

ENTRE NEGAÇÕES E INVENÇÕES: escutas cartográficas sobre o acesso à saúde de pessoas LGBTQIAPN+

Cristiane Davina Redin Freitas¹
Universidade de Santa Cruz do Sul
João Franco do Nascimento Neto²
Universidade de Santa Cruz do Sul
Ailton Adolfo Vieira Lancini Junior³
Universidade de Santa Cruz do Sul

Resumo

Este artigo apresenta uma cartografia que investigou as vivências e percepções de pessoas LGBTQIAPN+ em relação ao acesso aos serviços públicos de saúde no município de Montenegro/RS. O objetivo foi compreender como se dão os processos de subjetivação desses sujeitos a partir dos encontros com os dispositivos de saúde pública, mapeando tanto as potências quanto as barreiras que se atualizam nesses contextos. A cartografia possibilitou acompanhar os afetos, discursos, gestos e silêncios nos encontros com os participantes. Os dados foram produzidos por meio de rodas de conversa com pessoas LGBTQIAPN+ e analisadas a partir de uma perspectiva micropolítica, com base em autores como Foucault, Guattari, Rolnik e Mbembe. Os resultados apontam que o SUS é reconhecido como um espaço de cuidado e garantia de direitos, especialmente quando comparado ao setor privado. No entanto, também emergem experiências marcadas por preconceito, desinformação, negligência e práticas de normatização dos corpos dissidentes. Os relatos evidenciam desde violências explícitas até formas sutis de exclusão institucional. Conclui-se que essas barreiras não operam apenas no campo objetivo do acesso, mas atravessam a subjetividade, produzindo esgotamento, silenciamento e deslocamentos forçados. Apesar das limitações, os sujeitos também criam estratégias e linhas de fuga para sustentar seus modos de existir. A pesquisa contribui para o debate sobre a qualificação das práticas de saúde e reforça a importância de políticas públicas que considerem as singularidades da população LGBTQIAPN+ de forma afirmativa e efetiva.

Palavras-chave

Cartografia; Saúde LGBTQIAPN+; Sistema Único de Saúde; LGBTQIAPN+.

¹ Doutora em Psicologia Social e Institucional. Email: cristiane@unisc.br. Orcid: 0000-0002-1288-2712

² Bolsista de Iniciação Científica. Acadêmico do Curso de Psicologia. Email: franco4@mx2.unisc.br. Orcid: 0009-0003-4690-9148.

³ Acadêmico do Curso de Psicologia. Email: airton3@mx2.unisc.br. Orcid: 0009-0009-9866-8714



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos, desde que a obra original seja devidamente citada.



Introdução

A história da sociedade brasileira é atravessada por processos estruturais de dominação e exclusão social que moldaram formas desiguais de acesso à cidadania. A colonização escravocrata, o racismo estrutural, o patriarcado e a cisheteronormatividade instituíram uma lógica social que privilegia determinados corpos e gêneros, marginalizando as existências dissidentes. Esse histórico, se atualiza em diversas formas de preconceito na contemporaneidade, entre elas, aquele direcionado à população LGBTQIAPN+, que enfrenta barreiras significativas para o reconhecimento de seus direitos.

No campo da saúde pública, essas exclusões se materializam quando pessoas não heterossexuais ou cisgênero, não recebem um atendimento humanizado, sendo deslegitimadas em sua identidade de gênero ou orientação sexual. Tais práticas, sutis e naturalizadas, revelam que os dispositivos institucionais ainda operam sob lógicas normativas que produzem desigualdade e silenciam subjetividades dissidentes.

O acesso à saúde pública é um direito de todos os cidadãos brasileiros, garantido pela Constituição Federal (Brasil, 1988). No entanto, a população LGBTQIAPN+ se depara com barreiras ao acessar os serviços públicos de saúde — barreiras que revelam normas de gênero e sexualidade incorporadas às práticas institucionais. Trata-se da cisheteronormatividade, compreendida como um regime que legitima corpos, identidades e desejos que correspondem a um modelo de coerência entre sexo, gênero e práticas sexuais.

Como aponta Butler (2018, p. 34-35), os chamados “gêneros inteligíveis” são aqueles que se inserem nessa coerência normativa, constituída a partir das referências da cisgeneridade e da heterossexualidade compulsória. Quando um sujeito não se enquadra nesse molde — por sua identidade de gênero, orientação sexual ou forma de se apresentar no mundo — ele tende a ser deslegitimado, inclusive no acesso aos direitos em saúde. Desse modo, as barreiras vivenciadas por essa população não são acidentais: elas são produzidas por um paradigma que regula o reconhecimento de determinados corpos como dignos de cuidado e considera o que é diverso como um desvio a ser corrigido ou ignorado. Esse processo de exclusão compromete o acolhimento e o tratamento das necessidades específicas de uma população que já enfrenta desigualdades históricas e múltiplas vulnerabilidades.

A sigla “LGBTQIAPN+” é composta por uma pluralidade de identidades de gênero e orientações sexuais, que inclui: lésbicas, gays, bissexuais, trans, queer, intersexuais, agêneros, pansexuais e outras expressões. Neste estudo, utilizamos a sigla para fazer referência à diversidade de orientações sexuais, identidades e expressões de gênero, reconhecendo que sua composição e extensão pode variar conforme os contextos sociais, políticos e institucionais. Assim, embora alguns avanços tenham sido alcançados no âmbito das políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde Integral – PNSI LGBT (Brasil, 2011), ainda se verifica uma escassez de pesquisas que investiguem a qualidade do atendimento à população LGBTQIAPN+, tanto no contexto nacional, quanto no regional e especialmente no Sul do Brasil.

Foi realizada uma pesquisa cartográfica, na cidade de Montenegro/RS, com o objetivo de conhecer a maneira que a comunidade LGBTQIAPN+ percebe os atendimentos que lhes são prestados nos serviços públicos de saúde. A cartografia não oferece um modelo de investigação, ou passos a serem traçados para alcançar um conhecimento pré-existente. Ela fornece pistas para acompanhar os processos de subjetivação, no território em que ocorre a pesquisa-intervenção. Nesse sentido, conhecer e intervir se desenvolvem à medida que os pesquisadores adotam a comunicação horizontal e participativa como instrumento de produção do conhecimento.

Através de encontros grupais com os participantes, exploramos as dificuldades enfrentadas e a maneira como a discriminação afeta o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Por fim, objetivamos também consolidar conhecimentos e dados que possam orientar políticas públicas eficazes, visando um atendimento inclusivo e equitativo.

