

# O lugar da fala e a fala do lugar: reverberações dos discursos da população LGBTQIAPN+ nas últimas Conferências Nacionais de Saúde

The place of speech and the speech of the place: reverberations of the discourses of the LGBTQIAPN+ population in recent National Health Conferences

## William Pereira Santos

Biólogo. Especialista em Citologia Clínica. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Saúde Pública. Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA, Fiocruz Amazônia), Juiz de Fora, MG, Brasil; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4257173148402129>; E-mail: [pereirasantoswilliam85@gmail.com](mailto:pereirasantoswilliam85@gmail.com); ORCID: 0000-0002-7858-8671

## Janainny Magalhães Fernandes

Fisioterapeuta Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Saúde Pública, Consultora Técnica no Ministério da Saúde, e mãe. Brasília, DF, Brasil; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3629271188161474>; E-mail: [janainny.mf@gmail.com](mailto:janainny.mf@gmail.com); ORCID: 0000-0002-6647-9136

## Ana Elizabeth Sousa Reis

Psicóloga pela Universidade do Norte (UNINORTE-2010), mestre em Saúde Pública (Fiocruz Amazônia), especialista em Saúde Mental, Álcool e Drogas, especialista em Redes de Atenção à Saúde (Fiocruz Manguinhos), especialista em Atenção em doenças neurológicas (UFAM). Doutoranda no Programa de Psicologia Clínica e Cultura (UnB). Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA, Fiocruz Amazônia). Prevenção e Promoção de Saúde no Ciclo de Vida GEPPS Vida do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9180984623086871>; E-mail: [anareis85@hotmail.com](mailto:anareis85@hotmail.com); ORCID: 0000-0001-8827-4951

Contribuição dos autores: WPS, JMF, AESR, VGLS e AAF participaram na concepção, desenho do trabalho, análise, interpretação dos dados da pesquisa; na redação e revisão crítica com contribuição intelectual; e na aprovação final da versão para publicação. GCB e JCS participaram na análise, interpretação dos dados da pesquisa; na revisão crítica com contribuição intelectual; e na aprovação final da versão para publicação. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

### **Vitor Guilherme Lima de Souza**

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM).  
Mestrando em Saúde Pública pelo Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD, Fiocruz Amazônia). Especializando em Saúde Pública com ênfase na Estratégia da Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA-Manaus). Manaus, AM, Brasil; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1070441388655912>;  
E-mail: [s.vitorlimag@gmail.com](mailto:s.vitorlimag@gmail.com); ORCID: 0009-0006-4225-0368

### **Gabriel Calazans Baptista**

Graduado em Psicologia com ênfase em Saúde Coletiva e Direitos Humanos. Mestre em Saúde Coletiva (Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS). Doutorando em Psicologia (Universidade Federal do Pará - UFPA). Porto Alegre, RS, Brasil; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7929046394572193>;  
E-mail: [g.calazans.baptista@gmail.com](mailto:g.calazans.baptista@gmail.com); ORCID: 0000-0002-7391-8803

### **Júlio Cesar Schweickardt**

Graduado em Ciências Sociais (UFAM), Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM). Doutorado em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz). Pesquisador Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas & Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia. Coordenador do Mestrado Profissional Saúde da Família - PROFSAÚDE. Manaus, AM, Brasil; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3303449364388846>;  
E-mail: [julio.ilm@gmail.com](mailto:julio.ilm@gmail.com); ORCID: 0000-0002-8349-3482

### **Alcindo Antônio Ferla**

Médico (UFRGS), mestre e doutor em educação (UFRGS), professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS), professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (ILMD/Fiocruz Amazônia/FAPEAM) e professor visitante na Universidade Católica Redemptoris Mater (UNICA), Nicaragua. Pesquisador no Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazonia/FAPEAM), membro titular da Câmara Técnica de Estudos Integrados de Controle e Participação e Social (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Coordenador Geral da Associação da Rede Unida. Porto Alegre, RS, Brasil; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6938715472729668>;  
E-mail: [ferlaalcindo@gmail.com](mailto:ferlaalcindo@gmail.com); ORCID: 0000-0002-9408-1504

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 11/03/2024

Aprovado em: 03/04/2024

Editor responsável: Frederico Viana Machado

**Resumo:** O presente artigo teve como objetivo analisar a participação da população LGBTQIAPN+ nas Conferências Livres (CL) da 17ª Conferência Nacional de Saúde. Neste artigo adotamos a técnica de análise de conteúdo em pesquisa qualitativa, com análise de duas entrevistas conduzidas com três organizadores de duas CL. Destaca-se que a participação expressiva garantida pelas CL reflete o debate e a deliberação de propostas feitas por e para pessoas com diversas identidades de gênero e orientações sexuais, marcando um retorno e fortalecimento da democracia no país. A participação e o debate se efetivam em forma de proposta na 17ª CNS, possibilitando aos gestores a visibilidade de pautas ao realizar o planejamento das ações de saúde para o próximo quadriênio, considerando que a população LGBTQIAPN+ não acessa plenamente os serviços de saúde no SUS. A ausência de discussão e de espaços sendo ocupados pelo grupo foram dispositivos para reivindicação por equidade, universalidade e integralidade. Esta análise amplia as possibilidades de visibilidades e dizibilidades, diálogo e luta na produção e execução dos direitos da população LGBTQIAPN+, trazendo à cena a importância dos movimentos populares na desburocratização ao acesso à saúde e ao controle social.

