

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino

**Análise do processo e dos conflitos éticos da implementação da Política  
Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2021

Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino

**Análise do processo e dos conflitos éticos da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Stella Regina Taquette

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

L383	<p>Laurentino, Arnaldo Cezar Nogueira Análise do processo e dos conflitos éticos da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro / Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino. – 2021. 228 f.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Stella Regina Taquette</p> <p>Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense.</p> <p>1. Política de saúde – Rio de Janeiro - Teses. 2. Minorias sexuais e de gênero – Teses. 3. Ética – Teses. 4. Acesso aos serviços de saúde – Teses. 5. Assistência integral à saúde – Teses. 6. Sistema Único de Saúde – Teses. I. Taquette, Stella Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.</p> <p>CDU 614.008.1(815.3)</p>
------	--

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino

**Análise do processo e dos conflitos éticos da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 25 de junho de 2021.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Stella Regina Taquette (Orientadora)  
Faculdade de Medicina – UERJ

---

Profa. Dra. Cristiane Maria Amorim Costa  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Profa. Dra. Anna Paula Uziel  
Instituto de Psicologia – UERJ

---

Profa. Dra. Sandra Mara Silva Brignol  
Universidade Federal Fluminense

---

Profa. Dra. Jaqueline Gomes de Jesus  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

## DEDICATÓRIA

Dedico esta tese às mais de 511.272<sup>1</sup> vítimas da epidemia de Covid-19 no Brasil,  
principalmente as LGBT.

---

<sup>1</sup> Número de óbitos registrados em 25/06/2021, segundo levantamento do consórcio de veículos de imprensa a partir de dados das Secretarias Estaduais de Saúde.

## AGRADECIMENTOS

A Nossa Senhora de Nazaré, que tanto intercedeu por mim, e em nome dela agradeço a Deus que me permitiu chegar até aqui.

A todas as trocas realizadas na sala de aula ou nas confraternizações, pois esta Tese não seria possível sem a compreensão, apoio e ajuda de tantas pessoas que compartilharam comigo os últimos anos. Por todos os lugares em que passei, direta ou indiretamente, discuti e aprendi sobre esta Tese e por isso sou grato.

A minha Mãe e meu Pai, que me apoiaram e incentivaram os meus estudos, e em nome deles agradeço a todos os meus familiares que têm me acompanhado mesmo que à distância.

A Profa. Stella Taquette, minha orientadora neste Doutorado que me proporcionou conhecimento, empatia, oportunidades e crescimento, e em nome dela aos meus eternos Professores Orientadores Gustavo Matta (Fiocruz) e Michelle Pereira (IFPA) que me lapidaram no mestrado e na graduação, respectivamente.

Ao Bruno Sergio, companheiro de vida, que permitiu-me levantar ancora e veio navegar comigo nesse mar revolto que sou.

Aos companheiros do grupo de pesquisa e disciplina Seminário de Pesquisa Científica e Docência (UERJ), com quem formei uma família acadêmica e tanto aprendi, especialmente nas ocasiões de debates dos dados desta Tese.

A Adriana Rodrigues, Bruno Sergio e Camila Perini que me auxiliaram nas entrevistas e suas transcrições.

Aos amigos, colegas, professores, técnico-administrativos, secretários e coordenadores do PPGBIOS, que caminharam junto comigo durante esta jornada.

Ao Grupo Arco-íris e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio, que abriram espaço para a realização desta pesquisa, e em nome deles agradeço as pessoas LGBT e aos profissionais de saúde (ACS, enfermeiros, gestores e médicos) que participaram da pesquisa de campo desta Tese.

A CAPES, que através do financiamento da minha Bolsa de Doutorado por Demanda Social proporcionou a oportunidade de trabalhar estudando, pesquisando e produzindo ciência para o Brasil.

As professoras da banca, muito obrigado por terem aceitado participar da minha defesa de Doutorado.

Rir é um ato de resistência. [...] Enquanto essa vacina tão esperada não chega pra todo mundo, é bom lembrar que contra o preconceito, a intolerância, a mentira, a tristeza, já existe vacina: é o afeto, é o amor.

- *Paulo Gustavo*

Promover a Saúde é nossa estratégia primordial e prioritária!

- *Cezar Nogueira*

## RESUMO

LAURENTINO, A. C. N. **Análise do processo e dos conflitos éticos da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro.** 2021. 228 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2021.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e suas políticas são regidos por princípios norteadores, porém, o acesso universal não é garantia do atendimento das demandas de todos. As políticas públicas voltadas aos LGBT foram criadas para combater o preconceito, a discriminação e a exclusão. Em 2011, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT) entretanto, a carência de informações sobre a implementação desta no Rio de Janeiro-RJ evidencia as dificuldades de atender essa população. Esta Tese objetivou analisar o processo de implementação e os conflitos éticos envolvidos da PNSI LGBT, no município do Rio de Janeiro, através da perspectiva do acesso aos serviços de saúde. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e abordagem metodológica qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais de saúde e usuários LGBT. As entrevistas foram gravadas e os dados analisados numa perspectiva hermenêutica dialética. A revisão da literatura ressaltou as demandas específicas de saúde LGBT, e os desafios que a PNSI LGBT enfrenta para sua plena implementação, além de ainda ser pouco explorada. As narrativas foram agrupadas em quatro categorias abordando as questões de vínculo; percepções a respeito da orientação sexual e identidade de gênero; demandas para a atenção integral à saúde LGBT; e as questões éticas sobre justiça, igualdade e equidade no acesso à saúde LGBT. As entrevistas demonstraram como os gestores, profissionais de saúde e usuários percebem o acesso à saúde da população LGBT, e o quanto a PNSI LGBT ainda é pouco conhecida. Percebeu-se a ausência de desdobramentos práticos para a implementação da PNSI LGBT por parte do poder público, uma dubiedade dos entrevistados em reconhecer discursos discriminatórios, ou mesmo a importância da identificação da orientação sexual e da identidade de gênero no acesso à saúde, o que acarreta a invisibilização das demandas LGBT. As narrativas apontaram para um atendimento aparentemente não discriminatório, embora reconheçam que o preconceito não atinge todos da mesma forma. Houve a percepção de que as pessoas LGBT são previamente identificadas pelos profissionais de saúde como portadores do vírus HIV, sendo um estigma infelizmente ainda persistente. Evidenciou-se nas narrativas conflitos éticos relacionados à garantia do direito à saúde; da igualdade no acesso e no atendimento; e da equidade, reconhecendo que a saúde deve ser ofertada na medida das necessidades das pessoas, respeitando sua diversidade. A PNSI LGBT foi percebida no que compete ao eixo do acesso à saúde, entretanto ela ainda necessita de estratégias que promovam desdobramentos práticos para sua plena implementação, capazes de promover e garantir o direito à saúde, rompendo a perspectiva equivocada de que a igualdade universal no acesso seria suficiente e sinônimo de equidade.

Palavras-chave: Ética. SUS. Acesso à saúde. Políticas Públicas de Saúde. Homossexualidade. Mulheres lésbicas. Pessoas trans. Minorias Sexuais.

## ABSTRACT

LAURENTINO, A. C. N. **Analysis of the process and ethical conflicts in the implementation of the National Policy on Comprehensive Health of LGBT in the city of Rio de Janeiro.** 2021. 228 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2021.

The Unified Health System (SUS) and its policies are governed by guiding principles, however, universal access is not a guarantee of meeting everyone's demands. Public policies aimed at LGBT were created to combat prejudice, discrimination and exclusion. In 2011, the National Policy on Comprehensive Health of LGBT (PNSI LGBT) was instituted, however, the lack of information about its implementation in Rio de Janeiro-RJ highlights the difficulties of serving this population. This Thesis aimed to analyze the implementation process and the ethical conflicts involved in the PNSI LGBT, in the city of Rio de Janeiro, through the perspective of access to health services. A systematic review of the literature and qualitative methodological approach was carried out through semi-structured interviews with managers, health professionals and LGBT users. The interviews were recorded and the data analyzed in a dialectic hermeneutic perspective. The literature review highlighted the specific demands of LGBT health, and the challenges that the PNSI LGBT faces for its full implementation, in addition to being still little explored. The narratives were grouped into four categories addressing bonding issues; perceptions regarding sexual orientation and gender identity; demands for comprehensive care for LGBT health; and ethical questions about justice, equality and equity in LGBT healthcare access. The interviews showed how managers, health professionals and users perceive access to health care for the LGBT population, and how little is known about the PNSI LGBT. It was noticed the absence of practical developments for the implementation of the PNSI LGBT by the public power, a dubiousness of the interviewees in recognizing discriminatory discourses, or even the importance of identifying sexual orientation and gender identity in access to health, which leads to the invisibility of LGBT demands. The narratives pointed to an apparently non-discriminatory service, although they recognize that prejudice does not affect everyone in the same way. There was a perception that LGBT people are previously identified by health professionals as having the HIV virus, which is unfortunately still a persistent stigma. It was evident in the narratives ethical conflicts related to the guarantee of the right to health; equality in access and care; and equity, recognizing that health should be offered according to people's needs, respecting their diversity. The PNSI LGBT was perceived in terms of the axis of access to health, however it still needs strategies that promote practical developments for its full implementation, capable of promoting and guaranteeing the right to health, breaking with the mistaken perspective that universal equality in the access would be sufficient and synonymous with equity.

Keywords: Ethics. SUS. Access to healthcare. Public Health Policies. Homosexuality. Lesbian women. Trans people. Sexual Minorities.

## RESUMEN

LAURENTINO, A. C. N. **Análisis del proceso y conflictos éticos en la implementación de la Política Nacional de Salud Integral de LGBT en la ciudad de Rio de Janeiro.** 2021. 228 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2021.

El Sistema Único de Salud (SUS) y sus políticas se rigen por principios rectores, pero el acceso universal no es garantía de atender las demandas de todos. Las políticas públicas dirigidas a LGBT se crearon para combatir los prejuicios, la discriminación y la exclusión. En 2011, se instituyó la Política Nacional de Salud Integral de LGBT (PNSI LGBT) todavía, la falta de información sobre su implementación en Rio de Janeiro-RJ destaca las dificultades para atender a esta población. Esta Tesis tuvo como objetivo analizar el proceso de implementación y los conflictos éticos involucrados en la PNSI LGBT, en la ciudad de Rio de Janeiro, a través de la perspectiva del acceso a los servicios de salud. Se realizó una revisión sistemática de la literatura y enfoque metodológico cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas a directivos, profesionales de la salud y usuarios LGBT. Las entrevistas fueron grabadas y los datos analizados en una perspectiva hermenéutica dialéctica. La revisión de la literatura destacó las demandas específicas de la salud LGBT y los desafíos que enfrenta la PNSI LGBT para su plena implementación, además de ser aún poco explorada. Las narraciones se agruparon en cuatro categorías que abordan cuestiones de vinculación; percepciones sobre orientación sexual e identidad de género; demandas de atención integral a la salud LGBT; y cuestiones éticas sobre la justicia, la igualdad y la equidad en el acceso a la salud LGBT. Las entrevistas mostraron cómo los gestores, profesionales de salud y usuarios perciben el acceso a la salud de la población LGBT, y lo poco que se sabe sobre la PNSI LGBT. Se percibió la ausencia de desarrollos prácticos para la implementación de la PNSI LGBT por parte del poder público, un recelo de los entrevistados en reconocer discursos discriminatorios, o incluso la importancia de identificar la orientación sexual y la identidad de género en el acceso a la salud, lo que conduce a la invisibilidad de las demandas LGBT. Las narrativas apuntaron a un servicio aparentemente no discriminatorio, aunque reconocen que los prejuicios no afectan a todos de la misma manera. Existía la percepción de que los profesionales de la salud identificaban previamente a las personas LGBT como portadoras del VIH, lo que sigue siendo un estigma persistente. Se evidenció en las narrativas conflictos éticos relacionados con la garantía del derecho a la salud; igualdad en el acceso y la atención; y equidad, reconociendo que la salud debe ser ofrecida de acuerdo a las necesidades de las personas, respetando su diversidad. La PNSI LGBT fue percibida en términos del eje del acceso a la salud, aunque necesita estrategias que promuevan desarrollos prácticos para su plena implementación, capaces de promover y garantizar el derecho a la salud, rompiendo con la perspectiva equivocada de que la igualdad universal en el acceso sería suficiente y sinónimo de equidad.