Revisão da Literatura

A definição da sigla LGBTQIAPN+ e estigmas vivenciados

O termo LGBTQIAPN+ compreende uma pluralidade de identidades de gênero e orientações sexuais, incluindo Lésbica (L), Gay (G), Bissexual (B), Trans (T), Queer (Q), Intersexual (I), Assexual (A), Pansexual (P), Não binário (N) e outras expressões dissidentes da heterocisnormatividade (+). Continuamente, essa sigla sofre

ampliações e entendemos que elas estão relacionadas à preocupação em incluir a maior diversidade de identidades de gênero e sexualidades, bem como, visibilizar grupos historicamente marginalizados. Neste estudo, adotamos a sigla LGBTQIAPN+ em consonância com a terminologia utilizada pelo Ministério da Saúde nas Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável, compreendendo pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, transgênero, travestis, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não binárias e demais orientações sexuais e identidades de gênero (Brasil, 2025, p.39).

Além de assimilar a diversidade presente na comunidade LGBTQIAPN+, é fundamental entender que cada identidade carrega histórias, lutas e especificidades que moldam as experiências de seus integrantes. Nela, cada indivíduo possui complexidades que não podem ser simplificadas por uma sigla ou termo. Essa pluralidade também se reflete em desafios significativos — a exclusão, preconceito e invisibilidade são situações que a comunidade dissidente inserida em um cis-tema heteronormativo enfrentam diariamente.

Coelho (2023) compreende a LGBTfobia para além da ideia de aversão à população LGBTQIAPN+, caracterizando-a como um mecanismo de dominação, desumanização e opressão, historicamente produzida no interior das sociedades. O termo resulta da associação de *phóbus*, palavra grega relacionada ao medo, à aversão e à repulsa; à sigla LGBT. Diferentemente do sentido clínico atribuído à fobia no campo das psicopatologias, a LGBTfobia refere-se a um conjunto de práticas, discursos e mecanismos socialmente produzidos que discriminam, violentam e marginalizam pessoas cujas orientações sexuais e identidades de gênero se encontram fora dos padrões legitimados socialmente. Nesse sentido, constitui-se como uma ideologia que contribui para a manutenção da cisheteronormatividade, estabelecendo determinadas formas de existência como legítimas e deslegitimando e excluindo as outras (Coelho, 2023).

O paradigma cis-heteronormativo é fundamentado na soberania de apenas uma orientação sexual e identidade de gênero de acordo com o sexo biológico. Como essa normativa é uma produção social, simplificar a constituição dos indivíduos a um único modelo empobrece a compreensão da diversidade humana. Também, ocasiona a violência, inferiorização e marginalização da pluralidade. A prática da LGBTQIAPN+fobia afeta diretamente os processos de acolhimento e prejudica a

perspectiva de um tratamento humanizado, influenciando práticas preconceituosas e discriminatórias.

A perpetuação da LGBTQIAPN+fobia em discursos hegemônicos, trouxe influências para a política sexual brasileira. Ferreira e Nascimento (2022) destacam que política sexual é o conjunto de ferramentas que o Estado utiliza para regular a sexualidade dos indivíduos. Isso refere-se à construção de leis, campanhas e ações que priorizam uma parcela da população em detrimento da outra. Sendo o Brasil um país estruturalmente LGBTQIAPN+fóbico, esta comunidade acaba sendo negligenciada por essas políticas.

Segundo Natividade et al. (2021), o cenário político brasileiro, que já avançava lentamente na garantia de direitos da população LGBTQIAPN+, passou a apresentar retrocessos e limitações nesse campo a partir de 2018. Esse movimento se intensificou durante o governo bolsonarista, marcado pelo enfraquecimento da responsabilidade do Estado frente às vulnerabilidades vivenciadas por essa população. Os autores destacam, ainda, que o desmantelamento das políticas de suporte à comunidade LGBTQIAPN+ evidencia a fragilidade das iniciativas até então implementadas. Ademais, a ausência de uma legislação federal que articule as demandas relacionadas à saúde, à educação e à proteção dessas pessoas contribui para ampliar um cenário de fragilização e ruptura de direitos anteriormente garantidos.

A falta de uma estrutura que garanta os direitos da comunidade, obedece ao histórico de estigmatização e patologização presentes no país. Pordeus e Viana (2021) referem que os estigmas relacionados às questões de gênero e sexualidade não são recentes. Os autores destacam que, práticas como os tratamentos de “reversão” e a compreensão da homossexualidade como patologia, permaneceram presentes até o final do século XX. A partir de 2019, com a maior influência das bancadas evangélicas no governo, discursos que demonizam a pluralidade de gênero ganharam força.

Indo ao encontro da estigmatização da comunidade LGBTQIAPN+, a Resolução RDC 34/2014 ANVISA (Brasil, 2014) impedia a doação de sangue por homossexuais, travestis e transsexuais. Em 2020, essa resolução foi revogada, sendo a restrição desse direito considerada inconstitucional. Essa situação evidencia como as normativas institucionais podem atuar na legitimação de práticas discriminatórias dentro dos próprios serviços de saúde, reforçando estigmas históricos e reduzindo

direitos com base em orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes. Ainda que a revogação da medida em 2020 represente um avanço jurídico e simbólico, sua existência revela que o campo da saúde é atravessado por lógicas excludentes. Diante desse cenário, torna-se fundamental analisar como as políticas públicas vêm sendo formuladas — e implementadas — para garantir o acesso da população LGBTQIAPN+ a um cuidado integral e equitativo.

Políticas de acesso à saúde pela população LGBTQIAPN+

Os movimentos sociais organizados com o objetivo de denunciar a discriminação por orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes culminou na PNSI LGBT, instituída pela Portaria Nº 2.836 (Brasil, 2011). Tendo como objetivo mitigar os estigmas vivenciados pela população LGBTQIAPN+, bem como promover sua saúde integral, a política foi implementada no âmbito do SUS. Sua implementação considera que o atendimento em saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros, respeitando suas especificidades de gênero, orientação e práticas afetivas e sexuais (Brasil, 2011). O documento considera a discriminação e a exclusão vivenciadas por essa população enquanto um determinante social do sofrimento e dos processos de saúde-doença.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2011) elenca demandas e questões específicas de cada sigla da comunidade LGBTQIAPN+. Ela discorre sobre a situação de mulheres lésbicas e bissexuais que, ao revelarem sua orientação sexual, podem vivenciar a não solicitação de exames por parte dos profissionais médicos, o que resulta em menor cobertura e acesso à realização desses procedimentos. Elucida ainda que homens gays, em decorrência do preconceito que lhes inibe de manifestar sua orientação sexual no interior da família ou em espaços públicos, recorrem a espaços desprovidos de condições favoráveis (Brasil, 2011). Acerca de pessoas trans e travestis, a política pontua a presença de sintomas de depressão e ansiedade, além de situações que podem resultar em morte, como a aplicação de silicone industrial, o uso indiscriminado de hormônios e a falta de respeito ao nome social. Esses elementos denotam o grau de vulnerabilidade das pessoas com identidade de gênero ou orientação sexual e afetiva dissidente da norma. Assim, justifica-se a implementação de uma política que atenda a suas questões específicas no que diz respeito ao acesso à saúde.

