



Physis: Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

ISSN: 1809-4481

IMS-UERJ

Guimarães, Rita de Cássia Passos; Lorenzo, Claudio
Fortes Garcia; Mendonça, Ana Valéria Machado
Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da
diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica
Physis: Revista de Saúde Coletiva, vol. 31, núm. 1, e310128, 2021
IMS-UERJ

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310128>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400869817029>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica

I¹ Rita de Cássia Passos Guimarães, ² Claudio Fortes Garcia Lorenzo,

³ Ana Valéria Machado Mendonça I

Resumo: Investigamos conteúdos estigmatizantes nos discursos de médicos(as) e enfermeiros(as) sobre a saúde da população LGBTT em 32 unidades básicas de saúde do Centro-Oeste e Nordeste brasileiros. Partindo das noções de *scientia sexualis* em Foucault e de *estigma* em Goffman, analisamos a influência da patologização da sexualidade na racionalidade desses profissionais, enquanto geradores de discursos e posturas estigmatizadores que interferem na qualidade da atenção à saúde desta população. O resultado permitiu verificar que para os(as) entrevistados(as) a identidade dos membros da população LGBTT está vinculada ao conceito de grupo de risco, compreendida como uma condição causadora de doença e transtornos mentais, além de estar associada a comportamentos moralmente condenáveis. O estudo aponta para a necessidade de processos inovadores na formação profissional que busquem problematizar a racionalidade estruturante do processo estigmatizador, com vistas a qualificar a atenção.

► **Palavras-chave:** minorias sexuais e de gênero; atenção à saúde; estigma social; sexismo; formação profissional.

¹ Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil (ritocapassos@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-9694-0096

² Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil (claudiolorenzo.unb@gmail.com).
ORCID: 0000-0003-3542-5829

³ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil (valeriamendonca@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-1879-5433

Recebido em: 02/04/2020
Aprovado em: 17/11/2020
Revisado em: 29/03/2021

Introdução

Já está bem estabelecido na literatura científica que preconceito, discriminação e estigma constituem determinantes de saúde para a população LGBT, atuando basicamente de três formas: 1) estabelecendo vulnerabilidades mais acentuadas para sofrimento e adoecimento psíquico, uso abusivo de álcool e outras drogas, e exposição à violência (GRANADO-COSME; DELGADO-SÁNCHEZ, 2008; CARDOSO; FERRO, 2012); 2) provocando omissão da informação sobre orientação sexual dos pacientes e impedindo a geração de dados fidedignos sobre este grupo populacional (CUNHA; GOMES, 2015); e 3) constituindo uma barreira simbólica ao acesso a serviços e à atenção de qualidade (CARRARA, 2012).

Em 2008, durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde a orientação sexual e a identidade de gênero foram, pela primeira vez, consideradas na análise da determinação social da saúde no Brasil, e em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - PNSILGBTT (BRASIL, 2010), resultado também da luta dos movimentos sociais de combate à homofobia e de promoção da igualdade (SILVA; NARDI, 2011). Entre suas diretrizes principais encontram-se: a ampliação do acesso aos pacientes e a eliminação do preconceito e da discriminação nos serviços de saúde do SUS.

A literatura tem destacado a importância da atenção primária enquanto porta de entrada dos sistemas nacionais de saúde para a implementação desses tipos de ação, bem como tem apontado, de forma profícua, as dificuldades encontradas, tanto em função do despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades destes grupos sociais, quanto por resistências subjetivas provocadas por uma ideologia moral estigmatizante, muitas vezes sob influência de perspectivas religiosas hegemônicas (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012; LIONÇO, 2017; PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019). Não obstante, estudos investigando o processo estigmatizador propriamente dito, como decorrente da própria racionalidade biomédica contemporânea em torno da sexualidade, têm sido mais raros na literatura nacional.

O presente artigo teve como objetivo investigar conteúdos estigmatizantes nos discursos de médicos e enfermeiros de 32 unidades básicas de saúde do Centro-Oeste e Nordeste brasileiros, tomando como base as influências de uma *scientia sexualis*, tal como descrita por Foucault (1998), articulando-a com os aspectos da formação

inter-relacional dos estigmas propostos por Goffman (1982), considerando-se os aportes críticos trazidos por Parker e Aggleton (2001, 2012).

A formação do estigma fundamentada na *scientia sexualis*

Em Vontade de Saber, primeiro volume de *História da sexualidade*, Foucault (1998) questiona a chamada "hipótese repressiva", por meio da qual, considerava-se que o bloqueio à circulação dos discursos, proibições, mutismos e censuras teriam caracterizado a normatização da sexualidade nos últimos três séculos no ocidente. Ele afirmará que, em lugar disso, houve na verdade uma rápida produção e disseminação de discursos considerados socialmente úteis em torno das sexualidades, e onde a elaboração de uma *scientia sexualis* teve lugar central na orientação de ações médicas, pedagógicas e jurídicas.

Não se tratava obviamente de negar as interdições de fala e censura, mas antes, compreender a dinâmica de produção dos discursos e suas estratégias, por meio das quais a relação da sexualidade com a legitimação do prazer e do poder foi estruturada na sociedade moderna. Dessa maneira, os processos restritivos, a determinação de quem pode falar, quando e onde falar, fariam parte do próprio jogo discursivo e não de uma imposição de silêncio em torno do sexo. Foucault falará de uma “incitação política, econômica e técnica, a falar de sexo interessada em analisar, contabilizar, classificar e especificar práticas e desejos.” (FOUCAULT, 1998, p. 26). A *scientia sexualis* passa então a representar o dispositivo central de poder sobre a sexualidade. Com ela em mãos, a medicina tomou como objetivo a caracterização das formas normais de busca de prazer mesmo para os casais heterossexuais. E assim criou patologias orgânicas e mentais originadas pela falta ou incompletude das práticas sexuais dos casais; desenvolveu mecanismos de vigilância sobre “formas de prazer anexos”; investigou os instintos, sua ação, seus distúrbios.