Palabras clave: Ética. SUS. Acceso a la asistencia sanitaria. Políticas de salud pública. Homosexualidad. Mujeres lesbianas. Personas trans. Minorías sexuales.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por áreas programáticas..	39
Figura 2 - Macrorregiões da cidade do Rio de Janeiro, com indicação dos pontos de entrevistas. ....	40
Figura 3 - Distribuição dos profissionais de saúde e usuários LGBT entrevistados .....	41
Figura 4 - Fluxograma da revisão bibliográfica .....	47
Figura 5 - Distribuição dos entrevistados usuários LGBT por faixa etária e local de entrevista.....	115
Figura 6 - Distribuição dos profissionais de saúde por faixa etária e área de atuação profissional. ....	116

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Artigos incluídos na revisão bibliográfica.....	50
Tabela 2 - Resoluções do CFM em relação a redesignação sexual .....	104
Tabela 3 - Tabulação das entrevistas com usuários LGBT .....	117
Tabela 4 – Tabulação das entrevistas com os Gestores e Profissionais de Saúde.....	119

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	14
1.1 <b>Apresentação</b> .....	14
1.2 <b>Interseccionalidade entre o Movimento Feminista e as políticas de gênero e sexualidade</b> .....	17
1.3 <b>Breve marco legal dos direitos e do Movimento LGBT no Brasil</b> .....	20
1.4 <b>O cenário carioca e fluminense das políticas públicas LGBT</b> .....	23
1.5 <b>A Política Nacional de Saúde Integral LGBT como estratégia de saúde LGBT para além da Aids</b> .....	27
1.6 <b>A Bioética e a saúde da população LGBT</b> .....	30
<b>2. OBJETIVO</b> .....	36
2.1. <b>Geral</b> .....	36
2.2 <b>Específicos</b> .....	36
<b>3 MÉTODO E POPULAÇÃO EM ESTUDO</b> .....	37
3.1 <b>Público-alvo e local do estudo</b> .....	38
3.2 <b>Critério amostral</b> .....	41
3.3 <b>Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	42
3.4 <b>Estratégias de entrada no campo</b> .....	42
3.5 <b>Técnicas e procedimentos de revisão bibliográfica</b> .....	46
3.6 <b>Projeto piloto e registro dos dados</b> .....	47
3.7 <b>Análise dos dados</b> .....	48
3.8 <b>Aspectos éticos</b> .....	49
<b>4. A POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT – UM RETRATO DA LITERATURA CIENTÍFICA (2012-2018)</b> .....	58
4.1 <b>Saúde LGBT, em qual contexto nós estamos?</b> .....	60
4.2 <b>A marginalização, o estigma e a discriminação como agravos à saúde</b> .....	67
4.3 <b>Especificidades de saúde de homens gays e bissexuais</b> .....	72
4.4 <b>Especificidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais</b> .....	74
4.5 <b>Especificidades de saúde de pessoas travestis e transexuais</b> .....	79
4.6 <b>Desafios da Política Nacional de Saúde Integral LGBT</b> .....	89
4.6.1 <b><u>A PNSI como direito</u></b> .....	89

4.6.2	<u>A PNSI LGBT e a redução da desigualdade</u> .....	90
4.6.3	<u>As dificuldades na implementação da PNSI LGBT</u> .....	92
4.6.4	<u>A PNSI LGBT e os estímulos à promoção da saúde</u> .....	94
4.7	<b>A Política Nacional de Saúde Integral LGBT como caminho para e de outras Políticas Públicas de Saúde</b> .....	96
4.7.1	<u>O cenário geral das políticas públicas e o arcabouço da saúde</u> .....	96
4.7.2	<u>Nome social, o respeito a identidade e o acesso à saúde</u> .....	100
4.7.3	<u>O Processo Transexualizador</u> .....	101
4.7.4	<u>As estratégias PEP e PrEP como prevenção ao HIV/Aids no público LGBT</u> .....	110
5	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS DOS GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS</b> .....	113
5.1	<b>O contexto vivenciado pelos usuários LGBT e profissionais das clínicas de saúde da família no Rio de Janeiro</b> .....	114
5.2.	<b>Vínculo, respeito e estigma – a percepção sobre o acesso das pessoas LGBT aos serviços de saúde</b> .....	123
5.2.1.	<u>Narrativas dos gestores e profissionais de saúde</u> .....	123
5.2.2.	<u>Narrativas dos usuários LGBT</u> .....	140
5.3.	<b>A percepção da orientação sexual e da identidade de gênero no atendimento à saúde LGBT</b> .....	152
5.3.1.	<u>Narrativa dos gestores e profissionais de saúde</u> .....	152
5.3.2.	<u>Narrativas dos usuários LGBT</u> .....	165
5.4.	<b>Demandas de serviços, exames e procedimentos para atenção integral à saúde LGBT</b> .....	171
5.4.1.	<u>Narrativas dos gestores e profissionais de saúde</u> .....	171
5.4.2.	<u>Narrativa dos usuários LGBT</u> .....	179
5.5.	<b>Justiça, igualdade e equidade para o acesso a saúde da população LGBT</b> .....	183
	<b>CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS</b> .....	189
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	196
	<b>APÊNDICES</b> .....	206
	<b>APÊNDICE A - TCLE – Profissionais de Saúde</b> .....	206
	<b>APÊNDICE B - TCLE – Gestores</b> .....	207
	<b>APÊNDICE C - TCLE – Usuários</b> .....	208

<b>APÊNDICE D</b> - Roteiro de Entrevista com Profissionais de Saúde .....	209
<b>APÊNDICE E</b> - Roteiro de Entrevista com Gestores de Equipamentos Públicos de Saúde .....	210
<b>APÊNDICE F</b> - Roteiro de Entrevista com Usuários LGBT dos equipamentos de saúde .....	211
<b>APÊNDICE G</b> - Formulário de Perfil de Profissional de Saúde.....	212
<b>APÊNDICE H</b> - Formulário de Perfil de Gestor(a) .....	213
<b>APÊNDICE I</b> - Formulário de Perfil de Usuário .....	214
<b>APÊNDICE J</b> - Modelo de Carta de Anuência.....	215
<b>APÊNDICE K</b> - Formulário de análise/registo de artigos .....	216
<b>APÊNDICE L</b> – Códigos de descrição para análises das entrevistas .....	217
<b>ANEXOS</b> .....	218
<b>ANEXO A</b> - Portaria nº 2.836. Institui Política Nacional de Saúde Integral LGBT ...	218
<b>ANEXO B</b> - Resolução nº 2. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da PNSI LGBT, no âmbito do Sistema Único de Saúde .....	224
<b>ANEXO C</b> - Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.....	226

## **INTRODUÇÃO**

### **1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

#### **1.1. Apresentação**

“Quando se nasce pobre, ser estudioso é o maior ato de rebeldia contra o sistema”. Não sei ao certo de quem é esta frase, sempre me pareceu ouvi-la na voz de Paulo Freire, mas o fato é que ela tem me guiado desde que eu me entendo por gente. Estudar era a única alternativa que eu conhecia. Para um garoto nascido na periferia de Belém-PA, ter a oportunidade de estudar em boas escolas públicas foi um diferencial nos rumos e escolhas que fiz ao longo da vida. Até mesmo ter podido estudar o último ano do ensino médio como bolsista de uma escola particular de Belém foi devido a todos os anos anteriores de escola pública.

Foi no ambiente da escola pública, e depois da Universidade pública, que comecei a interrogar o que via ao meu redor, a me questionar sobre mim mesmo, a examinar os padrões da sociedade expressos pelas ações e comportamentos dos meus colegas, amigos e familiares. A militância estudantil, que eu já praticava no colégio Lauro Sodré e no Souza Franco, foi potencializada nos desafios enfrentados na universidade, onde dividia os estudos com a representação estudantil nos Centros Acadêmicos e DCE das Instituições que estudei. Demorei muito para encontrar o caminho da área da saúde como opção pessoal, política e profissional. E foi durante esse tempo que também me aceitei como um jovem homossexual e comecei a ver de perto as dificuldades enfrentadas para que meus pares acessassem os serviços de saúde em Belém e em todo o estado do Pará.

Com o tempo a militância estudantil deu lugar à militância política e LGBT, e a atuação nos Centros Acadêmicos passou a ser nas ONGs de combate a homofobia, somando-me a luta contra o que Paz, Amazonas e Medrado (2020, p. 4) resumem como “violência motivada por preconceito e discriminação em virtude da orientação sexual e/ou identidade de gênero”. Mas, até então não conseguia encontrar na vida acadêmica o lugar da temática LGBT, e via a inferiorização do tema na atuação profissional no

serviço público. Após me formar em Gestão de Saúde, em 2010 no IFPA<sup>2</sup>, sentia um desejo em me aprofundar mais na Educação em Saúde, pois via ali uma área capaz de influenciar na formação profissional e na conscientização das pessoas/usuários do SUS. Busquei a pós-graduação como caminho de me aperfeiçoar acadêmica e profissionalmente, e assim poder contribuir de alguma forma com um sistema de saúde mais eficiente, equânime e livre de preconceitos.

De imediato o desejo era investigar a negligência da informação dos jovens em relação à infecção e à epidemia de HIV/Aids, evidenciando as diferenças e semelhanças em relação aos jovens gays e heterossexuais. Entretanto, ao começar a desenhar um projeto de pesquisa, uma inquietação falou mais alto, pois havia algo a se estudar antes disso, e que estava em segundo plano ou sequer era evidenciado nas pesquisas em saúde da população LGBT: a política de saúde para essa população. Assim o caminho escolhido foi estudar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT) (Anexo A).

A PNSI LGBT teve um longo percurso de debates, negociações, concessões, idas e vindas até que pudesse ser assinada em 2011 durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Tive a oportunidade de estar presente no seu *debut* durante os debates de saúde da 1ª Conferência Nacional GLBT<sup>3,4</sup>, realizada em Brasília-DF em 2008, como militante e Delegado representante paraense do Poder Público. Foi durante a 1ª Conferência GLBT que o Comitê Técnico do Ministério da Saúde e representantes da sociedade civil, puderam debater a construção de políticas de saúde para a população LGBT, posteriormente transformada em uma minuta da PNSI LGBT, que foi debatida no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2009, e veio ao debate público em 2010 no site do Ministério da Saúde.