No escopo de consolidação da PNSI LGBT, o respaldo normativo aos direitos

dos usuários no SUS ganhou relevância com a publicação da Portaria Nº 1.820 (Brasil, 2009), que formalizou o dever de prestar um atendimento acolhedor, isento de discriminações e com garantia do uso do nome social. Posteriormente, a Portaria Nº 2.803 redefiniu e expandiu as diretrizes do Processo Transsexualizador no SUS (Brasil, 2013). Além de regulamentar intervenções cirúrgicas e hormonais de afirmação de gênero, essa normativa estabeleceu a obrigatoriedade da atenção integral, prevendo acompanhamento em saúde mental e atuação de equipes multiprofissionais. A partir dessa lógica, atribuiu-se às unidades básicas de saúde a responsabilidade de recepcionar as demandas e articular as etapas do cuidado.

Cabe destacar que tais garantias consolidam direitos reivindicados pelos movimentos coletivos da comunidade LGBTQIAPN+. Contudo, em tempos de fundamentalismo religioso, desrespeito à laicidade do Estado e crise política, as conquistas e os avanços permanecem em constante disputa, podendo ser questionados, fragilizados ou mesmo revertidos, o que evidencia a instabilidade das políticas e dos direitos conquistados. Nesse sentido, afirma-se a importância de estudos que investiguem a maneira como as pessoas LGBTQIAPN+ acessam os serviços de saúde pública, bem como, quais são suas percepções acerca dos atendimentos prestados. Os estigmas, preconceitos e barreiras enfrentados no acesso a serviços de saúde evidenciam a necessidade da construção de novos referenciais para as práticas profissionais.

A realização deste estudo busca contribuir para uma saúde pública mais equitativa, pautada no reconhecimento e respeito às especificidades da população. Além disso, fomenta ao fortalecimento de políticas inclusivas, combate à exclusão e a promoção de direitos e dignidade em um contexto de constantes ameaças às conquistas sociais e políticas.

Metodologia

A cartografia é uma possibilidade metodológica que requer uma postura flexível e criativa do pesquisador. Ela também diz respeito ao caminho utilizado para alcançar aquilo que se deseja estudar, trajeto que pode ser seguido ou traçado. A distinção entre o seguir e o traçar caminhos se assenta sobre uma virada epistemológica que encontra eco na ontologia relacional de Tim Ingold, discutida por Bonet (2014) no campo da saúde, ao contrastar as noções de transporte e itinação. Enquanto o

transporte opera na lógica de um movimento passivo entre pontos estáticos, a itinação pressupõe que o caminho é construído pelas forças de improvisação do próprio caminhante — o trajeto não preexiste o movimento (Bonet, 2014).

O percurso traçado por essa cartografia itinerante acompanhou os atendimentos oferecidos pela rede pública de saúde de Montenegro/RS à população LGBTQIAPN+. Este estudo não se configura como um decalque estático, ou uma representação da rede formal de saúde. Trata-se de uma cartografia que busca acompanhar as linhas dinâmicas da vida e os deslocamentos das pessoas LGBTQIAPN+ na construção de percursos de acesso à saúde. Como compreendemos que as formas de existência e o cuidado de si extrapolam as estruturas formais das redes institucionais, esse mapeamento evidencia uma trama viva de afetos, movimentos e resistências, tecida pelos sujeitos em seus modos de circular e produzir a vida.

O princípio da cartografia se articula na noção de rizoma e se contrapõe à lógica do decalque: enquanto este tende à reprodução de estruturas previamente estabelecidas, o mapa rizomático se constitui em relação com o real, permanecendo aberto, conectável, reversível e suscetível a modificações. Cartografar, nessa perspectiva, implica acompanhar, a partir do princípio do rizoma, as conexões, rupturas, transformações e deslocamentos que se produzem no próprio percurso da pesquisa, em vez de reproduzir uma estrutura previamente dada (Deleuze; Guattari, 1995).

Deleuze (1990, apud Passos; Barros, 2009) assinala que cada formação histórica é caracterizada por maneiras diferentes de sentir, perceber e dizer. Sendo assim, esse método não consiste em descobrir objetos preexistentes — ele considera que a realidade é composta por modos de iluminação e regimes discursivos. Dessa forma, consideramos que o conhecer e o intervir ocorrem de forma conjunta, por meio de um processo de comunicação horizontal e participativa (Guattari, 2004 apud Simonini; Romagnoli, 2018). Assim, torna-se possível construir, junto às pessoas LGBTQIAPN+, usuárias do SUS, um panorama das percepções sobre suas experiências ao acessar os atendimentos no sistema público de saúde.

Assim, o cartógrafo não opera a partir de um conhecimento externo, distanciado e representativo; ao contrário, produz um “conhecimento de dentro”, constituído pela partilha do fazer e pelo agenciamento das intensidades que atravessam o território.

Nessa perspectiva, o ser afetado constitui uma modalidade de produção de conhecimento na qual o pesquisador se dispõe a ocupar um lugar no campo e a reconhecer os deslocamentos produzidos pela experiência. O fazer cartográfico configura-se, desse modo, como uma postura de pesquisa-intervenção que aproxima o conhecimento da experiência e articula pensamento e vida (Favret-Saada, 2005).

No campo da pesquisa-intervenção, a cartografia é compreendida como acompanhamento de processos, e não como a aplicação de regras ou etapas previamente estabelecidas. O método cartográfico não fornece um modelo fechado de investigação a ser reproduzido, mas pistas que orientam um percurso construído no encontro com o campo e atento aos processos de subjetivação que nele se produzem (Passos; Barros, 2009).

Reconhecer a pesquisa como um possível traçado dessas linhas implica compreender que, ao percorrer o território pesquisado, participantes e pesquisadores narram histórias que se entrelaçam e atribuem sentidos aos lugares que habitam. O mapa cartográfico que aqui se desenha é rizomático: é destituído de posições fixas e feito por linhas em constante variação.

