

ESTIGMA, BIOPODER E INTEGRALIDADE: PRÁTICAS DISCURSIVAS NO CUIDADO À POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ VIVENDO COM HIV/AIDS NO SUS

STIGMA, BIOPOWER AND COMPREHENSIVE CARE: DISCURSIVE PRACTICES IN THE CARE OF THE LGBTQIAPN+ POPULATION LIVING WITH HIV/AIDS IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

STIGMATE, BIOPOUVOIR ET INTÉGRALITÉ: LES PRATIQUES DISCURSIVES DANS LE SOIN À LA POPULATION LGBTQIAPN+ VIVANT AVEC LE VIH/SIDA DANS LE SUS

Rita de Cássia Santa Fé Borges Duarte¹

DOI: 10.54899/dcs.v23i92.6403

Recibido: 23/06/2026 | **Aceptado:** 22/07/2026 | **Publicación en línea:** 31/07/2026.

RESUMO

Este artigo sustenta que o estigma que atravessa o cuidado à população LGBTQIAPN+ vivendo com HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde não constitui desvio moral de profissionais isolados, mas efeito discursivo de uma matriz de poder que precede o encontro clínico e nele se reatualiza. Por meio de pesquisa bibliográfica de natureza teórica, conduzida segundo o método de Antônio Carlos Gil, articulam-se três chaves de leitura: a noção de estigma de Erving Goffman, relida como processo social e não como atributo; a interseccionalidade, que expõe a sobreposição dos marcadores de vulnerabilização (identidade de gênero, sexualidade dissidente e soropositividade); e o biopoder de Michel Foucault, que situa o corpo soropositivo e dissidente como alvo privilegiado da gestão da vida. Argumenta-se que concepções morais e culturais cisheteronormativas se sedimentam em práticas discursivas que, ainda quando não deliberadas, restringem a integralidade preconizada pela Política Nacional de Humanização e pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT, reproduzindo no espaço assistencial as relações de biopoder que já vulnerabilizam esses sujeitos para além dele. Conclui-se que integralizar o cuidado exige menos protocolo do que a desmontagem da gramática discursiva que fabrica o usuário como desviante.

Palavras-chave: Estigma. Biopoder. Interseccionalidade. Integralidade. Saúde LGBTQIAPN+.

ABSTRACT

This article argues that the stigma pervading the care of the LGBTQIAPN+ population living with HIV/AIDS in the Brazilian Unified Health System does not constitute the moral deviation of isolated professionals, but the discursive effect of a matrix of power that precedes the clinical encounter and is reactivated within it. Through bibliographic research of a theoretical nature, conducted according to Antônio Carlos Gil's method, three interpretive keys are articulated: Erving Goffman's notion of stigma, reread as a social process rather than an attribute;

¹ Mestra em Psicologia Social e da Saúde, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil.
E-mail: rcsfebd@gmail.com

intersectionality, which exposes the overlapping of markers of vulnerabilization (gender identity, dissident sexuality and seropositivity); and Michel Foucault's biopower, which situates the seropositive and dissident body as a privileged target of the management of life. It is argued that cisheteronormative moral and cultural conceptions sediment into discursive practices that, even when not deliberate, restrict the comprehensive care advocated by the National Humanization Policy and the National Policy for Comprehensive LGBT Health, reproducing within the care setting the biopower relations that already render these subjects vulnerable outside it. It is concluded that to make care comprehensive demands less protocol than the dismantling of the discursive grammar that fabricates the user as deviant.

Keywords: Stigma. Biopower. Intersectionality. Comprehensive care. LGBTQIAPN+ health.

RESUMEN

Este artículo sostiene que el estigma que afecta a la atención sanitaria de la población LGBTQIAPN+ que vive con el VIH/sida en el Sistema Único de Salud no constituye una desviación moral de profesionales aislados, sino un efecto discursivo de una matriz de poder que precede al encuentro clínico y se reactualiza en él. A través de una investigación bibliográfica de carácter teórico, llevada a cabo según el método de Antônio Carlos Gil, se articulan tres claves de interpretación: la noción de estigma de Erving Goffman, reinterpretada como proceso social y no como atributo; la interseccionalidad, que pone de manifiesto la superposición de los marcadores de vulnerabilidad (identidad de género, sexualidad disidente y seropositividad); y el biopoder de Michel Foucault, que sitúa al cuerpo seropositivo y disidente como objetivo privilegiado de la gestión de la vida. Se argumenta que las concepciones morales y culturales cisheteronormativas se consolidan en prácticas discursivas que, aunque no sean deliberadas, restringen la integralidad preconizada por la Política Nacional de Humanización y por la Política Nacional de Salud Integral LGBT, reproduciendo en el ámbito asistencial las relaciones de biopoder que ya vulnerabilizan a estos sujetos más allá de dicho ámbito. Se concluye que la atención integral exige menos protocolo que el desmantelamiento de la gramática discursiva que presenta al usuario como desviado.