**Palavras-chave:** Pessoas LGBTQIA+; Conferências de saúde; Direitos à saúde; Participação Social.

**Abstract:** The aim of this article was to analyze the participation of the LGBTQIAPN+ population in the Free Conferences (CL) of the 17th National Health Conference. In this article we adopted the technique of content analysis in qualitative research, with analysis of two interviews conducted with three organizers of two LCs. It is noteworthy that the significant participation guaranteed by the CLs reflects the debate and deliberation of proposals made by and for people with diverse gender identities and sexual orientations, marking a return and strengthening of democracy in the country. Participation and debate took the form of proposals at the 17th CNS, enabling managers to make their agendas visible when planning health actions for the next four years, considering that the LGBTQIAPN+ population does not fully access health services in the SUS. The lack of discussion and spaces being occupied by the group were devices for demanding equity, universality and comprehensiveness. This analysis expands the possibilities of visibility and visibility, dialogue and struggle in the production and

execution of the rights of the LGBTQIAPN+ population, bringing to the fore the importance of popular movements in reducing bureaucracy in access to health and social control.

**Keywords:** LGBTQI+ people; Health conferences; Health rights; Social participation.

## INTRODUÇÃO

A comunidade LGBTQIAPN+<sup>1</sup> é composta por indivíduos que possuem uma ampla diversidade de identidades de gênero e orientações sexuais, marcadas por histórias permeadas por adversidades e pela militância em prol de direitos, equidade e justiça social. Essa luta constante por visibilidade e respeito surge como resistência à necropolítica, que frequentemente impacta as pessoas desse grupo social, manifestando-se em diversas formas de violência, muitas das quais culminam em tragédias fatais<sup>1</sup>.

A imposição social do modelo cisheteronormativo<sup>2</sup> reproduz uma padronização e subjugação das relações e dos corpos, gerando opressão, à medida que desconsidera a singularidade das pessoas. Isso se estende ao campo da saúde, onde a falta de atenção às especificidades da comunidade LGBTQIAPN+ contribui para a produção de estigmas, preconceitos e invisibilidades e para déficits de integralidade no cuidado<sup>3</sup>. Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe espaços de cuidado complexos e diversificados, podendo tornar-se uma arena de aprendizagem significativa, tanto para profissionais em formação quanto para aqueles que já atuam nos serviços de saúde<sup>4</sup>.

A negligência enfrentada pela população LGBTQIAPN+ é multifacetada, atravessando aparelhos sociais que deveriam, em teoria, garantir os direitos fundamentais previstos na Constituição Brasileira de 1988. Essa negligência se manifesta por meio da baixa procura aos serviços de saúde até a deficiência estrutural e organizacional dos modelos assistenciais, desestimulando e dificultando o acesso às ações e serviços de saúde. No entanto, as lutas que foram travadas nas últimas décadas geraram também avanços, como a remoção do termo homossexualismo da Classificação Internacional de Doenças (CID) pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, seguida pela elaboração e implementação da Política Nacional de

<sup>1</sup>L (Lésbicas), G (Gays), B (Bissexuais), T (Transexuais), Q (Queer), I (Intersexo), A (Assexual), P (Pansexual), N (Não-Binário), + (demais pessoas da comunidade e a pluralidade de variações de gênero e orientações sexuais).

Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT) em 2011<sup>2</sup> e outras iniciativas no âmbito das políticas públicas.

A PNSI-LGBT representou um avanço significativo na mitigação de agravos à população LGBTQIAPN+, mas sua implementação foi tardia, ganhando impulso nacional apenas a partir de 2004 com o "Plano Brasil Sem Homofobia". Motivada pela busca por direitos garantidos e respeitados, a população LGBTQIAPN+ passou a se articular em busca de maior visibilidade, qualidade de vida, direitos civis e igualdade de gênero e orientação sexual<sup>5</sup>.

O Brasil lidera o *ranking* dos países que mais matam pessoas LGBTQIAPN+<sup>6</sup>, evidenciando a urgência em incrementos significativos na preservação dos direitos humanos e na atualização e manutenção das políticas de saúde. Em meio às crises cíclicas na democracia brasileira, com prejuízos evidentes ao ciclo civilizatório, o desafio reside na elaboração e implementação de políticas públicas alinhadas às necessidades dessa população, garantindo sua participação efetiva nos próprios processos de formulação<sup>7</sup>. Romper a invisibilidade e o silenciamento dos diferentes segmentos populacionais é, sem dúvida, uma necessidade premente. E há um duplo movimento que interessa destacar aqui: a inclusão de pessoas com diferentes lugares de fala nos processos das conferências de saúde e os efeitos nas discussões e deliberações das conferências, considerando, portanto, as falas que repercutem no "lugar" que elas ocupam no ordenamento do SUS.

As conferências de saúde compõem o escopo dos fóruns e estratégias participativas do SUS e têm sido apontadas como dispositivos para inovar a gestão e o cuidado em saúde, abrindo mais espaços para participação social. Tais espaços têm sido considerados inovadores, seja para os arranjos de gestão ou de cuidado, mas é imperioso que sejam monitorados em aspectos específicos, onde a produção da saúde ainda é deficitária, como nos diferentes segmentos populacionais<sup>8</sup>.

Nesse contexto, este artigo propõe-se analisar a participação da população LGBTQIAPN+ nas Conferências Livres da 17ª Conferência Nacional de Saúde, comparando a visibilidade que obtiveram suas causas em ambas. O foco relembra o ativismo dos movimentos LGBTQIAPN+ nessas conferências, destacando seu papel crucial na busca pelo direito à saúde dessa população.

Ressalta-se a importância do lugar de fala e da fala de pessoas delegadas dos movimentos sociais LGBTQIAPN+ participantes na 17ª CNS, que, pela primeira vez, teve a eleição de delegação a partir das Conferências Livres.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo adotou uma abordagem qualitativa, descritiva e com base na análise documental, compondo o escopo de uma pesquisa participativa com maior abrangência.