Assim, o mapeamento foi construído junto a três grupos distintos de pessoas LGBTQIAPN+, residentes em Montenegro/RS. De acordo com o método cartográfico, os encontros promoveram um espaço seguro, acolhedor, horizontal, participativo e dialógico sobre as vivências, percepções e desafios relacionados ao acesso aos serviços públicos de saúde, reconhecendo os participantes como protagonistas na construção do conhecimento. A participação exigia ter utilizado serviços públicos de saúde nos 12 meses anteriores à coleta, sendo os participantes iniciais convidados pelos pesquisadores e os demais indicados por eles. A coleta ocorreu em maio de 2025, por meio de três encontros grupais, mediados por dois pesquisadores e com duração aproximada de uma hora. Foram convidadas cinco pessoas para cada encontro; participaram quatro no primeiro, três no segundo e três no terceiro, totalizando dez participantes, sem repetição entre os grupos. Dois encontros foram realizados presencialmente, no gramado de um parque em Montenegro/RS, e um ocorreu por videoconferência.

Como estratégia de mobilização das rodas, foram utilizados disparadores com intuito de favorecer a circulação das experiências e narrativas dos participantes. Entre os disparadores utilizados, destacaram-se: “Para você, o que é um sistema de saúde

inclusivo?”, “O que você acha que um sistema de saúde deve possuir para que você se sinta confortável e acolhido?” e “Você considera que nosso sistema de saúde municipal está preocupado com o atendimento da diversidade de gênero?”. Embora previamente definidos em consonância com os objetivos da pesquisa, os disparadores não constituíram um roteiro sequencial de perguntas. O direcionamento das discussões permaneceu flexível, permitindo acompanhar as experiências espontaneamente trazidas pelos sujeitos, mantendo uma dinâmica sensível às especificidades de cada relato.

A partir dos dados coletados, foi analisada a percepção individual e coletiva sobre a qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde oferecidos no município. A análise seguiu o método cartográfico do fazer-saber, estruturando-se em três etapas, que resultaram na síntese final da pesquisa. Nesse processo, consideramos a intersecção dos discursos e subjetividades dos participantes. Assim, foi priorizada a participação ativa dos entrevistados, que ao longo do processo, tiveram a tarefa de identificar os diálogos mais relevantes. Essa atividade constituiu a primeira etapa da análise, que possibilitou a geração de dados a partir da autoanálise dos relatos. Na segunda etapa, após a transcrição dos encontros, utilizamos os dados para compor a discussão dos elementos que se destacaram nas falas, identificando similaridades e tensões. Os participantes receberam nomes fictícios durante o processo, garantindo o respeito à privacidade e à confidencialidade.

Por fim, organizamos uma roda de conversa, onde o material foi apresentado e discutido coletivamente. Essa última etapa culminou em uma síntese reflexiva dos dados, resultante do processo cartográfico realizado ao longo da pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, com o parecer nº 7.509.365. Na ocasião das entrevistas, foi apresentado o TCLE, que após assinado, viabilizou o início das discussões.

Resultados e Discussões

Cartografias do cuidado: existências e resistências

A partir dos encontros, os dados possibilitaram refletir sobre como a população LGBTQIAPN+ vivencia o acesso aos serviços públicos de saúde da cidade. A cartografia permitiu acompanhar os afetos, tensões, deslocamentos e silenciamentos que atravessam essas experiências, vislumbrando tanto às potências quanto às

barreiras que operam nos serviços públicos de saúde.

O que se apresenta é um exercício analítico que acompanha os fluxos produzidos ao longo da pesquisa, no qual buscamos tensionar como o cuidado em saúde pública é acessado, recusado, negociado ou reinventado por corpos e subjetividades que rompem com a norma. As discussões foram organizadas em eixos analíticos emergentes da própria cartografia, construídos a partir da escuta dos saberes situados sobre o cuidado e suas ausências.

Ambivalências: entre experiências de acolhimento e exclusão

Os discursos enunciados neste eixo, demonstram a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para os participantes, que reconhecem o seu papel na garantia do acesso à saúde para todos. Isso é evidenciado pela fala de Madonna, uma mulher cis, lésbica, que afirma: “O SUS é...incrível, né? A gente não tem conhecimento nem da metade dos atendimentos oferecidos”. Bowie, um homem cis, gay, corrobora: “É engraçado que o único serviço de saúde que eu sempre pude confiar no mundo é o SUS”.

O SUS se constitui como um campo de disputas, no qual coexistem práticas de cuidado, acolhimento e promoção da vida, mas também práticas de normatização, exclusão e reprodução de violências simbólicas e institucionais (Foucault, 2001 [1976]; Rolnik, 2011). A presença da cisheteronormatividade enquanto paradigma que estrutura a vida social não é alheia às instituições de saúde e afeta, os modos como sujeitos LGBTQIAPN+ acessam e são acolhidos — ou rejeitados. Portanto, discutir o preconceito na saúde pública implica compreender como o SUS opera, tanto na garantia de direitos quanto na produção de modos de subjetivação atravessados por silenciamentos, resistências e invenção de si. Nesse sentido, compreendemos o SUS a partir da noção de dispositivo. Para Foucault (2023 [1978], p. 364), o dispositivo constitui uma rede heterogênea que articula discursos, instituições, leis, medidas administrativas, saberes e práticas, que estabelecem relações entre elementos discursivos e não discursivos. Pensar o SUS sob essa perspectiva, permite analisá-lo não como uma estrutura homogênea, mas como uma rede na qual diferentes discursos, normativas, saberes profissionais e práticas de cuidado se articulam e, por vezes, entram em tensão.

Essa conjuntura se torna evidente quando comparada às experiências em

outros contextos, como na rede privada e até em serviços de saúde de outros países. Bowie, conta que: “O SUS teve um papel, realmente significativo. Recebi atendimento com bastante empatia. Eu sofri preconceito no particular — um preconceito realmente explícito. Não sofri nenhum preconceito no SUS”.

O contexto dessa fala se inicia após Bowie realizar testes rápidos em sua UBS de referência e ser diagnosticado com uma IST. Ele conta que, embora tenha sido acolhido e recebido orientações sobre o prognóstico de seu quadro clínico, buscou atendimento na rede particular de saúde. Na consulta com um médico urologista, vivenciou o que narra como a primeira situação de preconceito:

O médico praticamente falou que eu ia morrer; foi completamente homofóbico. Assim que viu qual era a situação do HPV, como IST, ele praticamente recusou o atendimento, recusou a direcionar ou encaminhar, falando que eu ia ter câncer e ia morrer.

A fala de Bowie explicita um imaginário coletivo historicamente construído, que associa infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) especialmente a homens gays, reforçando estigmas que atravessam, tanto os serviços de saúde quanto o tecido social como um todo. Esse processo de patologização e estigmatização dos corpos dissidentes não é isolado, é algo que opera como dispositivo de controle, regulação e moralização da sexualidade, como aponta Foucault (2001 [1976]). O autor discute como os saberes médicos e jurídicos constroem corpos desviantes, reafirmando um regime discursivo que associa determinadas formas de viver, desejar e existir ao risco, à doença e à morte, influenciando modos de pensar, agir e se expressar em sociedade, reforçando discursos excludentes.

