



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3443>

A saúde das pessoas LGBTI+ no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra: acesso a serviços na rede pública de atenção em saúde

Health of LGBTI+ people in the Landless Rural Workers' Movement: access to services in the public health care system

La salud de las personas LGBTI+ en el Movimiento de los Trabajadores Rurales Sin Tierra: el acceso a los servicios de la Red Pública de Atención en Salud

Anakeila de Barros Stauffer¹ Aline Luana de Oliveira Chaves²
Daiana Crus Chagas³ Flávia Tereza da Silva⁴

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Laboratório de Educação Profissional em Manutenção de Equipamentos em Saúde. Rio de Janeiro, Brasil. anakeila.stauffer@fiocruz.br

² Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Rio de Janeiro, Brasil. aline.luh04@gmail.com

³ Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. daianacruz@gmail.com

⁴ Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Estado de Pernambuco, Brasil. flaviatsmst@gmail.com

Resumo

Este artigo apresenta as necessidades de saúde das pessoas LGBTI+ do campo e as principais barreiras de acesso aos diferentes serviços da rede pública de atenção em saúde. Parte do reconhecimento da invisibilidade e vulnerabilidades enfrentadas por estas pessoas, marcada por interseccionalidades (ser sujeito do campo, raça e identidade de gênero), alinhando-se à Política Nacional de Saúde Integral LGBTI+. Foi aplicado um questionário diagnóstico via formulário on-line com questões sobre o acesso a direitos sociais, as violências LGBTIfóbicas sofridas e a atuação no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Participaram 171 pessoas, majoritariamente jovens e negras (77%), com diversidade em orientação sexual (37% gays, 34% bissexuais, 21% lésbicas) e identidade de gênero (incluindo pessoas trans e não binárias), abrangendo 159 territórios de reforma agrária em 21 estados. Resultados evidenciam barreiras no acesso à saúde, como heteronormatividade dos serviços, violências institucionais e impacto de políticas conservadoras. Destaca-se a necessidade de formação profissional antiLGBTIfóbica, efetivação da Política Nacional LGBTI+ e articulação com movimentos sociais. O Coletivo LGBTI+/MST realiza ações contra a LGBTIfobia e parcerias com instituições públicas, reforçando a luta por um Sistema Único de Saúde universal e equitativo. Superar esses desafios exige mobilização coletiva e abordagem interseccional nas políticas públicas.

Palavras-chave minorias sexuais e de gênero; população rural; acessibilidade aos serviços de saúde; MST.

Como citar: STAUFFER, Anakeila B. *et al.* A saúde das pessoas LGBTI+ no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra: o acesso a serviços na rede pública de atenção em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 23, 2025, e03443313. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3443>

Recebido: 23/05/2025
Aprovado: 29/10/2025



Abstract

This article addresses the health needs of LGBTI+ individuals living in rural areas and the main barriers they face in accessing different services within the public healthcare network. It begins by acknowledging the invisibility and vulnerabilities experienced by these individuals, shaped by intersecting factors such as rural identity, race, and gender identity, and aligns with the National Policy for Comprehensive LGBTI+ Health. A diagnostic questionnaire was administered through an online form, including questions on access to social rights, experiences of LGBT-phobic violence, and involvement in the Landless Rural Workers' Movement. A total of 171 participants took part, predominantly young and Black (77%), with diverse sexual orientations (37% gay, 34% bisexual, 21% lesbian) and gender identities (including trans and non-binary individuals), covering 159 agrarian reform territories across 21 states. Findings reveal significant barriers to healthcare access, such as heteronormativity in services, institutional violence, and the impact of conservative policies. The study highlights the need for anti-LGBT-phobic professional training, effective implementation of the National LGBTI+ Policy, and stronger articulation with social movements. The LGBTI+/MST Collective undertakes actions against LGBT-phobia and fosters partnerships with public institutions, reinforcing the struggle for a universal and equitable Unified Health System. Overcoming these challenges requires collective mobilization and an intersectional approach in public policies.

Keywords sexual and gender minorities; rural population; health services accessibility; MST.

Resumen

Este artículo presenta las necesidades de salud de las personas LGBTI+ del ámbito rural y las principales barreras para acceder a los diferentes servicios de la red pública de atención sanitaria. Parte del reconocimiento de la invisibilidad y las vulnerabilidades que enfrentan estas personas, marcadas por interseccionalidades (ser sujeto rural, raza e identidad de género), en consonancia con la Política Nacional de Salud Integral LGBTI+. Se aplicó un cuestionario diagnóstico mediante un formulario en línea con preguntas sobre el acceso a derechos sociales, las violencias LGBTIfóbicas sufridas y la participación en el Movimiento de Trabajadores Rurales Sin Tierra. Participaron 171 personas, en su mayoría jóvenes y negras (77%), con diversidad en orientación sexual (37% gays, 34% bisexuales, 21% lesbianas) e identidad de género (incluyendo personas trans y no binarias), abarcando 159 territorios de reforma agraria en 21 estados. Los resultados evidencian barreras en el acceso a la salud, como la heteronormatividad de los servicios, las violencias institucionales y el impacto de políticas conservadoras. Se destaca la necesidad de formación profesional anti-LGBTIfóbica, la implementación efectiva de la Política Nacional LGBTI+ y la articulación con movimientos sociales. El Colectivo LGBTI+/MST realiza acciones contra la LGBTIfobia y establece alianzas con instituciones públicas, reforzando la lucha por un Sistema Único de Salud universal y equitativo. Superar estos desafíos exige movilización colectiva y un enfoque interseccional en las políticas públicas.

Palabras claves minorías sexuales y de género; población rural; accesibilidad a los servicios de salud; MST.

Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime!
Saúde é cultivar alimentos saudáveis!
Saúde é cultivar relações saudáveis!
Saúde é lutar pela vida e pela vacina para todas, todes e todos!
Saúde é lutar contra o machismo, racismo e LGBTfobia!
Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime!
 Movimento do Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)

Introdução

A pesquisa se pauta na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTI+ - Brasil, 2013a), um marco de reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão da população LGBT – e que visa incidir sobre a determinação social da saúde, a fim de reduzir as desigualdades sociais relacionadas a esses grupos sociais. Desse modo, ao produzir conhecimento sobre a especificidade da população LGBTI+ do campo, buscamos fortalecer a luta pelos direitos sociais e a representação desses sujeitos na sociedade, reafirmando os princípios da universalidade, da integralidade e da participação social do Sistema Único de Saúde (SUS).

As lutas pelos direitos mais básicos negados a tantos seres humanos são o que há de mais instigante para a renovação do conhecimento e das letras, das ciências e tecnologias. Na medida em que os coletivos mais segregados dos direitos humanos básicos interrogarem a sociedade e forem sujeitos dinâmicos na sociedade, estarão sendo sujeitos dinâmicos de conhecimento. Por aí passa uma das relações mais fecundas entre movimentos sociais e conhecimento (Arroyo, 2007, p. 41).

Há baixa visibilidade das condições de saúde da população LGBTI+ do campo no Brasil, expressa pela escassez de pesquisas e estudos sistemáticos que subsidiem a constituição de dados e informações acerca das políticas públicas e das necessidades em saúde dessa população. Silva, Finkler e Moretti-Pires (2019), embasados em distintos estudiosos, destacam que os serviços de saúde se pautam em padrões heteronormativos que acabam por referendar a vulnerabilidade e a vulneração da população LGBTI+, obstaculizando o acesso aos direitos sociais, tais como a saúde. Pontes e colaboradores (2022, p. 6) também ressaltam a invisibilidade a que a população do campo é submetida, o que “se reflete na práxis do SUS e na formação em saúde (...), por vezes, quando são visibilizados, há um descrédito sobre suas experiências de vida”.

