

Atendimentos aos dissidentes da heteronormatividade: o sentido da afetação no tratamento universal, equânime e integral em saúde

Attendance to heteronormativity dissenters: the sense of allocation in the universal treatment, equitable and comprehensive health

Lívia Gonsalves Toledo¹

Resumo

Este artigo busca refletir sobre a qualidade dos atendimentos em saúde à população que apresenta modos de vivência da sexualidade e modos existenciais de gênero diversos do pressuposto heteronormativo, bem como as variáveis desta qualidade nos atendimentos. Além da falta de informação e capacitação profissional acerca dessa população – e suas especificidades no atendimento à saúde – e de sua invisibilidade no cotidiano social como elementos que contribuem para a má qualidade de atendimento, temos os modos de afetação subjetiva como um elemento de variação nessa mesma qualidade. A afetação positiva, no sentido de encontro-contato-experiência com o estranho, é o que cria a possibilidade de construção de sentimentos e posições positivas acerca da multiplicidade em seus aspectos diversos da normativa de sexo, gênero, desejo e práticas. É essa mesma afetação que possibilita o reconhecimento do humano no estranho, ampliando as margens da categoria humano.

Palavras-chave: População LGBT, Saúde, Direitos

Abstract

This essay thinks of the quality of health care in the population that demonstrates ways of experiencing sexuality and existential ways in the diverse genre from heteronormative assumption, as well as variables of this quality in care. Apart from the lack of information and professional training on this population and its specificities in health care and their invisibility in everyday social life as contributing to the poor quality of care, we have ways of subjective allocation as an element of variation in the same quality. The positive allocation, towards meeting-touch-with the odd experience, creates the possibility of building positive feelings and positions on the multiplicity in various aspects of its rules of sex, gender, desire and practice. This same allocation that enables the recognition of the human in the wierd, expanding margins of human category.

Keywords: LGBT Population, Health, Rights

¹ Lívia Gonsalves Toledo (liviagtoledo@gmail.com) é psicóloga (2005), mestre (2008) e doutora (2013) em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP, Assis-SP).



Introdução

Este artigo busca apresentar uma reflexão sobre a qualidade dos atendimentos em saúde, em um panorama geral, à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT) e outras pessoas que apresentam modos de vivência da sexualidade e modos existenciais de gênero diversos do pressuposto heteronormativ¹¹. Ou seja, como são atendidas, nos diversos espaços do sistema de saúde, pessoas que não se relacionam exclusivamente com pessoas do sexo oposto; que não vivenciam as demandas de feminilidade e masculinidade coerentes com o que socialmente se espera para o sexo masculino e o sexo feminino; e, finalmente, que não se reconhecem identitariamente segundo as categorias que socialmente se estabelecem para quem apresenta um certo sexo que seja sócio-histórico-culturalmente lógico com um certo gênero (ser homem, masculino e heterossexual; ser mulher, feminina e heterossexual).

Entendendo que essa população vivencia violências e processos de exclusão históricos e culturais diversos – bem como também demanda algumas especificidades de atendimento em saúde física e psicológica justamente por sua dissidência da normativa heterossexual – é que se confirma a importância de deitar o olhar sobre a

condição dos atendimentos de saúde a essa população, especialmente no que diz respeito ao acolhimento adequado, com orientação informada, atual e embasada cientificamente e um olhar desprovido da moralização da vida e do sentido de patologização das existências não hegemônicas. Desse modo, afastando-se das concepções médicas e biologizantes tradicionais de saúde e se aproximando da concepção de saúde com base na formulação e execução de políticas econômicas e sociais de promoção, prevenção e recuperação, apontando para ações afirmativas e voltadas para a saúde física e mental dessas pessoas.

A invisibilidade da população é um dos elementos, dentre outros, que fomentam a não garantia de direitos em saúde. Porém, não se trata de uma invisibilidade simplesmente dada e desmotivada. A difusão e a repetição de modos de normatividade sobre modos de existência, desejos e práticas eróticas dissidentes da heterossexualidade criam o que Foucault^{7,8} chama de regimes de verdade que despoticizam a presença (a visibilidade) das outras possibilidades de vivência do erotismo no cotidiano. Esses processos característicos de um modo de organização heteronormativa funcionam como uma linha de montagem subjetiva dissemi-

¹¹ Utilizo a sigla LGBT para referir-me a essa população, sem deixar de abarcar aqueles sujeitos que não afirmam posições identitárias – L lésbicas, G gays, B bissexuais, T travestis, transexuais e transgêneros –, portanto, levando

em conta também aquelas pessoas que apresentam modos de vivência da sexualidade e modos existenciais de gênero diversos do pressuposto heteronormativo, ainda que sem um posicionamento identitário.



