

A Sexualidade e acesso à Saúde - uma entrevista à investigadora Mara Pieri.

revistaasalto.com/post/a-sexualidade-e-acesso-a-saude-uma-entrevista-a-investigadora-mara-pieri

10 de dezembro de 2022

A revista A Salto entrevistou Mara Pieri para discutir o acesso e problemas de saúde das pessoas LGBTQIA+ no contexto do Debate III - Identidades: Género e Sexualidade.

Antes de aprofundarmos o propriamente o tema da entrevista, gostaríamos que se apresentasse e nos falasse do seu percurso enquanto investigadora.

Sou italiana, sendo formada em sociologia pela Universidade de Trento, no norte de Itália. Mudei-me para Portugal para fazer o doutoramento, em 2015. Fiz o doutoramento em Direitos Humanos nas Sociedades Contemporâneas no Centro de Estudos Sociais, da Universidade de Coimbra. A partir do fim do doutoramento, tenho trabalhado com as questões LGBTQIA+ com um enfoque, sobretudo, na saúde. A minha tese de doutoramento foi uma investigação sobre as questões e experiências das pessoas LGBTQIA+ com doença crónica, em Portugal.

Muito obrigado. Iremos agora iniciar as perguntas relativas aos seus trabalhos. Em “The Sound that you do not see. Notes on queer and disabled invisibility” e “The light at the end of the tunnel: experiences of LGBTQ+ adults in Portuguese healthcare” está presente a ideia de que as sociedades contemporâneas são construídas sobre uma heteronormatividade. Primeiramente, como define a heteronormatividade? E como sente que influencia o quotidiano da comunidade LGBTQIA+ ainda em 2022?

O conceito de heteronormatividade hoje em dia é bastante utilizado, muitas vezes como sinónimo de uma outra palavra que seria mais correta - a cis-heteronormatividade - é a ideia que a heterossexualidade e a edificação do género cis são o normal, a ideia de que a maioria das pessoas são heterossexuais e cis género. **Esta ideia está muito enraizada nas nossas sociedades, chegando ao ponto de ser compreendida como uma regra, mas, de facto, é a partir desta suposta normalidade que são construídas outras noções ou restrições: como o acesso à saúde, à cidadania ou o que é ser um bom cidadão, e até alguns direitos fundamentais, como o direito à adoção, parentalidade, ou conjugalidade.** Portanto, quando falamos de heteronormatividade, cisheteronormatividade, falamos de uma regra invisível, mas justamente porque é invisível tem que ser tornada visível e desconstruída.

" [...] é a partir desta suposta normalidade que são construídas outras noções ou restrições: como o acesso à saúde, à cidadania ou o que é ser um bom cidadão, e até alguns direitos fundamentais, como o direito à adoção, parentalidade, ou conjugalidade. "

Considera que os serviços e sistemas de saúde hoje estão a progredir no sentido de ultrapassar a sua construção heteronormativa, tirando aos poucos certos grupos da marginalidade?

Bom, se este problema já tivesse sido resolvido, eu não estaria a fazer um projeto de investigação há seis anos sobre ele. Eu acho que, como muitas outras áreas da sociedade, os sistemas de saúde também estão a começar a perceber que as pessoas que acedem aos serviços de saúde não são simplesmente pacientes, ou doentes, sendo pessoas que se identificam com um determinado género, ou são racializadas. São pessoas, digamos assim, que têm identidades diferentes. E é partir destas diferentes identidades vêm formas de exclusão e discriminação distintas. Especificamente em Portugal, houve um importante momento, em 2019, aquando da aprovação de um plano nacional que visa justamente reconhecer que as pessoas LGBTQIA+ têm especificidades quando acedem aos serviços de saúde. Contudo, agora com a pandemia é provável que a atuação deste plano na prática não seja tão célere. No entanto, com certeza, este ato continua a ser um momento importante, este reconhecer formalmente por parte das instituições.

Todavia, quando vamos ver e ouvir os relatos e experiências das pessoas LGBTQIA+ que todos os dias frequentam serviços de saúde, percebemos que ainda existem falhas e há muito para fazer. Há muito para fazer também porque falta um investimento consistente na formação dos profissionais de saúde relativamente às questões LGBTQIA+. Portanto, há várias coisas que podem melhorar e eu tenho a certeza que, tal como em outras áreas da sociedade, irão melhorar, mas não será provavelmente um processo fácil nem rápido.