Durante meu mestrado em Educação Profissional de Saúde, concluído em 2015 na EPSJV/Fiocruz<sup>5</sup>, tive a oportunidade de estudar a construção, a nível federal, da PNSI LGBT, e assim poder evidenciar os desafios, as nuances e subjetividades que

---

<sup>2</sup> Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará.

<sup>3</sup> A Conferência, convocada pelo Presidente da República, teve como objetivos propor diretrizes para a implementação de políticas públicas e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de GLBT, ao mesmo tempo em que pretendia avaliar e propor estratégias para fortalecer o Programa Brasil sem Homofobia.

<sup>4</sup> Foi durante a 1ª Conferência GLBT que a mudança da sigla para LGBT foi aprovada.

<sup>5</sup> Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

estavam inseridas na sua construção, e as concepções dos atores chaves do Governo que participaram de sua formulação. Essas informações não eram de conhecimento público nem mesmo da grande maioria dos militantes e acadêmicos da temática da saúde LGBT, pois não estavam evidentes no seu texto de promulgação ou nos artigos sobre o tema.

Vencida a etapa do mestrado, o desafio de mudar de cidade e de Estado já tinha se tornado o novo normal, então a possibilidade de ir mais longe estava dada e eu não podia desperdiçá-la. Foi então que outra oportunidade surgiu: fazer o doutorado no programa de pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva<sup>6</sup>. E com ela pude aprofundar minha pesquisa a respeito da PNSI LGBT, e assim me aproximar do cotidiano dessa política e de sua implementação na ponta, ou seja, onde a população busca por atendimento em saúde.

Inicialmente, havia o desejo de estudar a implementação da PNSI LGBT nos municípios de Belém e do Rio de Janeiro, entretanto as dificuldades logísticas e de recursos pesaram para que tivéssemos de optar apenas pelo Rio de Janeiro. Opção que trouxe um foco maior aos desafios que uma cidade estruturada possui, seja em relação a militância LGBT, ao poder do *advocacy*<sup>7</sup> dessa militância, ou o pioneirismo na construção inicial de políticas públicas para a população LGBT. Tudo isso alinhado ao exemplo de ampliação da cobertura da atenção primária, ofertada no município do Rio de Janeiro através da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Dessa forma nasceu esta Tese, como produto para contribuir ao debate da implementação da PNSI LGBT nos municípios brasileiros. Todo esse caminho é resultado do esforço conjunto meu e de várias pessoas que contribuíram para a minha formação acadêmica, seja como professores, orientadores, ou colegas de turma. O debate e a construção de conhecimento com cada um deles somam-se as inúmeras pessoas LGBT ou não, que compartilharam seus caminhos de militância comigo. O “produto final” deste estudo é revolucionário, mas também é feito de carne, sangue e alma.

---

<sup>6</sup> Programa de Pós-graduação em Associação UFRJ, Fiocruz, UERJ e UFF.

<sup>7</sup> Advocacy: busca, promoção e defesa de direitos individuais ou coletivos visando sua ampliação ou o combate a suas violações, através da sensibilização e influência de pessoas e organizações que, em virtude de suas posições de poder, possuem possibilidade de promover mudanças em políticas, legislações, ações e práticas (ABGLT, 2007).

## **1.2. Interseccionalidade entre o Movimento Feminista e as políticas de gênero e sexualidade**

Os debates sociais contemporâneos, em especial as discussões de gênero, sexualidade, raça e etnia ocupam lugar central no estrato populacional que hoje se classifica socialmente como “minorias”, não por estarem em menor expressão numérica, mas sim por representarem valores construídos ao longo da história como antagônicos àqueles desejáveis e considerados hierarquicamente superiores (MOTTA, 2016). "Assim, a construção hegemônica do masculino é feita em oposição à constituição inferior do feminino, a do branco em oposição à do negro, e a do heterossexual em oposição à do homossexual" (MOTTA, 2016, p. 74). Esses debates encampam ações relevantes para o protagonismo dos diversos segmentos sociais, auxiliando e conduzindo as mudanças que a sociedade perpassa, inclusive nas reformulações das políticas sociais brasileiras.

Neste ponto, observou-se a influência da ciência moderna sobre a construção do conhecimento sobre o corpo feminino, descrito a partir da ênfase na reprodução, da fragilidade e da inferioridade perante o masculino, justificando assim seu lugar no espaço privado da sociedade (CORRÊA; ARÁN, 2008). A presença de mulheres nos movimentos sociais urbanos, organizados em torno de reivindicações básicas, propiciou a emergência de um novo sujeito político que, a partir do questionamento da condição e do papel da mulher, conseqüentemente do feminino, passaram a questionar as relações de gênero presentes na sociedade e em suas relações de poder (ALMEIDA, 2008).

Como exemplo podemos citar os programas de saúde materno-infantil que até meados dos anos 1980 focavam-se na intervenção sobre o corpo da mulher/mãe, visando garantir a adequação e a saúde dos corpos dos filhos às necessidades da produção social (CANESQUI, 1987; OSIS, 1994; OSIS, 1998). Essa política pública perdurou durante os anos 90 e boa parte dos anos 2000. A questão da saúde da mulher causou impacto na área médica e na emergência do campo dos direitos sexuais e reprodutivos. A partir da visão feminista, passou-se a questionar a concepção e o uso social do corpo da mulher, vendo a construção do gênero feminino como uma antítese necessária à afirmação do masculino. Dessa forma, o gênero passa a ser referenciado não pelo que é, mas pela forma como se faz em sociedade, ou seja, pela maneira como é

percebido e seu lócus de atuação é construído na, e em cada, sociedade (ALMEIDA, 2008).

A própria preocupação com a saúde do homem é recente, uma vez que estes estiveram relegados à ausência de políticas de saúde, só suprida no final da última década com a concepção da Política Nacional de Saúde Integral do Homem (BRASIL, 2009). De acordo com o proposto pela mesma, a sua criação veio para enfrentar a negligência dos homens em relação ao zelo com sua própria saúde. Ressalta-se também que a cultura machista, para a qual o cuidado com o corpo e a saúde é considerado como característica do feminino, faz com que esses homens só recebam/busquem atendimento de saúde quando seus agravos já se encontram em estágios mais críticos (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Observa-se assim que a construção desenvolvida pelos movimentos sociais, em busca de uma saúde pública no Brasil cada vez mais global, equânime e integral para a população, foi aos poucos se expandindo e superando as barreiras anteriores ao período da Constituinte, em especial na forma como passou a abordar as questões da saúde de grupos específicos, da mulher, do homem e da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas políticas resultantes, são regidos por princípios doutrinários, entre eles a universalidade, a integralidade e a equidade. O princípio da universalidade no SUS está diretamente relacionado ao campo dos direitos humanos, aqueles inerentes a natureza humana e orientados pelo respeito ao outro, a sua dignidade, fundamentados pela justiça, igualdade e liberdade (BRASIL, 2010) ou seja, daqueles direitos que são comuns a todos, oscilando, ao longo do tempo, entre ações de saúde abrangentes e integrais, até as ações focalizadas e verticais. No Brasil, a conquista constitucional da universalidade em saúde como direito de todos e um dever do estado, que deve garantir políticas de saúde de acesso universais (independentemente de classe social, raça, credo, sexo, origem, idade, entre outros), configura-se como um verdadeiro projeto emancipatório de saúde, rompendo com a perspectiva de acesso à saúde como um privilégio de poucos (PEREIRA; LIMA, 2009). “A universalidade é o princípio que organiza e dá sentido aos demais princípios e diretrizes do SUS na garantia do direito à saúde de forma integral, equânime, descentralizada e com participação popular” (MATTA, 2009, p. 467).

A integralidade relaciona-se ao reconhecimento das necessidades do outro, e o respeito a questão da horizontalidade de saberes tanto dos profissionais de saúde como

dos usuários, possibilitando o acesso, o vínculo e a promoção da saúde e dando resposta às demandas dos grupos populacionais, sejam eles coletivos ou locais. A integralidade articula conjuntos de atos, tecnologias e serviços concatenados com a inovação da produção de conhecimento e ação social, resultando nessa integração entre todos os atores para a superação dos obstáculos vivenciados por eles, estabelecendo um processo contínuo e constante, através de uma construção social, ou seja, uma estrutura de saúde coletiva (MOTTA, 2016; PEREIRA; LIMA, 2009).

Embora amplamente compreendido como princípio do SUS, e de fazer parte do arcabouço das políticas públicas de saúde, sobretudo as voltadas a grupos minoritários ou de ações afirmativas, o princípio da equidade não é referido em nenhuma das duas legislações orgânicas do SUS (Lei 8080/90 e 8142/90), e nem mesmo no art. 198 da Constituição Federal de 1988<sup>8</sup>. O princípio da equidade foi incorporado posteriormente à saúde, de forma implícita, como aplicação dos princípios que estabelecem a universalidade, e a integralidade, e a igualdade de acesso e assistência à saúde, assegurando a ideia de justiça social. A equidade em saúde pressupõe atender as pessoas da maneira como elas necessitam e está baseada no antagonismo à noção de iniquidade, não se limitando às diferenças sociais entre os indivíduos, mas também de gênero, sexualidade e grupos étnicos-sociais. Dessa forma, a equidade engloba um arcabouço ético e social muito maior, fazendo um juízo de valor com relação à noção de igualdade, indo em direção à igualdade equitativa de oportunidades, ao reconhecer as diferenças dos indivíduos para a garantia da cidadania (MOTTA, 2016; PEREIRA; LIMA, 2009).

Apesar dos princípios norteadores do SUS, as questões de gênero na saúde foram, durante muito tempo, construídas a partir do binarismo homem x mulher, e a falta de compreensão da diferença entre esses conceitos resultou na exclusão do atendimento de certa parcela da população, representada principalmente pelas Travestis e Transexuais que, por conta do preconceito institucionalizado, aquele infringido pelos órgãos governamentais ao não adotarem ações e políticas que reconheçam as peculiaridades e especificidades da população LGBT (LAURENTINO, 2015), deixaram de ser atendidas e beneficiadas. Nesse sentido as políticas de saúde voltadas à população LGBT surgem dentro desse contexto de efetivação do SUS dentro dos princípios de

---

<sup>8</sup> De acordo com o no decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a lei 8080/90, a equidade é responsabilidade dos entes federados, e visa garantia do acesso universal, igualitário e ordenado dos indivíduos às ações e serviços da saúde. Já na lei complementar nº 141/2012, que regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, a equidade pressupõe a distribuição de recursos de acordo com as necessidades inter-regionais.

universalidade, integralidade e equidade buscando atender as demandas específicas dessa população dentro do SUS.

### **1.3. Breve marco legal dos direitos e do Movimento LGBT no Brasil**

As políticas públicas são propostas para atender a demandas sociais, podendo agregar e complementar ações coletivas, compreendendo diferentes crenças, valores e simbolismos que formam a sociedade (PIRES; LAURENTINO; SILVA, 2021). Nesse contexto, os direitos humanos são capazes de mediar entraves locais ou internacionais, inclusive entre segmentos sociais diferentes, auxiliando no desenvolvimento de políticas públicas e da dignidade dos indivíduos (VENTURA, 2010). Os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e se inter-relacionam, contribuindo para a diminuição das desigualdades sociais e para as demandas por políticas públicas dos movimentos sociais (FRANÇA, 2018).

