esperança diante das ameaças às nossas existências!

---

### Referências

BRASIL. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o processo transexualizador. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. *Prevenção de violências e cultura de paz III*. Brasília, DF: Opas, 2008b. (Painel de Indicadores do SUS, n. 5).

BRASIL. *Violência LGBTFóbicas no Brasil*: dados da violência. Elaborado por: Marcos Vinícius Moura Silva. Brasília, DF: Ministério



dos Direitos Humanos, 2018, 79 p. Disponível em: <https://bitly.com/0qEs1u>. Acesso em: 31 jul. 2019.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3bwGJS4>. Acesso em 11 mar. 2019.

CARAVACA-MORERA, J. A.; PADILHA, M. I. A realidade transexual desde a perspectiva histórica e cisheteronormativa. *História da Enfermagem: Revista Eletrônica*, [s. l.], v. 6, n. 2 p. 310-318, 2015.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 32, n. 3, 2012.

CFP. *Código de ética profissional do psicólogo*. Brasília, DF: CFP, 2005.

CFP. Resolução CFP nº 1, de 22 de março de 1999. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <https://bitly.com/0oXvp>. Acesso em: 24 abr. 2018.

CFP. Resolução CFP nº 1, de 29 de janeiro de 2018. Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3by6XU6>. Acesso em: 24 abr. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. *Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CRP SP. Nota de Orientação CRP SP nº 01/2016: sobre o atendimento psicológico a pessoas em conflito com sua orientação sexual e identidade de gênero. São Paulo: CRP SP, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3EAu8tz>. Acesso em: 24 abr. 2018.

DELEUZE, G. ¿Que és un dispositivo? In: BALBIER, E. *et al. Michel Foucault, filósofo*. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 1995. v. 1.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

GGB. *População LGBT morta no Brasil 2018*. Salvador: GGB, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3ECnC5o>. Acesso em: 10 mar. 2019.



LEMOS, F. C. S. *et al.* Notas sobre a genealogia e a pesquisa cartográfica. *Revista ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 209-218, 2015.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. *In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. VII-XXIII.

MOSCHETA, M. S. *Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

NOGUEIRA, P. OMS retira transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais. *Gov.br.*, Brasília, DF, 22 jun. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3CFMc4U>. Acesso em: 10 mar. 2019.

ZAMBEDENETTI, G.; SILVA, R. A. N. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 454-463, 2011.