Entretanto, a *scientia sexualis* teria sido ainda mais rigorosa em suas pesquisas para explicar, nomear, classificar e determinar práticas e desejos que circulassem fora da constituição do casal legítimo. Foi assim que as sexualidades periféricas passaram a carregar o estigma de “loucura moral”, de “neurose genital”, de “degenerescência” ou de “desequilíbrio psíquico”, todos esses, termos encontrados por Foucault em documentos médicos-psiquiátricos do período. O que antes estaria no âmbito da religião ou do direito, considerado como pecado e má conduta, passa agora a ser um

dos critérios centrais de definição da identidade dos sujeitos, como caráter definidor de uma patologização do gênero, um transtorno de confusão interna entre feminino e masculino, tornando-se uma nova forma de especificar o indivíduo inteiro e não simplesmente suas práticas de prazer.

É justamente esse giro de perspectiva, com o qual, às práticas de prazer passam a definir as próprias identidades de indivíduos e grupos humanos, o que abre uma via bastante interessante de questionamento sobre a possível articulação da *scientia sexualis* com a teoria de Goffman (1982) sobre a deterioração das identidades pelo estigma, nas condutas de profissionais de saúde na assistência a pessoas LGBT.

Goffman (1982) define o estigma como uma marca portada por alguém, que quando identificada permite proceder a exclusão social. Essa marca pode ser física, como cor da pele ou deficiências físicas; moral, quando implica em comportamentos condenáveis; ou etno-racial, relacionada às origens dos sujeitos. Em comum entre esses três tipos de marca, o fato de carregarem o mesmo conteúdo sociológico: o indivíduo estigmatizado encontra-se inabilitado para plena aceitação social, e o foco em sua relação com o outro recairá sempre sobre o atributo “depreciativo”, reduzindo a percepção de outras características pessoais. Goffman (1982) afirma que a função social do estigma é distinguir e excluir, uma vez que o atributo que estigmatiza alguém serve para reafirmar a normalidade de outro alguém. Neste sentido, nós arguimos que a *scientia sexualis*, tal como concebida por Foucault, operou dentro do campo da saúde uma espécie de taxonomia comportamental patologizante que imprime um conteúdo depreciativo às identidades das pessoas LGBT, ou seja, imprime propriamente um estigma no sentido de atributo excludente de Goffman, agravado por uma pretensa legitimação por investigações científicas.

Goffman investiga, entre outras coisas, o processo de formação dos estigmas e suas interações sociais; as posturas dos ditos normais e estigmatizados nos “encontros mistos”, as características dos lugares sociais em relação às formas de interação com os estigmatizados, ideias e conceitos que, tal como pretendemos mostrar, funcionam muito bem enquanto parâmetros analíticos para investigar as relações interpessoais em torno da atenção à saúde de pessoas LGBT.

Goffman (1982) dirá que o processo estigmatizante constrói uma dupla identidade social para o sujeito estigmatizado: uma “identidade social virtual” que corresponde àquela que lhe é imputada, através dos atributos depreciativos predefinidos pelos grupos considerados normais e uma “identidade social real” que

é aquela que o sujeito realmente possui, sua identidade íntima, seus elos sociais, culturais e estéticos. Neste sentido, quando determinado atributo depreciativo do sujeito estigmatizado é claramente perceptível por um grupo social dito normal, esse sujeito passa a ser um "desacreditado", alguém em que não se pode confiar. Já quando o sujeito estigmatizado consegue manter oculto o atributo estigmatizante ele torna-se um sujeito "desacreditável", alguém que sofrerá o mesmo julgamento assim que o atributo seja revelado.

Ele descreve ainda as formas de reação do sujeito dito normal quando envolvido em "encontros mistos". Uma delas é a racionalização da inferioridade do estigmatizado na produção de argumentos que buscam legitimar a exclusão; outra é tentar parecer que considera o sujeito estigmatizado melhor do que realmente o julga, sem conseguir sustentar essa aparência nas ações; ou ainda, agir com um tipo de piedade que usa palavras benevolentes, mas que no fundo reafirmam a inferioridade do estigmatizado; e finalmente, quando o sujeito dito normal tende a agir como se o sujeito estigmatizado fosse invisível, inexistente, uma "não pessoa".

Outro elemento importante trazido por Goffman (1982) para pensarmos os equipamentos sociais da saúde foi sua categorização dos lugares sociais de acordo com a forma como são acolhidos os indivíduos estigmatizados. Ele se refere a lugares claramente proibidos, inacessíveis ou inóspitos, onde há uma interdição explícita e onde a exposição desse atributo corresponderia à sua expulsão do local ou severa discriminação. Ao querer ficar neste local, "o intruso busca um disfarce", um tipo de "cooperação tácita para evitá-la". Outro tipo de lugar são os lugares públicos nos quais os estigmatizados são tratados cuidadosamente, "como se não estivessem desqualificadas para uma aceitação rotineira, quando na verdade o estão" (GOFFMAN, 1982, p. 71). E, finalmente, existem lugares, denominados por ele de "retirados", onde as pessoas portadoras da marca estigmatizadora podem se reunir e vivenciar a experiência de serem bem acolhidas e estar entre seus semelhantes.

Parker (2012) vai além do conceito de estigma estabelecido por Goffman (1982), o qual, segundo ele, está sustentado apenas na noção de marca como uma diferença de valoração negativa que opera nas relações interpessoais. Parker argui que o estigma, na verdade, é um processo social coletivo fundamentalmente ligado às produções e reproduções das práticas de poder e controle de grupos sociais sobre outros. Ou seja, o estigma também é construído discursivamente para operar uma distinção que se constitui como ferramenta própria ao exercício do poder e da dominação.