Pegando naquilo que referiu agora sobre a pandemia, no trabalho « *When vulnerability got mainstream: Reading the pandemic through disability and illness* », defende que o conceito de vulnerabilidade age, de certo modo, como um mecanismo de exclusão. Como surge esta "vulnerabilidade" e como marginaliza?

Em particular neste artigo, tentei dar uma leitura da pandemia e sobretudo das narrativas difundidas durante, principalmente, o primeiro ano de pandemia referente àquilo que se considerava uma categoria de pessoas vulneráveis. Se bem se lembram, no início falava-se

muito das pessoas idosas enquanto parte desta categoria de pessoas vulneráveis, mas também de pessoas com doenças crónicas. Em torno desta categoria, de alguma forma, juntou-se toda uma narrativa que visava dividir de algum modo a população.

De um lado, as pessoas sem qualquer problema de saúde e com uma idade, digamos, ainda produtiva. Portanto, quando pessoas adultas eram apanhadas pela doença, a vida destas pessoas parecia mais importante e chocante. Por outro lado, ouvíamos, em especial, na comunicação social, na televisão, nas redes sociais, consistentemente um discurso que dizia “hoje morreram X pessoas, mas muitas delas eram idosas ou tinham doenças crónicas”. **Ora, isto alimenta (e alimentou) uma ideia que as pessoas com doenças, deficiências, ou idosas, eram vidas menos valiosas, pois são vidas sujeitas a alguma vulnerabilidade.** Neste artigo que mencionaram, tento criar uma ligação entre estes exemplos para criticar esta ideia.

” Ora, isto alimenta (e alimentou) uma ideia que as pessoas com doenças, deficiências, ou idosas, eram vidas menos valiosas, pois são vidas sujeitas a alguma vulnerabilidade.
”

Ainda dentro deste conceito de vulnerabilidade, aquando da epidemia do HIV, considera que a noção de vulnerabilidade, ou até de grupo de risco, aprofundou a exclusão e estigmatização da comunidade LGBTQIA + e o seu acesso à saúde?

Sim, com certeza! Sobretudo, nas primeiras décadas de difusão da doença, quando era um problema que colocava vidas num grande perigo.

Isto foi, com certeza, uma epidemia do ponto de vista da saúde, mas também do ponto de vista das narrativas culturais que circularam. Portanto, a típica imagem da pessoa homossexual, do homem gay com HIV, foi usada para meter medo acerca de uma série de coisas, como práticas sexuais consideradas desviantes, e, de alguma forma, capturou todos aqueles medos sociais, pânico moral relativamente à diversidade. Isto foi sobretudo na primeira década, porque, depois, graças a um grande trabalho dos ativistas e das ativistas, e de estudos académicos, percebeu-se que, para já, esta não era uma questão que tinha apenas a ver com a comunidade LGBTQI+. E depois sabemos, também, que a medicina, a ciência, evoluíram de forma a que hoje o HIV seja quase sempre, em muitos casos nos países ocidentais, considerado uma doença crónica. Mas eu alerta, também, para o risco de que estas narrativas possam voltar a circular, e vimos isto com a questão da monkeypox (varíola dos macacos) nestes últimos meses, sobretudo no início da circulação da varíola dos macacos. Circularam artigos, também na imprensa nacional e na comunicação social, que faziam uma conexão completamente errada e perigosa entre esta

doença e a comunidade homossexual. Portanto, se por um lado a história do HIV e da SIDA nos ensina que isto já está no passado, por outro lado, não podemos baixar a guarda relativamente ao presente.

Na sua opinião, qual é a necessidade de os Estados criarem este mecanismo de exclusão da comunidade LGBTQI+ e usarem as doenças e a vulnerabilidade para excluir? Porque é que o Estado acaba por excluir as pessoas dos sistemas de saúde? O que é que o Estado, ou as classes, beneficiam com a exclusão das pessoas LGBTQI+ em certos aspetos do mundo social?

Há muitas vantagens e muitos benefícios em todas as sociedades - isto do ponto de vista social, e eu claramente na minha formação sociológica adoto esta perspectiva, mas de certeza que pessoas com formação diferente terão outras explicações. Mas em todos os grupos sociais, em todas as sociedades, tende-se, sempre, a incentivar uma certa homogeneidade. A diversidade é, muitas vezes, vista como uma fonte de falta de equilíbrio, um possível perigo e, portanto, há, historicamente, uma grande atenção para que os cidadãos e as cidadãs sejam os mais iguais nas práticas e nas formas de vida possível.