O arcabouço internacional dos direitos humanos surgiu como resposta às violações ocorridas durante a 2ª Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (1945) e a Declaração Internacional dos Direitos Humanos<sup>9</sup> (1948), passando a não mais aceitar que os Estados signatários promovessem a ruptura desses direitos fundamentais inatos de cada indivíduo, que posteriormente passou a incluir entre eles o direito à saúde (BRASIL, 2010; VENTURA, 2010). Posteriormente, convenções, tratados e pactos internacionais como os Princípios de Yogyakarta (2006), que tratava especificamente sobre a livre orientação sexual e a identidade de gênero enquanto direitos humanos, foram elaborados para fortalecer e ampliar os princípios pactuados e a noção de estados democráticos de direito (CARMONA, 2013; SOUZA; IRIART, 2018). O Brasil, signatário desses compromissos internacionais, garantiu a inclusão de direitos políticos, sociais, e civis na Constituição promulgada em 1988, assumindo como fundamento a cidadania, a dignidade humana e o estado democrático de direito, além da promoção do bem-estar de todos, sem preconceitos relacionados a

---

<sup>9</sup> Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por> Acesso em: 28/05/2021.

origem, raça, cor, sexo, idade, crença dos indivíduos ou qualquer outra forma de discriminação (BRASIL, 1988; PIRES; LAURENTINO; SILVA, 2021).

Diversos autores<sup>10</sup> concordam que o início do movimento homossexual no Brasil, e consequentemente dos direitos humanos dos homossexuais, deu-se a partir do final da década de 70, com a criação do jornal *Lampião da Esquina* em 1978, publicação carioca que debatia temas relacionados a mulheres, negros e negras, ecologia e homossexuais. No mesmo ano, em São Paulo, foi criado o grupo de debate Núcleo de Ação pelos Direitos dos Homossexuais (gays e lésbicas), que posteriormente se transformou no grupo *Somos*, e tinha como foco as experiências homossexuais e a construção de uma identidade homossexual (CONDE, 2004; LAURENTINO, 2015).

A partir destes marcos, houve a criação de diversos grupos de combate à homofobia e à lesbofobia em diferentes cidades do Brasil, que realizaram em 1979 o 1º Encontro Nacional do Povo Gay, na Associação Brasileira de Imprensa, no Rio de Janeiro, com cerca de 60 pessoas, dando início ao que conhecemos como o Movimento Homossexual Brasileiro (MHB) organizado. Desde então, diversos grupos foram criados e tiveram contribuições importantes no debate da cidadania, do combate ao HIV/Aids, da homofobia, lesbofobia e transfobia, e da criação de políticas públicas para a população LGBT, entre eles o Grupo Gay da Bahia (GGB) e o Triângulo Rosa na década de 80, a *ASTRAL*<sup>11</sup>, a *ABGLT*<sup>12</sup>, e o Grupo Arco-Íris na década de 90, e a *ANTRA*<sup>13</sup>, *LBL*<sup>14</sup> e *ABL*<sup>15</sup> na década de 2000 (CONDE, 2004; LAURENTINO, 2015).

Durante a constituinte de 1988, o então denominado Movimento Homossexual Brasileiro (MHB) manteve interlocução junto aos deputados constituintes em prol do debate sobre a discriminação homofóbica. Entretanto, não foi possível avançar na inclusão das pautas de defesa da vida e da cidadania LGBT e, ao contrário da defesa contra a discriminação por sexo, raça, ou credo, a não discriminação por orientação sexual ficou de fora do texto constitucional. A escassez de políticas públicas, tanto na

---

<sup>10</sup> Almeida Neto (1999), Câmara (2002), Green (2000), Mac Rae (1990), Trevisan (2000) *apud* Conde (2004).

<sup>11</sup> Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro.

<sup>12</sup> Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

<sup>13</sup> Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros.

<sup>14</sup> Liga Brasileira de Lésbicas.

<sup>15</sup> Articulação Brasileira de Lésbicas.

área da saúde quanto nas demais áreas sociais, fez com que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde não dispusessem de qualquer iniciativa de promoção da saúde dessa população, a não ser na área de IST/Aids, até o final da década de 2000 e início da década de 2010 (LAURENTINO, 2015).

Nesse cenário, as políticas públicas, ações e programas executados pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais voltados aos indivíduos LGBT ocorreram devido ao reconhecimento da necessidade de combate ao preconceito, à discriminação e à exclusão que atinge essa parcela da população (LAURENTINO, 2015; MELLO; BRITO; MAROJA, 2012). Atualmente, a manutenção das políticas públicas conquistadas se dá pela proteção jurídica concedida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) que, a partir de 2011, reconheceu a legalidade da união estável entre casais do mesmo sexo<sup>16</sup>, possibilitando que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) promulgasse a Resolução nº 175, de 14 de maio de 2013, equiparando a união estável ao casamento civil, possibilitando aos casais homoafetivos um direito até então garantido exclusivamente aos casais heterossexuais (CNJ, 2013; STF, 2011).

Posteriormente o STF garantiu às pessoas transexuais o direito da mudança de nome e gênero, em suas certidões de nascimento, sem a necessidade da comprovação de intervenções médicas (STF, 2018). Mais recentemente, em 2019, através do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADO) nº 26 e do Mandado de Injunção nº 4.733, o STF equiparou a discriminação por motivação homolebotransfóbica ao crime de racismo, e em 2020 reconheceu a inconstitucionalidade da proibição de doação de sangue de homossexuais, através do julgamento da ADI 5.543 (STF, 2019; STF, 2020).

Mello, Brito e Maroja (2012) ressaltam a importância de políticas públicas expressadas através de ações e programas do Poder Executivo, voltadas à população LGBT, particularmente em um cenário de total ausência de qualquer lei aprovada pelo Poder Legislativo Federal que assegure direitos civis e sociais a esta população, e no qual o acesso ao Poder Judiciário ainda é restrito. Nesse contexto, Laurentino (2015) ressalta que

As bancadas evangélicas e conservadoras nas Câmaras, Assembleias e Senado, frequentemente usam seu peso/voto como moeda de troca para o freio ou a retirada de políticas sinalizadas para a comunidade LGBT, impedindo assim que estas se efetivem e se transformem em lei. Essas bancadas também propõem políticas cerceadoras e restritivas que visam

---

<sup>16</sup> Em maio de 2011 o STF julgou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4.277 e a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 132, reconhecendo a união estável para casais do mesmo sexo.

garantir ou explicitar que determinados direitos civis sejam garantidos exclusivamente a cidadãos heterossexuais em detrimento dos demais, como é o caso do Projeto de Lei (PL) nº 1.865, de julho de 2011, que prevê em seu art. 3º que o Casamento Civil somente será aceito entre uma pessoa do sexo masculino e outra do sexo feminino, levando-se em consideração o sexo determinado no Registro de Nascimento (p. 15-16).

Com relação ao enfrentamento do desafio da garantia de direitos de cidadania e humanos, Mello, Brito e Maroja (2012) reconhecem que as pessoas LGBT têm sua humanidade recorrentemente negada ou questionada a partir de valores religiosos e da heteronormatividade, posta como norma social. A reivindicação dos direitos das pessoas LGBT e sua própria cidadania é colocada na ilegitimidade, e o dever do Estado em garantir suas liberdades existenciais, suas vidas e a autonomia desses indivíduos não é cumprido.

Para Conde (2004, p. 81) a pluralidade social “extrapola a origem de classe, evidenciou-se em novos movimentos sociais, que passaram a apresentar demandas e insatisfações de mulheres, de índios, de negros e de homossexuais que exigem ser respeitados como sujeitos, como cidadãos”. Dahl (2001, p. 175), ao analisar a democracia e a relação com a economia de mercado, concluiu que “cidadãos economicamente desiguais têm grande probabilidade de ser também politicamente desiguais”. Dessa forma, esses grupos sociais estavam invisibilizados, ou sub-representados, nos debates nacionais e essa desigualdade, principalmente em relação a garantia dos direitos civis, também se reflete na insegurança de políticas sociais e econômicas.

#### **1.4. O cenário carioca e fluminense das políticas públicas LGBT**

As políticas públicas têm papel relevante na superação, ou mesmo na manutenção, das opressões e desigualdades como, por exemplo, as relacionadas às questões de gênero e sexualidade presentes na sociedade. Entretanto, a implementação na prática cotidiana dos objetivos propostos pelas políticas públicas depende diretamente da atuação do agente público executor de suas ações, que podem fomentar ou prejudicar a efetivação da política pública proposta (DE MARTINO JANNUZZI, 2002).

Nem sempre o acesso “universal” aos serviços públicos é garantia para que o atendimento das necessidades de todos seja alcançado, e no caso das minorias, se suas especificidades não forem observadas, esse acesso universal pode reforçar as desigualdades existentes (FARAH, 2004; FRANCO, 2017). Nesse sentido, as políticas públicas expressam as asserções dos Governos, seus interesses e realizações em prol das mudanças sociais almejadas (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Não obstante as críticas existentes às suas implementações, as políticas públicas voltadas para a população LGBT simbolizam a existência de avanços, e o enfrentamento das barreiras e adversidades que precisam ser superadas, para que as demandas da população LGBT possam ser alcançadas (FRANCO, 2017). Adicionalmente, as políticas públicas para essa população necessitam de constante acompanhamento e avaliação, para que possam alcançar os objetivos propostos, entre eles a superação do preconceito e da estigmatização, que influenciam no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas LGBT (FRANCO, 2017).

Entre as iniciativas e políticas públicas tomadas pelo Estado e pela Prefeitura do Rio de Janeiro, em relação à cidadania e à saúde LGBT, destacam-se leis, portarias e resoluções que auxiliaram na construção do arcabouço de proteção social LGBT a nível local, regional e nacional. Essas normativas foram objeto de análise recente de Pires, Laurentino e Silva (2021) na pesquisa de “Mapeamento do Projeto Observatório de Políticas Públicas LGBTI no Estado do Rio de Janeiro”, e estão compiladas de forma dispersa na internet, com destaque para o site da ABGLT<sup>17</sup>, da Coordenadoria Especial de Diversidade Sexual (CEDS)<sup>18</sup> da Prefeitura, do Governo Estadual, da Câmara Municipal e Assembleia Legislativa, e no “Guia da Diversidade LGBT: saúde, atendimento e legislação” (2019), produzido pela CEDS conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) do Rio de Janeiro.

A cidade do Rio de Janeiro é pioneira em relação a ações de cidadania e de promoção de políticas públicas para a população LGBT. Em 1995 ocorreu na cidade do Rio de Janeiro a 1ª parada LGBT do Brasil, organizada pelo Grupo Arco-Íris, denominada “Marcha pela Cidadania Plena de Gays e Lésbicas” (MEIRELLES, 2012), abrindo caminho para a realização de paradas LGBT em diversos municípios

---

<sup>17</sup> [www.abgl.org/rio-de-janeiro](http://www.abgl.org/rio-de-janeiro)

<sup>18</sup> [www.rio.rj.gov.br/web/cedsrio/exibeconteudo?id=6822810](http://www.rio.rj.gov.br/web/cedsrio/exibeconteudo?id=6822810)

brasileiros, incluindo todas as capitais nos anos seguintes. As paradas afirmaram-se como espaços de luta, combate a LGBTfobia e defesa da cidadania dessa população.