nada por todo o corpo social veiculando uma verdadeira violência através da segregação daquilo que é múltiplo. Isto é, a invisibilidade não é um simples efeito da discriminação, exclusão e violência sobre os LGBTs; a “invisibilização” de modos de existências dissidentes da heterossexualidade é uma das formas de expressão da discriminação, exclusão e violência sobre os LGBTs¹⁸. Tal como afirma Schulman¹⁶:

A indústria das artes e entretenimento – os produtores de cultura popular – reforça a crueldade ao ativamente manterem essas experiências não representadas. Nesse sentido, os perpetradores da homofobia continuam a não serem responsabilizados. É um sistema dinâmico de perpetuação da dominação através da censura de experiências humanas (p. 76)

As diversas profissões de saúde devem estar afinadas com as demandas do movimento LGBT e com os próprios LGBT usuários dos serviços, sempre dialogando com esta população para um melhor atendimento e procedimentos de saúde. Ilustrativo disto é o diálogo do Conselho de Psicologia com associações de pessoas Trans^{III}, com profissionais atuantes nos serviços à população Trans^{IV} e estudiosos acadêmicos da temática na formulação de uma regulamentação técnica a qual recomenda que o profissional de psicologia preserve o direito e a autonomia dos transgêneros na decisão ou não de realizar uma cirurgia de transgenitalização, sem proposições de avaliação psicológica ou diagnósticos de gênero tratando a diferença como uma patologia.

Da mesma forma, é imprescindível que os equipamentos de saúde tenham proximidade, por exemplo, com a população de travestis e compreensão de sua altíssima vulnerabilidade diante da ausência de programas de assistência e saúde para as suas demandas específicas como pessoas que transformam seus corpos e estéticas em um feminino travesti (autoprescrição de hormônios, uso abusivo de silicone industrial), ou ainda pelo atendimento discriminatório dos profissionais de saúde, atendentes e outros usuários do serviço¹⁴. Nesse ramo de ilustrações, também podemos assinalar a importância de que os serviços médicos de ginecologia e preventivos a DST/Aids não formulem suas propostas

de tratamento e prevenção à população feminina presumindo que o atendimento é feito apenas a mulheres que se relacionam sexualmente com homens¹.

Seria possível delinear especificidades diversas relativas a cada uma das múltiplas formas de existência no campo da diversidade sexual e de gênero e as ineficiências do sistema de saúde que se baseia em um modelo único de ser humano (o modelo heteronormativo), além dos diversos modos de exclusão e violências vivenciadas por esse público. Contudo, para além da questão da saúde física está a vulnerabilidade da população LGBT na busca de tratamento, acompanhamento e assistência em saúde, visto que é justamente o atendimento ou deficitário ou discriminatório e violento que promove a invisibilidade da multiplicidade nos espaços de saúde – seja no fato de pessoas que se relacionam com outras do mesmo sexo não assumirem sua diferença para os profissionais de saúde, o que muitas vezes implica um tratamento insuficiente ou equivocado; seja na ausência corporal de travestis, transexuais e transgêneros nesses locais, visto que sua simples estética e imagem são alvos de posições discriminatórias.

Soma-se então à deficiência de tratamento à saúde do corpo as problemáticas relacionadas à saúde mental e as consequências psicológicas da exclusão e violência. Segundo López¹¹, a discriminação eleva o número de estressores sociais além do comumente vivenciado pelas pessoas em geral, o que aumenta a probabilidade de desenvolvimento de alguns transtornos psicológicos e emocionais. O autor afirma que há indícios de que transtornos de ansiedade, de estado de ânimo e o abuso de drogas se relacionem em muitos casos com fatores sociais. Segundo ele, pesquisas têm verificado maior vulnerabilidade da população LGBT em desenvolver transtornos de estado de ânimo e de ansiedade e talvez maiores proporções de transtornos psicológicos.

Sobre isso, é importante ressaltar a localização da origem desses transtornos, tomando o cuidado de não patologizar as pessoas LGBT ou sua condição e aplicar o foco desses desequilíbrios nos mais importantes componentes culturais da exclusão e da heteronormatividade. Forst e Meyer⁶ afirmam:

^{III} Associação Brasileira de Homens Trans (ABHT), Articulação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), Associação de Travestis de Salvador e Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT).

^{IV} Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids.