Palabras clave: Estigma. Biopoder. Interseccionalidad. Integralidad. Salud LGBTQIAPN+.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

Há um paradoxo no centro da resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS. O país construiu, ao longo de quatro décadas, um modelo de assistência internacionalmente reconhecido por sua ancoragem nos direitos humanos e pela oferta universal de terapia antirretroviral, e ainda assim os dados mais recentes revelam que a discriminação não se dissipou nos serviços especializados. No Índice de Estigma conduzido em território nacional, cerca de 15% das pessoas

vivendo com HIV relataram ter sofrido discriminação por parte de profissionais justamente nos equipamentos voltados ao seu cuidado (Costa et al., 2021). O achado é incômodo porque contraria a expectativa de que o serviço especializado, por definição familiarizado com a condição sorológica, estaria imune ao preconceito que circula fora de seus muros.

O incômodo aumenta quando se observa quem concentra esse estigma. A população LGBTQIAPN+ que vive com HIV/AIDS carrega, sobre um mesmo corpo, marcadores que a sociedade brasileira hierarquiza e pune: a identidade de gênero que rompe a norma cisgênera, a sexualidade que se desvia da matriz heterossexual e a soropositividade que, desde os primeiros anos da epidemia, foi lida como sinal de culpa (Sontag, 1989). Antes de alcançar o leito hospitalar, esses sujeitos percorrem itinerários terapêuticos longos e acidentados, nos quais cada porta de entrada pode converter-se em nova barreira, e a pesquisa nacional tem mostrado que a discriminação de gênero, isoladamente, já reduz a probabilidade de que uma mulher trans procure atendimento médico ou realize testagem (Leite et al., 2021).

A resposta mais frequente a esse quadro consiste em prescrever capacitação: bastaria sensibilizar as equipes, atualizar protocolos, acrescentar um módulo sobre diversidade à educação permanente. A hipótese que orienta este artigo desloca o problema. O estigma que obstrui o cuidado não é um déficit de informação a ser suprido por treinamento, mas efeito de uma matriz discursiva que precede o encontro clínico e nele se reatualiza. Compreendê-lo assim exige recusar a leitura que o reduz a preconceito individual e situá-lo no plano em que o poder, a linguagem e a norma se articulam para decidir, antes de qualquer diagnóstico, quem é digno de cuidado integral e quem será tratado como corpo suspeito.

A tese que se sustenta decorre desse reenquadramento. As concepções morais e culturais cisheteronormativas dos profissionais de saúde não permanecem no íntimo de cada trabalhador; sedimentam-se em práticas discursivas que, mesmo quando não deliberadas, restringem a integralidade preconizada pela Política Nacional de Humanização e pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT, reproduzindo no espaço assistencial as relações de biopoder que já vulnerabilizam esses sujeitos para além dele. Para demonstrá-la, convoca-se um triplo referencial: a noção de estigma de Erving Goffman, relida como processo e não como atributo; a interseccionalidade, que expõe a sobreposição dos marcadores de vulnerabilização; e o biopoder de Michel Foucault, que devolve ao corpo soropositivo e dissidente a sua condição de alvo de uma política sobre a vida.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo configura-se como pesquisa bibliográfica de natureza teórica, delineamento cuja escolha decorre daquilo que se pretende realizar. Interrogar como o estigma opera nas práticas discursivas do cuidado não pede, num primeiro momento, a mensuração de uma realidade, e sim a reconstrução das categorias com que essa realidade pode ser pensada. A pesquisa bibliográfica oferece o instrumento adequado a essa tarefa, porquanto permite percorrer e rearticular o corpo de textos em que cada conceito se formulou (GIL, 2002, 2008). Quando o objetivo é construir uma chave interpretativa capaz de tornar legível um fenômeno assistencial, a amplitude do material bibliográfico deixa de ser conveniência e converte-se em condição do trabalho.