O controle biopolítico dos corpos atua por meio de saberes que, ao longo da história, legitimaram discursos que vinculam o desejo fora da norma, à patologia, ao perigo social e à punição. A violência não é uma expressão isolada de preconceito individual, mas a reatualização de dispositivos de saber-poder que seguem (re)produzindo corpos desviantes e inscrevendo neles a marca da anormalidade, da desconfiança e da recriminação.

Após vivenciar essa violência simbólica e institucional, Bowie retorna ao SUS e é informado de que havia uma fila de espera para realizar o tratamento, com previsão de até dois anos para ser chamado. Frente à ausência de uma resposta rápida e temendo pela própria vida, ele mobiliza recursos subjetivos, afetivos e informacionais, realizando uma busca intensa por referências na área, profissionais especializados e,

após se sentir seguro, opta novamente pelo atendimento na rede privada, em outra cidade. Nesse cenário, relata ter recebido o cuidado necessário, com intervenções e orientações adequadas, sem vivenciar episódios de discriminação.

A associação das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) à população LGBTQIAPN+ de modo geral, mas historicamente atribuída de forma mais específica aos homens cisgêneros gays, revela que a vivência dessa violência e outras, ocorrem no âmbito simbólico e são reproduzidas e atualizadas por agenciamentos coletivos de enunciação, que mantêm e reforçam regimes de verdade sobre os corpos, os desejos e as existências dissidentes. Guattari e Rolnik (1996, p. 31) discutem que a subjetividade é produzida pelos agenciamentos coletivos que conectam diferentes instâncias e não se restringem a agentes individuais ou grupais. Esses processos produzem subjetividades capturadas por redes de sentido, que associam determinadas formas de existência ao desvio, à doença e ao risco.

Nesse cenário, o preconceito não é apenas uma questão interpessoal ou moral, ele também funciona como uma engrenagem coletiva, social e política. Ele produz marcas nas subjetividades, nos modos de existir, de ser e de desejar. O preconceito não se limita à superfície dos discursos — ele imprime efeitos concretos nos modos de subjetivação contemporânea, operando tanto nas interações micropolíticas quanto nos dispositivos institucionais. As marcas dessas experiências (re)configuram o modo como os sujeitos se percebem, se relacionam com seus corpos, com o cuidado e com o mundo, o que pode levá-los a evitar ou abandonar o acesso à saúde por medo, vergonha ou pela violência. Trata-se de uma violência subjetiva e estrutural, que atua na modulação contínua das existências, concretizando-se no plano dos discursos, nos corpos, no desejo e na potência de existir.

Essa análise permite compreender que os processos de captura da subjetividade se expressam nas experiências dos participantes, revelando movimentos constantes de territorialização e desterritorialização. A territorialização ocorre quando o desejo — entendido como força vital, pulsante e criadora — é organizado dentro de formas socialmente reconhecidas, como a cisheteronormatividade. É nesse campo que surgem práticas institucionais que tentam capturar os sujeitos dentro de modelos fixos de existência, aquilo que Rolnik (2011) metaforiza como o molde da “noivinha” — um corpo, um desejo, uma subjetividade alinhada às normas, regulado, reconhecível e validado socialmente.

Quando os sujeitos não cabem nesse molde — ou percebem que esse território subjetivo não contempla sua experiência — ocorre a desterritorialização, ou seja, um rompimento, uma crise. Esse movimento pode gerar tanto sofrimento quanto abertura para a criação de outros modos de existir. No caso dos participantes, essa desterritorialização se expressa na busca por redes alternativas de cuidado, na mobilização de informações, na criação de espaços comunitários de suporte e na necessidade de recorrer a práticas informais, por fora das estruturas institucionais.

Assim, o percurso de pessoas trans têm sido marcado pela peregrinação em busca de cuidado e pela constante negociação com os limites impostos pelos dispositivos institucionais. Gaga, mulher trans, bissexual conta que realiza terapia hormonal e acompanhamento multiprofissional há 5 anos, em um ambulatório especializado em saúde para pessoas trans, localizado na região metropolitana do estado. Ela ainda acrescenta que “desde que eu consegui fazer a retificação do nome civil, as coisas surtiram de maneira positiva”. Narrando suas percepções sobre a saúde pública, Britney — mulher trans, heterossexual — conta que:

Hoje em dia está tudo mais moderno, digamos, mais tecnológico, né? E agora o SUS, pelo menos na UBS onde eu consulto, a gente tem a forma de escolher o nome social, né?

Trata-se de um atendimento prestado por técnicas de enfermagem — momento em que foi orientada a consultar com um médico, para realizar a terapia hormonal sob supervisão médica:

Me aconselharam a marcar uma consulta com o clínico e fazer o tratamento, que daí eu fui pra marcar, mas elas não mandam pra cá [...] a gente é mandado para Canoas, ou Porto Alegre, que são clínicas maiores, com mais suporte, sabe. Mas isso demora dois meses, três meses numa lista pra conseguir o horário, pra eles levar a gente daqui até lá pra gente ter a primeira consulta, pra depois fazer os exames, pra depois ver qual hormônio que tu vai tomar. Então isso leva muito tempo, sabe?

Observa-se de modo geral que, as dificuldades relacionadas ao tratamento e às decisões em relação a ele, são maiores para as mulheres trans. Elas ainda enfrentam a estigmatização de que sua identidade de gênero precisa ser vinculada a um diagnóstico de transtorno mental e, além disso, precisam passar por processos burocráticos e morosos para usufruir do tratamento.

Os relatos de Gaga e Britney são a expressão concreta dos movimentos de desterritorialização forçada vividos por pessoas LGBTQIAPN+. Quando os dispositivos institucionais não oferecem respaldo, elas são empurradas para a

invenção de outros territórios — informais, precarizados, clandestinos e, não raramente, perigosos —, como estratégia para sustentar sua existência, cuidado e saúde.

Como discute Rolnik (2011), a desterritorialização, embora associada ao sofrimento, ao esgotamento e à experiência do não-pertencimento, também carrega em si a potência da criação. Nesse contexto, surgem linhas de fuga que, ainda que precarizadas, operam como tentativas de invenção de outros modos de viver, desejar e se cuidar — modos que escapam, resistem ou contornam as fronteiras da institucionalidade.