O presente artigo objetiva apresentar as necessidades de saúde da população LGBTI+ do campo e as principais barreiras de acesso aos diferentes serviços da Rede Pública de Atenção em Saúde. A pesquisa, demandada, concebida e desenvolvida pelo Coletivo LGBTI+ Sem Terra, do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (Coletivo LGBTI+/MST), juntamente com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz)¹, se pauta numa reflexão materialista dialética em que se considera a reflexão sobre a materialidade concreta da vida, compreendendo que esse movimento social é um sujeito coletivo que produz conhecimentos e luta pelos direitos humanos na sua perspectiva coletiva e não em uma perspectiva liberal e individual. A coleta de dados foi realizada com a aplicação de um questionário diagnóstico via formulário *on-line* que esteve à disposição para o preenchimento entre 20 de março a 30 de abril de 2022. Por meio deste, se obteve informações sobre o acesso aos serviços da rede pública de saúde e de vida das pessoas LGBTI+ do campo, envolvendo elementos como acesso a direitos sociais (educação, terra e moradia, cultura, lazer, religiosidade, espaços de sociabilidade, saúde), sobre a violência LGBTIfóbica e sobre a atuação LGBTI+ no MST.

Os(as) sujeitos(as/es) da pesquisa

Participaram da pesquisa pessoas LGBTI+ vinculadas ao Coletivo LGBTI+ Sem Terra de 20 estados da federação, abrangendo 99 municípios, 122 assentamentos e 37 acampamentos², englobando 159 territórios³ da reforma agrária (Tabela 1). Ressalta-se também que alguns residem em cidades, devido às suas atuais tarefas dentro do MST.

A aplicação do instrumento de pesquisa não foi uniforme; houve variações de participação em regiões e estados, uma vez que a pesquisa se iniciou ainda em período pandêmico da covid-19.

Tabela 1 – Distribuição da participação na pesquisa segundo a macrorregião brasileira. Brasil, 2022.

Região	Estados	N. de municípios	N. de acampamentos ou assentamentos	N. de participantes
Sudeste	4	14	20	23
Centro-Oeste	3	6	7	7
Sul	3	17	28	28
Amazônica	3	9	16	18
Nordeste	7	53	88	95
Total	20	99	159	171

Fonte: elaborado pelas autoras.

A média de idade do total das(os) respondentes da pesquisa foi de 30 anos, com variação etária entre 16 e 50 anos de idade, mas prevalecendo a participação de jovens (71%).

Em relação à identificação e ao autorreconhecimento pela raça, 32 pessoas (19%) se identificaram como brancas(os), 66 (38%) como pretas, 66 (38%) como pardas, duas (1%) como amarelas, três (2%) como indígenas. Duas pessoas (1%) não souberam ou não quiseram responder. Somados os dados de pardos e pretos, cerca de 76% são pessoas negras, o que indica um recorte de cor e etnia da população respondente. Diante disso, destaca-se a interseccionalidade dessa população: ser do campo, ser negra e ser LGBTI+. Tais características incidem de forma diferenciada nas violências e opressões a que ela é submetida, assim como no acesso aos serviços de saúde. Em face dessa realidade, o MST tem discutido a pauta étnico-racial, visto que o racismo, o patriarcado e a LGBTI+fobia são opressões que constituem o desafio histórico para efetivação da reforma agrária popular no Brasil, o que exige a criação de estratégias para a socialização do debate racial, de identidade de gênero, orientação sexual e violência de gênero, temas que são apresentados nos diferentes processos formativos do MST, em cursos formais e informais realizados com a militância⁴. Ao responder sobre a orientação sexual⁵, era possível o autopreenchimento com livre declaração. Obtivemos também respostas relativas à identidade de gênero. Ao se considerarem apenas as pessoas que identificaram corretamente sua orientação sexual, sem confundir com a identidade de gênero, houve 165 respostas, que puderam ser categorizadas da seguinte forma: 61 gays (37%), 56 bissexuais (34%), 34 lésbicas (21%), dez pansexuais (6%), duas heterossexuais (1%) e duas assexuais (1%).

Dentre as pessoas que informaram ser heterossexuais, duas são transexuais – um homem e uma mulher –, o que corresponde a pessoas trans que se relacionam com pessoas de orientação sexual oposta à sua. Em relação aos estados em que estão inseridas as pessoas transexuais, identificamos três pessoas em Pernambuco, quatro no Rio Grande do Norte, uma na Paraíba, três em São Paulo, uma no Maranhão, cinco na Bahia, quatro no Ceará, uma em Alagoas e uma no Paraná. Também registramos dez pessoas que se identificam como não binária/andrógina, ou seja, que não se compreendem na cisgeneridade.

O conjunto abarcado pela pesquisa não diz respeito à totalidade de sujeitos que vivem em territórios da reforma agrária, mas se constitui em importante levantamento para a visibilização de pessoas LGBTI+ do campo. Após essa caracterização dos(as) participantes, apresentaremos as informações coletadas sobre a saúde dessa população.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), com o Parecer n. 5.182.754 e o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n. 54189421.6.0000.5241, em dezembro de 2021.

Direitos sociais: o direito à saúde

Debater o direito à saúde das pessoas LGBTIQIA+⁶ é relevante e nos exige pensar as conquistas e os desafios do SUS não só para este grupo populacional específico, mas também de modo geral. Ao pensarmos sobre a saúde dessa população, queremos desestigmatizar a concepção de que tais pessoas só são objetos de cuidados para realizar exames de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ou HIV/aids. Esses sujeitos não são somente objetos para a cura – o que é uma visão típica de uma sociedade cis-heteronormativa. Somam-se a isso as interseccionalidades com diversos marcadores – como raça, gênero e classe – que incidem sobre essas populações, efetivando outras gradações de violências potencializadas pelos desmandos do capital e do patriarcado.

No que tange às políticas públicas brasileiras, houve construções relevantes, sobretudo a partir dos anos 2000, em distintas áreas, e que na saúde se consubstanciaram nas seguintes políticas: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (Brasil, 2013b); Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013a)⁷; portaria n. 1.820/2009, sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS⁸; portaria n. 104/2011, em que a notificação das violências se torna compulsória nos serviços de saúde; e portaria n. 2.803/2012, que garante o direito do processo transexualizador no SUS. Além disso, em 2014, atualizou-se a ficha de notificação de violências no SUS de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Tais apontamentos sobre as políticas públicas nos apresentam, ao menos, duas perspectivas. A primeira é a compreensão de que essas políticas não ‘caíram do céu’, pois foram fruto de lutas, e ainda há muito o que fazer para que sejam conquistadas efetivamente em cada território do campo. Os embates existentes em torno das políticas públicas explicitam a pugna no interior do Estado capitalista, como “resultante das contradições de classe inseridas na própria estrutura do Estado (o Estado-relação)” (Poulantzas, 2000, p. 134). Assim, as políticas públicas nunca são doações do bloco no poder, mas sim a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe (Poulantzas, 2000).

Precisamos compreender essas relações de forças existentes para deslindar os porquês de tais políticas não se enraizarem em cada território e se desenvolverem de forma tão morosa. Apesar das políticas de cunho progressista citadas anteriormente, elas não chegam aos territórios do campo, porque

O Estado, sua política, suas formas, suas estruturas, traduzem, portanto, os interesses das classes dominantes ‘não de modo mecânico’, mas através (sic) de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento (Poulantzas, 2000, p. 132, destaques no original).