Foi na cidade do Rio de Janeiro que, em 1996, a 1ª lei brasileira que estabeleceu sanções à discriminação por orientação sexual foi sancionada<sup>19</sup>, e posteriormente reforçada pela lei nº 4.774 de 29 de janeiro de 2008, que estabeleceu as medidas destinadas ao combate à discriminação por orientação sexual, e criou o Conselho Municipal de Atenção à Diversidade Sexual, e o Centro de Referência GLBTT no Combate à Discriminação por Orientação Sexual, vinculado à Comissão de Defesa dos Direitos Humanos da Câmara Municipal. Ainda em 2007, a partir da lei nº 4.556/2007, a prefeitura do Rio possibilitou que os servidores públicos pudessem incluir seus companheiros do mesmo sexo como dependentes no plano de saúde dos servidores.

Através da lei municipal nº 4.766 de 2008, foi instituído o Programa de Assistência à Diversidade Sexual e de Combate à Discriminação do Município do Rio de Janeiro, abrindo caminho para o decreto nº 29.135/2008 que criou o “Comitê de Garantia de Direitos”, para que a população LGBT passasse a contar com um órgão público de promoção e defesa de suas demandas. Posteriormente, o decreto nº 33.376 de 2011 criou a Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual (CEDS), vinculada ao gabinete do Prefeito, e no mesmo ano o decreto nº 33.489 alterou a denominação do Comitê de Garantia de Direitos para Comitê Carioca da Cidadania LGBT, subordinando-o à CEDS.

Após sua criação, a CEDS teve papel importante na articulação de políticas públicas para a população LGBT no município do Rio de Janeiro, e em parceria com o Movimento LGBT carioca e parlamentares aliados, pode influenciar na criação de arcabouços legais como a inclusão e o uso do nome social de travestis e transexuais nos serviços públicos municipais, instituído através do decreto nº 33.816 de 2011, posteriormente referendado pela lei nº 6.329 de 2018, sancionada pela Câmara Municipal; a criação do decreto municipal nº 33.815/2011 que estabeleceu a obrigatoriedade da fixação de aviso, nos serviços públicos municipais, do contato da CEDS para esclarecimentos, denúncias e reclamações; e a Resolução Conjunta, SMS-RJ e CEDS, nº 056/2013 que instituiu o Programa de Atenção Integral à Saúde da População de Transexuais e Travestis na Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, colocando a atenção primária municipal como porta de entrada para atendimento e

---

<sup>19</sup> Lei nº 2.475/1996 - Estabelece sanções aos estabelecimentos que discriminem pessoas em virtude de sua orientação sexual no Município do Rio de Janeiro.

acolhimento das demandas de saúde destes usuários e o encaminhamento aos serviços especializados para o processo transexualizador (PIRES; LAURENTINO; SILVA, 2021).

No que compete à saúde LGBT, o estado do Rio de Janeiro possui o Conselho Estadual dos Direitos da População LGBT (CELGBT/RJ), e um dos cinco hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde para a realização dos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos do processo transexualizador, o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). Assim como uma rede de proteção social formada por órgãos governamentais em nível de estado e municípios, e organizações não governamentais de promoção da cidadania LGBT (LAURENTINO, 2015; MELLO et al., 2011).

Em relação às ações desenvolvidas pelo Governo Estadual do Rio de Janeiro, no esforço para o combate à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, temos um marco a partir do ano 2000, quando o Governo Estadual sancionou a lei nº 3.406/2000, estabelecendo penalidades aos estabelecimentos que discriminassem pessoas em virtude de sua orientação sexual no Estado do Rio de Janeiro. Esta lei foi posteriormente revisada pela lei nº 7.041/2015, que incluiu sanções a agentes públicos e estabelecimentos localizados no Estado do Rio de Janeiro, que discriminassem as pessoas em virtude de sexo ou da orientação sexual. Ainda no ano de 2007, a lei estadual nº 5.034/2007 possibilitou a averbação para fins previdenciários de companheiros do mesmo sexo de servidores estaduais.

Após essas importantes iniciativas, o Governo Estadual criou, através do decreto nº 40.822/2007, a Câmara Técnica responsável pela elaboração do programa estadual de combate à homofobia e promoção da cidadania da população LGBT, o Rio sem Homofobia<sup>20</sup>. E no ano seguinte, o Governo do Estado realizou a I Conferência de Políticas Públicas para Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Estado do Rio de Janeiro, etapa estadual preparatória para a Conferência Nacional GLBT, que possibilitou a formulação de debates e proposições de políticas para esta população. Em 2010 foi instalado na capital o Centro de Cidadania LGBT, equipamento público estadual de promoção da cidadania e de combate a LGBTfobia.

O Governo Estadual, através de sua Superintendência de Direitos Individuais, Coletivos e Difusos, da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SuperDir/SEASDH), também foi responsável pela promulgação de decretos e

---

<sup>20</sup> Em 2020, o decreto estadual nº 47.237 alterou a denominação do Programa “Rio Sem Homofobia” para Programa “Rio Sem LGBTifobia”.

resoluções que possibilitaram a inclusão de demandas da população LGBT no rol das políticas públicas fluminenses. Entre elas podemos destacar: o decreto nº 43.065 de 2011, que possibilitou o direito ao uso do nome social por travestis e transexuais nos órgãos públicos estaduais; e a resolução nº 558/2015 da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP) que, entre outros, possibilitou aos LGBT privados de liberdade o respeito a sua orientação sexual e identidade de gênero, e considerou esta última para o encaminhamento à casa de custódia específica, além de garantir a implementação da PNSI LGBT e a continuidade do tratamento hormonal das pessoas trans custodiadas no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro. O Estado do Rio de Janeiro também foi pioneiro ao instituir a “Carteira de Identidade Social”, através do decreto nº 46.172/2017, possibilitando a existência de um documento oficial de identificação a partir do nome social de pessoas travestis e transexuais.

Esse arcabouço de políticas públicas municipais e estaduais possibilitou que a população LGBT carioca e fluminense pudesse ver suas demandas, sociais e de cidadania, atendidas pelo poder público e seus agentes. Elas são fruto de uma atuação de *advocacy* de lideranças e legisladores em prol da população LGBT e do combate à discriminação e à LGBTfobia assumidos pelos governos à época, configurando-se em um respaldo legal para o exercício da cidadania e proteção dos direitos das pessoas LGBT no Estado e na Cidade do Rio de Janeiro. Essas iniciativas serviram de exemplo para outras ações semelhantes em diferentes cidades e estados, junto ao governo federal e ao STF. Entretanto ainda não foram capazes de permear o poder legislativo federal (Câmara dos Deputados e Senado), que não aprovou nenhuma legislação em prol da população LGBT especificamente.

### **1.5. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT como estratégia de saúde LGBT para além da Aids**

A área da saúde, desde a emergência da Aids na década de 1980, tem propiciado o surgimento de iniciativas de políticas públicas para a população LGBT como resposta às demandas dessa população. As políticas de saúde existentes não contemplavam a saúde integral das minorias sexuais, mas serviam como meio de controle da sexualidade delas, passando a produzir práticas sexuais aceitáveis e questionando o modo que os

LGBT vivenciavam sua sexualidade (SAMPAIO; GERMANO, 2014). Esse cenário começou a mudar no final da década de 2000 com as políticas da área da saúde voltadas ao combate ao HIV/Aids específicas para mulheres lésbicas, gays, travestis e transexuais, as políticas de equidade voltadas a essa população, a adoção do nome social no SUS, o processo transexualizador e, no início da década de 2010 com a chegada da PNSI LGBT.

A PNSI LGBT foi assinada pelo Ministério da Saúde em 01 de dezembro de 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Este dia é celebrado mundialmente como “Dia Internacional de Luta contra a Aids”, doença que ficou conhecida como “câncer gay” nos anos próximos de sua descoberta. Em novembro de 2011, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) pactuou o Plano Operativo da PNSI LGBT (Anexos B e C), estipulando metas e ações a serem realizadas no período de 2012 a 2015. O Plano Operativo reforçou a necessidade da união dos esforços das três esferas de governo, representadas pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) junto com a sociedade civil, para que se pudesse promover a saúde, a atenção e o cuidado da população LGBT (LAURENTINO, 2015).

A PNSI LGBT tem como prioridade a redução das desigualdades geradas pela discriminação de orientação sexual e identidade de gênero que ocorrem, em particular nos serviços de saúde. Esta política possui princípios éticos e políticos que visam promover a equidade em saúde, ao reconhecerem que a discriminação e a exclusão vivenciadas pela população LGBT são marcadores do processo saúde-doença desses indivíduos. Foram pactuados quatro eixos que compõem o Plano Operativo da PNSI LGBT, possibilitando estratégias de gestão nas três esferas de governo, para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde que afetam a população LGBT (BRASIL, 2013).

O Plano Operativo pactuado, além de representar um marco legal de responsabilidades, é um desenho articulado das ações necessárias para a implementação da PNSI LGBT. Dessa forma, ele representa as demandas necessárias para a efetivação das ações transversais dessa Política, e o que se destaca são as ações individuais e compartilhadas de cada esfera de representação, que passam a ter o seu papel nesta implementação e na articulação com as demais ações e políticas de saúde (LAURENTINO, 2015).

Entre os objetivos do Plano Operativo da PNSI LGBT destaca-se a necessidade de se garantir e ampliar o acesso da população LGBT às ações e aos serviços de saúde, possibilitando um acolhimento mais adequado a esta população; o reconhecimento da inclusão e utilização dos quesitos de orientação sexual e identidade de gênero na produção de informações, para subsidiar a tomada de decisões e o estabelecimento de prioridades na atenção à saúde; assim como a identificação das necessidades de saúde da população LGBT, ainda sub-observadas, o que possibilitará a produção de perfil epidemiológico e dos agravos em saúde, para além da Aids e das infecções sexualmente transmissíveis (IST) (BRASIL, 2013).

O primeiro eixo do Plano Operativo diz respeito ao "Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde", buscando, entre outros, adotar mecanismos de gestão e planejamento para a promoção da equidade em saúde; da produção de informação e comunicação em saúde; de ações intersetoriais; e o incentivo à participação do movimento LGBT nos Conselhos e Conferências de saúde e controle social, aliado à inclusão dos quesitos de orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação em saúde, assim como o uso do nome social de travestis e transexuais no SUS. Este eixo também incentiva a realização de pesquisas sobre a situação de saúde da população LGBT, possibilitando a geração de dados epidemiológicos e o enfrentamento do preconceito e da discriminação que sofrem (BRASIL, 2013).

O segundo eixo, das "Ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT" explicita a importância da inclusão dos quesitos de orientação sexual e identidade de gênero, que são um dos focos do eixo anterior, e o desenvolvimento de estratégias para qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise de dados específicos sobre a saúde da população LGBT, desenvolvendo estratégias de monitoramento, avaliação e difusão de indicadores e de serviços de saúde para LGBT, incluindo o combate à violência LGBTfóbica e o recorte étnico-racial e territorial, possibilitando a produção de dados sobre os agravos à saúde desta população (BRASIL, 2013).