É importante notar que apesar de internalizado e insidioso, o quadro do estresse de minoria localiza a homofobia interiorizada em sua origem social, proveniente do heterossexismo e do preconceito social, e não de uma patologia interna ou de uma personalidade a ser tratada' (p. 97-98).

Castañeda⁴ assinala a cólera, a ansiedade, a insegurança e o desamparo como emoções frequentemente disparadas pela violência aos LGBT, visto serem eles objeto de agressões contínuas muitas vezes já em idades bem prematuras – gozações, piadas, humilhações e violências verbais, psicológicas e físicas relativamente constantes e conscientes às quais são expostos no cotidiano. E diante de uma cultura que invidualiza processos sociais e institui culpa aos indivíduos por suas diferenças ao hegemônico, a implementação desses sentimentos gerados pela violência e exclusão aos LGBT contra si mesmos pode produzir atitudes autodestrutivas. Sanders¹⁵ diz que jovens LGBT estão três vezes mais propensos a tentar o suicídio que os jovens não dissidentes, e até 30% de todos os suicídios que ocorrem na adolescência podem estar relacionados com questões de identidade sexual e de gênero.

No Brasil, em estudo empreendido por Teixeira-Filho e Rondini¹⁷ com mais de dois mil adolescentes de escolas públicas da região do oeste paulista em 2009, apresentam-se outras estatísticas igualmente afirmando uma considerável maior vulnerabilidade dos jovens dissidentes da heterossexualidade. Entre os jovens estudados, os pesquisadores verificaram que os não heterossexuais da amostra apresentaram “aproximadamente” o dobro de chances de pensar em suicídio, comparativamente aos heterossexuais, e os não heterossexuais têm “aproximadamente” o triplo de chances de tentar suicídio, comparativamente aos heterossexuais¹⁷ (p. 658), confirmando os dados internacionais.

Esses dados denunciam a necessidade urgente de serviços públicos de atendimento psicossocial voltados para essa população e confirmam a importância no investimento em formação e capacitação de profissionais das mais variadas áreas, especialmente aqueles

que estão em contato frequente com a população LGBT, como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros e médicos, atentos às vulnerabilidades e com um olhar à saúde de modo integral. Portanto, compreendendo a saúde não como um fenômeno puramente biológico, uma vez que esta é resultante também de condições socioeconômicas e culturais, em uma perspectiva biopsicossocial.

Uma análise propriamente política da exclusão e violência sobre a população LGBT converge, desse modo, para a crítica dessa ordem social heteronormativa de modo a produzir saúde psicológica, mental e física a todos os atingidos pelas imposições do sistema heteronormativo. É aí que podemos considerar o oposto de saúde não como doença, mas sim como sofrimento.

Entretanto, além da informação e formação daqueles profissionais na perspectiva dos direitos civis e humanos (entre eles o direito à saúde) das pessoas que não vivenciam a sexualidade e a identidade segundo a normativa heterossexual, o processo de aceitação e respeito à diversidade aponta para complexas e recônditas experiências, sensações e afetos que compõem a subjetividade. Não se trata apenas do acesso à informação, visto que “discriminar” não está relacionado a uma atitude totalmente consciente. Tal como afirmam Natividade e Oliveira¹³, *reações viscerais de repúdio à diversidade sexual devem ser pensadas como atitudes políticas, motivadas por fatores culturais e manifestadas no nível da própria corporalidade. O caráter visceral de certas reações encobre suas fontes morais* (p. 128).

Por isso, além de informação e conhecimento atualizado, científico e, acima de tudo, laico^{vi}, a respeito da diversidade, mais que isso é a afetação que comporá as possibilidades de modos de relações pautados no respeito e na aceitação da diversidade.

Ainda que as subjetividades se produzam seguindo as regras do contexto heteronormativo – e compondo-se segundo suas normas mais todas as formas de negação, exclusão e violência sobre o que foge desse sistema de ordenação das sexualidades –, mudanças nos modos de subjetivação são possíveis, produzindo

^v Versão minha do original em inglês: “It is important to note that despite being internalized and insidious, the minority stress framework locates internalized homophobia in its social origin, stemming from prevailing heterosexism and sexual prejudice, not from internal pathology or a personality trait.”

^{vi} Laicidade é a forma institucional existente nas sociedades democráticas que permite a relação política entre o cidadão e o Estado, e entre os próprios

cidadãos, pressupondo a não interferência de uma ou mais religiões em assuntos políticos e culturais. Laico remete, portanto, à ideia de neutralidade sobre questões religiosas. É a laicidade que garante a todo indivíduo o direito de adotar e manifestar uma convicção de fé religiosa, de mudar de convicção e de não adotar nenhuma.





personagens respeitadas para com a diferença, a multiplicidade, a dissidência erótica, apresentando posições de acolhimento, proteção, apoio, solidariedade, empatia, companheirismo e preocupação. Quer dizer, ainda que tenhamos a tendência a rejeitar a homossexualidade e as dissidências de gênero sobre diversos vieses, nem sempre produzimos nossa subjetividade dessa maneira, ou nem sempre permanecemos na mesma posição de rejeição.