Em outro artigo, mesmo reconhecendo que Goffman constrói sua teoria em bases socioculturais, Parker afirma que a ênfase dada ao “atributo depreciativo” tenderia a “encorajar análises altamente individualizadas”, nas quais o estigma é tomado como atributo estático e não como “processo social em contínua transformação” (PARKER; AGGLETON, 2001, p. 10). A nosso ver, as duas perspectivas são complementares. Se por um lado o processo estigmatizante não pode ser reduzido às relações interpessoais, nem compreendido de forma estática, sendo preciso estar atento a seus elementos sócio-estruturantes, por outro, uma compreensão de como estas estruturas operam nas subjetividades é incontornável às análises que se pretendam fazer no campo das inter-relações como aquelas que acontecem entre um profissional de saúde e um paciente.

Desta forma, seria lícito concluir que a concretização de um processo estigmatizante operado pela própria racionalidade biomédica, em nossos dias, tenha sido antecedida pela construção dos dispositivos normativos em torno da sexualidade, cuja *scientia sexualis* teve lugar central. Foucault (1998) afirma que a associação poder-prazer da sociedade burguesa, representado pelo dispositivo da sexualidade alcançou seu auge no século XIX. Nucci e Russo (2009) também demonstraram que é no século XIX que surge o conceito de “terceiro sexo”, definido como uma espécie de confusão entre identidade psíquica de gênero e corpo físico. Tanto para Foucault (1998), quanto para Nucci e Russo (2009) esse processo estigmatizador persistirá por todo o século XX e viria instaurar um caráter perverso assumido diretamente por discursos de profissionais e instituições.

Um dado mais objetivo, sustentando a afirmação de que a racionalidade biomédica em torno da sexualidade chegou aos nossos dias como uma derivação da *scientia sexualis* é a própria lista de Classificação Internacional de Doenças (CID). O termo “homossexualismo”, expressão de caráter patologizante, entra na CID em sua sexta revisão de 1948, no capítulo dos Transtornos Mentais, na categoria de Personalidades Patológicas e subcategoria Desvios Sexuais. Apenas em 1993, após posicionamento de associações internacionais de psiquiatria e psicologia, a OMS excluiu o termo homossexualismo da CID-10, deixou de considerar a condição como uma doença ou um transtorno e passou a nomeá-la de “homossexualidade”.

No campo da Psicologia, os avanços foram maiores. Cassal, Bello e Bicalho (2019) em artigo comemorativo dos 20 anos da Resolução 01/1999 do Conselho Federal de Psicologia que interdita práticas pseudocientíficas pretensamente curativas em

relação à homossexualidade, demonstraram a importância desta resolução para o enfrentamento, no atual contexto de recrudescimento do conservadorismo cis-heteronormativo, do processo de estigmatização da população LGBT, o qual, por meio de inferiorizações, patologizações e desumanizações, serve à dominação e à violação de direitos.

Em junho de 2018, a Organização Mundial de Saúde toma uma decisão histórica ao deixar de considerar as transexualidades como doença. Na futura atualização do CID 11 a transexualidade passará a integrar um novo capítulo intitulado "condições relacionadas à saúde sexual" e será classificada como "incongruência de gênero" descrita como dissonância entre o gênero experimentado pelo indivíduo e aquele do seu nascimento (OMS, 2018). No entanto, cada país precisará adaptar-se à nova CID até 1º de janeiro de 2022. No momento, continua vigorando a categoria F 64 dos "transtornos da identidade sexual" onde os médicos podem enquadrar travestis e transexuais.

No Brasil, a Portaria em vigor do Ministério da Saúde vincula a aplicação dos procedimentos para alteração dos caracteres sexuais em pessoas transgêneros à idade mínima de 18 anos e ao diagnóstico de "transexualismo", com exigência de acompanhamento psiquiátrico de no mínimo dois anos antes de iniciar os procedimentos (BRASIL, 2013). Entretanto, essas exigências vêm sendo questionadas, pois além de só permitir a redefinição quando toda a fase de descoberta da sexualidade na adolescência está praticamente concluída, com enormes prejuízos ao bem-estar dos sujeitos, ela cria um paradoxo, na medida em que é o diagnóstico psiquiátrico que legitima a demanda por redesignação sexual, e consequentemente, permite o acesso aos serviços. Essas exigências reforçam a perspectiva patologizante, estabelecendo restrições sociais, reforçando estigmas, e consequentemente, contribuindo para a exclusão social (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; LIONÇO, 2009).

Concordamos com Berenice Bento, quando em entrevista a Dias (2014), afirma que nenhuma experiência de gênero é tão forte no sentido de desnaturalizar a sexualidade humana quanto a transexualidade, uma vez que, se trata de uma condição capaz de desarrumar toda a construção cultural alicerçada no binarismo homem-mulher. Neste sentido é que parecem persistir os esforços das biociências e das ciências da psique humana para renaturalizar estes corpos, para torná-los inteligíveis, aceitáveis pela sociedade e inseri-los nas políticas públicas e nos programas de atenção de acordo com suas premissas de normalidade.

O próprio processo de patologização e sua consequente medicalização é o que tornará inteligíveis esses corpos e alinharão sexo, gênero e desejo, tornando-os inseparáveis. Ou seja, continua vigorando, pela produção de uma atualização da *scientia sexualis*, uma organização dos comportamentos que se presta à vigilância e a gestão das sexualidades de gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros. Importante, portanto, observar de que forma essa dinâmica normativa se expressa nos discursos dos profissionais da saúde.

Foi com base nesses parâmetros analíticos oriundos da articulação entre dispositivo da sexualidade apoiado na *scientia sexualis*, e o processo de constituição e função social do estigma que partimos para investigar em que medida essa articulação se expressava nos discursos de médicos e enfermeiros, sobre a atenção à saúde da população LGBT.