Com essa compreensão, buscamos observar como a saúde era vivida nos territórios por meio de 27 perguntas (sendo nove abertas e 18 fechadas) que mapeavam o acesso, o tipo de serviço de saúde e, especificamente, informações relativas à saúde LGBTI+. A primeira pergunta (de caráter aberto) buscou saber a que local a(o) participante se dirigia ao precisar de atendimento à saúde. Era importante verificar se as pessoas LGBTI+ do campo tinham acesso aos serviços de atenção básica (AB), pois estes desempenham um papel fundamental na prevenção, na promoção e no tratamento de doenças.

Das(os) 171 respondentes, 110 informaram que acessam prioritariamente postos de saúde na cidade. Outras(os) 54 informaram que acessam o posto de saúde do assentamento, e 37 pessoas declararam que buscam unidade de pronto atendimento (UPA). Esta informação nos indica que a busca pelo sistema de saúde ocorre em situações de urgência, o que corresponde ao nível secundário⁹ de atenção à saúde. Ainda se obteve a informação de que 30 respondentes buscam curandeiros, raizeiros e usufruem da medicina popular, demonstrando, por um lado, a confiança no conhecimento popular e, por outro, a facilidade do acesso a tais formas de cuidado. Outros 30 participantes afirmaram que procuram postos de saúde na área rural – o que não corresponde necessariamente ao posto existente em seu assentamento. Em relação à medicina privada, 12 participantes declararam acessá-la. Todos os respondentes informaram ter acesso a algum serviço de saúde.

Para se compreender como é o acesso à atenção básica, foi perguntado se havia o acompanhamento de agentes comunitários de saúde (ACSs). Tais profissionais desempenham um papel essencial na articulação entre a comunidade e os serviços de saúde, o que impacta significativamente a ampliação da cobertura, a organização do processo de trabalho em saúde com base territorial e responsabilidade sanitária, contribuindo para a mobilização e a participação popular.

Há que se considerar, portanto, que em 2017 o Ministério da Saúde lançou a portaria n. 2.436, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB no âmbito do SUS. Tal política demonstra a correlação de forças no interior do Estado após o impedimento da presidenta Dilma Rousseff e a tomada do poder por seu vice, Michel Temer, que buscou responder à sua fração de classe mercantilizando direitos sociais básicos. A mudança na PNAB pelo governo federal impactou as gestões municipais de saúde, e tais câmbios políticos, sobretudo no contexto pandêmico de covid-19, demonstram como a organização da atenção primária afeta os territórios de reforma agrária.

Das 171 respostas sobre o acompanhamento realizado pelos ACSs, 112 participantes (65%) explicitaram que têm o acompanhamento dessa(e) profissional; 51 (30%) disseram não ter, e nove (5%) responderam não saber se há esse acompanhamento. As respostas nos levam a constatar que há uma boa cobertura da atenção básica nesses territórios.

A pergunta seguinte buscava esclarecer se os ACSs sabem que esses(as) usuários(as) são LGBTI+. A pergunta é importante para que se efetivem ações de saúde voltadas a esse público em seus territórios e conforme suas especificidades, possibilitando a efetivação de um atendimento integral à saúde. Nem todos(as) os(as) participantes responderam à pergunta; dos 161 respondentes, 88 (51%) informaram que as(os) ACSs têm conhecimento sobre o fato de eles serem LGBTI+; 44 (26%) informaram que as(os) ACSs não foram informados; e 29 (17%) declararam não saber responder a essa questão.

Em seguida, foi indagado se as(os) participantes da pesquisa se sentem discriminadas(os) pelos ACSs ou outras(os) profissionais da área pelo fato de serem LGBTI+. Dentre as 162 respostas obtidas, 120 pessoas (70%) afirmaram não se sentirem discriminadas; 17 (10%) afirmaram sentir discriminação; e outras 25 (15%) não sabem se sofrem discriminação.

Buscou-se captar se as pessoas LGBTI+ do campo tinham acesso a especialistas – clínico geral, ginecologista e dentista – e com que frequência acessavam tais profissionais e especialidades médicas, sendo possível selecionar mais de uma especialidade e a periodicidade do atendimento. Apesar de não se constituir como uma pergunta obrigatória, houve um retorno significativo de respostas. Em relação à especialidade da Clínica Geral, obteve-se as respostas mostradas na Tabela 2:

Tabela 2 – Distribuição de pessoas de acordo com sua frequência a consultas e especialidades.

Frequência de consulta à especialidade	Clínica geral n (%)	Ginecologia n (%)	Odontologia n (%)
Não tem acesso	21 (14%)	42 (34%)	18 (13%)
Uma vez por mês	9 (6%)	3 (2%)	22 (15%)
Uma vez por trimestre	13 (7%)	3 (2%)	8 (5%)
Uma vez por semestre	7 (5%)	3 (2%)	11 (7%)
Pelo menos uma vez ao ano	31 (20%)	21 (17%)	18 (13%)
A cada dois anos	23 (15%)	13 (10%)	24 (16%)
A cada três anos	19 (12%)	7 (6%)	21 (14%)
A cada quatro anos ou mais	23 (15%)	11 (9%)	21 (14%)
Não se aplica à sua realidade	9 (6%)	22 (18%)	5 (3%)

Das 125 pessoas que responderam sobre a frequência de acesso à especialidade ginecologia, 22 (18%) pessoas disseram que esta especialidade não se aplica a elas (Tabela 2).

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, tendo como ações a ampliação deste serviço na atenção básica, com a inclusão de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e a criação de serviços odontológicos de especialidades no interior do país, a fim de garantir atendimento odontológico integral em regiões desassistidas. Nesse sentido, era importante detectar o acesso a tal política em nossa pesquisa. Em relação à frequência de consultas odontológicas, obtivemos 148 respostas válidas (Tabela 2).

Observa-se, portanto, que em muitas cidades do interior do país o acesso à saúde bucal ainda é dificultado, visto que 44% dos participantes da pesquisa não acessam tal especialidade nem uma vez ao ano. O acesso em muitos territórios é feito pela população por meio de uma grande lista de espera nos postos de saúde do SUS em municípios próximos ou ainda em clínicas particulares.

Dentre outras especialidades acessadas pelas(os) participantes, apareceram a psicologia (11 respostas); a oftalmologia (nove); a endocrinologia (sete); a ortopedia (cinco); novamente a odontologia ou dentista (quatro); a dermatologia e a nutrição (com três respostas cada); a psiquiatria, a otorrinolaringologia e a reumatologia (com duas respostas cada uma); duas pessoas informaram que acessam o serviço de vacinação.

Há uma série de outras especialidades médicas citadas apenas uma vez: angiologia, cardiologia, fisioterapia, gastroenterologia, homeopatia, infectologia, nefrologia, oncologia, pneumologia, proctologia, urologia. Uma pessoa informou buscar outras especialidades médicas apenas para fazer exames em geral; e uma pessoa declarou que realiza o processo de transexualização. Por fim, uma pessoa declarou que vai ao médico para realizar ‘exame dos pés’.