A primeira fase da pesquisa consistiu na análise comparada de indicadores da participação da população LGBTQIAPN+ nas duas Conferências Nacionais de Saúde, visando identificar o perfil dos participantes em cada conferência e analisar as propostas e diretrizes aprovadas. Essa comparação foi relevante para compreender o impacto das Conferências Livres na participação, formulação e aprovação de propostas direcionadas a esse público, especialmente considerando que na 17ª CNS os participantes das Conferências Livres obtiveram o direito de eleger pessoas delegadas com direito a voto.

A segunda fase do estudo envolveu a análise de duas entrevistas conduzidas durante a 17ª CNS com três organizadores de duas Conferências Livres (CL), intituladas "I Conferência Livre Nacional de Saúde de pessoas LGBTIAPN+" e "Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia. Amanhã Vai Ser Outro Dia. Saúde da População LGBTQIAPN+", ambas realizadas em 2022.

As entrevistas foram realizadas em julho/2023, durante a programação da 17ª CNS, em Brasília, como parte do projeto de pesquisa "Saúde e Democracia: Estudos Integrados sobre Participação Social nas Conferências Nacionais de Saúde", do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este projeto está inserido na Rede de Cooperação Internacional sobre Participação Social em Saúde e Políticas Públicas (Rede Participa), mantida pela cooperação entre a Associação Rede Unida, o CNS e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), e foi aprovado pela CONEP sob o protocolo CAAE nº 14851419.0.0000.0008, com parecer nº 6.153.447.

As entrevistas seguiram uma abordagem semiestruturada, com duração média de quarenta minutos, sendo realizadas após o convite e a anuência

dos entrevistados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Durante a condução da entrevista, foi utilizado um roteiro temático, permitindo traçar um perfil dos participantes, vínculos institucionais, engajamento e objetivos da CL, expectativas e propostas para a 17ª CNS.

O roteiro temático foi flexível, sendo modificado conforme necessidade, para abordar questões relevantes nas falas dos participantes, sendo ajustado na medida do surgimento de ideias relevantes para o objetivo da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas com o auxílio do software *Cockatoo Transcription* para compor o corpus textual a ser analisado.

Na etapa de tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo proposta por Bardin<sup>9</sup>, considerando o tema como o conceito central. A análise seguiu o roteiro didático proposto por Minayo<sup>10</sup>, identificando temas relacionados à população LGBTQIAPN+ e selecionando unidades de contribuição das falas dos entrevistados para inferência e análise. Na exploração de materiais, os dados brutos foram transformados e agrupados em unidades de registro, permitindo a descrição das categorias que emergiram das respostas dos entrevistados.

Para a fundamentação teórica, realizou-se um levantamento bibliográfico temático em bases eletrônicas de domínio público, como Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Biblioteca Eletrônica Online (SciELO) e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (MS).

### **ANÁLISE DOS AVANÇOS E DESAFIOS DA COMUNIDADE LGBTQIAPN+ A PARTIR DAS ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES**

Os dados coletados do banco de credenciamento da 17ª CNS demonstram a distribuição dos participantes segundo os atributos de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, evidenciando uma ainda muito grande dificuldade das pessoas, inclusive as lideranças que se habilitam à participação na etapa nacional de uma Conferência de Saúde, de reconhecer-se nesses atributos. Aproximadamente 24% das pessoas credenciadas não responderam ou registraram informações nulas (expressões diversas daquelas que classificam

esse atributo) para o quesito identidade de gênero, enquanto aproximadamente 65% o fizeram no atributo orientação sexual, conforme descreve a Tabela 1. Outra constatação importante é que um volume relevante de pessoas registrou informações válidas para esses atributos.

**Tabela 1.** Caracterização das pessoas credenciadas na 17ª segundo atributos de Identidade de Gênero e Orientação Sexual.

Característica	17ª CNS	
	N	%
<b>Identidade de Gênero</b>		
Mulheres cis	2.618	44,94%
Homens cis	1.678	28,81%
Homens trans	11	0,19%
Mulheres trans	15	0,26%
Travestis	13	0,22%
Outra	71	1,22%
Preferiu não responder	337	5,79%
Sem resposta ou resposta nula	1.082	18,58%
<b>Orientação Sexual</b>		
Heterossexuais	1.640	28,15%
Gays	116	1,99%
Bissexuais	117	2,01%
Lésbicas	50	0,86%
Pansexuais	21	0,36%
Assexuais	1	0,02%
Outros	84	1,44%
Preferiu não responder	16	0,27%
Sem resposta ou resposta nula	3.780	64,89%
<b>Total</b>	<b>5.825</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Base de dados do credenciamento da 17ª CNS, tratados pelos autores.

As duas experiências mais recentes de Conferências de Saúde (a 16ª e a 17ª) constituíram estratégias diversas para a expressão da fala do segmento LGBTQIAPN+ e para o registro dessas falas no processo técnico-político das próprias conferências, como se viu. Os atributos de sexo, identidade de gênero e orientação sexual passaram a ser solicitados como caracterização dos participantes na 17ª CNS como desdobramento da tensão constatada pela pesquisa realizada na 16ª CNS, onde essa pergunta gerou registros muito diversos no questionário aplicado aos participantes. O volume de respostas não válidas ou de não respostas foi bem expressivo<sup>11</sup>. As orientações da Comissão Organizadora Nacional e do Conselho Nacional de Saúde da 17ª CNS incorporaram a descrição desses atributos como estratégia política de tornar visíveis os lugares de fala dos grupos populacionais que se localizam nesse perfil.