A delimitação do tema circunscreveu a questão norteadora: de que modo o estigma associado à identidade de gênero, à sexualidade e à soropositividade se manifesta nas práticas discursivas dos profissionais de saúde e afeta a integralidade do cuidado à população LGBTQIAPN+ vivendo com HIV/AIDS. Para não diluir a discussão em generalidades, fixaram-se conceitos determinados, a saber: estigma, identidade social deteriorada, biopoder, dispositivo da sexualidade, interseccionalidade, práticas discursivas e integralidade.

A identificação das fontes combinou as bases de uso corrente na saúde coletiva e nas ciências humanas, entre elas SciELO, LILACS, Scopus e Web of Science, com a literatura brasileira mais recente sobre estigma, HIV e diversidade sexual, privilegiada por sua proximidade com o contexto que aqui se examina. Os descritores cruzaram os termos estigma, biopoder, interseccionalidade, integralidade, HIV/AIDS e população LGBTQIAPN+, em português, espanhol e inglês, e o recorte temporal privilegiou os últimos anos sem abrir mão das formulações clássicas em que os conceitos se assentam.

A leitura processou-se nas modalidades exploratória, seletiva, analítica e interpretativa distinguidas por Gil, e o fichamento organizou-se em núcleos temáticos, dispostos de modo a evidenciar os pontos em que o vocabulário de Goffman, o de Foucault e o da teoria interseccional recobrem um mesmo fenômeno e podem ser articulados sem que uma categoria se dissolva na outra. Cumpre registrar, por honestidade metodológica, que a interpretação carrega a posição de quem a conduz. Enunciar a partir da Amazônia paraense, tendo por horizonte uma unidade de referência regional no cuidado às doenças infecciosas, não é ruído a eliminar, e sim parte do que confere sentido ao argumento, pois é ali que o estigma aqui teorizado assume feições concretas.

O ESTIGMA COMO PROCESSO: DO ATRIBUTO À RELAÇÃO DE PODER

Goffman e a Identidade Social Deteriorada

A formulação inaugural do conceito de estigma deve-se a Goffman (1988), para quem o termo designa a situação do indivíduo que se acha inabilitado para a plena aceitação social. O estigma não reside no atributo em si, mas na relação entre um atributo e um estereótipo: uma característica que, num certo contexto de expectativas, converte o seu portador em alguém diminuído, reduzido de pessoa íntegra a pessoa marcada. Dessa relação nasce a distância entre o que o autor nomeia identidade social virtual, o conjunto de atributos que se presume que alguém deva possuir, e identidade social real, aquilo que de fato possui. É no intervalo entre uma e outra que o estigma se produz.

Da condição estigmatizada decorre um trabalho permanente de manejo da informação. Goffman (1988) distingue o desacreditado, cujo estigma é visível, do desacreditável, cujo estigma pode ser ocultado, e mostra como este último organiza a sua vida em torno do encobrimento, controlando quem sabe o quê a seu respeito. A soropositividade inscreve-se, por excelência, no registro do desacreditável, e os números o confirmam: entre travestis e mulheres trans vivendo com HIV, mais de três quartos relataram esconder a própria condição sorológica (Prado et al., 2026). O dado, longe de indicar mera cautela clínica, revela a antecipação de uma reação hostil, isto é, a presença do estigma mesmo ali onde ele ainda não se manifestou.

A potência descritiva do conceito não deve, porém, encobrir os seus limites. A formulação goffmaniana, ancorada na microsociologia da interação, tende a situar o estigma no plano do encontro face a face, correndo o risco de naturalizar as estruturas que decidem, de antemão, quais atributos serão estigmatizantes. Reconhecer esse limite não implica descartar Goffman, e sim exigir que a sua analítica seja recolocada num quadro mais amplo, no qual o estigma deixe de aparecer como acidente da interação para revelar-se como operação do poder. É esse deslocamento que a literatura contemporânea sobre estigma e saúde veio realizar.

O deslocamento encontra a sua formulação mais precisa em Parker e Aggleton (2003), cuja releitura crítica recusa tratar o estigma como atributo discreto e o reconhece como processo social intimamente ligado à produção e à reprodução das relações de poder e de desigualdade. Nessa chave, estigmatizar não é reagir a uma marca preexistente, mas participar do trabalho social que fabrica a diferença e a hierarquia. A soropositividade, a homossexualidade e a

transgeneridade não são estigmatizadas por aquilo que são, e sim por aquilo que uma dada ordem social precisa que elas signifiquem para manter as suas fronteiras de normalidade.