No que tange à saúde das pessoas com útero, buscou-se detectar com que frequência se realizava o exame de prevenção do câncer de colo de útero (Papanicolau) em mulheres cisgênero e homens transsexuais. Correlacionando essas respostas com a pergunta sobre identidade de gênero (pergunta número 12), deveríamos ter respostas de 74 mulheres cisgênero, dez homens transgênero, oito não binário¹⁰ e um andrógino, totalizando 93 respostas; no entanto, obtivemos 96 respostas. Dentre as(os) respondentes, duas mulheres cisgênero e um homem trans responderam que a pergunta não se aplicava a eles. Das respostas apresentadas, 25 pessoas declararam não ter acesso a esse exame, e outras cinco responderam que tal pergunta não se aplica a elas; 13 realizam o exame uma vez a cada quatro anos ou mais; nove pessoas, uma vez a cada três anos; 13, a cada 2 anos; 23 pessoas informaram que o fazem anualmente; duas, uma vez por semestre; outras duas, uma vez por trimestre; uma pessoa o realiza uma vez por mês. A variedade das respostas em relação àquelas(es) que deveriam fazer os exames e a frequência delineada pelos programas de saúde nos levam a indagar se há uma incompreensão sobre a natureza e a finalidade do exame Papanicolau, ou mesmo desconhecimento sobre a necessidade desse tipo de exame para prevenção do câncer de colo do útero.

Uma pergunta aberta buscou detectar se as(os) respondentes sentiam falta de atendimento em algum serviço de saúde. Obtivemos as seguintes respostas: 61 pessoas (36%) disseram não sentir falta de nenhum serviço de saúde, e 110 (64%) declararam sentir falta de algum tipo de especialidade médica. As especialidades citadas anteriormente – clínico geral (quatro respostas, correspondendo a 4%), dentista/odontologia (19 respostas, 17%) e ginecologia (dez respostas, 10%) – apareceram novamente, e se apresentaram outras especialidades, tais como oftalmologia e nutrição, com quatro respostas cada (correspondendo a 4%); cardiologia, endocrinologia, urologia e psiquiatria, com três respostas cada (3% cada uma delas); ACS e fisioterapia, com duas respostas (2% cada um); angiologia, ortopedia, proctologia e dermatologia, com uma resposta (correspondendo a 0,9% cada especialidade); psicologia, com 26 respostas (24%). Uma pessoa informou, de forma mais genérica, a necessidade de atendimento em saúde mental. Constatamos, assim, que para as pessoas LGBTI+ do campo há uma necessidade de serviços de saúde mental, o que foi contabilizado em 27 respostas. Houve ainda quatro respostas (4%) que declararam não haver atendimento de saúde em seu território.

Por ser uma questão aberta, 13 participantes (correspondentes a 12%) acabaram por avaliar a qualidade dos serviços ofertados, declarando que sentem falta de várias especialidades, indo em busca de atendimento privado (uma resposta). Avaliaram que todos os atendimentos são precários (duas respondentes); que desejavam obter o atendimento de forma mais fácil e também desejavam melhoria no atendimento; outro expôs a necessidade de obter ‘tratamentos alternativos qualificados’ (*sic*).

Dentre as avaliações analisadas, destacam-se demandas por maior estruturação da equipe de saúde e ampliação de ações territoriais. Dois participantes apontaram a necessidade de ACS, enquanto quatro enfatizaram a importância de atendimentos nos territórios de origem. Um respondente sugeriu a expansão da equipe para aproximação com a comunidade; outro destacou a falta de visitas diárias; e um último mencionou a carência de palestras, reforçando a relevância da educação em saúde. Tais achados indicam a necessidade de se fortalecerem a atuação multiprofissional e as práticas educativas.

No que tange especificamente à saúde das pessoas trans, havia campos específicos de respostas possíveis, mas também um campo aberto (‘outros’) que permitia a apresentação de demandas em relação ao processo transexualizador. Obtivemos, assim, as seguintes respostas: oito pessoas indicaram a falta de atendimento no processo de transexualização, das quais uma registrou que essa ausência não se referia a si mesma, mas às pessoas trans. Outras três pessoas informaram a necessidade de tratamento hormonal; uma respondeu que sente falta de ‘médico do sexo’; e quatro respostas se voltaram ao atendimento específico para população LGBTI+ (‘que atenda aos homens’; ‘exames específicos para lésbicas’; ‘direcionadas à saúde LGBTI+’).

Dos 82 respondentes, 17 (20,7%) autodeclararam-se transexuais. Destes, apenas dois homens trans (11,8%) tinham acesso ao processo pelo SUS: um não utilizava o serviço e outro realizava consultas pelo Sistema Único de Saúde, mas adquiria hormônios particularmente. Entre as 15 pessoas (88,2%) sem acesso pelo SUS, três mulheres trans realizavam hormonização sem acompanhamento médico (sendo uma com apoio psicológico privado).

Conforme analisam Carvalho e Menezes (2021), existem barreiras no atendimento à população trans no SUS, o que leva a violações de seus direitos, tais como escassez de serviços especializados, dificuldade de acesso à hormonioterapia e longas filas para cirurgias. Das(os) demais respondentes, nove consideraram a pergunta inaplicável e três não responderam.

No que tange aos testes para ISTs, uma resposta caracterizou a dificuldade e a burocracia para se conseguir o acesso ao exame. Com a finalidade de verificar se as(os) participantes haviam recebido orientações sobre as ISTs, 86% (147 respondentes) disseram que sim; 10% (17 respondentes) declararam não receber tais orientações, e 4% (oito respondentes) disseram que não sabiam se haviam recebido.

Buscou-se, assim, saber quais tipos de informações as(os) respondentes receberam sobre como se prevenir de IST/HIV nas relações sexuais, o que se constituiu como uma pergunta aberta não obrigatória – de modo a permitir a especificação de informações de diferentes tipos, sendo, portanto, contabilizadas nas diferentes categorias. A principal informação recebida diz respeito ao uso de preservativos (61 respostas).

Houve também 25 respostas relativas a ‘cuidados preventivos’ e dez sobre ‘exames preventivos/testes periódicos’. O número de pessoas que declararam diretamente ter recebido informações sobre profilaxia pré-exposição (PREP) e profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV pode ser considerado baixo (quatro respostas) em relação ao universo de informações sobre IST/HIV (17 respostas).

Outra questão que se destaca é o tipo ou a falta de informações e orientação sobre prevenção de ISTs no sexo envolvendo mulheres. Tal invisibilização, já apontada na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011), explicita a falta de acesso das mulheres lésbicas ao SUS e a ocultação de sua orientação sexual para não sofrer preconceito durante o atendimento em saúde. Nessa política, ao se abordar a questão das ISTs/HIV/aids, esta se relaciona prioritariamente às pessoas gays, travestis e transexuais. Consultando o I LesboCenso Nacional: Mapeamento de Vivências Lésbicas no Brasil, de 2022, a fim de encontrar informações mais atualizadas sobre IST/HIV, ressaltamos que

Em relação às ISTs/HIV/Aids, 14.86% afirmaram que já tiveram alguma IST. 37.26% nunca realizou o teste para HIV, tendo com principais motivos: não sabiam onde fazer (39.79%), acreditavam que, por serem lésbicas/sapatão, seria pouco provável terem sido expostas ao HIV (34.65%) e não queriam pensar sobre HIV ou HIV positivo (11.04%) (Liga Brasileira de Lésbicas e Coturno de Vênus, 2022, p. 46).

Nas respostas apresentadas em nossa pesquisa, ao se falar sobre a prevenção às ISTs/HIV, foram citadas questões relativas aos métodos contraceptivos e à gravidez (duas respostas) – que não se relacionavam ao escopo da questão. Também se verificaram orientações relativas aos cuidados com o corpo e à higiene (cinco respostas), sendo especificada a necessidade de ‘limpeza das partes íntimas’ e de sempre que for se relacionar ‘observar as genitálias para ver se tem sintomas de algo’, assim como outras mais genéricas¹¹.