Algumas diferenças nas estratégias de mobilização social entre as duas conferências podem explicar a maior diversificação de participantes e do conteúdo das deliberações. Houve um aumento expressivo de Conferências Livres (CL) entre as CNS, passando de 9 em 2019 para 98 em 2023<sup>12</sup>. Além disso, a eleição direta de pessoas delegadas a partir dessas CL para a 17ª CNS, com direito a voto, evidencia um salto qualitativo e quantitativo na participação social autônoma. As duas CL mobilizadas pela população LGBTQIAPN+ agregaram pessoas delegadas, promovendo debates e alinhamento de questões que influenciaram diretamente a aprovação das propostas e diretrizes na Conferência Nacional. A composição das propostas para o Relatório Final mesclou a participação ascendente mais clássica com uma participação transversal, relacionada a temas emergentes e grupos populacionais específicos.

Ao comparar os relatórios finais das duas conferências, observa-se uma significativa diferença na presença de propostas relacionadas à população LGBTQIAPN+. Enquanto a 16ª CNS apresentou 14 referências e 3 propostas específicas para essa população, a 17ª CNS contou com 70 referências, 62 propostas e 2 moções. As propostas da 16ª CNS focaram na garantia da execução da política nacional da população LGBTQIAPN+ e no acesso a serviços, enquanto as da 17ª CNS são mais abrangentes, destacando-se pela qualificação, integralidade do cuidado, garantia à continuidade do cuidado, atualização da política nacional com inclusão de outras interseccionalidades, direitos à hormonização/hormonoterapia e construção de um Grupo de Trabalho permanente no Ministério da Saúde<sup>11</sup>.

A relevância das CL, com a eleição de pessoas delegadas e encaminhamento de propostas, é evidência da ampliação e qualificação da democracia brasileira, em disputa para superar a necropolítica e fortalecer os espaços de biopotência dos movimentos populares, especialmente da população LGBTQIAPN+. A participação expressiva e garantida pelas CL reflete não apenas o debate, mas na quantidade e diversidade de propostas feitas por e para pessoas com diversas identidades de gênero e orientações sexuais, marcando um retorno e fortalecimento da democracia no país<sup>13</sup>. Evidente que a crise civilizatória que vivemos produziu uma tensão importante entre falas e comportamentos necropolíticos e a resistência dos grupos vulnerabilizados por esses atos, mas considerar o lugar de fala desses grupos

populacionais em eventos da magnitude das conferências de saúde atribui um poder de fala necessário e com potência ampliada.

As entrevistas realizadas aos organizadores das CL revelaram a ampla diversidade de indivíduos e pautas aprovadas durante a 17ª CNS. Uma análise minuciosa dessas entrevistas identificou 03 categorias-chave, abordando o perfil dos participantes e temas relacionados ao direito e promoção à saúde, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir. Essas categorias refletem a importância da participação ativa e representativa na construção de políticas públicas de saúde que atendam às demandas específicas da população LGBTQIAPN+.

### **Identidade, pertencimento e representatividade: sujeitos para além do gênero e da sexualidade**

A diversidade de lugares ocupados na sociedade pelos participantes das conferências foi explícita em muitos momentos e colocou questões relevantes sobre a coerência de falar por grupos sociais diversos. Alguns depoimentos são muito representativos da diversidade como composição de participantes e como diferentes lugares de fala<sup>14</sup>.

*Ana: “Eu sou uma pessoa branca, tenho 42 anos, sou profissional de saúde, sou médica, e estou na Conferência Nacional de Saúde como representando o segmento de pessoas trabalhadoras e vim representar a delegação da conferência, da primeira Conferência Livre na Nacional de Saúde de Pessoas LGBTQIAPN+”.*

*Bernardo: “Eu sou um homem trans, me chamo Bernardo, tenho 22 anos de idade, estou aqui vindo de outras conferências e representando a primeira conferência livre LGBTQIAPN+”.*

*Lívia: “Sou mulher lésbica, negra, tenho cabelo black, uso óculos, estou com a camisa branca e de tênis. Me identifico como Lívia Ferreira, em todos os lugares gosto de ser chamada como Lívia Ferreira. E hoje eu sou bacharel em administração, diretora de audiovisual, ativista, conselheira e defensora dos direitos humanos e sou atriz [...] sou mulher cis, tenho um sexo biológico, uma vagina e sou já trago já minha orientação sexual, que sou lésbica”.*

*Bernardo: “Trazer a representatividade. Então, desde que eu tive a minha formação, minha primeira formação em gestão de saúde, era de trazer a representatividade, para que essa população não se afastasse, né?”*

Entender a identidade de quem fala, de onde fala e porque fala, é demarcar que a população LGBTQIAPN+ também é parte constitutiva da construção do SUS e da sociedade, que são também trabalhadores que marcam e deixam marcas e efeitos nas relações interprofissionais e de cuidado. E, para além das siglas, são sujeitos. O estigma de que estas pessoas não ocupam lugares sociais que não sejam só o de vulnerabilizados ou sexualizados, à deriva, precisa ser constantemente disputado e por isso a importância de demarcar a identidade de gênero e a orientação sexual não-hegemônica no campo do trabalho, acadêmico, produtivo e das relações sociais. Demarcar seu lugar de fala e sua fala do lugar é, portanto, um enfrentamento antinormativo e constitutivo na (re)(des)construção de simbolismos<sup>14</sup>.