Hoje em dia, apesar de termos leis que, por exemplo, no caso concreto de Portugal, permitem a adoção ou percursos de parentalidade para as pessoas LGBTQI+, ainda é utilizada a ideia de que uma criança tem de ter um pai e uma mãe, e que uma criança com dois pais ou com duas mães não será uma criança feliz, ou que não vai crescer bem como numa situação de família heterossexual. Estas são ideias que têm raízes históricas e que vêm de muito longe, mas que, de facto, tendem sempre a apresentar uma espécie de naturalidade, ou seja, se repararem, estes discursos estão sempre ligados a uma ideia de que na natureza humana existe uma orientação que é certa; há uma só forma de procriar, que é através de uma relação sexual entre um homem e uma mulher; que até o sexo é masculino e feminino, que não existe género; e muitas outras coisas. Portanto, através desta naturalização, cria-se uma forma muito mais controlada de sociedade. E depois nós sabemos que, pelo contrário, as vidas, as experiências, as formas de formar relações e de viver que temos são mais diversas, mesmo dentro das experiências heterossexuais.

" A diversidade é, muitas vezes, vista como uma fonte de falta de equilíbrio, um possível perigo e, portanto, há, historicamente, uma grande atenção para que os cidadãos e as cidadãs sejam os mais iguais nas práticas e nas formas de vida possível. "

Todos os instrumentos e todos os mecanismos que são feitos para controlar estão, de alguma maneira, relacionados com alguma espécie de biopolítica e micropolítica sobre o corpo, utilizando alguns termos que Foucault poderia utilizar?

Sim, absolutamente. Nos sistemas de saúde, sobretudo, isto é muito evidente. A história da medicina é, de facto, a história do poder, do olhar masculino sobre os corpos masculinos e femininos. E só recentemente está a ser reconhecido que grande parte do conhecimento médico que nós temos está construído através desse olhar e é, portanto, necessário descobrir toda a outra parte do conhecimento que não foi tomada em consideração.

E obviamente não estou a falar apenas do poder patriarcal, do poder do homem e do masculino, porque sabemos, também, que muita história da medicina está construída através de mecanismos de racialização, de economização. Portanto, tudo aquilo que tem a ver com a saúde, hoje em dia, tem sempre uma componente ligada ao biopoder. E não podia ser de forma diferente, porque estamos sempre a falar de corpos que são, de alguma forma, analisados, que são corrigidos, que são curados e onde, portanto, é inevitável que isto aconteça. Foucault tinha já percebido muito bem o que estava lá.

Então, de certo modo, para compreender como se constroem estas narrativas de exclusão e como elas vêm a evoluir podemos partir de quem constrói, quem está no poder, que muitas vezes é o homem branco ocidental. É ele que, dentro do Estado e da sua especialidade, vai propagar esta narrativa. Podemos analisar a história da exclusão e de como se vai criando a vulnerabilidade a partir da análise de que é essa personagem que a constrói dentro do seu ponto de privilégio, não só de classe social e racial?

Sim, absolutamente que podemos e devemos. Tendo em consideração uma coisa muito importante, que estamos a falar de categorias que estão em conexão, numa relação profunda. E, portanto, a questão não é apenas desconstruir este olhar de homem branco cishetero ocidental, mas é também tentar perceber como isto se liga, depois, à construção e às práticas das mulheres não brancas, dos homens não brancos, ou seja, como é que a partir deste poder se criam mecanismos de opressão e de exclusão. Porque hoje em dia há também um discurso, neste retorno de retóricas de direita e de extrema-direita, que de alguma forma vitimiza o homem branco, como se estas teorias críticas estivessem sempre a atacar, digamos assim, e a querer cancelá-lo. A questão não é o homem branco, a questão é tudo aquilo que no homem branco cishetero é simbolizado. Portanto, eu diria que mais que tudo é importante perceber como o patriarcado, o racismo, o capacitismo, o colonialismo se interligam na construção daquilo que é um corpo saudável ou o acesso à saúde.

" [...] mais que tudo é importante perceber como o patriarcado, o racismo, o capacitismo, o colonialismo se interligam na construção daquilo que é um corpo saudável ou o acesso à saúde. "

Falando em capitalismo como algo que condiciona o acesso à saúde, como disse, com a neoliberalização das economias e das sociedades a que temos assistido nas últimas décadas, os sistemas e os serviços públicos de saúde foram abrindo espaço para o negócio privado da saúde. Considera que a privatização da saúde dificultou o seu acesso por parte de pessoas LGBTQIA+, devido, também, à menor intervenção do estado e à possibilidade de ocultar mais as práticas que são feitas nesse meio?