Material e Métodos

Procedemos entrevistas semiestruturadas com 21 médicos(as) e 22 enfermeiros(as) inseridos(as) em 32 unidades básicas de saúde distribuídas nas cidades de Goiânia, Brasília e entorno, Vitória da Conquista e Salvador. Vinte e nove profissionais eram do gênero masculino e 14 do gênero feminino. Apenas um dos profissionais do gênero masculino se declarou homossexual e nenhum do gênero feminino. A faixa etária dos profissionais variou entre 26 e 58 anos e todos estavam há pelo menos um ano trabalhando na unidade. Os dados foram coletados entre novembro de 2015 e junho de 2017. O roteiro de entrevista semiestruturada foi composto por 36 questões abertas divididas em 5 blocos que abordavam, respectivamente, a compreensão da função da unidade básica de saúde dentro do sistema; as experiências pessoais no atendimento à população LGBT dentro das unidades; a capacitação profissional para este atendimento; o conhecimento das diretrizes da Política Nacional de Saúde integral da População LGBT e um bloco livre para declarações ou abordagens de aspectos não contemplados nas perguntas.

As entrevistas foram transcritas e os discursos foram analisados e categorizados tomando-se por base o quadro metodológico para AD proposto por de Pêcheux (2009). A pesquisa foi aprovada por comitê de ética, parecer número 652.643 e todos os participantes leram e assinaram o TCLE antes do início das entrevistas.

Resultados e Discussão

Os enunciados presentes nos discursos dos profissionais que permitiram inferências sobre estigmatização da população LGBT foram separadas em quatro categorias distintas: 1) As demandas de Saúde da População LGBT se resumem a IST/Aids; 2) A condição LGBT causa, ou é, em si mesma, transtorno mental; 3) A condição LGBT está associada a comportamentos moralmente condenáveis; 4) Silêncios em torno da orientação sexual.

As demandas de saúde da população LGBT se resumem a IST/Aids

Sobre as demandas de saúde da população LGBT, a visão de que as IST/Aids praticamente as resume esteve presente na totalidade dos discursos dos(as) médicos(as) e enfermeiros(as), e não diferiu nas regiões. Algumas vezes essa delimitação de demanda foi atribuída ao próprio usuário:

[...] nesse grupo aí que você tá falando, muitas vezes eles procuram a vigilância epidemiológica por alguma questão sexual mesmo, com algum tipo de doença que eles adquiriram, então é uma porta que é mais aberta é essa pra eles.

[...] só aquela coisa que eu te falei que os pacientes normalmente homossexuais quando chegam aqui na unidade eles na maioria pedem muito exames sorológicos de HIV [...]

Outras vezes, a compreensão desse limite de demanda parece derivar do próprio saber "científico" do profissional.

DST logo de cara, DSTs [...]. Os agravos que mais acometem esta população [...]. É muito com relação à questão de saúde sexual e reprodutiva [...] eu não vejo outras não [...]

Teve um rapaz mesmo, que ele é travesti e um dia tava na reunião de hipertenso, levando a avó, aí foi que eu falei, vamos lá fazer o teste rápido de HIV [...]

A população trans eu acho que pensando assim né, no geral, quais são as principais demandas é infecção sexualmente transmissível, reposição hormonal [...] é, eu acho que essa questão de estarem todas profissionais do sexo [...].

Parece claro que a racionalidade que circunda a noção de demanda em saúde pelos profissionais entrevistados encontra-se influenciada por uma ideação patologizante das "sexualidades desviantes", própria da *scientia sexualis* e que se concretiza como estereotipagem e estigma, no sentido de Goffman (1982). A possibilidade de adoecer surge então como invariavelmente ligada a um atributo moralmente condenável, por meio do qual, o sujeito "normal" reconhece o sujeito estigmatizado. Os profissionais constroem assim um discurso normalizador da assistência a essa população. Isso

fica muito patente quando um dos médicos diz: "DST, logo de cara...", ou quando uma enfermeira parece sentir-se profissionalmente responsável ao convidar uma travesti que está apenas acompanhando um familiar em procedimento para fazer o teste rápido de HIV, sem que tenha havido nenhuma solicitação por parte dela, ou ainda quando um dos médicos entrevistados afirma que "toda" a população trans são profissionais do sexo.

Alguns estudos, trazem relatos de pacientes que receberam pedidos de sorologias para HIV/IST sem que o motivo da consulta tivesse qualquer relação com estas enfermidades, demonstrando o sentimento de discriminação que isso provoca (SOUZA; CZERESNIA, 2007). Ou seja, a condição de "desacreditado" definido por Goffman (1982) para quando o atributo depreciativo é percebido ou revelado, parece induzir uma investigação sobre IST/Aids não em função dos achados clínicos ou solicitação do paciente, mas por reconhecê-lo como possível portador de patologia.

Outros estudos têm demonstrado também a importância do processo patologizante operado pela racionalidade biomédica, justamente por um imaginário que ainda relaciona a homossexualidade como condição que por si só predispõe a doenças e pela associação frequente da saúde da população LGBT com IST/Aids. Terto Jr. (2002), já sinalizava como a epidemia de Aids havia provocado novos estigmas à população LGBT pela associação Aids-homossexualidade, com abordagem da saúde do gay apenas relacionada à sua sexualidade, negligenciando-se outras causas de adoecimento dessa população. Entretanto, também se reconhece que as reações a esse processo contribuíram para o desenvolvimento de dispositivos jurídicos e sociais, bem como de ações afirmativas e políticas específicas de enfrentamento à discriminação (SILVA; NARDI, 2011).