A fim de depurar as informações, buscou-se detectar a frequência com que as(os) participantes utilizam camisinha nas relações sexuais. Todas(os) as(os) 171 participantes da pesquisa responderam a esta questão (Tabela 3):

Tabela 3 – Distribuição de respostas dos respondentes de acordo com sua frequência de uso de preservativo e outros métodos de prevenção à ISTs/HIV. Brasil, 2022.

Frequência no uso de preservativo (camisinha)	
Sempre usam camisinha	63 pessoas (37%)
Quase sempre usam camisinha	51 pessoas (30%)
Quase nunca usam camisinha	13 pessoas (8%)
Nunca utilizam camisinha	16 pessoas (9%)
Uso de camisinha não se aplica a elas	28 pessoas (16%)
Outros métodos de prevenção às ISTs/HIV	
Outros métodos (sem especificá-los)	3 respostas (2%)
Não se aplica, ou não conhecem formas de prevenção no sexo entre mulheres	2 pessoas (1%)
Não usa nenhum outro método de prevenção, além da camisinha	153 pessoas (89%)

Havia também a possibilidade de outras respostas (visto se constituir em uma pergunta aberta), apresentando-se uma variedade de métodos de prevenção às ISTs/HIV, tais como: ‘PREP’, ‘exames periódicos’, ‘pílula anticoncepcional’, com duas respostas cada (correspondendo a 1%); ‘gozar fora’, ‘ir ao médico regularmente’, ‘uso de dedeiras’, ‘cuidando da alimentação para ter uma boa imunidade’, ‘cuidados com a higienização’, ‘HIV’, com uma resposta cada (correspondendo a 0,5% para cada resposta). Estes dados demonstram a necessidade de um processo de educação em saúde efetivo para que as pessoas LGBTI+ do campo possam ter conhecimento sobre os métodos de prevenção às ISTs/HIV, possibilitando-lhes as informações necessárias para que escolham, de forma qualificada, as maneiras de cuidar de sua saúde. Isso nos leva a pensar também sobre a educação permanente das(os) profissionais em saúde, sobretudo

aquelas(es) que trabalham na Atenção Primária à Saúde, para poderem realizar as ações educativas de qualidade com a população LGBTI+, abordando-se a heterocisnormatividade ainda presente na formação em saúde. Tal reflexão se coaduna com a análise de Cardoso e Ferro (2012, p. 554):

As transformações das redes de saúde para o melhor atendimento dessa população também dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. As questões culturais advindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde a essa população.

Ainda no universo da prevenção ao HIV, perguntou-se sobre a utilização dos protocolos de profilaxia pré-exposição e profilaxia pós-exposição ao HIV. Sobre a PREP, sete pessoas (4%) disseram que já utilizaram; 75 respondentes (44%) declararam que não, mas conhecem o protocolo; e 89 (52%) afirmaram que não usaram e não o conhecem. Em relação à PEP, oito pessoas (5%) disseram que utilizaram; 73 (42%) declararam que não, mas conhecem o protocolo; e noventa participantes (53%) afirmaram que não usaram e não o conhecem. Os dados demonstram, como na resposta anterior, que ainda há a necessidade de se trabalhar mais no processo de educação e informação em saúde referente a tais protocolos, sobretudo porque a PREP está disponível no SUS desde 2017, sendo o Brasil o primeiro país da América Latina a utilizá-la como uma estratégia de prevenção como política de saúde pública¹².

No caso da PEP, de acordo com a portaria n. 54/2021 da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), esta estratégia é disponibilizada desde 1999 no SUS, constituindo-se como uma tecnologia de prevenção combinada, de modo a se evitem novas infecções pelo HIV. Ainda de acordo com a portaria supracitada, o acolhimento às pessoas que precisam da PEP é de suma importância, e por se tratar de uma diretriz da Política Nacional de Humanização, deve “ampliar o acesso, fornecer resposta resolutiva à demanda apresentada e ser dispositivo organizador do processo de trabalho em função das necessidades de saúde do usuário” (Brasil, 2021, anexo, p. 3). Assim, a pessoa exposta tem o direito de ser atendida em local adequado, com privacidade, sem julgamentos morais¹³. No caso de pessoas vítimas de violência sexual, o atendimento é obrigatório e integral (conforme preconiza a lei n. 12.845/2013) e com uma intervenção ágil, para que se evitem encaminhamentos e transferências desnecessárias, ofertando à pessoa as informações necessárias às suas demandas (Brasil, 2021). A pesquisa não teve tal desdobramento, mas seria importante, em pesquisas futuras, ter-se a noção da qualidade de informações que as pessoas do campo acessam.

Ainda sobre a questão das formas de prevenção, foi indagado às(aos) participantes se estas(es) faziam os testes regulares para detecção de IST/HIV. Para essa pergunta, 71 participantes (41%) declararam que fizeram o teste em algum momento, mas não o fazem com regularidade; 44 pessoas (26%) responderam que nunca fizeram os referidos testes; 36 (21%) disseram que fazem os testes anualmente, e vinte pessoas (12%) afirmaram fazê-los semestralmente. Apenas dois respondentes (1%) vivem com HIV; os demais (169 respondentes, 99%) não vivem com o vírus. Nenhum deles indicou participar de algum grupo de apoio.

Buscou-se compreender (pergunta aberta) que locais proporcionavam às(aos) participantes informações sobre as ISTs/HIV. A maioria das(os) participantes (96 pessoas, 65%) declararam que obtiveram tais informações nas atividades do MST. Em segundo lugar, ficou a escola, com 93 respostas (63%). Houve ainda uma resposta (0,6%) sobre obter essa informação na universidade. Em terceiro lugar, setenta pessoas (48%) declararam obter informações na unidade de saúde, e trinta (20%) por meio de ACS. A internet foi acessada em cinco respostas (3%). Por fim, foram citadas as seguintes variantes, cada uma correspondendo a um respondente (0,6%): casa, minha mãe, Pastoral da Saúde, Comissão Pastoral da Terra (CPT), livros, meios de comunicação. Quatro participantes não responderam.

A importância do MST como um espaço educativo e de aprendizado sobre saúde LGBTI+ é o destaque dessa pergunta – o que demonstra que pertencer ao MST permite o acesso a diferentes tipos de formações e troca de informações que vão além da luta pela terra. Pode-se observar que outros

movimentos sociais e de base (CPT, Pastoral da Saúde) se constituem em espaços em que circulam tais informações. Essas respostas corroboram a reflexão de Arroyo, em sua análise de que “a relação entre movimentos sociais e conhecimento adquire dimensões políticas. Alarga-se e entrelaça-se com o conjunto de lutas pela libertação” (Arroyo, 2007, p. 40).

Destaca-se a importância das instituições educativas, como escolas e universidades, demonstrando-se que a educação em saúde, com foco também na educação sexual, é um tipo de ação educativa que desempenha um papel crucial na promoção de uma vida saudável, consciente e informada, especialmente entre jovens e adolescentes. Ela vai além da simples transmissão de informações sobre sexo; abrange aspectos emocionais, sociais e de saúde, contribuindo para o desenvolvimento integral do indivíduo.

Ao analisar as questões acerca da prevenção às ISTs/HIV/Aids, não podemos esquecer que desde 2016 as parcas políticas sociais alcançadas pela população brasileira têm sido amplamente destroçadas. Desde o governo de Michel Temer, fruto de um golpe de Estado, a saúde passou por mudanças e medidas de austeridade. A emenda constitucional n. 95 limitou, por vinte anos futuros, os gastos públicos em áreas essenciais, como saúde e educação, sendo potencializada no governo Bolsonaro e não revertida, até o momento, pelo governo Lula-Alckmin. Os cortes impactam o país, permanecendo um investimento baixo diante das necessidades de educação em saúde, o que resulta em impactos negativos para a saúde pública.