Sim, claro que esta é uma das transformações mais dramáticas nos nossos sistemas de saúde e tem um impacto muito forte na comunidade LGBTQI+ por várias razões. Duas das razões foram as que mencionou. Também há uma outra questão que muitas vezes não é considerada, que é o facto das pessoas LGBTQI+ serem mais vulneráveis a questões de pobreza em termos económicos. Obviamente, quando falo de pessoas LGBTQI+ não estou a falar de uma categoria homogénea. Dentro da categoria LGBTQI+ há muita diversidade, e, por exemplo, as pessoas trans e não-binárias estão mais sujeitas a pobreza e precariedade económica. Mas, em geral, há vários estudos que demonstram que, por exemplo, a disponibilidade económica das pessoas LGBTQI+, sobretudo os jovens, é inferior, por uma série de questões estruturais que vêm de muito longe. E, portanto, esta é uma questão que tem de ser tida em conta. Outro fator muito importante dentro desta dinâmica neoliberal é o facto de algumas categorias, algumas pessoas, algumas experiências dentro do mundo LGBTQI+, levarem a uma maior incidência de algumas doenças (uma maior incidência de questões de saúde mental, por exemplo) e, portanto, a uma maior necessidade de aceder aos serviços de cuidados de saúde. Isto, num sistema que é maioritariamente e cada vez mais privatizado, é um problema.

Embora este tópico já tenha sido parcialmente discutido hoje, gostaríamos de saber como vê as disparidades entre as legislações que já foram criadas e que continuam a ser criadas para a proteção da comunidade LGBTQIA+ e as práticas médicas reais, por exemplo nas áreas do planeamento familiar ou das doações de sangue - nas quais, apesar de desde 2021 os homens homossexuais poderem doar sangue, muitos profissionais de saúde ainda estão mal informados ou são influenciados pelos seus preconceitos. Assim, apesar de Portugal ter um enquadramento legal que é relativamente progressivo comparado com outros países, como vê estas disparidades entre a prática e as leis que existem?

Este é um ponto fundamental para Portugal, por exemplo, em comparação com outros países. Eu, em particular, tenho trabalhado bastante com estudos sobre a Europa do Sul, e vemos que há diferenças muito importantes entre Portugal, Espanha, Itália, e outros países da Europa do Sul, ou seja: Portugal tem um conjunto de leis que, pelo menos na teoria, fornecem uma proteção bastante elevada e bastante articulada às várias áreas da vida das pessoas LGBTQI+. Portanto, na teoria, no papel, a situação está bastante

avançada, sobretudo em comparação com outros países. Contudo, esta foi uma mudança que aconteceu rapidamente no tempo (ritmo) das legislações, ou seja, aconteceu num espaço de 20, 25, 30 anos no máximo. Isto é pouco tempo do ponto de vista social. É pouco tempo para que se gere realmente uma mudança social muito grande, e isto significa que hoje estamos num momento crítico em que por um lado a legislação em termos de acesso à saúde e de serviços sanitários está bastante avançada, ou está a crescer e a melhorar, mas por outro lado é preciso recuperar na educação das pessoas que trabalham como profissionais de saúde que, como bem disse, muitas vezes são vítimas dos próprios preconceitos. Tal como as pessoas LGBTQI+ quando acedem aos serviços de saúde não são simplesmente doentes, são sempre também pessoas LGBTQI+, os profissionais e as profissionais de saúde não são apenas profissionais de saúde, mas também pessoas que vivem na sociedade portuguesa e que têm as suas próprias ideias, opiniões, experiências e tudo o mais.

" Portanto, temos sempre de considerar que a mudança da legislação segue um ritmo, e a mudança social e cultural segue outro ritmo, e os dois têm de ser de alguma forma harmonizados. "

A questão da formação é e vai ser cada vez mais crucial nos próximos anos, à medida que uma nova geração de profissionais de saúde vai ser formada, e não é uma coincidência que a maior parte das iniciativas mais inovadoras neste sentido estejam a acontecer a partir de pedidos das pessoas que estão em formação, a estudar medicina, que estão a completar o próprio ciclo de formação e que reparam que em 5, 6 , 7 anos de formação nunca ouviram falar de questões LGBT. Este é um elemento muito importante. A questão, por exemplo, da doação de sangue, é paradigmática. A legislação interviu muito tarde, foi uma intervenção bastante tardia em comparação a outros países, mas isto não significa que a partir do dia seguinte acabaram as discriminações, porque ainda há muitíssimos relatos de pessoas que são sujeitas a comentários, piadas, formas de micro agressões e violência verbal. Portanto, temos sempre de considerar que a mudança da legislação segue um ritmo, e a mudança social e cultural segue outro ritmo, e os dois têm de ser de alguma forma harmonizados.