*Ana: “Tivemos propostas muito diversas, tanto que focavam nas categorias identitárias específicas, em lésbicas, em gays, em pessoas bissexuais, mas principalmente na população trans e população intersexo que são infelizmente os grupos populacionais que mais vulnerabilizados entre a população LGBTQIAPN+”.*

Ao mesmo tempo, as identidades de gênero e orientação sexual marcam e atravessam os corpos dos sujeitos, numa dobra que deixam marcas distintas e singulares, visto que alguns segmentos da sigla possuem, naturalmente, mais capacidade de expressão, porque são mais visíveis, porque estão há mais tempo no debate e, também, sofrem mais ou menos o efeito da lgbtqiapn+fobia a depender da camada social, segmento e interseccionalidade que o atravessa. A expressão das identidades também se torna essenciais nesse contexto, pois, ao invés de produzir um efeito de subjetivação, produzem como expressão a biopotência que a narrativa e a presença produzem: visibilidade e pertencimento. Criam camadas sutis de expressões e demarcações do que de fato está acontecendo no próprio segmento, pautando a todo momento a necessidade de que, não só as políticas públicas, como toda a sociedade devam ser inclusivas e respeitadas.

Na prática, seja uma comunidade em geral, seja um gestor público, por exemplo, muitos não estão necessariamente interessados em entender se o segmento está coeso ou não, mas interessa que o segmento exista, que essas falas estejam ali representando pessoas. No caso da saúde pública, por exemplo, essas expressões, quando visíveis, podem incutir ao gestor exercer ações de cuidado e fazer algo que não seja só exclusão ou extermínio. E isso

se conecta com outras políticas que também se manifestam de maneira excludente.

Estes são, portanto, o lugar de fala de cada entrevistado, que trazem semelhança e, também, divergência. Afinal, dentro disso tudo, é tudo igual? A interseccionalidade também atravessa os corpos, marcando relações de poder e potência, especialmente no que diz respeito aos direitos sociais.

### **O efeito das Conferências Livres enquanto dispositivo de exercício da democracia no direito à saúde**

O lugar de fala, no lugar da conferência, expressa com muita propriedade que o efeito da organização das CL ampliou não só o convite para participação de diversas pessoas, como possibilitou a abertura para ocupar esse lugar de tomada de decisão política, que é de todas as pessoas. Essa reflexão também nos faz pensar que não se faz saúde “sobre” e “para” as pessoas, mas “com” as pessoas. A participação na CL reforça o direito à saúde e à sua construção, que é coletiva e democrática. Além disso, resgata e valoriza o que não teve lugar ao longo da história, sobretudo antes da criação do SUS. As diversas participações ampliam formulações teóricas à população. As transcrições abaixo ilustram essa ideia.

*Bernardo: “É o que a gente vê, esse afastamento desde as primeiras (conferências), você vê cada vez menos propostas, você vê cada vez menos pessoas que estão dentro do movimento, dentro desses espaços, então sendo um corpo político, um corpo de luta, estar dentro desse espaço e sair pela primeira conferência livre, que é uma grande alegria e representação e sair desse papel de invisibilizar...”*

*Bernardo: “Exatamente. É fantástico, porque você mostra para outras pessoas que estão dentro do movimento, que não acreditam mais, que pode conseguir dessa forma, ou conversar dessa forma, essa possibilidade. Então é fantástico quando ela traz os números, eu ver que uma grande parcela estava presente, representando uma grande amplitude do estado. Era maravilhoso, onde você conseguia conversar com as pessoas que tinham outras visões, que tiveram outras experiências, mas com o mesmo intuito. Então mostrar para um público maior desse movimento, desta parcela, que sim, estamos aqui, sim, somos visíveis, é de uma alegria imensa, não tem explicação”.*

*Lívia: “Diante das situações, a gente participava das diversas conferências municipais, estaduais, e sem população LGBTQIAPN+. Não tinha oportunidade de participar diretamente das conferências, não saía nunca como delegades, delegadas e delegados. Quando*

*saía era o mínimo possível. Aí nós pensamos, toda a equipe, em fazer uma conferência livre que abarcasse a população LGBTQIAPN+ que pudesse tirar delegadas, delegados e delegades para participar dessa conferência, tendo o tom da questão dos direitos, da democracia, da vida, e aqui a gente também precisa estar falando sobre isso, falando sobre nossos corpos. Nada de nós sem nós!”.*

*Lívia: “Eu acho que foi bem honroso da parte do Conselho Nacional de Saúde ter pensado, né, as Conferências Livres [...] Porque deu uma maior participação de pessoas que não vão até os diversos lugares. Por exemplo, o município lá mesmo fez a conferência municipal. Nessa conferência municipal, nós tivemos só quatro LGBTQIAPN+. E desses quatro, um era da gestão e os outros três eram do usuário. Os trabalhadores não dizem que é gay. A gente sabe que tem, mas não diz que é gay. Então, na Conferência Livre a gente pode estar com outras pessoas que não tem a oportunidade de chegar numa conferência distrital, numa conferência local e nem na conferência municipal. E aí a gente traz as pessoas da nossa base, as pessoas das comunidades, porque essas adolescentes também foi um processo educativo, né? [...] E já são assim, vão propor para suas comunidades, vão levar para a comunidade, vai ser o veículo de transmissão das nossas propostas, não vão mais brincar com os corpos LGBTQIAPN+[...]. Nós estamos falando sobre direitos. Sobre o direito de viver. Sobre o direito de estar. E aí, como você traz na pergunta, qual a importância disso? A importância é que a gente se sentiu autônomos. Trouxe autonomia. Trouxe uma qualidade de pensar, uma qualidade de vida”.*

O processo de redemocratização da saúde propiciou debates sobre direitos que contribuem para a construção de uma assistência mais baseada na ideia da equidade. Impulsionados pela necessidade de ter seus direitos garantidos e respeitados e ancorados nas políticas de promoção da equidade do SUS, a população LGBTQIAPN+ passou a se “articular por maior visibilidade, melhorias na qualidade de vida, igualdade de gênero e orientação sexual e pela luta por direitos civis”<sup>5</sup>.