Essa produção de sentido tem história, e Sontag (1989) a rastreou ao analisar as metáforas que se colaram à AIDS desde o início da epidemia. A doença foi enredada numa gramática de castigo e devassidão que transformou a infecção em veredito moral sobre a conduta do infectado, de modo que o corpo soropositivo passou a carregar não apenas um vírus, mas uma suspeita. A leitura de Sontag ilumina por que o estigma da soropositividade resistiu aos avanços biomédicos: o que nele persiste não é o medo do contágio, largamente controlado pela terapêutica, e sim o juízo moral que a metáfora sedimentou.

Que esse juízo continua a circular, e a fazê-lo por via discursiva, demonstram-no Cruz Neto et al. (2024) ao examinarem as representações midiáticas das doenças que afetam a população LGBTQIAPN+. A análise identifica um discurso normativo-curativo que medicaliza e patologiza a diferença sexual, reforçando o estigma e sustentando práticas assistenciais verticalizadas. O achado interessa ao argumento porque mostra o estigma operando não no gesto explícito de recusa, mas na trama do que se diz e do modo como se diz, terreno em que se cruzam, como se verá, a analítica do biopoder e a das práticas discursivas.

Compreender por que o corpo soropositivo e dissidente atrai sobre si um cuidado atravessado de suspeita exige a chave que Foucault (1999) forjou ao descrever a passagem, na modernidade, de um poder que se exercia como direito de fazer morrer e deixar viver para um poder que se afirma na capacidade de fazer viver e deixar morrer. Esse biopoder já não se dirige ao súdito a punir, mas à população a administrar, e toma por objeto os processos biológicos da vida, a natalidade, a morbilidade, a longevidade. Gerir a vida, e não mais apenas ameaçá-la de morte, torna-se a tarefa por excelência do poder.

No interior dessa analítica, a sexualidade ocupa posição estratégica. Foucault (1988) demonstra que ela não é a verdade recalcada que uma sociedade repressora teria silenciado, e sim um dispositivo, uma rede de discursos, saberes e instituições que produz os sujeitos ao mesmo tempo em que pretende descrevê-los. O poder que aí opera não é sobretudo proibitivo; é produtivo, capilar, e circula pelos gestos mais miúdos da vida cotidiana, conforme o autor havia mostrado ao recusar a imagem do poder como propriedade localizada no Estado (FOUCAULT, 1979). Compreende-se, por essa via, que o consultório e o leito são também pontos dessa rede, e não espaços exteriores a ela.

Situada nesse quadro, a soropositividade revela-se objeto biopolítico exemplar. O cuidado

contemporâneo às pessoas vivendo com HIV organiza-se em torno da mensuração incessante da carga viral, da vigilância da adesão terapêutica e da figura normativa do paciente responsável, aquele que se deixa governar pelos protocolos e internaliza a gestão de si. Não se trata de negar o valor clínico dessas práticas, que salvam vidas, mas de reconhecer que elas inscrevem o corpo soropositivo numa malha de monitoramento que o constitui como sujeito de um tipo particular, obrigado a prestar contas de sua conduta biológica.

Quando a esse corpo se soma a dissidência de gênero e de sexualidade, o alvo biopolítico adensa-se. Preciado (2018) descreve o presente como era farmacopornográfica, na qual o governo dos corpos se exerce por moléculas, hormônios e tecnologias que produzem a própria materialidade do gênero, de sorte que a norma cisheterossexual não é pressuposto natural, mas efeito de uma maquinaria biopolítica. O corpo LGBTQIAPN+ soropositivo encontra-se, assim, duplamente capturado: pela gestão da vida que a condição sorológica lhe impõe e pela produção normativa dos gêneros que a sua existência contraria. É nesse ponto que o biopoder toca o estigma, pois o corpo que desvia da norma é também aquele cuja vida o poder mais facilmente consente em deixar à própria sorte.

O profissional de saúde, nesse arranjo, não é o vilão que aplica deliberadamente uma sanção, e sim o agente por meio de quem o biopoder se realiza no cotidiano assistencial, frequentemente à revelia de sua intenção consciente. A pergunta que se impõe deixa de ser se há profissionais preconceituosos e passa a ser como a norma se enuncia através deles. Respondê-la requer articular o biopoder a dois outros planos, o da sobreposição dos marcadores que definem quais vidas ficam mais expostas e o das práticas discursivas em que a norma se diz.