Referiu ainda há pouco o papel da cultura e da mudança social no tratamento destes grupos mais vulneráveis nos cuidados de saúde, e falou também do caso de Itália, onde pelo que compreendemos as pessoas LGBT enfrentam mais desafios do que em Portugal. Tendo em conta que são dois países da Europa do Sul e que são ambos influenciados pela cultura cristã católica, de que forma é que se distingue um do outro no sentido de um ser mais progressista, ou não, do que o outro?

São dois países que podiam ser muito parecidos, poderiam ter tido um processo histórico-cultural muito parecido, justamente porque para além de terem uma grande influência da cultura católica, da igreja católica, têm também uma estrutura familiar muito ligada à família natural, a famílias grandes em que a família é um ponto de referência para as pessoas ao longo de toda a vida, em todas as idades, em que também há muita coabitação intergeracional; é hábito estar com os avós, os tios, as tias, os primos, e as pessoas também saem de casa da família mais tarde do que, por exemplo, na Europa do Norte. Também são dois países que sofreram imenso com a crise económica de 2008 e que, ainda hoje, são dos países que provavelmente vão sofrer mais as consequências económicas desta crise atual.

Portanto, à partida são dois países bastante parecidos, mas do ponto de vista das questões LGBT não podiam ser mais diferentes, porque como dissemos há pouco Portugal teve um desenvolvimento muito rápido e extremamente capilar do ponto de vista legislativo, mudaram muitas coisas em várias áreas - na saúde, no ensino, no acesso à parentalidade, ao casamento, entre outros - enquanto que em Itália falta exatamente isto. Falta um quadro legislativo básico de proteção dos direitos das pessoas LGBT; falta, por exemplo, uma lei que condene os atos de violência homotransfóbica, falta o direito à adoção, ao casamento, toda uma série de etapas que Portugal atingiu muito rapidamente. Isto faz com que, depois, no dia a dia, nós notemos diferenças bastante fortes, por exemplo, no grau de visibilidade que as pessoas LGBT têm nos próprios contextos de trabalho, no acesso à saúde, onde em Itália vários estudos demonstram que muitas pessoas tendem a ficar « no armário », como se diz, muito mais, tanto nos contextos públicos como também com a família e os amigos, enquanto que em Portugal esta já não é uma questão tão importante. Portanto, quando olhamos para as questões de acesso à saúde, olhamos para dois países completamente diferentes.

De que forma o ressurgimento da extrema direita coloca em perigo o acesso à saúde das pessoas LGBTQI+? E de que forma é que esta política que a extrema direita pretende impor se relaciona com o construir desta família tradicional, burguesa, cisheteronormativa?

Nós estamos a assistir a um poderoso regresso da narrativa da extrema direita, que coloca a família tradicional no centro das próprias políticas e narrativas, mas penso que relativamente ao passado há um elemento ainda mais perigoso que não é apenas a questão de, digamos assim, perceber a família tradicional e heteronormativa como o centro da sociedade e a única forma de normalidade. O que eu acho ainda mais perigoso é a ideia de que os direitos LGBTQI+ adquiridos sejam privilégios, e que de alguma forma a sociedade esteja a dar demasiada atenção às pessoas LGBT, e que isto seja uma ameaça à construção de uma sociedade justa. E vemos isto por todo o lado, vemos este fenómeno

não apenas em Portugal mas em vários países diferentes. obviamente que estas são todas narrativas extremamente perigosas porque, de facto, misturam planos diferentes, que não têm nada a ver. O facto, por exemplo, de Portugal ser um país onde os direitos LGBTQI+ são tão avançados, como dissemos, não significa que as pessoas não-LGBT vivam pior, nós sabemos que quanto mais a diversidade é incentivada, mais as pessoas são felizes no dia a dia.

" [...] não podemos pensar, como ativistas LGBT e cidadãos e cidadãs atentos a estas questões, que uma vez que os direitos são adquiridos vão ficar para sempre connosco. Os direitos são questões muito frágeis e é nosso dever continuar a lutar por eles [...]"