No caso das lésbicas essa racionalidade tem sido usada em sentido um tanto inverso, que é o da negligência na solicitação de exames. Palma e Orcasita (2017) mostraram como a avaliação periódica de colo de útero tem sido negligenciada nessas mulheres, devido ao julgamento frequente de profissionais de saúde de que as práticas sexuais delas não induzem ao risco de câncer. Uma vez que não há sustentação científica verdadeira para esse julgamento, a conduta revela apenas uma racionalidade estigmatizante que, ainda assim, se sente cientificamente respaldada. Valadão e Gomes (2011) também demonstraram por meio de revisão de literatura e documentos oficiais, a invisibilidade social das questões de saúde envolvendo mulheres lésbicas, o que vai ao encontro de uma das reações dos ditos normais

descrito por Goffman (1982) no encontro misto com estigmatizados, que é aquela de agir como se eles fossem invisíveis.

A condição LGBT causa, ou é, em si mesma, transtorno mental

A associação com doença mental foi outro elemento bastante presente nos discursos patologizantes dos profissionais. Em alguns discursos existe o reconhecimento da vulnerabilidade do grupo a transtornos mentais em função do preconceito e discriminação, tal como apontam alguns estudos e pelos próprios movimentos sociais de defesa dos direitos da população LGBT. Mas, em muitos discursos essa possível associação foi tomada de forma generalizadora e estereotipante.

[...] eles caem em um transtorno emocional ou de conduta, porque não são aceitos na sociedade, então temos que tomar outros grupos de medidas.

[...] mas a pessoa já tá tão sofrida, porque eu acho que [...] eles já sofrem tanto no dia-a-dia [...] né coitados?

Estudos em diversas partes do mundo tem sido demonstrada a vulnerabilidade de pessoas LGBT ao sofrimento mental, em virtude dos prejuízos à autoestima causada pelo estigma, o que muitas vezes leva à depressão (DIAMANT; SCHUSTER; LEVER, 2000; CEARÁ; DALGALARRONDO, 2010; DETAMIN; RASERA; PERES, 2016).

A pesquisa de Granado-Cosme et al. (2008), envolvendo jovens de 20 a 26 anos no México, encontrou de forma clara este problema. Outro estudo realizado na Austrália demonstrou uma taxa de suicídios seis vezes maior em jovens LGBT que na população em geral, e uma revisão sistemática em 2014 sobre abordagem sociocultural da saúde de jovens homossexuais confirmou a vulnerabilidade mais elevada a transtornos mentais (WILLIS, 2012).

Entretanto, se por um lado, esses dados devem ser compreendidos em uma dimensão coletiva, o que sustenta a necessidade de programas e políticas intersetoriais de promoção à saúde mental de pessoas LGBT o uso dos mesmos para caracterizar indivíduos constitui uma generalização estereotipante no sentido descrito por Goffman (1982) e confirma uma atuação do estigma em suas dimensões sócio-estruturais para exclusão e dominação, no sentido proposto por Parker (2001, 2012). Uma das enfermeiras, ao demonstrar uma piedade pela condição: “[...] eles já sofrem tanto no dia a dia [...] né coitados? [...]”, fornece um exemplo típico entre os apresentados por Goffman (1982), quando, sob um véu de acolhimento piedoso, são

reforçadas as marcas estigmatizadoras de inferiorização. Pessoas LGBT passam a ser vistas como dignas de pena.

É interessante notar que um estudo realizado com 310 homens homossexuais que responderam a um instrumento validado de medição de autoestima, encontrou resultados de autoestima elevada em 80,9% da amostra, sendo que os níveis mais baixos de autoestima foram encontrados exatamente nos indivíduos com mais baixos níveis de instrução, nos de religião evangélica, nos que gostariam de mudar de orientação e entre os que sofreram bullying no último ano ou fizeram tratamentos psiquiátricos recentes. Tudo isso demonstrando, claramente, a importância dos fatores externos na produção do sofrimento (CANALI et al., 2014).

Em outros discursos, entretanto, o transtorno mental é compreendido como inerente à própria condição LGBT, apontando para uma postura ainda mais fortemente patologizante.

[...] aqui tem outras pacientes psiquiátricas, ela tem distúrbio psiquiátrico, elas são homossexuais, se enxergam como homem, falam né, se reconhecem como homens [...]

A questão de transtorno de personalidade desde criança, que eu acho que eles têm, também podem ter esse tipo de questões, esses tipos de doenças.

Neste caso, já não é o estigma e as discriminações que são compreendidas como causa do sofrimento, mas o próprio fato de ser LGBT. Uma das enfermeiras compreende a presença de condição psiquiátrica pelo fato de ser uma mulher "que se enxerga como homem", demonstrando uma perspectiva muito próxima do conceito de "terceiro sexo" forjado no século XIX e descrito por Nucci e Russo (2009). Um dos médicos chega a usar o enunciado classificatório do CID "transtorno de personalidade". Ambas as posturas se aproximam bastante da taxonomia operada, segundo Foucault (1998), pela *scientia sexualis*, onde "identidades desviantes", são descritas como "loucura moral", "degenerescência" ou "desequilíbrio psíquico". Neste sentido, fica clara o potencial de atualização da *scientia sexualis* como fundamento por meio do qual se legitima o estigma em suas dimensões individuais e coletivas.

Bento e Pelúcio (2012) fazem uma reflexão semelhante ao examinar o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM V), o qual descreve disforia de gênero em criança pela enumeração de uma série de características comportamentais típicas do sexo oposto e por sentimentos negativos em relação a seus genitais. Segundo estas autoras, uma vez que o acúmulo de conhecimento já demonstrou que sexo, identidade de gênero e orientação sexual conformam uma

tríade resultante de um construto socio-histórico, a caracterização apresentada no DSM V constitui, na verdade, uma peça de controle social da sexualidade, que utiliza um discurso moralista sob o disfarce de produção científica. Isto se aproxima também da compreensão de Parker (2001) sobre a construção social do estigma.