A falta de visibilidade para essa pauta escancara uma lógica institucional que transfere, para outros territórios, a responsabilidade pelo cuidado dessas existências. No município mencionado, o processo de reafirmação de identidades de gênero é autorizado a ocorrer, desde que seja fora dos limites da cidade. Isso acarreta numa expulsão, concreta e simbólica, na qual essas subjetividades são desterritorializadas para as margens das práticas institucionalizadas de cuidado.

Compreender esses movimentos lança nosso olhar para a dimensão histórica que sustenta os modos de captura da subjetividade no contexto latino-americano. Rolnik (2011) discute que os regimes de poder, especialmente durante as ditaduras militares latino-americanas, operaram no controle político e econômico e na produção de subjetividades. A autora afirma que esse contexto se caracteriza pelo “enrijecimento patológico do princípio identitário”, marcado pela tentativa de capturar os sujeitos em territórios normativos previsíveis, nos quais qualquer expressão de desejo ou existência que escape à norma é compreendida como ameaça.

Essa lógica opera por meio da negação do corpo vibrátil — dimensão sensível, singular, afetiva e criadora dos sujeitos, capaz de perceber, sentir e produzir modos de vida que escapam aos mapas previamente estabelecidos. Assim, diferentes modos de ser, desejar e existir tornam-se alvos de controle, repressão e violência. É nesse embate que emergem tanto os processos de sofrimento e adoecimento, quanto as linhas de fuga que apontam para a invenção de outras formas de vida, territórios e modos de existir.

Esse processo, ainda que ressignificado, atualiza-se nas instituições contemporâneas, em um contexto no qual ideais conservadores conquistam espaço e adentram as instituições políticas brasileiras, o que favorece a retomada e o

fortalecimento de discursos moralizantes e punitivos. Essa cartografia vigente reverbera no campo da saúde, onde práticas de normatização sutis — e explícitas — continuam operando sobre os corpos dissidentes. A manutenção de protocolos que ignoram a diversidade, a recusa em reconhecer demandas, a culpabilização dos sujeitos e o apagamento de existências fora dos moldes normativos, constituem expressões concretas desse regime que, longe de ter se encerrado, permanece ativo.

Os relatos que afirmam “nunca sofri preconceito no SUS” demonstram, por outro lado, que apesar das limitações estruturais, o sistema tem se constituído, em muitos casos, como um espaço de cuidado sensível às diversidades, especialmente quando comparado ao setor privado. Contudo, essas experiências positivas coexistem, paradoxalmente, com práticas de exclusão sutis, que atuam através dos silêncios, da burocratização e da manutenção de um paradigma cisheteronormativo, que ainda norteia as práticas em saúde.

O que é narrado por Britney evidencia que, mesmo quando os atendimentos apresentam uma máscara de cordialidade, como na situação em que ela é orientada sobre a utilização do nome social, eles ainda operam dispositivos sutis de regulação e controle. É perceptível que a morosidade e burocratização, desencoraja a busca pelo tratamento de hormonização no SUS — direito garantido desde 2008 pela Portaria GM/MS nº 1.707 (Brasil, 2008).

Mesmo que essas barreiras não apareçam nos documentos oficiais, elas operam nos silêncios, nos atrasos, na desinformação e na fragmentação da rede de saúde. Essas práticas naturalizadas, produzem efeitos e inscrevem marcas simbólicas nos corpos, modulando o desejo, minando a potência de existir e transformando o cuidado em saúde em um campo de luta. É nesse contexto que o relato de Britney ganha força, ao denunciar que, mesmo diante de direitos legalmente assegurados, a travessia até a sua efetivação, impõe um custo subjetivo elevado:

É uma paciência que é exigida da gente, que daí a gente vai nos lugares, chega lá e as pessoas olham pra nós [...] sempre vai existir aquela risada de canto, sabe. Aquele castigo sempre vai ter. E a gente muitas vezes não vai ter mais essa saúde pra passar por isso de novo. Tem que matar um leão pra chegar até lá e pra fazer, pra esperar mais um pouco, pra ver se vai dar certo ou não.

O que emerge, portanto, é um campo atravessado por tensões, no qual o acesso à saúde por pessoas LGBTQIAPN+ constitui um processo micropolítico, subjetivo e institucionalmente disputado, que ultrapassa questões técnicas ou de

gestão. A violência não se apresenta apenas em formas explícitas, mas também nos gestos, nos olhares, nas ausências e na morosidade institucional, compondo práticas que modulam o desejo, (re)produzem silêncios e afetam a relação dos sujeitos com o cuidado.

No caso de mulheres cis lésbicas, as situações de omissão e negligência no cuidado em saúde ocorrem por outras vias. Como suas práticas sexuais podem não envolver penetração, há situações em que profissionais médicos deixam de solicitar determinados exames, desconsiderando suas necessidades específicas. Isso representa uma violação do princípio da dignidade humana, uma vez que compromete o direito ao cuidado em saúde de forma integral.

Desse modo, o SUS, ainda que fruto de lutas históricas pela construção de uma saúde pública, universal e equânime, constitui-se, simultaneamente, como espaço de acolhimento e exclusão, de invenção e captura. As falas dos participantes, especialmente de Britney, evidenciam como o acesso formal aos direitos nem sempre se traduz em práticas efetivas de cuidado. A burocratização, a omissão política local, e os dispositivos sutis de controle que operam sob a aparência de cordialidade revelam uma gestão da vida que ainda define quais existências podem ser sustentadas e quais são deixadas à margem.

Fechar este eixo de análise não significa encerrar a reflexão, mas reconhecer que os relatos desestabilizam a superfície normativa e abrem pistas para a construção de outras formas de atenção, cuidado e escuta — modos de fazer saúde que considerem não apenas a presença dos corpos, mas a legitimidade de seus diferentes modos de existência.

“Sem saber é difícil querer”

Nas falas dos participantes, também emergiram discursos semelhantes a respeito do desconhecimento acerca dos serviços disponibilizados pelo SUS à comunidade LGBTQIAPN+. A necessidade de buscar informações sobre direitos em saúde aparece na experiência de Bowie, homem cisgênero e homossexual:

[...] eu comecei a pesquisar se, caso eu realmente tivesse, quais as chances de eu ter sido infectado, que eu descobri o PEP. E quando eu pesquisei PEP em português eu descobri que é um serviço pelo SUS já há tempos.

O comentário de Bowie demonstra que o conhecimento sobre serviços como PrEP/PEP, foi construído após experiências traumáticas, pesquisas pessoais ou

trocas informais. Relacionado a isso, outro aspecto emergente nas discussões, foi a desigualdade no acesso à informação e a ausência de explicações sobre a prevenção a ISTs, nos atendimentos nas unidades básicas de saúde. Neste contexto, Bowie afirma: “Eu acho que isso deveria ser conhecimento pra todo mundo. Se tu acha que tu teve contato com alguém que tenha HIV, tu tem 72 horas pra iniciar PEP”. Os demais participantes, só obtiveram essa informação a partir do relato de Bowie. Isso demonstra a importância da utilização de um método onde o pesquisar-intervir ocorre de maneira simultânea.