INTERSECCIONALIDADE: A SOBREPOSIÇÃO DOS MARCADORES DE VULNERABILIZAÇÃO

A imagem de um corpo duplamente capturado ainda é insuficiente, pois sugere soma onde há entrelaçamento. A interseccionalidade, tal como formulada por Crenshaw (2002), oferece o conceito que faltava ao mostrar que os sistemas de opressão não se acrescentam como camadas independentes, mas se cruzam, produzindo posições de vulnerabilização que não se explicam pela consideração isolada de cada eixo. Uma mulher trans, negra, pobre e soropositiva não experimenta o racismo, a transfobia, a pobreza e a sorofobia como quatro discriminações paralelas; vive a condição singular que emerge de seu cruzamento, irreduzível à mera adição das

partes.

A tradição brasileira e latino-americana adensou essa formulação. Akotirene (2019) recupera a interseccionalidade como encruzilhada, articulando-a à crítica da colonialidade e recusando que ela seja apropriada como simples inventário de identidades. Ler os marcadores de vulnerabilização por essa chave impede o equívoco de tratá-los como propriedades do sujeito, quando são, na verdade, efeitos de estruturas históricas que produzem certas existências como descartáveis. A vulnerabilidade, nesse sentido, não é atributo de quem a padece; é vulnerabilização, processo ativo de produção de desamparo.

As evidências empíricas dão contorno concreto a essa formulação. Leite et al. (2021) demonstraram que a discriminação de gênero reduz de maneira estatisticamente significativa a probabilidade de que mulheres trans realizem consultas médicas e testagem para HIV, ao passo que Monteiro et al. (2019) evidenciaram como a recusa dos serviços em reconhecer o nome social, somada aos problemas estruturais do SUS, constitui barreira subjetiva de acesso que se agrega às materiais. O que esses estudos capturam, em termos interseccionais, é o modo como um único ato assistencial pode acionar simultaneamente vários eixos de opressão, e como o seu efeito é sempre mais do que a soma deles.

Resta compreender por onde, no encontro clínico, essa sobreposição se efetiva. A resposta conduz ao terreno em que estigma, biopoder e interseccionalidade convergem, o das práticas discursivas.

O discurso, adverte Foucault (1996), não é o meio transparente por onde as coisas se dizem, mas aquilo por que se luta, o próprio poder de que se quer apoderar, e toda sociedade controla a sua produção por procedimentos de exclusão que decidem o que pode ser dito, por quem e em que circunstância. Trazida para o campo da saúde, essa advertência encontra ressonância na noção de práticas discursivas de Spink (2004), para quem os sentidos não preexistem à interação, mas se produzem nela, no vaivém das conversas cotidianas. O encontro clínico, sob essa ótica, é ele próprio uma prática discursiva, e não a simples aplicação de um saber técnico a um corpo mudo.

É nesse encontro que o estigma se realiza como enunciado. A recusa em chamar uma usuária pelo nome social, o comentário sobre a sua aparência, o silêncio constrangido diante de uma prática sexual, a pergunta que pressupõe heterossexualidade, cada um desses gestos é um ato discursivo que reinscreve a norma e devolve ao sujeito a sua condição de desviante. Silva et al. (2021) mostraram como narrativas de promiscuidade seguem a organizar o sentido do

diagnóstico entre homens jovens gays e bissexuais, individualizando a culpa pela infecção no interior mesmo dos serviços de diagnóstico e tratamento. O discurso que deveria acolher converte-se, então, no veículo por onde o juízo moral se faz cuidado.

Compreende-se, com isso, por que o estigma assistencial não se corrige apenas com boa vontade. As concepções cisheteronormativas dos profissionais não precisam ser conscientes nem hostis para produzir efeito, haja vista que operam no nível da gramática que organiza o que se diz e daquilo que se toma por evidente. É o pressuposto, e não a ofensa, que estigmatiza, razão pela qual o mesmo profissional tecnicamente competente e subjetivamente bem-intencionado pode, sem o perceber, obstruir o cuidado que julga oferecer.

Contra esse pano de fundo destaca-se a norma que o SUS estabeleceu para si. A integralidade, um dos princípios fundantes do sistema, e a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) comprometem a assistência com o acolhimento do sujeito em sua totalidade, e não com o recorte de um órgão ou de um agravo. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2011) foi além ao reconhecer a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero como determinante social da saúde, recusando de modo explícito que as necessidades dessa população se reduzam à prevenção do HIV. A letra é inequívoca em seu compromisso com a diversidade.