A condição LGBT está associada a comportamentos moralmente condenáveis

Alguns discursos demonstraram de forma clara como o processo estigmatizador opera atribuindo à condição LGBT outros comportamentos considerados de baixo valor social ou moralmente condenáveis. A presente categoria está intimamente associada às categorias anteriores, na medida em que alguns dos comportamentos mencionados encontram-se implicados com o aumento dos riscos para doenças.

[...] eles são muito descuidados, não usam preservativo, tem mais de um parceiro né, e nem é porque são profissionais do sexo não [...]

Por questão mesmo da falta de prevenção, acho que eles são mais vulneráveis apesar de eles terem o acesso aos meios de evitar como a camisinha, né [...]. Não sei se por conta de drogas ou alguma coisa assim que tire um pouco a questão do bom senso na hora de ter a relação [...]

O uso de drogas o uso de bebida alcoólica as saídas noturnas né? [...] a gente preocupa com o uso de drogas e álcool, do tabaco né, então sempre essa população tá envolvida.

Eu acho que às vezes ficam com várias infecções lá e acabam uma levando a outro e levando a outra e aí aquele grupo no final das contas todo mundo tem [...]

A literatura tem discutido como o vínculo entre promiscuidade e diversidade sexual foi sendo construída no senso comum da sociedade a partir de bases históricas de fundamentos diversos (TOLEDO; PINAFI, 2012). Castañeda, (2007) atribui esta associação a toda onda de amor livre e revolução sexual nos anos 60 e 70 onde os corpos, independentemente de orientação sexual, se permitiam a comportamentos sexuais fora da norma. No entanto, no período de eclosão da pandemia de HIV, as práticas coletivas de alguns grupos teriam sido associadas aos indicadores de morbidade, sobretudo em relação aos homossexuais masculinos, reforçando uma noção de promiscuidade vinculada a "essência gay". Ou seja, a tendência das ciências da saúde em fazer falar, fixar em discurso as práticas sexuais, e daí estabelecer relações clínicas, tal como revelou Foucault (1998), traz uma áurea de cientificidade ao processo esteriotipante. Não obstante, como afirmam Toledo e Teixeira Filho

(2012), essa vinculação não passa de uma produção sociocultural historicamente determinada, que alimenta o estigma e compromete a qualidade da atenção.

Com relação ao uso prejudicial de álcool e outras drogas na população LGBT, diversos estudos vem demonstrando uma maior propensão desta população (PARENTE et al., 2015; SOUZA et al., 2015; MULLENS et al., 2017). No entanto, os estudos apontam que são os contextos sociais de preconceito e discriminação, os quais, funcionando como estressores sociais, afetam a autoestima dos sujeitos, provocando reações subjetivas, potencialmente perturbadoras, como a “homofobia internalizada”. Alguns autores arguem inclusive que nestes casos, o uso de substâncias ilícitas não são o verdadeiro problema de saúde, mas um mecanismo de sobrevivência diante da imposição de padrões heteronormativos às formas de vida, que discrimina, condena e exclui.

De maneira similar aos transtornos mentais, a tomada em consideração dos estudos de prevalência sobre uso prejudicial de álcool e outras drogas na população LGBT, os quais deveriam servir para o planejamento de ações de promoção da saúde desta população, sofre uma transposição acrítica e generalizante para a relação interpessoal em torno do cuidado, constituindo-se em processo estigmatizador, onde a marca da "sexualidade desviante" e seus problemas secundários tornam-se o principal atributo de identificação dos pacientes. Trata-se, portanto, de uma ratificação da identidade deteriorada do sujeito estigmatizado, como diria Goffman (1982), consolidada pela representação negativa dos comportamentos e ao mesmo tempo um dispositivo sócio-estrutural de discriminação, como defendem Parker e Aggleton (2001).

Silêncios em torno da orientação sexual

Apesar de os profissionais entrevistados terem falado com muita tranquilidade nas entrevistas sobre a sexualidade dos pacientes LGBT no âmbito do que estes profissionais compreendem como a dimensão clínica do problema, tais como as ISTs, transtornos mentais ou comportamentos de risco, foi frequente nas entrevistas a declaração de uma dificuldade de perguntar aos pacientes sobre sua orientação sexual, ou de abordar diretamente questões de sexualidade.

A gente sente que tem certo preconceito, um receio né às vezes de chegar e abordar, não sabe como conversar, né?

A gente não se sente à vontade pra falar com medo da invasão, mas também porque hoje em dia tudo é processo [...].

Acho que talvez fazer a pergunta diretamente em relação a sexualidade é uma dificuldade [...] talvez eu tenha uma restrição a mais de fazer essa pergunta diretamente aos homens porque a gente tem uma comunidade que é bastante machista.

Eu não costumo fazer pergunta de fato sobre a sexualidade do paciente, não é algo que tá na minha prática médica de está perguntando. Porque ainda tem uma certa resistência porque não sei como é que o paciente vai responder isso.

Tem um formulário de cadastro do Ministério da Saúde que é a ficha E-SUS e nesse cadastro individual tem a preferência sexual do indivíduo e geralmente, estou falando pelos meus agentes de saúde [...] eles não perguntam, eles chegam nessa opção e passam [...] eles assinalam de acordo com o sexo da identidade [...].

Vimos, com Foucault (1998), os processos normativos que determinavam os jogos de poder discursivos em torno da sexualidade. As determinações de quem, quando e onde falar fazem parte do próprio jogo discursivos e não de uma simples imposição de silêncio em torno da sexualidade. Percebemos que os profissionais se sentem a vontade de falar sobre condições mórbidas ou comportamentos associados à diversidade sexual, construindo um discurso sobre a sexualidade LGBT sempre na perspectiva biomédica da prevenção ou tratamento destas condições, ou ainda, na perspectiva epidemiológica que classifica os indivíduos e grupos em diferentes graus de risco.