Solicitou-se que fosse feita uma avaliação sobre os serviços de assistência à saúde nos territórios. Setenta e cinco pessoas (44%) consideraram os serviços regulares; 45 (26%), bons; 34 (20%) avaliaram que os serviços são ruins; e 17 (10%) declararam não saber ou não poder opinar.

Em seguida, pediu-se para justificar tal avaliação, o que possibilitou uma miríade de justificativas – em torno de 130. Dos que não conseguiram opinar ou disseram não saber, obtivemos as seguintes respostas: ‘É difícil receber atendimentos’; ‘Do território que estou vinculada, porém não estou morando, não posso opinar, mas na cidade, nesse posto de saúde, eles têm um bom atendimento’; ‘Ainda precisamos avançar muito nos atendimentos nas UBS e, também, em especializações, principalmente no âmbito da diversidade de gênero’.

As 45 pessoas (26%) que avaliaram o serviço como bom demonstraram ser plenamente atendidas em seus territórios, destacando o acompanhamento de ACS e, por vezes, de outros profissionais da saúde. Mencionou-se a relevância de se ter um serviço de saúde no acampamento ou assentamento, assim como haver uma rede de comunicação estabelecida pelo ACS e transporte para tratamento e exames em outras cidades. Uma das respostas reconheceu que a conquista da saúde no território foi fruto de luta popular: ‘Nossa unidade de saúde foi conquistada com muita luta. Sentimos muito orgulho da nossa equipe e das nossas agentes de saúde. Entendendo as dificuldades, o atendimento é feito junto às famílias e de forma interdisciplinar’. Reconheceu-se também a importância de haver terapias naturais, demonstrando a valorização de uma diversidade de conhecimentos sobre a saúde: ‘Temos um posto de saúde dentro do assentamento com atendimento de várias áreas da saúde, inclusive atendimento de terapias naturais’.

As 75 respostas (44%) que julgaram regular os serviços de assistência à saúde em seus territórios se referem à irregularidade e à melhoria da qualidade do serviço ofertado. Algumas citam a falta de estrutura e insumos (tais como remédios e falta de sinal telefônico ou internet), assim como a morosidade ou ausência de certas especialidades (sendo citados médicos, dentistas e assistente social), a rotatividade de profissionais e o atraso nas consultas. Outras reconhecem a sobrecarga das(os) ACSs diante da demanda, o que ocasiona a ausência destes(as). A distância também foi citada como um elemento dificultador, por isso seria necessário haver uma UBS em seu acampamento ou assentamento.

As 34 pessoas (20%) que consideraram os serviços ruins justificaram que não são atendidas e que há falta de qualidade ou precariedade nos atendimentos, indicando não haver ACS nos territórios, e os poucos que há não estão preparados para informar sobre IST/HIV e outros exames. Avaliaram também que as consultas e visitas médicas existentes costumam ser rápidas, ocorrendo uma ou duas vezes por

mês. Foi citada novamente a ausência de profissionais, tais como dentistas e clínico geral, assim como a distância como impeditivo do acesso.

Salientou-se a falta de compromisso do Estado em relação aos cuidados com a saúde sanitária, levando em consideração a inadequação de um sistema de saneamento básico nas áreas rurais. Tal questão é de grande relevância, uma vez que a política de saneamento básico é reconhecida, desde a Constituição de 1988,

como importante elemento para efetivação do direito à saúde e prevê a obrigatoriedade de implementação de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Castro e Cerezini, 2022, p. 1, destaques no original).

Posteriormente à Constituição, leis como o Estatuto da Cidade (n. 10.257/2001) e a Política Federal de Saneamento Básico (n. 11.445/2007) ampliaram a concepção de saneamento para além do acesso à água potável e ao esgoto sanitário. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (portaria n. 2.311/2014) evidencia o trabalho intersetorial para a promoção da saúde, instituindo-se ações de saneamento e meio ambiente que contribuem para a redução de riscos sobre a saúde humana e propiciam melhor qualidade de vida (Pessoa e Hora, 2021). A ideia de saneamento básico, cunhada no Brasil desde a década de 1950, até hoje não foi alcançada.

Na pergunta direcionada ao desejo de se ter filhas(os), 79 pessoas (46%) declararam querer ter filhos(as); 48 pessoas (28%) informaram não querer; e 44 (26%) disseram que talvez desejassem ter filhas(os). Considerando as pessoas que gostariam de ter filhas(os) ou talvez quisessem tê-las(os), portanto 123 respondentes, buscou-se saber se têm acesso aos programas de saúde reprodutiva no SUS, sendo possível marcar mais de uma resposta. Obtiveram-se 97 respostas (79%), que variaram entre: ‘Não têm acesso a nenhum destes programas’ (80 pessoas, 82%); ‘Inseminação artificial/fertilização *in vitro*’ (sete pessoas, 7%); ‘Adoção’ (seis pessoas, 6%); ‘Útero de substituição’ (três pessoas, 3%); ‘Nunca ouvi falar desses programas ou não sei a quais programas se tem acesso na minha região’ (duas pessoas, correspondendo a 2%); não se aplica (uma pessoa, correspondendo a 1%).

No que tange à saúde mental, perguntou-se sobre os sentimentos que as pessoas podem apresentar de forma duradoura durante uma ou mais semanas, podendo ser apontado mais de um sentimento por participante; assim, obtiveram-se as seguintes respostas: ‘Ansiedade’ (143 respostas); ‘Falta de energia’ (103); ‘Insônia’ (98); ‘Angústia’ (94); ‘Solidão’ (90); ‘Apetite reduzido ou exagerado’ (85); ‘Sono exagerado’ (75); ‘Desesperança’ (67); ‘Vontade de morrer’ (63); ‘Depressão anunciada’ (45); ‘Nenhuma das opções expostas’ (15). ‘Suicídio’ foi expresso por uma pessoa; também apenas uma pessoa respondeu ‘estar bem no dia de sua resposta’.

Em seguida, buscou-se detectar se as(os) participantes faziam acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Das(os) 171 respondentes, 122 (71%) afirmaram que não fazem esses atendimentos, enquanto 49 (29%) realizam tais acompanhamentos. Ao serem cruzadas com as respostas à pergunta sobre as especialidades médicas de que sentem falta, as respostas a essa questão adquirem outra dimensão, pois 26 pessoas (15%) indicaram uma prevalência desses profissionais em relação a outras especialidades médicas. Embora não tenha sido elaborada uma pergunta sobre quantos desejariam ter acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, podemos inferir que seria um número significativo. Realizada durante a pandemia de covid-19, a pesquisa evidenciou os impactos dos agravos mentais e das violências sofridas pela população LGBTI+ rural. Em resposta, o Coletivo LGBTI+ organizou espaços de autocuidado coletivo, mediados por membros do movimento e profissionais de saúde mental (psicólogos e psicanalistas), com discussões virtuais sobre trabalho, relações familiares, comunitárias e os efeitos de doenças como covid-19 e depressão. Essa iniciativa permitiu a criação de uma rede de atendimento psicológico para casos que exigiam acompanhamento individual. A experiência demonstra

que, na ausência de políticas estruturadas, a articulação coletiva emerge como alternativa vital para garantir direitos fundamentais, como o acesso à saúde.