Já o terceiro eixo, visa dar ênfase na "Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT", buscando garantir que gestores, profissionais de saúde, conselheiros de saúde, e lideranças LGBT tenham acesso a formação, através de ações e políticas de educação permanente, de temas para o enfrentamento da discriminação de gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia e território relacionadas as especificidades em saúde da população LGBT. Este eixo também destaca a necessidade

de inclusão de ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas a eliminar o preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território (BRASIL, 2013).

Por último, o quarto eixo trata do "Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT", e estabelece que elas devem ocorrer com base nas ações propostas pelos eixos anteriores, na morbimortalidade e no acesso da população LGBT à atenção integral à saúde, considerando as prioridades e metas dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, e pactuados no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), e no Plano Plurianual 2012-2015 (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que, para cada eixo, estão definidos recursos financeiros correspondentes, os quais estão inseridos no PPA 2012–2015, nos programas e ações da Secretaria-Executiva (SE), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). (BRASIL, 2013, p. 30).

Apesar dos avanços na área da saúde, a falta de um marco regulatório no legislativo federal, o preconceito institucionalizado, e o baixo engajamento de profissionais com o tema LGBT, entre outros aspectos, fazem com que esta população ainda esteja distante do atendimento pleno às suas demandas, e ainda seja vista prioritariamente pela lente de público-alvo das ações voltadas às pessoas que vivem com HIV/Aids.

## **1.6. A Bioética e a saúde da população LGBT**

O enfoque da discussão bioética na saúde é pertinente para se avaliar a questão da acessibilidade da população LGBT na atenção básica, uma vez que os fatores que dificultam a acessibilidade dessa população estão relacionados a demandas e processos de trabalho nos serviços de saúde, configurando-se assim como problemas éticos (FRANKLIN et al, 2016). As perspectivas acerca dos desdobramentos éticos na saúde da população LGBT são diversas, entre estas, pode-se citar os enfoques principialista, o utilitarismo, a bioética da proteção, ou mesmo a bioética *queer*.

Para Childress (1998), há na Bioética diferentes abordagens baseadas em princípios, não podendo as críticas dirigidas contra uma serem estendidas às demais, e nem a perspectiva de análises baseada em princípios ser limitada a teorias deontológicas, uma vez que as teorias consequencialistas, como o utilitarismo, também podem ser baseadas em princípios. Segundo o autor, na literatura da bioética, os princípios representam os seguintes tipos de considerações morais gerais, declaradas por ele como obrigações: obrigações de respeitar as escolhas das pessoas competentes (respeito às pessoas ou autonomia pessoal); obrigação de não prejudicar outras pessoas, incluindo não matá-las ou tratá-las cruelmente (não-maleficência); obrigações de beneficiar outras pessoas (beneficência); obrigações de produzir um saldo líquido de benefícios sobre danos (utilidade); obrigações de distribuir benefícios e danos de forma justa (justiça); obrigações de manter promessas e contratos (fidelidade); obrigações de veracidade; obrigações de divulgar informações; e obrigações de respeitar a privacidade e proteger informações confidenciais (confidencialidade).

Compreendendo o contexto de lutas e conquistas da população LGBT em relação à saúde, emergem questões importantes relacionadas à conduta dos profissionais diante de diversidade sexual, pois uma parcela deles baseia grande parte de seu comportamento em valores ligados ao seu contexto sócio-histórico de socialização. Entretanto, os códigos de ética profissional preconizam que o profissional deve eximir-se de qualquer forma de juízo de valor na relação entre ele e o usuário (SANTOS et al, 2015). Considerando a bioética principialista, percebe-se a importância de reforçar, na formação profissional, os quatro princípios básicos (beneficência, justiça, não-maleficência, e autonomia) propostos por Beauchamp e Childress, tornando-os indispensáveis para a relação do profissional de saúde e do usuário (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; SANTOS et al, 2015). Neste sentido, Santos et al (2015) ressaltam a importância da bioética principialista na atuação profissional, como forma de possibilitar a superação de prévios juízos de valores, contribuindo assim para o alcance da integralidade na assistência à população LGBT.

Para Singer (2000) a noção de viver de acordo com padrões éticos está ligada à noção da defesa da forma como se vive, de dar uma razão para tal, de justificá-la. Singer, ao adotar a noção universalista do utilitarismo na sua reflexão ética, não defende que a forma de se viver seja sustentada por qualquer justificativa, ou seja, não poderia ser uma justificativa de tipo pessoal, ou de interesse individual, que não

tenha qualquer compatibilidade com princípios éticos de base mais ampla, para que possa ser considerada defensável desse modo de vida.

Singer (2000) não adota o utilitarismo como única posição ética a ser considerada, mas sim como ponto de partida, reconhecendo o mérito de outros pontos de vista. Dessa forma, segundo Singer, os interesses pessoais próprios de um determinado indivíduo não podem contar mais do que os interesses dos outros indivíduos. Então, sendo a saúde no Brasil um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas (Constituição Federal de 1988), não cabe ao Estado, nem tão pouco aos seus representantes, negligenciar o atendimento integral à saúde da população LGBT brasileira, relegando-a a um sub-atendimento ou ao estigma de uma determinada doença, principalmente quando baseado em discursos conservadores e de fundamentações religiosas.

Durante o século XX, transformações profundas ocorreram no que diz respeito às atitudes morais, e Singer (2000) reconhece que a homossexualidade esteve inserida nestas transformações, transitando da invisibilidade, para a negação social, e posterior luta pelo reconhecimento e inclusão. Embora não se tenha chegado ainda a um consenso com relação a alguns temas, espera-se que, assim como a questão da diferença sexual entre homens e mulheres, ou racial entre brancos, negros e indígenas, consiga-se atingir a plena maioria no que diz respeito ao reconhecimento da igualdade entre as diferentes orientações sexuais e identidades de gênero.

Entretanto, a urgência das demandas da população LGBT, pelo reconhecimento e respeito as suas especificidades, cobra por mudanças mais céleres, e colocam as políticas de saúde voltadas a essa população dentro da temática dos direitos humanos.

O uso do instrumental dos direitos humanos no campo da saúde significa incorporar a noção de que saúde é, sobretudo, uma questão de cidadania e justiça social, e que todos têm direitos de proteção, de garantia e de promoção relacionados à sua saúde, que possibilite bem-estar e desenvolvimento humano. Significa reconhecer, ainda, a plena responsabilidade do Estado na implantação desses direitos e sua possibilidade de tutela judicial nos planos nacional e internacional, por meio dos mecanismos de garantia e promoção dos direitos. (VENTURA, 2010, p. 35).

Ainda segundo Singer (2000), a igualdade entre os seres humanos é um princípio ético fundamental e, ao abordar de forma crítica a igualdade de oportunidades, o autor nos coloca que esta igualdade é genuína apenas quando se garante as mesmas vantagens a todas as pessoas. Assim, e ainda compreendendo a crítica de Singer, os LGBT são alijados do processo de igualdade, ao terem a oportunidade de ter sua assistência à saúde e a educação, por exemplo, obstaculizadas pela sociedade e pelo Estado em

virtude da discriminação e da violência que deles decorrem. Dessa forma, a negação ou negligência ao acesso à saúde para essa população torna-se arbitrário.

Uma forma de superar estes obstáculos, segundo Singer (2000), seria ir além da igualdade de oportunidades e dar tratamento preferencial aos membros de grupos desfavorecidos. Como colocado por ele, este ato trata-se da ação afirmativa (por vezes também chamada "discriminação positiva"). Foi nesse intuito que o Governo Federal instituiu no SUS a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2011), compreendendo que esta parcela da população teve seus interesses de saúde cerceados pelo Estado, ao ignorar as suas demandas específicas e as suas peculiaridades sociais.

A bioética da proteção pode ser uma ferramenta para enfrentar os desafios éticos no acesso ao serviço, principalmente para a população LGBT. Ela é compreendida como "a atitude de dar resguardo ou cobertura a necessidades essenciais, quer dizer, aquelas que devem ser satisfeitas para que a pessoa afetada possa atender a outras necessidades ou outros interesses" (FRANKLIN et al, 2016, p. 3486). Assim é necessária uma mudança de estratégia real de prevenção, considerando a população mais vulnerável, e políticas públicas que visem diminuir as grandes desigualdades existentes, e havendo a necessidade dos profissionais de saúde de modificarem suas condutas e práticas, principalmente para o aconselhamento em saúde, com a perspectiva de melhorar a qualidade de vida da população (FRANKLIN et al, 2016).

De acordo com o levantado por Franklin et al (2016), os usuários apontam a errônea correlação entre a orientação sexual e a condição soropositiva para o HIV, que é realizada nos serviços de saúde, apontando assim uma entre tantas discriminações que sofrem. Outra insegurança errônea, dessa vez dos usuários, é com a ideia de que haverá a quebra de sigilo de suas informações médicas, uma vez que elas são compartilhadas entre diferentes profissionais. Dessa forma, faz-se necessário alcançar uma assistência à saúde que compreenda integral e holisticamente os LGBT, apontando assim a necessidade dos serviços de saúde da atenção básica como espaços multiprofissionais (FRANKLIN et al, 2016).

Os profissionais de saúde não conhecerem as necessidades dessas pessoas e seus problemas de saúde estão entre as maiores causas na dificuldade de acessibilidade dos LGBT aos serviços de saúde, o que evidencia a vulnerabilidade na garantia dos direitos humanos básicos da população LGBT (FRANKLIN et al, 2016). O conceito de Vulnerabilidade, que incorpora múltiplas compreensões, olhares e contextos sociais e políticos em seu uso no que compete aos indivíduos, as populações ou aos grupos

vulneráveis, compreende as noções de incapacidade, de carência de recursos e ausência de autonomia, seja individual ou coletiva (TEDESCO; LIBERMAN, 2008).

Nesse sentido vulnerabilidade relaciona-se a possibilidade de exposição a agravos, ao adoecimento, ao déficit no acesso a informações e conhecimento, ou ao não exercício pleno de seus direitos e sua cidadania. A compreensão do conceito de vulnerabilidade permite a operacionalização de políticas públicas e ações que promovam sua superação em nível individual, considerando as crenças, atitudes, decisões, e ao acesso à informação, arcabouço intrínseco e pessoal de cada um; social, a partir de contextos socioculturais, educacionais, políticos e econômicos; e programático, que tem sua relação com a oportunidade e o exercício do acesso e do usufruto do direito social e político, além da capacidade de superação de seus obstáculos estruturais (AYRES et al, 2003; BUCHALLA; PAIVA, 2002; TEDESCO; LIBERMAN, 2008).

Franklin et al (2016) apontam a postura ética, durante o acolhimento dos usuários, como importante para escutá-los e respeitá-los em suas diversidades de escolhas sexuais, podendo assim chegar à resolutividade e inclusão social deles. Os autores também ressaltam que ainda há a necessidade de outros estudos sobre o acesso à atenção básica dos LGBT, possibilitando ampliar o conhecimento e a adesão destes aos serviços de saúde, o que possibilitaria a superação de suas vulnerabilidades no acesso à saúde.