Entretanto, a diversidade sexual enquanto forma de expressão afetiva, busca de prazer, ou forma de ser, provoca um interdito que os silencia, e que reduz a experiência do encontro humano em torno da atenção à saúde. Interessante notar que os profissionais, em geral, atribuem a dificuldade ao próprio contexto sociocultural, ou ao desconhecimento sobre como o paciente vai reagir. Vale destacar a declaração de uma enfermeira de que o prontuário eletrônico do e-SUS, apesar de conter um espaço para indicar a orientação sexual, ele acaba sendo preenchido "de acordo com o sexo da identidade".

Petroll e Mosack (2011) realizaram um *survey* envolvendo 271 homens que fazem sexo com homens (HSH), em uma grande cidade do centro-oeste dos Estados Unidos, sobre em que medida os profissionais de saúde que os atendiam tinham informações sobre suas orientações sexuais. A maioria, cerca de 72%, relatou que os profissionais tinham essa informação e 70% destes tinham informado sem ser perguntados. Apenas 13% informaram terem sido perguntados sobre orientação. A ausência de informação foi estatisticamente significante para homens negros, ou de baixa renda, ou habitantes de zona rural. O conhecimento dos profissionais sobre

orientação sexual foi associado também, de forma estatisticamente significante, a uma melhor qualidade de atenção e maior frequência na aplicação de medidas promotoras e preventivas.

Esses dados reforçam o fato de que a interseccionalidade de preconceitos com o racismo ou com uma posição desfavorável de classe social aumenta as chances de que um paciente LGBT tenha sua saúde negligenciada. Em contextos socioeconômicos e culturais como o do Brasil essas interseccionalidades se tornam, provavelmente, ainda mais relevantes. As consequências desse “jogo discursivo”, que ao mesmo tempo que imprime uma patologização estigmatizante à condição LGBT e impõe um silêncio sobre a orientação sexual no contexto das relações interpessoais em torno da assistência produz consequências que vão além da dimensão individual. Ele prejudica a geração de dados fidedignos sobre a saúde da população LGBT, impedindo o planejamento e a avaliação das ações previstas na Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, constituindo-se, também, em função disto, uma espécie de violência estrutural.

Uma recente revisão sistemática sobre competência e capacitação profissional para atendimento da população LGBT demonstrou que esses problemas estão também relacionados à falta de protocolos para atendimento dessa população e ausência de educação continuada com processos pedagógicos adequados à preparação dos profissionais de saúde (DULLIUS; MARTINS; CESNIK, 2019).

Considerações finais

A articulação entre elementos teóricos presentes nos estudos foucaultianos sobre a construção sócio-histórica da sexualidade, mais especificamente no que se refere à constituição de uma *scientia sexualis*, com os trabalhos clássicos de Goffman sobre o estabelecimento e manutenção dos estigmas, permeados pelos acréscimos críticos de Parker, nos permitiu compreender por meio da análise de discurso de profissionais da saúde, como uma ciência da sexualidade ainda encontra-se encarnada na racionalidade biomédica fundamentando posturas estigmatizantes de médicos(as) e enfermeiros(as) que atuam na Atenção Básica.

As identidades das pessoas LGBT foram descritas pelos profissionais quase que exclusivamente como marcadas por práticas e comportamentos condenáveis, de forma que, disfarçado de raciocínio clínico-epidemiológico, é operado um

reducionismo existencial desses indivíduos, que parecem ser vistos como não tendo outros problemas de saúde, nem outras condições estressantes, além daquelas ligadas ao elemento que representa sua marca estigmatizadora, sua sexualidade externa aos padrões cis-heteronormativos.

Entre os objetivos principais da Política de Saúde Integral da População LGBT encontram-se a elaboração de ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima da população LGBT e a promoção de programas de educação continuada para profissionais de saúde com ênfase nas questões envolvendo orientação sexual. Entretanto nossos resultados demonstram o quão incorporado às subjetividades estão os preconceitos socioculturalmente construídos, e mais especificamente, no que se refere aos profissionais de saúde, o grau de influências de uma *scientia sexualis*, continuamente atualizada por meio de julgamentos comportamentais, atribuições generalizantes de distúrbios psíquicos e mentais e classificações de risco atribuídas à população LGBT.

Apesar de não termos discutido aqui a avaliação dos profissionais quanto à participação em cursos de capacitação e seus efeitos sobre a forma de prestar assistência. Nossos resultados nos permitem afirmar que muito dificilmente os objetivos de formação e educação continuada de profissionais de saúde para uma atenção de qualidade a esta população, serão alcançados por meio de cursos de curta duração, ou cursos à distância baseados, quase inteiramente, em informações cognitivas, não importando se dirigidas às diversas expressões da sexualidade humana, aos direitos humanos das pessoas LGBT ou às diretrizes de atendimento presentes em protocolos pré-elaborados.

A natureza a um só tempo social e subjetiva dos estigmas e o processo de colonização da racionalidade biomédica por uma *scientia sexualis* atualizada aponta para a necessidade de processos pedagógicos mais ativos, profundos e potencialmente transformadores. Estes deveriam basear-se em processos vivenciais que incluam dramatizações e narrativas, com vistas a atingir também o plano emotivo da experiência nos encontros humanos em torno do cuidado à saúde.