Os caminhos ainda a percorrer

Ao iniciar esta pesquisa, almejávamos que os dados coletados nos possibilitassem mapear as necessidades de saúde da população LGBTI+ do campo, de modo a potencializar, assim, a luta pela garantia desse direito e o enfrentamento das iniquidades em saúde, respeitando-se as especificidades de gênero, raça, etnia, orientação e práticas afetivas e sexuais.

Os dados coletados no eixo saúde nos propiciaram uma aproximação da realidade dessas pessoas, demonstrando os grandes desafios para a concretização cotidiana de um SUS democrático, de qualidade, que preza pela integralidade e equidade na saúde. Tais pessoas explicitaram a dificuldade do enraizamento das políticas públicas em cada território, sobretudo em épocas recentes, em que nosso país sofreu com a disseminação de discursos e práticas de LGBTI+fobia.

No que tange à saúde da população LGBTI+, Bezerra e colaboradores (2019) analisam que a dificuldade encontrada por essa população se relaciona ao padrão heteronormativo que a classifica como ‘diferentes’, acentuando a grande desigualdade alimentada também pelos serviços de saúde em relação a tais pessoas. Assim, o próprio sistema constitui e padroniza cuidados médicos conforme o sexo biológico das(os) sujeitas(os) – o que cria uma série de violências, como a restrição do acesso a exames e consultas ginecológicas para homens trans, assim como consultas com urologistas para mulheres trans e travestis.

Precisamos compreender os desafios impostos pela lógica capitalista enfrentados pelo SUS, como o subfinanciamento que incide sobre suas ações, impossibilitando que os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade – sejam concretizados para a população LGBTI+. Complexificando ainda mais o cenário, sobretudo após o golpe de 2016, vimos o crescimento de uma cultura conservadora na sociedade brasileira com discursos morais que visam ao controle dos corpos, interditando os direitos sexuais, a educação sexual, a saúde reprodutiva. De acordo com Fairclough (2001a, 2001b), ao analisarmos a linguagem produzida pelos setores conservadores, contribuimos para desvelar suas práticas sociais e ideologias, incidindo, portanto, nos processos de transformação social. Fairclough apresenta uma perspectiva dialética do discurso na sua relação com a estrutura social, pois os discursos “não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais, eles as constroem ou as ‘constituem’ (...) posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais” (Fairclough, 2001a, p. 22).

Precisamos reconhecer ainda que o governo Bolsonaro investiu fortemente na privatização e na desarticulação de serviços importantes para a população, dentre eles a saúde mental. Além disso, desferiu uma política contra a classe trabalhadora, assassinando inescrupulosamente a população LGBTI+, os povos indígenas e do campo, as populações negras e periféricas; liberou agrotóxicos; armou os grandes proprietários de terra; reduziu o orçamento de políticas sociais (Castilho e Lemos, 2021). Isso tudo impactou ainda mais a saúde mental da população brasileira.

Como pontuado pelas(os) participantes da pesquisa, se faz necessário investir na formação de profissionais de saúde em relação às especificidades e direitos da população LGBTI+, pois o modelo biomédico e heteronormativo, com a busca pela normatização dos corpos, gera discriminação, preconceito e estigma institucional. Há, portanto, a necessidade urgente de se instituir no interior do SUS o combate à LGBTIfobia, o conhecimento e a colocação em prática dos objetivos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013a), a fim de se garantir o direito à livre orientação sexual e à identidade de gênero que se tornam estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso a serviços de qualidade (Bezerra et al., 2019).

Esses grandes desafios só serão superados com a organização da classe trabalhadora, forjando a luta de classes no interior do Estado. Como diz Poulantzas (2000), o Estado é uma correlação de forças, e somente a luta orgânica pelas classes trabalhadoras poderá buscar formas de transformação de tal realidade.

É com essa compreensão que o MST tem organizado suas ações no âmbito da saúde, construindo a síntese de que “Saúde é lutar contra tudo que nos oprime” (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, 2000, p. 11). Do ponto de vista da emancipação humana, como parte da reformulação do projeto de construção da reforma agrária popular, o MST destaca o enfrentamento das violências como eixo estruturante, explicitando a necessidade de se instituir uma luta anticapitalista, que combate a concentração da terra, a exploração nas relações de trabalho e a expropriação da natureza. Nesse sentido, a reforma agrária popular precisa ser antirracista, antipatriarcal, antiLGBTIfóbica, confrontando as opressões étnico-raciais, de dominação de gênero e diversidade sexual. Diante disso, o Coletivo LGBTI+ do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra vem constituindo uma série de ações, em parceria com instituições públicas comprometidas com a saúde e com a educação socialmente referenciadas, tais como a EPSJV/Fiocruz, que deu origem a esta pesquisa. Esse coletivo também tem buscado desenvolver uma campanha permanente contra a LGBTI+fobia em cada território da reforma agrária, buscando instaurar novas relações, mais saudáveis e humanas.

Notas

¹ Este artigo é fruto da pesquisa denominada Saber protege: condições de vida e saúde da população LGBTI+ do campo, realizada em 2022 e 2023, por meio da parceria entre a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), e o Coletivo LGBTI+ Sem Terra, do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (Coletivo LGBTI+/ MST). Foi financiada com recursos oriundos de uma emenda parlamentar de autoria da deputada federal Benedita da Silva, destinada à educação e formação em saúde. A pesquisa teve por objetivo identificar e analisar as demandas e necessidades em relação à saúde da população LGBTI+ dos territórios de acampamentos e assentamentos de reforma agrária, a fim de potencializar a luta pela garantia de seu direito à saúde e contribuir para o enfrentamento das iniquidades e para o respeito às especificidades de gênero, raça, etnia, orientação e práticas afetivas e sexuais.

² A diferença entre assentamentos e acampamentos se relaciona com a regularização do registro da terra. Acampamento é um processo inicial e de resistência, em que se ocupa uma terra não produtiva – conforme preconizado no artigo 9º da Constituição Federal do Brasil, de 1988 –, a fim de que se cumpra a função social da terra por meio da sua desapropriação para a reforma agrária. Quando há a desapropriação e é feita a divisão da terra entre agricultores e agricultoras, sem a efetivação da regularização fundiária, é conformado um pré-assentamento. Um assentamento é constituído quando, enfim, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) concede a posse para os trabalhadores rurais.

³ A divisão geográfica utilizada pelo MST é diferente da divisão oficial. O MST tem sua organicidade geográfica levando em consideração aspectos culturais e naturais entre os estados, tais como o bioma e as manifestações culturais do povo do campo. Nesse sentido, consideram o Maranhão mais próximo aos estados da região Amazônica do que da região Nordeste. Da mesma forma, consideram Rondônia como Centro-Oeste não só pelo bioma – cerrado – presente em quase todo seu território, como também pelos conflitos agrários da região e pela forte produção de commodities – dominado, em ambos os casos, pelo agronegócio. Desta forma, a classificação utilizada tem conotação geopolítica.

⁴ Como exigência do aprofundamento das questões étnico-raciais, o MST criou o Grupo de Estudos Terra, Raça e Classe, juntamente com a Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF), para contribuir nas reflexões com os seguintes objetivos: garantir o estudo da questão étnico-racial, para aprofundar o debate sobre a questão racial brasileira, com base na materialidade do MST; entender a organização do Movimento Negro Brasileiro e manter a interlocução, a participação e a construção de agendas vinculadas à luta antirracista; pautar o debate racial nos diversos cursos de formação do MST, desde os cursos básicos até as escolas estaduais de formação.