A luta por visibilidade e inclusão é uma resistência contra o distanciamento dos direitos e diminuição das vulnerabilidades que potencializam a exclusão e o adoecimento das pessoas. A participação da população LGBTQIAPN+ na CL e na 17ª CNS desafia o SUS, seja na atenção, na gestão, na participação, na formação e nas práticas democráticas a compreender as necessidades e demandas da população LGBTQIAPN+. Isto é, a saúde é um objetivo de ação política<sup>5</sup>.

É importante ressaltar que as conferências de saúde possuem um processo histórico de abertura e avanço democrático, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986. A 8ª CNS ocorreu num período que marcou a redemocratização do país e a proposta da movimentação social também garantia, além do acesso aos serviços de saúde, que se tornou mais abrangente, a participação da população no processo de planejamento, implantação e avaliação do novo sistema de saúde<sup>15</sup>.

A 8ª CNS também impulsionou a construção da Constituição Cidadã (1988), que também marca o início da democracia no Brasil, que modifica o princípio da saúde para “direito de todos e dever do Estado” e prevê a participação dos usuários dos serviços de saúde na fiscalização do sistema. Mas a 8ª CNS também foi relevante para a construção do SUS (1990), que, pela garantia da lei 8.142, legitima a participação social no sistema<sup>15,16</sup>.

Até a 8ª CNS era mais expressiva a participação de técnicos e gestores da saúde e, a partir dela, ampliou-se a participação da população. A 17ª CNS mobilizou muitas pessoas de todas as regiões brasileiras ao longo de suas etapas prévias, incluindo a novidade das Conferências Livres com eleição de pessoas delegadas, e na própria conferência<sup>12</sup>. Esse é o ponto que deixou a 17ª CNS tão marcada pela presença da coletividade. Além de marcar o retorno presencial das atividades após a superação da crise humanitária consequente da COVID-19 e da necropolítica, que caracterizou o governo 2019-2022, evidenciou a construção coletiva de políticas públicas de saúde no Brasil<sup>17</sup>.

A participação da população LGBTQIAPN+ na conferência foi relevante para ampliar a visibilidade desse grupo, que acumula um histórico de exclusão, incluindo o sistema de saúde. A participação amplia os debates e propostas com o objetivo de avaliar e planejar ações que possam garantir qualidade dos serviços de saúde pública e qualidade de vida para a população.

Além disso, a percepção dos entrevistados sobre o desenvolvimento e a incorporação de propostas nas políticas de saúde voltadas para a população LGBTQIAPN+ dizem também de onde e como os movimentos se mobilizaram a partir da abertura da Conferência Livre na 16ª CNS, ainda que não houvesse

pessoas delegadas. No entanto, como observado até na elaboração de propostas, começou com uma certa insuficiência, como visto na conferência anterior, onde o desenho para expandir a participação era o outro e ele parece não ter funcionado tão bem quanto funcionou o da 17ª CNS. Dessa forma, pudemos compreender as estratégias de organização, inteligência e articulação para terem quantidade suficiente de pessoas delegadas nas CL e assim conseguirem maior delegação para a conferência nacional, bem como as mobilizações para tal e o aprofundamento do debate. Os próximos passos e desafios agora estão no monitoramento da execução das propostas. Uma etapa que vai além do evento da CNS, mas que se perpetua no cotidiano dos movimentos organizados. As conferências são um dos pontos políticos de organização, articulação e mobilização na busca por direitos.

*Lívia: “[a expectativa é] Que as nossas propostas passem. Que sejam acolhidas, né, sejam acolhidas e que essas propostas possam transformar a vida, transformar todos os seres desse mundo que não pensam no amor e começam a pensar no amor, porque é o amor que transforma. É o amor e o respeito que constroem a diversidade. E a gente não pode ser burro nessa sociedade, achar que só uma forma heteronormativa é que pode salvar o mundo”.*

### **Considerações sobre as políticas de saúde - necessidade de integrar setores, atualizar e decolonizar o cuidado**

*Ana: “Eu queria também falar de um outro assunto que foi prioritário dentro das propostas e diretrizes aprovadas. A outra questão prioritária foi reconhecer a necessidade da atenção primária à saúde, ou seja, das unidades básicas de saúde, terem uma atuação específica no cuidado de saúde de pessoas LGBTQIAPN+, especificamente no cuidado de pessoas trans”.*

*Ana: “Pois é dentro da atenção primária à saúde que a gente encontra a possibilidade de fazer rastreamentos de doenças que existem, de fazer abordagem em situações de violência”.*

*Lívia: “O que nossos corpos precisam e o que o país deve fazer para que a gente possa viver melhor, viver em abundância, viver em felicidade, viver em alegria, viver em lazer, viver em tudo que você [...] ter uma boa moradia, né, que muitas vezes somos expulsos de dentro de casa”.*

Importante ressaltar um primeiro elemento que se observa a partir do discurso dos entrevistados: o da apropriação dessa população sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde no SUS e o papel de cada equipamento. Tal apropriação reverbera um efeito nos corpos e no

entendimento dessas pessoas. Dessa maneira, entendemos ser relevante dar destaque a importante contribuição da Atenção Básica (AB), ainda que apresente desafios. A AB, como campo de disputa também contra o modelo médico-hegemônico centrado na normatividade dos corpos, tem função importante no cuidado em saúde no território, desde que os atores presentes estejam implicados em atuar na defesa da vida. Muito embora os sistemas de atenção devam, em teoria, prover proteção adequada às pessoas, a AB tem por objetivo garantir acesso e cuidado no território, onde essa característica tem sido a maior potência de aproximação com os sujeitos em seus territórios, não só geográficos, como vivos e existenciais<sup>18</sup>.