Ou teremos a coragem de propor e realizar processos inovadores que respondam à gravidade dos impactos dos estigmas, preconceitos e discriminações sobre a saúde humana, ou permaneceremos muito distantes de um atendimento digno e competente, em suas dimensões técnicas e éticas, das populações LGBT e outros grupos socialmente estigmatizados.¹

Referências

- ARAN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.
- BENTO, B.; PELUCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Rev. Estud. Fem.*, v. 20, n. 2, p. 559-568, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília-DF: MS, 2010
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 21 nov. 2013; seção 1, p. 25.
- CUNHA, R.; GOMES, R. Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática. *Interface*, v. 19, n. 52, p. 57-70, 2015.
- CANALI, T. et al. Evaluation of self-esteem among homosexuals in the southern region of the state of Santa Catarina, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4569-4576, 2014.
- CARDOSO, M.; FERRO, L. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. cienc. prof.*, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.
- CARRARA, S. Discrimination, policies, and sexual rights in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 1, p. 184-189, 2012.
- CASSAL, L., BELLO, H.; BICALHO, P. Enfrentamento à LGBTIfobia, Afirmação Ético-política e Regulamentação Profissional: 20 anos da Resolução CFP nº 01/1999. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, n. esp. 3, e228516, p. 113-128, 2019.
- CASTAÑEDA, M. *A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas*. México: A Girafa, 2007, 325 p.
- CEARA, A.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice. *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 37, n. 3, p. 118-123, 2010.
- DETOMINI, V.; RASERA, E.; PERES, R. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. *Rev. SPAGESP*, v. 17, n. 2, p. 81-95, 2016.
- DIAMANT, A.; SCHUSTER, M.; LEVER, J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med*, v. 19, n. 3, p. 141-8, 2000.
- DIAS, D. Brincar de gênero, uma conversa com Berenice Bento. *Cad. Pagu*, n. 43, p. 475-497, 2014.
- DULLIUS, W.; MARTINS, L.; CESNIK, V. Systematic review on health care professionals' competencies in the care of LGBT+ individuals. *Estud. psicol.*, v. 36, e180171, 2019.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1998. 151p.

GOFFMAN, E. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. São Paulo: LTC, 1982, 160p.

GRANADOS-COSME, J.; DELGADO-SANCHEZ, G. Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n.5, p.1042-1050, 2008.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saude soc*, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

_____. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

_____. Psicologia, democracia e laicidade em tempos de fundamentalismo religioso no Brasil. *Psicol. cienc. Prof.*, v. 37, n. esp., p. 208-223, 2017.

MELLO, L.; BRITO, W.; MAROJA, D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cad. Pagu*, n. 39, p. 403-429, 2012.

MORETTI-PIRES, R. et al. Prejudice Against Gender and Sexual Diversity among Medical Students from the 1st to the 8th Semesters of a Medical Course in Southern Brazil. *Rev. bras. educ. med.*, v. 43, n. 1, supl. 1, p.557-567, 2019.

MULLENS, A. et al. Comparison of Government and Non-Government Alcohol and Other Drug (AOD) Treatment Service Delivery for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT). *Community*, v. 52, n. 8, p.1027-1038, 2017.

NUCCI, M.; RUSSO, J. O terceiro sexo revisitado: a homossexualidade no Archives of Sexual Behavior. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 127-147, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Transsexuality is not a mental disorder*. Washington, DC: WHO, 2018.

PALMA, D.; ORCASITA, L. Considerations for the design of Human Immunodeficiency Virus (HIV) prevention programs for lesbian and bisexual women. *Interface*, v. 21, n. 63, p. 1031-1038, 2017.

PARKER, R. Intersecções entre estigma, preconceito e Discriminação. In: MONTEIRO, S.; VILELLA, W. *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 25-46.

PARKER, R.; AGGLETON, P. Estigma, discriminação e Aids. In: ABIA. *Cidadania e Direitos*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. p. 7-45 (Coleção ABIA, n. 1).

PAULINO, D.; RASERA, E.; TEIXEIRA, F. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface*, v. 23, e180279, 2019.

PÊCHEUX M. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Ed Unicamp, 2009, 148 p.

PETROLL A.; MOSACK K. Physician awareness of sexual orientation and preventive health recommendations to men who have sex with men. *Sex Transm Dis*, v. 38, n. 1, p. 63-7, 2011.

SILVA, F.; NARDI, H. A construção social e política pela não-discriminação por orientação sexual. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 251-265, 2011.

SOUZA, V.; CZERESNIA, D. Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. *Interface*, v. 11, n. 23, p. 531-548, 2007.

SOUZA, M. et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 4, p. 767-776, 2015.

TERTO JR, V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/ Aids. *Horiz. antropol.*, v. 8, n. 17, p. 147-158, 2002.

TOLEDO, L.; PINAFI, T. A clínica psicológica e o público LGBT. *Psicol. clin.*, v. 24, n. 1, p. 137-163, 2012.

VALADÃO, R.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

WILLIS P. Constructions of lesbian, gay, bisexual, and queer identities among young people in contemporary Australia. *Cult Health Sex.*, v. 14, n. 10, p. 1213- 27, 2012.

Nota

¹ R. de C. P. Guimarães: redação do artigo, coleta e análise de dados. C. F. G. Lorenzo: análise de dados e contribuição na redação do artigo. A. V. M. Mendonça: revisão do artigo e contribuições metodológicas.

Abstract

Sexuality and stigma in health: an analysis of the pathologization of sexual diversity in the discourses of primary care professionals

We investigated stigmatizing content in the discourse of doctors and nurses about the health of the LGBTT population in 32 basic health units in the Midwest and Northeast of Brazil. Based on the notions of *scientia sexualis* in Foucault and *stigma* in Goffman, we analyze the influence of the pathologization of sexuality on the rationality of these professionals, as generators of stigmatizing discourses and postures that interfere in the quality of healthcare in this population. The result allowed us to verify that, for the interviewees, the identity of the members of the LGBTT population is linked to the concept of a risk group, understood as a condition that causes illness and mental disorders, in addition to being associated with morally reprehensible behavior. The study points to the need for innovative processes in professional training that seek to problematize the structuring rationality of the stigmatizing process, with a view to qualifying care.

► **Keywords:** sexual and gender minorities; health care; social stigma; sexism; professional qualification.