Entre a letra e a prática, todavia, abre-se uma distância que a produção recente documenta. Cepas et al. (2026), em revisão de escopo sobre o acesso da população LGBTQIA+ à atenção primária brasileira, identificaram que, a despeito da existência da política, persistem o preconceito institucional, o despreparo profissional e um foco biomédico estreito, voltado quase exclusivamente ao HIV. O achado é revelador, pois a mesma condição sorológica que deveria mobilizar cuidado converte-se em lente que reduz o sujeito ao seu vírus, apagando as demais dimensões de sua saúde. A integralidade prometida esbarra, no cotidiano, na prática discursiva que a contradiz.

A distância entre a política e a assistência não é, portanto, um problema de implementação a ser resolvido por mais normas, e sim um problema discursivo. Enquanto a gramática que organiza o encontro clínico continuar a fabricar o usuário LGBTQIAPN+ soropositivo como corpo suspeito, nenhuma diretriz bastará para integralizar o cuidado, pois a norma escrita será sempre reinterpretada à luz dos sentidos que circulam na prática. Integralizar, nesse plano, é menos acrescentar do que desmontar, ou seja, interromper a reprodução discursiva do estigma no ponto exato em que ela se enuncia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso cumprido procurou demonstrar que o estigma que atravessa o cuidado à população LGBTQIAPN+ vivendo com HIV/AIDS não é desvio moral de profissionais isolados, e sim efeito de uma matriz de poder que os antecede e por eles se realiza. Reunidas, as três chaves mobilizadas revelam faces de um mesmo processo: Goffman e a sua releitura crítica expõem o estigma como produção social da diferença; a interseccionalidade mostra como os marcadores se sobrepõem em vulnerabilização; e o biopoder situa o corpo soropositivo e dissidente como alvo de uma política sobre a vida. As práticas discursivas são o lugar em que esse processo se torna ato assistencial.

Reconhecer o estigma nesse registro tem consequências que excedem o diagnóstico. No plano epistemológico, a psicologia deixa de ser convocada para corrigir atitudes individuais e passa a interrogar as condições discursivas em que o cuidado se produz. No metodológico, a consequência é exigente, porquanto estudar o estigma como prática discursiva requer instrumentos capazes de acessar sentidos, e não apenas de medir frequências, o que aponta para a análise das enunciações que circulam nos serviços. No político, a implicação é a de que humanizar o cuidado passa por um trabalho sobre a linguagem tão decisivo quanto o investimento em insumos e leitos.

Construiu-se aqui, por via teórica, uma chave de leitura, e uma chave só prova o seu valor quando devolvida ao terreno de onde nasceu a pergunta. A assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS numa unidade de referência da Amazônia paraense é esse terreno, e é nele que a hipótese aqui sustentada deverá ser posta à prova, escutando o que os profissionais efetivamente enunciam e confrontando os seus sentidos com a integralidade que a política lhes prescreve. Ao letramento de gênero das equipes, tema a que esta reflexão se articula, caberá então mostrar se a desmontagem da gramática do estigma pode ser aprendida, e por quais caminhos de educação permanente.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui, no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União: Brasília, 2011.

CEPAS, L. A. et al. **Access of the LGBTQIA+ population to Brazilian public primary health care services: a scoping review.** Public Health Nursing, 2026.

COSTA, Â. B. et al. **Key and general population HIV-related stigma and discrimination in HIV-specific health care settings: results from the Stigma Index Brazil.** AIDS Care, 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

CRUZ NETO, J. et al. **From HIV to Mpox: socio-discursive analysis of communicable diseases, stigma, and pathologization in sexual minorities in Brazil.** Archives of Sexual Behavior, 2024.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade 1: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

LEITE, B. O. et al. Association between gender-based discrimination and medical visits and HIV testing in a large sample of transgender women in northeast Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 20, 2021.

MONTEIRO, S. et al. Experiências de travestis e mulheres trans no acesso aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, 2019.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 1, p. 13-24, 2003.

PRADO, R. M. et al. Stigma and barriers to healthcare access among transvestites and transgender women living with HIV in Brazil: analysis of data from the 2025 Stigma Index. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, 2026.

PRECIADO, P. B. **Testo junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica.** São

Paulo: n-1 edições, 2018.

SILVA, L. A. V. da et al. Moral barriers to HIV prevention and care for gay and bisexual men: challenges in times of conservatism in Brazil. **Sociology of Health & Illness**, 2021.

SONTAG, S. **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.