Portanto, acho que estas narrativas são extremamente perigosas, mas **não podemos pensar, como ativistas LGBT e cidadãos e cidadãs atentos a estas questões, que uma vez que os direitos são adquiridos vão ficar para sempre connosco. Os direitos são questões muito frágeis e é nosso dever continuar a lutar por eles - vimos isto na questão do aborto**, em muitas outras questões nos outros países em que testemunhamos isto, que os direitos que nós alcançámos não são adquiridos para sempre. Então, não podemos subestimar a perigosidade destas narrativas de extrema direita.

Temos agora uma última pergunta, para terminar, e que vai mais no sentido do que falta fazer: que medidas é que podem ser tomadas para criar um ambiente, em termos de cuidados de saúde e não só, que transmita mais confiança e garantias de segurança e de um bom tratamento das pessoas queer?

O que falta fazer são muitas coisas. Acho que a primeira é investir muito na formação, não apenas dos profissionais de saúde, mas também de todas as pessoas que de alguma forma trabalham no mundo da saúde, ou que trabalham com pessoas lgbt - a formação é a primeira questão. E esta formação tem de ser também feita procurando salientar as diferenças que existem dentro do espectro lgbtqi+, que como sabemos é um espectro que reflete uma grande variedade de identidades e posicionamentos que também variam ao longo do tempo. Por exemplo, as questões do cuidado das pessoas trans não podem ser apenas relacionadas com tudo aquilo que é a transição de género ou as cirurgias de afirmação de género. Temos também de tomar em atenção tudo o que é a saúde das pessoas trans que, como todas as outras pessoas, para além de serem trans, também poderão ter outros problemas de saúde. Hoje, quando eu recolhi as narrativas, entrevistas e falei com muitas pessoas LGBT que tinham recorrido aos sistemas de saúde, deparei-me com isto, por exemplo - é extremamente difícil encontrar um cardiologista que saiba tratar uma pessoas trans que toma determinada medicação, que fez um determinado

percurso, e que tem um problema, que não tem nada a ver com a sua identidade de género, mas que claramente tudo acontece dentro do mesmo corpo - são muitas coisas no mesmo corpo. Isto tem de ser feito de forma, por um lado, mais geral, para uma maior consciencialização da importância que as questões LGBTQI+ têm no mundo da saúde, mas por outro lado de uma forma mais específica, relativamente às questões que têm a ver com, por exemplo, a vivência das mulheres lésbicas, das pessoas não binárias, etc. Penso que é esta a primeira questão.

Depois, há outras questões, por exemplo, os espaços que têm de ser tornados mais acessíveis e mais inclusivos, a partir das casas de banhos nos hospitais, nas clínicas e em todas as instalações de saúde. O mundo dos cuidados de saúde é um mundo ainda profundamente binário, em que está tudo dividido entre homens e mulheres, e isto tem a ver com uma questão ideológica, mental, mas também com questões de espaços, de como são organizados os espaços. Depois, obviamente, não podem ser esquecidas todas as intervenções que têm a ver com pessoas LGBTQI+ em diferentes momentos da vida, os cuidados das pessoas idosas LGBTQI+ são importantes, tanto quanto os cuidados a crianças e jovens de género e sexualidade diversa. Há muito para fazer, temos que trabalhar.

Sobre a entrevistada:

Mara Pieri.

Investigadora no CES - Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. É Mestre em Sociologia na Universidade de Trento (Itália). É doutorada em "Direitos Humanos nas Sociedades Contemporâneas" no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra com uma tese sobre as experiências de pessoas LGBTQ+ com doenças crónicas em Itália e Portugal. A sua dissertação de doutoramento ganhou o prémio "Controtempo" da Fundação Codici Ricerca e Intervento (Milão) para o desenvolvimento do projeto "Chroniqueers" (www.chroniqueers.it). Tem experiência relevante como formadora em comunicação acessível e inclusiva, e comunicação em ciência. É coordenadora da Secção Temática em Sexualidade e Género da APS (Associação Portuguesa de Sociologia). Coorganiza o ciclo de seminários bimestrais "Sharp Talks - Sexualidade, Saúde e Direitos Humanos" no CES. Integra a equipa do projeto "REMEMBER - Vivências de Pessoas LGBTQ Idosas no Portugal Democrático (1974-2020)". Os seus recentes interesses de pesquisa incluem: supercrips; medicalização; doença crónica e deficiência invisível; visibilidade; acessibilidade; sexualidades na Europa do Sul; saúde LGBTQ+.