No processo cartográfico, o sujeito é protagonista na construção do conhecimento e a proposição de um espaço horizontal de trocas oportuniza um senso de coletividade. No decorrer das discussões, duas falas significativas produziram efeitos no grupo. O participante Prince, homem cisgênero e bissexual, afirmou “o principal existe, que é o SUS. Já existe o acesso para qualquer pessoa que quiser”. Em seguida, Madonna, mulher cisgênero e lésbica, complementa: “Só que... sem saber é difícil querer”.

Isso reforça que o acesso não se restringe às dimensões física e burocrática, mas também envolve aspectos simbólicos e políticos. Há um posicionamento sobre quais parcelas da população terão os atendimentos em saúde contemplados nas campanhas de conscientização e, infelizmente, a comunidade LGBTQIAPN+ não tem sido inserida nessa agenda. A ideia de necropolítica proposta por Mbembe (2016) evidencia como o Estado exerce sua soberania sobre os corpos, operando uma política seletiva que define quem pode viver e quem deve morrer. O controle da informação, nesse contexto, atua como uma forma de censura biológica, promovendo a omissão de direitos para as minorias que buscam atendimento qualificado nas instituições de saúde pública no Brasil. Conforme a ideia de necropolítica, o racismo é uma tecnologia permissiva ao biopoder, uma política de exclusão e morte. Entretanto, essa tecnologia transborda às questões de raça e se atualiza na situação de pessoas que diferem da heteronormatividade.

A ausência de políticas de comunicação efetivas contribui para a não utilização de direitos já garantidos para as pessoas LGBTQIAPN+. O conceito de biopoder, proposto por Foucault (2023 [1978]), ajuda a compreender como é exercido o poder no campo da saúde. A regulação dos corpos, da identidade, dos comportamentos e das formas de subjetividade, é percebida nas políticas, práticas e serviços que

definem quais corpos e modos de existência são reconhecidos, acolhidos, e quais são colocados à margem. Nesse contexto, inserem-se as experiências da comunidade LGBTQIAPN+, que enfrenta diferentes barreiras no acesso aos tratamentos e serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

A adaptação à normatividade evidencia como o sistema de saúde, regula a expressão das identidades, forçando esses indivíduos a se ajustarem a uma realidade marginalizada. Essa lógica de exclusão se estende à falta de acesso à informação sobre o tratamento e prevenção do HIV entre indivíduos trans, conforme o participante Mercury, homem cisgênero, homossexual, afirma em sua fala:

[...] teve um outro caso também de uma menina trans que trabalha com a prostituição que foi fazer o teste rápido, detectou positivo para HIV e foi pra casa, sem encaminhamento, né, pro tratamento, pro acompanhamento, sabe. E aí ela me perguntou, tá, o que que eu faço agora, eu disse, como assim, o que que eu faço agora, né, mas no posto não te explicaram, tu não foi encaminhada, como é que tu faz um teste rápido, detecta positivo e tu vai pra casa, tu não recebe nenhuma orientação [...]

Percebe-se, nesse relato, a forma sutil e perversa pela qual o biopoder se manifesta: não apenas regulando o acesso aos cuidados em saúde, mas também à informação e, conseqüentemente, à possibilidade de exercer autonomia sobre o corpo e à saúde. Ao não disponibilizar informações sobre o HIV e suas formas de prevenção e tratamento — como a profilaxia pré-exposição (PrEP), a profilaxia pós-exposição (PEP) e a terapia antirretroviral —, o sistema de saúde contribui para a manutenção das condições de vulnerabilidade. Não se trata de uma falha de organização ou de gestão: trata-se da manutenção de um regime de saber-poder que considera certos corpos menos merecedores de cuidado, atenção e acolhimento. Desse modo, compreendemos que a negação à informação é uma estratégia biopolítica: ao deixar de nomear, cuidar e orientar, o Estado relega essas vidas a um lugar de descartabilidade.

Por outro lado, a produção e circulação de saberes contra-hegemônicos, presentes nas redes de apoio entre pessoas trans, se tornam espaços de resistência. A luta por visibilidade, informação e cuidado é a luta pelo direito de viver plenamente.

Considerações Finais

(In)visibilidades, Travessias e Invenções no Acesso à Saúde

Este estudo apresentou um percurso cartográfico que partiu da inquietação em compreender como a população LGBTQIAPN+ acessa, vive e resiste nas experiências com os serviços públicos de saúde. A adoção do método cartográfico possibilitou acompanhar afetos, discursos e práticas que atravessam esses encontros, construindo discussões situadas e sensíveis às singularidades dos sujeitos.

Os elementos suscitados mostraram os serviços públicos de saúde como um campo de cuidado tensionado por práticas institucionais normativas e por estratégias de resistência e invenção. Ainda que o SUS seja reconhecido como espaço de acolhimento, surgem experiências marcadas por burocracia, silenciamento e preconceito — o que evidencia a cisheteronormatividade enquanto uma estrutura que organiza o acesso ao cuidado. Ao mesmo tempo, emergem estratégias de fuga, reinvenção e sustentação da vida, ainda que diante de múltiplas exclusões.

Aqui retomamos a concepção de que cartografar não é descobrir objetos preexistentes e sim compreender que a realidade é composta por modos de iluminação e regimes discursivos. Assim, propomos um outro olhar para as barreiras enfrentadas pela população LGBTQIAPN+, evidenciadas nos relatos dos participantes: tais práticas não constituem exceções, mas se inserem em uma lógica normativa que regula quais corpos, identidades e desejos são reconhecidos e considerados dignos do cuidado em saúde. Essa constatação convoca a algumas reflexões, entre elas, os debates éticos sobre a atuação profissional, a formulação de políticas públicas que respondam às demandas da população e a necessidade de práticas institucionais que reconheçam a diversidade como eixo da produção do cuidado em saúde.

Embora os participantes compartilhem experiências marcadas pela necessidade de reconhecimento e acolhimento nos serviços de saúde, as narrativas indicam que os obstáculos não se distribuem de maneira homogênea entre os diferentes grupos que compõem a população LGBTQIAPN+. Na experiência de Bowie, homem cisgênero e gay, destacam-se questões relacionadas às ISTs, ao desconhecimento inicial de serviços como PEP e PrEP e à persistência de estigmas historicamente associados à homossexualidade masculina. Entre as participantes

trans, emergiram questões relacionadas ao reconhecimento da identidade de gênero e do nome social, ao acesso à hormonização, à necessidade de deslocamento para outros municípios e às dificuldades de acesso a serviços especializados. Essas diferenças evidenciam que, embora os participantes estejam inseridos em uma mesma política de saúde, suas experiências com o SUS são atravessadas de diferentes formas pelas necessidades relacionadas às suas identidades de gênero e orientações sexuais.