Concordando com Mendes<sup>16</sup>, na população geral há grupos que estão em situação de exclusão que tendem a apresentar mais riscos de adoecimento e, não raro, morte. Parece oportuno, portanto, que a abordagem às condições de vida, inclua perceber os aspectos individuais, circunstanciais e territoriais que as tornam tão singulares<sup>15</sup>.

As ações praticadas não só na AB, mas em toda a rede de atenção devem, portanto, superar o modelo de atenção baseado na concepção biologicista. É necessário que a gestão e os profissionais de saúde utilizem de ferramentas que qualifiquem o acesso, a clínica ampliada, a escuta qualificada, a construção de projetos terapêuticos singulares e de cuidado, em articulação com a rede, tendo as tecnologias-leves como operantes no encontro entre usuários e trabalhadores, num pacto ético de respeito, cuidado e corresponsabilização de ambas as partes para que a atenção seja, de fato, resolutiva<sup>18</sup>. Nesse contexto, a equidade também deve operar como fio-condutor das ações voltadas para cada sujeito do segmento LGBTQIAPN+.

Além disso, para operacionalização das ações de cuidado para a população LGBTQIAPN+ também precisa que as ações tenham previsão orçamentária com financiamento em quantidade e aplicação compatíveis às necessidades, do contrário, não será possível executá-las. Os desafios exigem superar as fragilidades socioeconômicas e políticas vigentes no país após as reformas neoliberais de austeridade que temos vivenciado na última década<sup>15</sup>.

A participação do grupo LGBTQIAPN+ inclui reivindicar por um sistema que realmente opere pelos princípios do SUS sem exercer a exclusão e com

capacidade resolutiva e articulação para garantir o acesso e adesão aos diferentes pontos da rede de atenção.

*Lívia: “Eu acho que tem um grande poder, sabe? Eu acho que as propostas das Conferência Livre de Saúde ou da própria Conferência Municipal e Estadual, ela nos dá a oportunidade de falar, de dizer o que a gente precisa, quais são as nossas demandas, né? E para que o Estado possa oferecer isso, porque a lgbtqiapn+fobia, lesbocídios, transfeminicídio e outros tipos de violência na nossa comunidade é presente. Então se a gente tenta pelo menos levar um pouco do que somos, do que vivemos, do que temos, pode chegar lá na ponta e a ponta não nos ferir tanto, não nos machucar tanto e que o Estado promove a saúde, promove o lazer, promove a moradia e tudo mais, pensar um pouco na grande maioria de LGBTQIAPN+ no mundo que no mundo tá dizendo que são 10% de LGBTQIAPN+, então você vai pegar isso e multiplicar e ver quantos de nós vivemos”.*

A PNSI-LGBT, de 2011, preconiza saúde integral da população não cisgênero ou heterossexual, eliminando a discriminação, o preconceito institucional e injustiças, reforçando os princípios do SUS<sup>1</sup>. Mas, desde a sua formulação, a política não foi atualizada. E, em nossa visão, permanecer como está corresponde em não acompanhar as mudanças emergentes da população, incluindo, inclusive, a reformulação da sigla e linhas de cuidado para cada segmento, garantindo um cuidado ágil, oportuno e singular em toda rede de atenção à saúde. Além disso, pensando em direito à saúde, à promoção da mesma e a qualidade de vida, é essencial que a política e suas ações sejam consolidadas em articulação intersetorial para ampliar o cuidado, prezando a integralidade. Reformular a política significa, portanto, não retroceder e não deixar cair em desuso todo movimento histórico de luta de cada segmento, bem como a afirmação contrária ao descompromisso nacional de combater as diversas violências que afligem a população LGBTQIAPN+.

As necessidades de saúde das pessoas LGBTQIAPN+ exigem cuidados que não estão totalmente sob o domínio de conhecimento dos profissionais da saúde. Os cuidados devem incluir a capacidade de compreender as vulnerabilidades e estigmas sociais que colocam em risco de doenças, mas também devem ampliar iniciativas de cuidado e inclusão nos serviços de saúde. É oportuno que as abordagens tenham abrangência interdisciplinar, articulando disciplinas e profissões para embasar iniciativas de cuidado integral<sup>1</sup>.

Para nós, importa reconhecer a vulnerabilidade como marcador do distanciamento das pessoas LGBTQIAPN+ de seus direitos, mas também como dispositivo de aumento de adoecimento e, também muito grave, risco de subsistência<sup>3</sup>. A luta por seus lugares de fala e inclusão, portanto, é uma resistência contra a marginalização e o distanciamento dos direitos e diminuição das vulnerabilidades que potencializam a exclusão e o adoecimento das pessoas.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Alguns avanços a partir dos anos 2000 marcaram um processo afirmativo e inclusivo para as pessoas do segmento LGBTQIAPN+. Esses avanços foram insuficientes para conter as constantes violações dos direitos e a exclusão social da comunidade, que geram sofrimento, adoecimento e morte prematura. Em parte, o preconceito, que parece estar no centro dessas circunstâncias, ocorre conservadorismo de parcela da população, que ganhou destaque no cenário político recente. A partir de 2016, com a retirada da então Presidenta Dilma Rousseff da Presidência da República do Brasil para a qual havia sido eleita em 2014, a tensão política sobre os direitos humanos, de forma geral, gerou no país um retrocesso civilizatório bem relevante, muito visível a partir da posse de Jair Bolsonaro no cargo. Não é irrelevante lembrar que tivemos um Presidente da República que usou referências pejorativas para essa população e uma Ministra da Família que quebrava frequentemente o princípio constitucional da laicidade do estado para substituir o direito das pessoas pela moral religiosa conservadora. Mas é evidente também que a resistência democrática também se expressou no cotidiano e, como demonstram os contextos das duas últimas conferências nacionais de saúde, a participação social se embrenha pelas instituições e no cotidiano também em tempos de refração das políticas sociais.