Para Motta et al (2016), considerando um cenário de ascensão de grupos conservadores e neo-conservadores, e em contextos de crise política e fragilidade do Estado, a teoria *queer* adequa-se para analisar as questões relativas às políticas de gênero e sexualidade, pois adota como campo de análise os processos de normalização da vida social, em especial a heteronormatividade, uma vez que é no âmbito das redes de poder, e resistência, que emergem as possibilidades de ruptura e transgressões dos processos heteronormativos.

Sampaio e Germano (2014) destacam que, assim como a identidade sexual, o termo *queer* foi ressignificado e afirmado positivamente, não deixando de opor-se às normas de sexo e gênero, mas sendo usado para unir e dar visibilidade às diferentes vivências da sexualidade dos indivíduos, desconstruindo as identidades sexuais imutáveis que classificam e restringem as pessoas. Segundo Motta (2016), a teoria *queer* preocupa-se em tornar manifestas as múltiplas identidades e suas formas de existir em sociedade, confrontando os subterfúgios que as restringem e as colocam na marginalidade.

A construção da identidade e da diferença são aspectos de análise da teoria *queer*, assim como questões relativas a poder, resistência e transgressão, podendo ser um espaço de inclusão social e cultural e de reconstrução de políticas de equidade. A reflexão sobre a forma como a sexualidade é moldada e atravessada pelos discursos de normalização ganha outros contornos ao questionar o binarismo de gênero, em contraponto à simples defesa da homossexualidade, assumindo uma crítica aos regimes de normalização, às concepções de poder centradas na repressão, e ao disciplinamento e controle, reafirmando assim não uma perspectiva de diversidade, mas sim de diferença, e denunciando os mecanismos utilizados para situar tais diferenças como anormais (MOTTA et al, 2016).

Ao questionar o engessamento dos sujeitos e suas identidades sexuais, a teoria *queer* confronta as margens dos modelos biológicos que limitam a existência dos indivíduos, e opõem as identidades heterossexuais a homossexuais, o masculino ao feminino, e o normal ao anormal. No campo da saúde, a teoria *queer* pode auxiliar os profissionais na construção de novas práticas e conhecimentos a respeito da população LGBT, confrontando estruturas sociais e culturais de poder e propiciando, dentro do território, outras formas de viver, cuidar da saúde, e de exercício da sexualidade (MOTTA et al, 2016). Em vista do exposto, e considerando o cenário de instabilidade política atual, a teoria *queer* pode ser uma importante ferramenta para a análise ética da implementação das políticas de saúde LGBT no Brasil.

Embora a PNSI LGBT tenha sido instituída pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Sociedade Civil, e seu Plano Operativo pactuado na Comissão Intergestora Tripartite, muitas dificuldades ainda existem para sua plena implementação, como exemplo temos o desrespeito ao uso do nome social, a escassez de campanhas de saúde e da formação continuada de profissionais de saúde voltadas a população LGBT para além da Aids, entre outras. Essas dificuldades configuram-se como barreiras ao acesso e à garantia da saúde desta população de acordo com os eixos norteadores estabelecidos para o quadriênio 2012-2015 desta Política.

Considerando a carência de informações a respeito da implementação da PNSI LGBT na cidade do Rio de Janeiro, faz-se importante abordar essa perspectiva a partir da ótica do acesso, ou seja, os aspectos técnicos, políticos e relacionais envolvidos no acolhimento e atendimento da população LGBT, utilizando para isso o primeiro dos quatro eixos do Plano Operativo da política (Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde), e observando os conflitos éticos envolvidos.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1. Geral**

Analisar o processo de implementação e os conflitos éticos envolvidos, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro-RJ a partir dos aspectos técnicos, políticos e relacionais concernentes ao acolhimento e atendimento da população LGBT, conforme preconizado no eixo de Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde, inserido no Plano Operativo da política.

### **2.2. Específicos**

1. Conhecer a concepção sobre o atendimento à saúde da população LGBT dos profissionais dos diferentes equipamentos de saúde e da rede de proteção social no município do Rio de Janeiro.
2. Identificar as percepções dos usuários que se autoidentificam como lésbica, gay, bissexual, travesti, ou transexual sobre: o atendimento à saúde da população LGBT, a PNSI LGBT, o papel da rede de proteção social, e os entraves enfrentados para se assegurar o atendimento integral da população LGBT;
3. Identificar os conflitos éticos envolvidos na implementação da PNSI LGBT.

### 3. MÉTODO E POPULAÇÃO EM ESTUDO

Günther (2006) destaca que frequentemente a pesquisa qualitativa é definida em contraponto a quantitativa, quando deveria ser compreendida em si, pois a análise de textos, contextos, e observações do pesquisador para a interpretação das relações complexas dos indivíduos, comunidades e sociedades de modo a construir e compreender a realidade destes subjetivamente são características gerais da pesquisa qualitativa. Minayo (2010) ressalta que as metodologias da pesquisa qualitativa podem ser compreendidas como hábeis a atingir os significados e intencionalidades inerentes aos atos, relações e estruturas sociais construídas, o que possibilita compreender a lógica interna que perpassa grupos, instituições, movimentos e atores sociais, revelando suas relações, valores, culturas, representações, processos histórico-sociais e de implementação de políticas públicas.

A pesquisa quantitativa possui um caráter matemático e experimental, com descrição empírica a partir de análise e medidas de variáveis, evidenciando a realidade quantificável sem interessar-se pela sua subjetividade, buscando generalizações e objetividades passíveis de serem compreendidas a partir dessas variáveis. A pesquisa qualitativa empenha-se sobre a realidade que não pode ser mensurada numericamente ou exclusivamente por variáveis matemáticas, debruçando-se sobre significados, valores, crenças, atitudes, aspirações e motivos dessa realidade, evidenciando assim a sua subjetividade (TAQUETTE; BORGES, 2020).

Tratando-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, na qual o enfoque é evidenciar aspectos subjetivos, que não emergiriam em uma abordagem quantitativa clássica, e compreendendo a complexidade do tema abordado e sua natureza social e cultural, este estudo orientou-se em uma vertente qualitativa segundo um desenho de pesquisa aplicada, de natureza analítica observacional.

Para isso, realizou-se revisão sistematizada da bibliografia acadêmica abrangendo os anos de 2012 (primeiro ano após a promulgação do Decreto instituidor da PNSI LGBT) a 2018 (ano seguinte à repactuação da política pela Comissão Intergestora Tripartite), e institucional sobre o tema, além de entrevistas com profissionais e gestores de saúde, e com usuários LGBT dos serviços de saúde pública no município do Rio de Janeiro. É pertinente ressaltar que neste estudo utilizamos a sigla LGBT, e não as suas variações atuais (LGBTI+, LGBTQIA, LGBTQIA+, entre

outras), considerando que esta foi a sigla adotada para identificar as orientações sexuais e identidades de gênero cobertas pela PNSI LGBT, sendo ainda assim utilizada no texto dessa política.

Em relação aos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam nas Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro na promoção, prevenção e assistência à saúde da população, foram estrategicamente escolhidos os gestores e os profissionais médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois são os profissionais que a população, inclusive a LGBT, possui mais acesso quando busca o atendimento na saúde. As participações dos gestores e profissionais de saúde ocorreram de forma voluntária nesta pesquisa.

Em virtude da diversidade de gênero, de orientação sexual, e de identidade de gênero existente entre a população LGBT, assim como a limitação de recursos e tempo para a tabulação e análise dos dados obtidos, considerou-se como mais relevante, para a análise da PNSI LGBT, a participação mais diversa possível de usuários LGBT nas entrevistas. Dessa forma optou-se por realizar um desenho amostral da diversidade da população LGBT nos espaços de frequência dessa população, construindo assim uma amostra não probabilística desta representação. As participações dos LGBT ocorreram de forma voluntária nesta pesquisa.

Buscou-se a produção de novos conhecimentos e técnicas, de base tecnológica, a respeito do tema pesquisado possibilitando, assim, sua aplicação prática na melhoria da qualidade de vida (FONTELLES et al, 2009) e da atenção à saúde da população LGBT.

### **3.1. Público-alvo e local do estudo**

Como públicos-alvo, este estudo abordou os diferentes profissionais que compõem pelo menos uma equipe da atenção primária da ESF e gestores desses equipamentos públicos de cada uma das dez Áreas Programáticas de Saúde (APS) da cidade do Rio de Janeiro (Figura 1). Também foram entrevistados usuários dos equipamentos públicos de saúde a partir de busca ativa e voluntária em meio à locais de frequência da população LGBT, que se autoidentificaram como lésbica, gay, bissexual, travesti ou transexual.

Os locais de estudos deste trabalho foram:

- 1- Dez equipamentos da ESF, escolhidos de forma aleatória entre as 122 Clínicas da Família informadas através de listagem fornecida pela SUBPAV/SMS/RJ, tendo como critério de exclusão aquelas localizadas em áreas de conflito ou com alto grau de periculosidade na cidade;

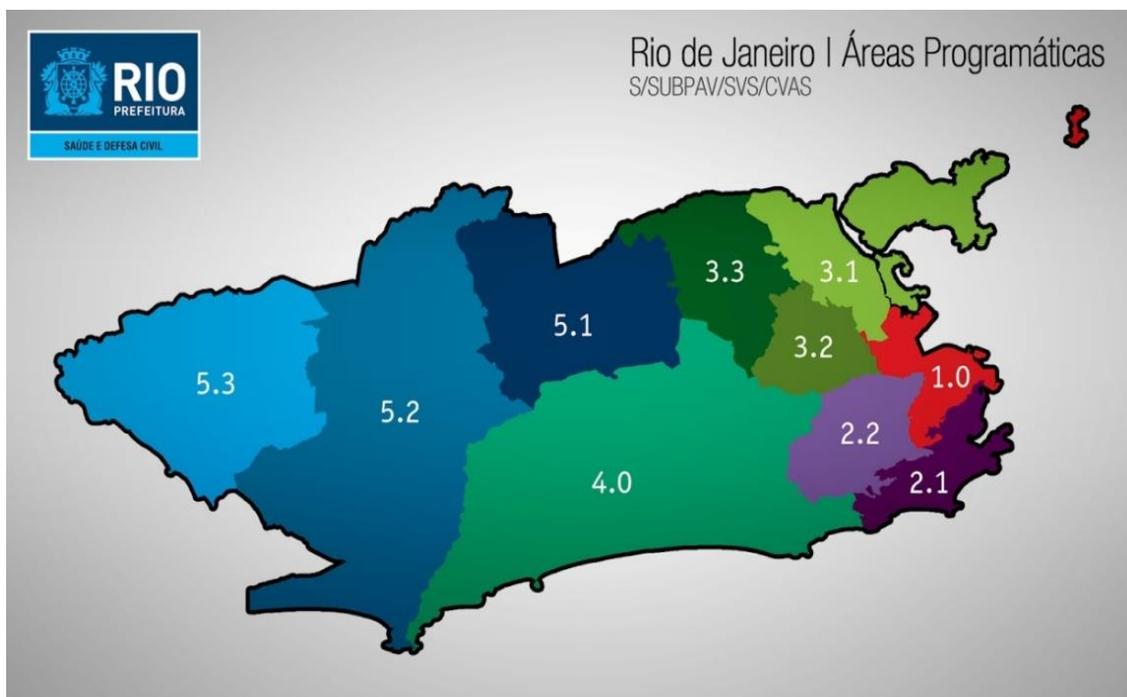


Figura 1 - Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por áreas programáticas. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Rio de Janeiro/RJ. Disponível em: <http://prefeitura.rio/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a>.