Por outro lado, as narrativas também evidenciaram pontos de convergência, entre os quais se destaca o desconhecimento recorrente acerca dos serviços e direitos disponíveis no SUS. Tal aspecto ganha relevância quando os participantes contrastam a existência formal dos serviços com o conhecimento sobre sua disponibilidade e formas de acesso. Nesse sentido, a fala de Prince, ao afirmar que “o principal existe, que é o SUS”, articulada à de Madonna, ao destacar que “sem saber é difícil querer”, evidencia uma problemática compartilhada: a distância entre a garantia institucional dos direitos e sua efetiva apropriação pelos sujeitos.

O cuidado em saúde para a população LGBTQIAPN+ não deve ser compreendido como uma demanda periférica, mas como um compromisso ético e político com a consolidação de um SUS efetivamente universal. Compreender gênero e sexualidade como dimensões que permeiam os processos de saúde e doença, bem como reconhecer as marcas produzidas pela discriminação na subjetividade, implica considerar que o adoecimento e o cuidado não se restringem ao plano biológico, mas são atravessados por normas, violências, silenciamentos e resistências que constituem diferentes modos de viver. Nesse contexto, a escuta, o reconhecimento da diferença e o compromisso com a vida devem orientar práticas institucionais que não apenas ofereçam atendimento, mas que acolham, respeitem e sustentem diferentes formas de existência.

Referências

BONET, Octavio. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado: a propósito de Tim Ingold. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 231-250-, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC n.º 34**, de 11 de agosto de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 ago. 2014. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707/GM/MS, de 18 de agosto de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador a ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde aos indivíduos que dele necessitem. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 ago. 2008. Disponível em: [https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/1707-\[2875-120110-SES-MT\].pdf](https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/1707-[2875-120110-SES-MT].pdf). Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 14 ago. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 21 nov. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente. **Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável: unir para cuidar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/ciedds/publicacoes/diretrizes-nacionais-do-programa-brasil-saudavel-unir-para-cuidar.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2024.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. tradução Renato Aguiar. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

COELHO, Gilson Gomes; DESIDÉRIO, Plábio Marcos Martins; ROCHA, Luisa Pereira. AFINAL, O QUE É A LGBTFOBIA? **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. 2023, v. 34, p. 1-9. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/1115. Acesso em: 02 set. 2024.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. Tradução de Paula Siqueira. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005. Disponível em: https://revistas.usp.br/cadernosdecampo/pt_BR/article/view/50263/54376. Acesso em: 01 set. 2026.

FERREIRA, Breno de Oliveira; NASCIMENTO, Marcos. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2022, v. 27, n. 10, p. 3825–3834. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKYtxMMmQnCrCSvfbrMnkDc/>. Acesso em: 18 ago. 2024.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 17. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2023.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolíticas: cartografias do desejo**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. Tradução de Renata Santini. **Revista Arte & Ensaios**, n. 32, p. 122-151, dez. 2016.

NATIVIDADE, Marcelo; GUSSI, Alcides Fernando; SOUSA, Bruno Alves de; MONTEIRO, Caiala Mariana Quixadá. **Avaliação da Política Sexual para a População LGBTQIA+**: entre percepções de sujeitos/as e ações do Estado. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, Cuiabá, v. 4, n. 14, p. 364-392, 2021. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/12322>. Acesso em: 28 ago. 2024.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 17-31.

PORDEUS, Marcel Pereira; VIANA, Rosemary de Abreu. Feminismo, Desigualdade



de Gênero e LGBTfobia: a interseccionalidade das minorias no Brasil. **Conhecer: debate entre público e privado**. 2021, v 11, n. 26, p. 114-130. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revistaconhecer/article/view/4651>. Acesso em: 02 ago. 2024.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011.

SIMONINI, Eduardo; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Transversalidade e esquizoanálise. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 915-929, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n3p915-929>. Acesso em: 26 nov. 2024.

BETWEEN NEGATIONS AND INVENTIONS:

cartographic explorations of LGBTQIAPN+ access to public healthcare

Abstract

This article presents a cartography that investigated the experiences and perceptions of LGBTQIAPN+ people regarding access to public health services in the municipality of Montengro/RS, Brazil. The objective was to understand how the processes of subjectivation of these individuals unfold through their encounters with public health services, mapping both the potentialities and barriers that emerge in these contexts. Cartography enabled the researchers to follow the affects, discourses, gestures, and silences that arose in the encounters with participants. Data were produced through conversation circles with LGBTQIAPN+ people and analyzed from a micropolitical perspective, drawing on authors such as Foucault, Guattari, Rolnik, and Mbembe. The results indicate that the Brazilian Unified Health System (SUS) is recognized as a space for care and the protection of rights, particularly when compared to the private sector. However, experiences marked by prejudice, misinformation, neglect, and practices of normalization of dissident bodies also emerged. The accounts reveal experiences ranging from explicit forms of violence to subtle forms of institutional exclusion. The study concludes that these barriers operate not only at the objective level of access but also permeate subjectivity, producing exhaustion, silencing, and forced displacement. Despite these limitations, participants also develop strategies and lines of flight to sustain their ways of existing. The research contributes to the debate on improving health practices and reinforces the importance of public policies that consider the singularities of the LGBTQIAPN+ population in an affirmative and effective manner.

Keywords

Cartography; LGBTQIAPN+ population health; Health Unified Health System (SUS); LGBTQIAPN+.

Agradecimento: não se aplica.

Agência financiadora: não se aplica.

Contribuições das pessoas autoras: João Nascimento: concepção, produção de dados, escrita do artigo; Airton Lancini: concepção, produção de dados, escrita do artigo; Cristiane Freitas: revisão da escrita em todas as etapas do artigo, redação e revisão final do artigo.

Aprovação por Comitê de Ética e consentimento para participação: A pesquisa realizada foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, na data de 15 de abril de 2025, pelo número CAAE: 87703025.4.0000.5343 e número de parecer 7.509.365. Todas as pessoas participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que estão em posse dos autores.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Declaração de utilização de Inteligência Artificial: foi utilizada a ferramenta Chat GPT, em agosto de 2026, com a finalidade de melhoria de clareza textual.

Pessoa autora correspondente: Cristiane Davina Redin Freitas. E-mail: cristiane@unisc.br.

Recebido em: 15/07/2025

Aceito em: 17/09/2026