Com base nos conceitos de *devir*, *anômalo* e *experiência* é que vamos entender o sentido da afetação com a multiplicidade. Por mais que sejam negados ou invisibilizados os modos de existência não heteronormativos no cotidiano, sabemos que a diferença existe nas instâncias da subjetivação de níveis infrapessoais (o que está em jogo no sonho, na criação), pessoais e interpessoais, compondo uma multiplicidade existencial e desejante.

Segundo Deleuze e Guattari⁵, por toda parte onde há multiplicidade, há excepcionalidades, anomalias em relação a ela, as quais têm muitas posições possíveis e com as quais será possível fazer aliança para o devir. O encontro com esses anômalos, ou seja, a experiência (a relação de aliança advinda de um contato), é o que permite a produção dessas mudanças nos modos de subjetivação. O anômalo é condição necessária ao devir. Para os autores, um devir é um entre-dois, não é nem o antes nem o depois, mas a fronteira ou a linha de fuga perpendicular aos dois (como entre o igual e o estranho). O devir constitui uma zona de vizinhança e de indiscernibilidade, pois não é localizável, mas leva um algo para a vizinhança do outro algo.

O anômalo não é uma pessoa, nem um modelo, nem um sentimento familiar. O anômalo é uma posição ou um conjunto de posições em relação a uma multiplicidade⁵ (p. 21), é um fenômeno de borda que abriga apenas afetos. Ao fazer uma relação de aliança com o anômalo, é possível contaminar-se com os afetos: vertigem, curiosidade, terror, atração, ânsia etc., saindo da ordem, alcançando um espaço indiscernível, sem individuação, um espaço desestabilizador.

O anômalo bordejando uma multiplicidade – e, pensando em multiplicidade humana, podemos entender o anômalo como tudo aquilo que está em fuga da margem humana, entendendo o humano como tudo aquilo que é reconhecido como tal, digno de reconhecimento e digno de vida, ou seja, tem espaço no cotidiano e é uma vida que importa^{2,3}; não matável, segundo a conceituação de Haraway¹⁰. Por isso, é preciso entrar em contato com o anômalo para criar novos sentidos sobre a multiplicidade que ele bordejando, sendo levado às vizinhanças da margem por meio do devir, nos contagiando no anômalo.

O encontro com o anômalo irrompe em produção de singularidades. A visibilidade e a enunciação dos modos de existência dissidentes, somadas às possibilidades de interlocução afetiva com pessoas que vivenciam a dissidência (como a relação de uma enfermeira com sua paciente trans, por exemplo), têm permitido esse encontro, essa produção de modos de subjetivação singular. Isto é, o contato inter-relacional com a pessoa dissidente desemboca na possibilidade de criação afetiva positiva, o que, por sua vez, permite a aliança com o anômalo desencadeando a transformação e a ressignificação subjetiva diante da dissidência erótica. A partir do transbordamento sobre essa zona indiscernível, vizinha, marginal, é possível reconhecer o humano em seres afirmados hegemonicamente como abjetos e matáveis. Segundo Butler³:

O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas 'inóspitas' e 'inabitáveis' da vida social que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do 'inabitável' é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito. (p. 155)

O reconhecimento de alguém como humano, portanto, não se dá apenas na informação, não apenas no conhecimento da diversidade, não apenas em capacitações profissionalizantes ou simples formação acadêmica, não apenas na tolerância de suas existências, mas sim na produção de sensibilidades em relação à

^{VI} Laicidade é a forma institucional existente nas sociedades democráticas que permite a relação política entre o cidadão e o Estado, e entre os próprios cidadãos, pressupondo a não interferência de uma ou mais religiões em assuntos políticos e culturais. Laico remete, portanto, à ideia de neutralidade sobre questões religiosas. É a Laicidade garante a todo o indivíduo o direito de adotar e manifestar uma convicção de fé religiosa, de mudar de convicção, e de não adotar nenhuma.

pessoa que está justamente nesse âmbito de singularização de aliança com o anômalo. Guattari e Rolnik⁹ já disseram que as pessoas se insensibilizam quando bloqueiam os potenciais de singularização, fazendo com que a experiência deixasse de funcionar como referência para a criação de modos de organização no cotidiano, portanto, ao aderir a processos normatizadores da subjetividade.