⁵ ‘Orientação sexual’ se refere ao sentimento de atração, desejo afetivo, amoroso e sexual que compõe e expressa a sexualidade humana, a personalidade e a identidade de cada indivíduo. Ela não é estática e pode variar ao longo da vida. A pessoa heterossexual se atrai por pessoas com gênero oposto ao seu. Há uma diversidade de orientações sexuais. Vamos delinear as que apareceram na pesquisa. Pessoas ‘homossexuais’ (lésbicas e gays) se interessam por pessoas do mesmo gênero. Há pessoas que se interessam por pessoas de ambos os gêneros – essas pessoas têm

uma orientação 'bissexual'. Há também pessoas 'transexuais', que são aquelas cujo gênero não se identifica com o sexo atribuído ao nascer. As 'travestis' são pessoas que procuram construir uma identidade feminina, oposta a seu sexo biológico. As pessoas intersexo são aquelas que têm características sexuais biológicas de ambos os sexos (órgão sexual masculino ou reprodutor/reprodutivo feminino). As pessoas 'pansexuais' se relacionam romântica ou sexualmente com qualquer pessoa independentemente da identidade de gênero, e as pessoas 'assexuais' não se relacionam sexualmente com outras pessoas, mas ainda assim podem se relacionar afetivamente. Mais que a classificação, como sujeitos que visam à emancipação humana, o importante são as relações de afeto e de cuidado que instauramos e construímos juntos, juntas e juntas, compreendendo que o respeito é um valor importantíssimo nas relações humanas.

⁶ Ao utilizarmos a sigla mais expandida nessa frase, estamos considerando os documentos oficiais provenientes da Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+, do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania.

⁷ A partir deste ponto, utilizaremos a nomenclatura Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

⁸ A portaria n. 1.820/2009 preconiza o direito a um atendimento humanizado e acolhedor, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.

⁹ O SUS é organizado em três níveis de atenção à saúde: primária (atenção básica), secundário e terciário. A atenção secundária recebe pacientes encaminhados pela atenção básica, respondendo a casos de média complexidade, em unidades de pronto atendimento, sendo acompanhados por médicos especialistas. Por último, a atenção terciária é realizada em hospitais, dedicando-se a pacientes em situações de risco.

¹⁰ Uma pessoa estaria na interseção entre homem trans e não binário, sendo contabilizada, portanto, apenas uma vez a resposta.

¹¹ As respostas obtidas foram: 'Todas as possíveis e necessárias/Informações diversas/Muitas/Outras/Todas' (12 respostas); 'Tipos de doenças, tratamentos', 'Formas de se manter vivo', 'Ir sempre ao médico', 'Preventivo', 'Saúde na Comunidade LGBT', 'Orientação sexual' (com uma resposta para cada categoria).

¹² Acesso realizado em 30/7/2024, às 13h07min, no sítio eletrônico: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/noticias/prep-esta-disponivel-em-36-servicos-do-sus-partir-deste-mes>.

¹³ A questão dos julgamentos morais é destacada nessa portaria, pois precisamos fazer com que esse tratamento seja ampliado para as populações-chave, tais como gays e outros homens que fazem sexo com homens, travestis e pessoas trans, trabalhadoras(es) do sexo, pessoas que usam álcool e outras drogas e pessoas privadas de liberdade, além das populações prioritárias (indígenas, jovens, população negra e pessoas em situação de rua).

Informações do artigo

Contribuição das autoras

Concepção do estudo: ABS, DCC, ALOC, FTS
Curadoria dos dados: ABS, DCC, ALOC e FTS
Coleta de dados: ABS, DCC, ALOC e FTS
Análise dos dados: ABS, DCC, ALOC e FTS
Redação - manuscrito original: ABS, DCC, ALOC e FTS
Redação - revisão e edição: ABS, ALOC

Financiamento

A pesquisa foi financiada com recursos oriundos de uma emenda parlamentar de autoria da deputada federal Benedita da Silva, destinada à educação e formação em saúde.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), com o parecer n. 5.182.754 e o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n. 54189421.6.0000.5241, em dezembro de 2021.

Apresentação prévia

Não há.

Declaração de disponibilidade dos dados

Os dados de pesquisa não estão disponíveis.

Editora científica

Angelica Ferreira Fonseca

Referências

ARROYO, Miguel G. Os movimentos sociais e o conhecimento: uma relação tensa. In: DALMAGRO, Sandra L. (org.). *II Seminário Nacional: "O MST e a Pesquisa"*. Veranópolis, Iterra, ano 7, n. 14, p. 35-44, 2007. Disponível em: <https://mst.org.br/download/mst-cadernos-do-iterro-no-14-ii-seminario-nacional-o-mst-e-a-pesquisa/>. Acesso em: 8 out. 2024.

BEZERRA, Marcos V. R. *et al.* Política de Saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 305-323, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S822>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DkZJz3V4kfLczm7Qbvpr3Xh/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/387>. Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/393>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. *Portaria SCTIE/MS N. 54, de 24 de agosto de 2021*. Torna pública a decisão de atualizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2021/prt0054_26_08_2021.html. Acesso em: 28 abr. 2024.

CARDOSO, Michelle R.; FERRO, Luís F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32 n. 3, p. 552-563, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8pg9SMjN4bhYXmYmxFwmJ8t/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

CARVALHO, Mario F. L.; MENEZES, Moisés S. *Violência e saúde na vida de pessoas LGBTI*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

CASTILHO, Daniela R.; LEMOS, Esther L. S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 269-279, 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75361>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

CASTRO, César N.; CEREZINI, Monise T. Saneamento rural no Brasil: desafios para a ampliação do acesso. *Boletim Regional, Urbano e Ambiental*, Brasília, n. 28, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/7332113b-fbde-470b-b927-402859f63a24>. Acesso em: 1 ago. 2024.

FAIRCLOUGH, Norman. A análise crítica do discurso e a mercantilização do discurso público: as universidades. In: MAGALHÃES, Célia M. (org.). *Reflexões sobre a análise crítica do discurso*. Belo Horizonte: FALE -UFMG, 2001a. p. 31-82.

FAIRCLOUGH, Norman. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001b.

LIGA BRASILEIRA DE LÉSBICAS (LBL). ASSOCIAÇÃO LÉSBICA FEMINISTA DE BRASÍLIA (Coturno de Vênus). *I LesboCenso Nacional: mapeamento de vivências lésbicas no Brasil: relatório descritivo 1ª etapa (2021-2022)*. Brasília: LBL: ALFB, 2022. Disponível em: <https://lesbocenso.com.br/relatorio-primeira-etapa>. Acesso em: 27 abr. 2023.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA (MST). *Construindo o conceito de saúde do MST*. São Paulo: MST, 2000. (Cartilha de Saúde, 5). Disponível em: <https://mst.org.br/download/caderno-de-saude-no-05-construindo-o-conceito-de-saude-do-mst/>. Acesso em: 15 mar. 2023.

PESSOA, Alexandre P.; HORA, Karla E. Saneamento ecológico. In: DIAS, Alexandre P. et al. (org.). *Dicionário de agroecologia e educação*. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2021. p. 669-675. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-de-agroecologia-e-educacao>. Acesso em: 22 jun. 2024.

PONTES, Andrezza G. V. et al. NASF-AB no campo e nas águas: o cuidado em torno do trabalho, ambiente e saúde de famílias agricultoras e pescadoras. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, e00275192, 2022. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs275>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6533dQLZSrvxXCdTcPd75p/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2025.

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o poder, o socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

SILVA, Ana L. R.; FINKLER, Mirelle; MORETTI-PIRES, Rodrigo O. Representações sociais de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre pessoas LGBT. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0019730, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00197>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/fj8zjth7rcy68BddtPwg75w/>. Acesso em: 14 jan. 2025.