Diante das comparações entre a participação e o efeito das Conferências Livres no processo de busca por direitos e disputa política no campo da saúde nas Conferências Nacional de Saúde, pudemos entender que o processo de afirmação dos direitos pela população LGBTQIAPN+ é dada a partir da possibilidade de uma existência digna, e que é para todo mundo. As conferências livres e seus atores, enquanto agentes ético-políticos, serviram de dispositivo de abertura ao espaço democrático e de direitos para a população LGBTQIAPN+, oportunizando a organização e mobilização para

ampliar o lugar de fala dessas pessoas, possibilitando visibilidades e dizibilidades *outras* a respeito das marcas nos corpos e suas representatividades no campo político e social.

Para além das propostas aprovadas na 17ª CNS para as políticas de saúde, incitamos a mobilização para a exigência da operacionalização das mesmas, que foram ditas, pensadas e eleitas *dentro* e *no* lugar de fala e de vida de quem as propôs. Embora a potência da participação e delegação de agentes propositivos dos movimentos LGBTQIAPN+ na CNS, a incorporação das ações políticas não está dada, e encontra-se em constante disputa contra-hegemônica com a normatividade operante no cotidiano vivo das pessoas.

Essa equipe de pesquisadores não pretende esgotar esse debate, muito pelo contrário, buscamos com essa breve análise ampliar as possibilidades de visibilidades e dizibilidades, diálogo e luta na produção e execução dos direitos (à saúde, mas não só) da população LGBTQIAPN+, trazendo à cena a importância dos movimentos populares na desburocratização ao acesso à saúde e ao controle social. A abertura às conferências livres com possibilidade de eleição de pessoas delegadas para as conferências nacionais é novidade e, provavelmente, continuará em disputa. Disputa essa, constante, mas que vem ganhando força para a expressão de direitos dos movimentos que já se encontram organizados no cotidiano e que apenas conseguiram levar essa organização a espaços institucionais e governamentais, como a Conferência Nacional de Saúde. Portanto, a divulgação do efeito desse molde de participação popular em busca por direitos é essencial para construção de memórias e nas disputas vigentes no que concerne a defesa da vida no campo da micropolítica do cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Santos WP, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde: estratégia para construção do cuidado à população LGBTQIA+ na Atenção Básica. Em: Anais do 1º Simpósio Nacional de Saúde LGBTQIA+: na base do afeto [Internet]. Uberlândia, MG: O sexo da palavra; 2023. p. 15-6. Disponível em: [https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/37712/1/Anais\\_NaBasedoAfeto.pdf](https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/37712/1/Anais_NaBasedoAfeto.pdf)
2. Cruz Neto J, de Oliveira JD, Quirino G da S, Bubadué R de M. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: análise de imagem. Cienc Saude Colet. 29 de maio de 2023;28:1809-18.

3. de Avellar CCC, Rodrigues FB. Avanços e barreiras na implementação da política nacional de saúde integral da população LGBT: uma revisão integrativa. *J Educ Scien Health*. 20 de jul. de 2023;3(3):01-11.
4. Ferla AA. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. *Saberes Plurais Educ Saude*. 30 de dez. de 2021;5(2):81-94.
5. Bezerra MVDR, Moreno CA, Prado NMDBL, Santos AMD. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saude Debate*. 2019;43(spe8):305-23.
6. ANTRA. Assassinatos [Internet]. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. 2018 [citado 8 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://antrabrasil.org/assassinatos/>
7. Mello L, de Avelar RB, Maroja D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Soc Estado*. Ago. de 2012;27:289-312.
8. Ferla AA. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Physis*. Jun. de 2004;14(1):85-108.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70; 2011. 281 p.
10. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *Hucitec*; 1998. 416 p.
11. Araújo FRD, Castro APBD, Silva EBD, Melecchi DR, Both V, Ferla AA. 16ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final [Internet]. Editora Rede Unida; 2022 [citado 19 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/16a-conferencia-nacional-de-saude-relatorio-final/>
12. Fernandes JM, Santos WP, Guarnieri JM, Reis AES, Santos ICPAM, Schweickardt JC, et al. In-mundizar-se na pesquisa e no controle social: a experiência dos pesquisadores das Conferências Livres de Saúde na 17ª CNS. Em: *Anais Encontro Regional Nordeste II* [Internet]. 2023 [citado 8 de novembro de 2023]. p. 4281-4281. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4281>
13. Ferla AA, Merhy EE, Baptista GC, Schweickardt JC, Nicoli MA, Pereira MDGA, et al. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. *Rev Saude Redes*. 27 de jul. de 2020;6(2Sup):05-10.
14. Ribeiro D. *Lugar de Fala*. Pólen Produção Editorial LTDA; 2017. 101 p.
15. Menezes SR da S. *Implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) em Município de Pequeno Porte*. Editora Dialética; 2023. 150 p.
16. Mendes EV. *Desafios do SUS*. Brasília, DF: CONASS; 2019. 869 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>
17. Castro R. Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. *Horiz antropol*. Abr. de 2021;27(59):71-90.
18. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos ML de M, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saude Debate*. 10 de jul. de 2020;43:70-83.