O reconhecimento da pessoa como humano está justamente na desconstrução de sua categoria de abjeta e matável. Ver um ser como humano implica a capacidade de apreender este ser como um ser que sente, e que sente afeição e dor, que ama e sofre. A consideração de um ser como humano está no reconhecimento de sua capacidade de amar, assim como no reconhecimento de sua capacidade de sofrer.

A partir da ampliação da margem que bordeja a categoria humano, mais seres possam usufruir dos direitos, de autonomia e do respeito com as suas vidas. É a colocação das ciências, cientistas, estudantes e profissionais em contato com as realidades não hegemônicas da sexualidade e da construção de gênero, em experiência com o estranho, que permitirá ultrapassar as limitações e os engessamentos na área da saúde e promover possibilidades de mudanças da qualificação do atendimento à população LGBT e dissidente da heteronormatividade. É apenas questionando o dado que se produz o novo, produzindo diretrizes éticas e técnicas no contato com o diverso, ampliando a concepção de significado de humanidade, tendo não apenas a referência de heterossexualidade, mas a referência da multiplicidade para a saúde segundo o princípio do Sistema Único de Saúde – universalidade, equidade e integralidade.

Com tudo isso, vemos com Merleau Ponty¹² que *a apreensão das significações se faz pelo corpo: aprender a ver as coisas é adquirir um certo estilo de visão, um novo uso do corpo próprio, é enriquecer e reorganizar o esquema corporal* (p. 212). Esta é uma das formas de combater os retrocessos nas diversas áreas do conhecimento, reconhecendo os diversos modos de se vivenciar e compor as sexualidades e a identidade, combatendo a marginalização e garantindo o direito dessas pessoas como cidadãos (acesso aos serviços públicos de saúde) e como seres humanos (a dignidade).

Referências

1. Barbosa RM, Facchini, R. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2006.
2. Butler J. Bodies that matter: on the discursive limits of “sex”. London: Routledge; 1993.
3. Butler J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: Louro, GL, organizadora. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Silva TT, tradutor. Belo Horizonte: Autêntica; 2000. p. 151-172.
4. Castañeda M. A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas. Hervot B, Teixeira-Filho FS, tradutores. São



Paulo: A Girafa; 2007.

5. Deleuze G, Guattari, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, 4. Rolnik S, tradutor. São Paulo: Ed. 54; 1997.
6. Forst DM, Meyer IH. Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *J Counseling Psychol.* 2009;56 (1):97-109.
7. Foucault M. *Microfísica do poder.* 2. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
8. Foucault M. *A verdade e as formas jurídicas.* 2. ed. Rio de Janeiro: Nau; 1999.
9. Guattary F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo.* Petrópolis, RJ: Vozes; 1996.
10. Haraway DJ, Azerêdo SMM. Companhias multiespécies nas naturezaculturas: uma conversa entre Donna Haraway e Sandra Azerêdo. In: Maciel ME, organizadora. *Pensar/escrever o animal: ensaios de zopoética e biopolítica.* Florianópolis: UFSC; 2011. p.389-417.
11. López JJO. Víctimas de la homofobia: consecuencias psicológicas [monografia na internet]. Castellon: Asociación Cristiana de Gais i Lesbianes de Catalunya; s.d [acesso em 12. fev. 2011]. Disponível em: http://www.acgil.org/documents/246_documents_Victimasdelahomofobia,JorgeOsma.pdf.
12. Merleau Ponty, M. *Fenomenologia da percepção.* São Paulo: Martins Fontes; 1994.
13. Natividade M, Oliveira L. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana.* 2009;2:121-161.
14. Peres WS. *Subjetividade das travestis brasileiras: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania.* [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
15. Sanders GL. O amor que ousa declarar seu nome: do segredo à revelação nas afiliações de gays e lésbicas. In: Imber-Black E, organizador. *Os segredos na família e na terapia familiar.* Batista D, tradutor. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p.219-244.
16. Schulman S. Homofobia familiar: uma experiência em busca de reconhecimento Fernandes FBM, tradutor. *Bagoas.* 2010;5:67-78.
17. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde Soc [periódico na internet].* 2012 [acesso em 6 nov 2012];21(3):651-667. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/11.pdf>.
18. Toledo LG. *Será que eu to gostando de mulher?: tecnologias de normatização e exclusão da dissidência erótica feminina no interior paulista* [tese de doutorado]. Assis-SP: Universidade Estadual Paulista; 2013.