Esta estratégia de seleção das Clínicas da Família visou abranger, no estudo, a possível diversidade dos olhares e experiências profissionais nos diferentes pontos da cidade representados pelas APS.

- 2- Quatro locais de frequência da população LGBT, distribuídos entre as quatro macrorregiões da cidade (Figura 2), sendo três deles boates localizadas nos seguintes bairros do município do Rio de Janeiro: Lapa, Madureira, e Praça Seca. O quarto local foi o bairro de Copacabana durante a 23ª Parada do Orgulho LGBT do Rio de Janeiro, em 2018.

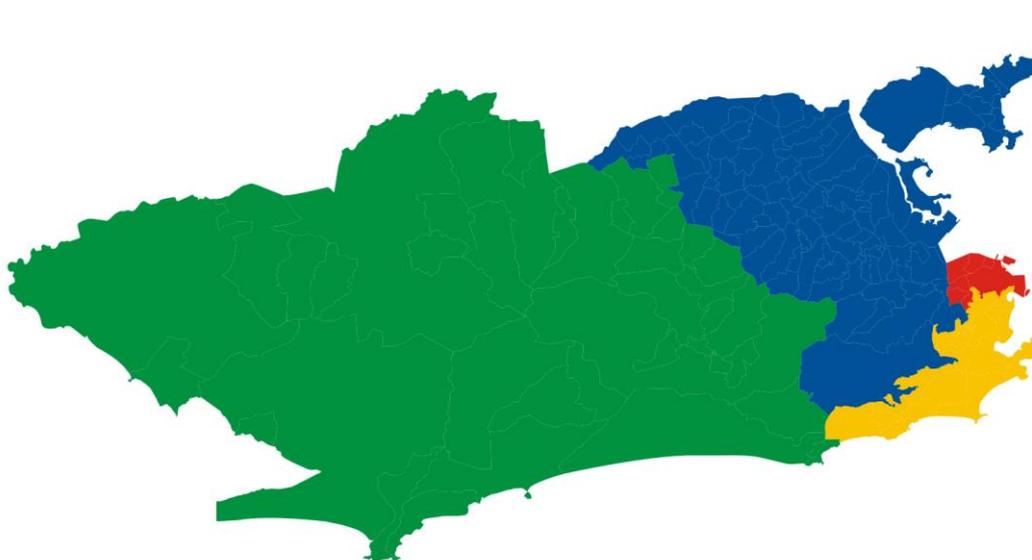


Figura 2 - Macrorregiões da cidade do Rio de Janeiro, com indicação dos pontos de entrevistas. A região do Centro da cidade está marcada em vermelho, onde se localiza a Boate Buraco da Lacaia, no bairro da Lapa; a região da Zona Sul está marcada em amarelo, onde foi realizada a Parada LGBT 2018, no bairro de Copacabana; a região da Zona Norte está marcada em azul, onde se localiza a Boate Papa G, no bairro de Madureira; e a região da Zona Oeste está marcada em verde, onde se localiza a Boate 1140, no bairro da Praça Seca. Fonte da imagem: Wikimedia Commons. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Zoneamento\\_da\\_Cidade\\_do\\_Rio\\_de\\_Janeiro.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Zoneamento_da_Cidade_do_Rio_de_Janeiro.svg)

Para a escolha dos locais de frequência da população LGBT, entrou-se em contato previamente, através de e-mail e das redes sociais, com as gerências de seis boates que tinham essa população como público-alvo, localizadas em diferentes bairros das macrorregiões da cidade do Rio de Janeiro. O contato buscou apresentar a pesquisa e seus objetivos, explicar a dinâmica de abordagem dos frequentadores, a identificação dos horários de início e fim da programação de cada espaço, e que os espaços não teriam nenhuma compensação financeira ou qualquer custo com a realização da pesquisa. Apenas três boates, responderam e aceitaram a presença do pesquisador e a realização da pesquisa em suas dependências.

Cada um dos locais de frequência da população LGBT, escolhidos para a realização das entrevistas, apresentou particularidades de seu público, e similaridades nos serviços oferecidos como *open bar*, diferentes pistas de danças e ambientes, shows variados, e facilidades de acesso a transporte público para as demais regiões da cidade. Todos os locais eram de grande divulgação entre a população LGBT carioca e foram previamente visitados para a compreensão das dinâmicas do público de cada local, conhecimento dos horários de maior facilidade para a realização das entrevistas, e observação dos melhores locais de abordagem do público LGBT de cada espaço.

### 3.2. Critério amostral

Os objetivos desta pesquisa, os roteiros de entrevista semiestruturados (Apêndices D, E e F) e a dinâmica de abordagem aos profissionais de saúde e usuários, foram apresentados aos representantes de instituições públicas e da sociedade civil para anuência, para cada público (profissionais de saúde e usuários), a saber: a SUBPAV/SMS/RJ e a ONG Grupo Arco-Íris, respectivamente.

Estimou-se, inicialmente, como amostra dessa pesquisa, um público de aproximadamente 60 indivíduos, que seriam divididos igualmente entre profissionais de saúde e usuários, de forma a garantir a representação de ao menos um profissional de cada área de atuação das equipes de atendimento das unidades de saúde, assim como da diversidade de identidades dos usuários LGBT. Entretanto, ao final das entrevistas, a amostra total foi de 75 entrevistados (Figura 3), sendo 40 profissionais de saúde da atenção básica do município do Rio de Janeiro, lotados nos equipamentos da ESF; e 35 usuários LGBT dos serviços públicos de saúde, desses 32 abordados de forma aleatória nos locais de frequência da população LGBT, e três participantes do projeto piloto.

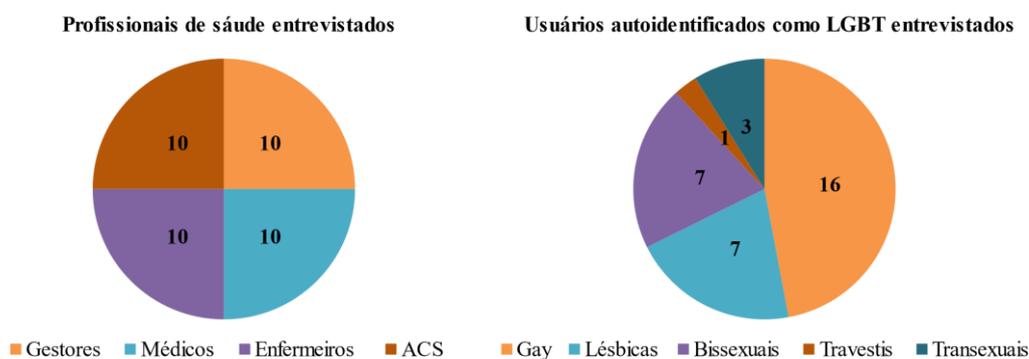


Figura 3 - Distribuição dos profissionais de saúde e usuários LGBT entrevistados

As entrevistas foram construídas na forma de diálogo livre, buscando apresentar os objetivos desta pesquisa, levantar as concepções sobre o atendimento à saúde da população LGBT, a percepção dos entrevistados a respeito da PNSI LGBT e sua implementação, tendo como norteador os roteiros de entrevista semiestruturados e um formulário de levantamento de perfil sociodemográfico, elaborado para cada grupo entrevistado (Apêndices G, H e I).

Assim, foi possível perceber a permeabilidade da política e os entraves por ela enfrentados para se assegurar o atendimento integral da população LGBT, além da influência exercida pela rede de proteção social para a garantia da sua efetividade, traçando estratégias para o enfrentamento da LGBTfobia nos serviços de saúde, seja esta praticada ou fortalecida por profissionais do serviço, ou mesmo, inerente ao sentimento de exclusão intrínseco aos próprios LGBT.

### **3.3. Critérios de inclusão e exclusão**

Selecionaram-se profissionais da atenção básica e gestores de equipamentos da ESF, lotados nos equipamentos elencados em conjunto com a SUBPAV/SMS/RJ, respeitando suas composições multiprofissionais. Foram convidados os diferentes integrantes de pelo menos uma equipe que atuam na promoção, proteção e assistência nesses espaços e que, voluntariamente, a partir da indicação dos gestores, e conforme as disponibilidades de agenda dos profissionais aceitaram participar desta pesquisa.

Adotou-se como critério de exclusão aqueles profissionais lotados em equipamentos localizados em áreas de conflito ou com alto grau de periculosidade na cidade. Para seleção dos indivíduos usuários dos equipamentos de saúde, usamos os seguintes critérios de inclusão:

- a) não ser liderança ou militante do Movimento LGBT organizado;
- b) usuários do sistema público de saúde.

### **3.4. Estratégias de entrada no campo**

Como primeira abordagem estratégica para entrada em campo, o pesquisador utilizou sua rede de relações pessoais com lideranças e gestores do movimento social LGBT e com profissionais de saúde que atuam ou que possuíam colegas nos equipamentos de atenção básica na cidade do Rio de Janeiro que serviram como locais de pesquisa. Entretanto, não houve o retorno esperado, o que forçou a mudança da estratégia da entrada em campo, sendo necessária a atuação direta do pesquisador (sem

esses possíveis intermediários iniciais) no contato com os gestores tanto dos equipamentos de saúde, como das boates e da equipe organizadora da 23ª Parada LGBT do Rio de Janeiro.

Os primeiros contatos com os gestores das Clínicas da Família foram feitos através de correio eletrônico, após liberação/anuência dos Centros de Estudos de cada uma das 10 APS da SMS/RJ, e com os gestores das boates. Para o contato com os gerentes das boates, além do correio eletrônico, também foi utilizado o aplicativo de mensagens instantâneas das redes sociais de cada boate e, pelo menos, uma visita prévia a cada uma delas.

Após a liberação das cartas de anuências das Coordenações das APS (Apêndice J), os gestores das 10 Clínicas da Família selecionadas aceitaram participar, e autorizaram os profissionais de suas equipes a também participarem da pesquisa. O Grupo Arco-Íris, ONG responsável pela realização anual das Paradas LGBT na praia de Copacabana no Rio de Janeiro, autorizou a realização da pesquisa durante a 23ª Parada LGBT do Rio de Janeiro, liberando a abordagem do público LGBT e disponibilizando espaço e estrutura para a participação do pesquisador, e de dois auxiliares como voluntários da equipe de promoção da saúde, o que facilitou a abordagem do público LGBT entrevistado. Em relação às boates, das seis boates selecionadas, apenas três gerentes aceitaram liberar seus espaços para a pesquisa, propiciando assim a possibilidade da abordagem dos frequentadores LGBT em seus espaços.

Considerando a realização das entrevistas com os usuários em ambientes de lazer e descontração, buscou-se previamente identificar o melhor local para a realização das entrevistas, em que houvesse menos ruído ambiente e que no qual o usuário se sentisse seguro, com privacidade, e não tivesse a sensação de estar afastado de seu núcleo de companhia. Prezou-se, também, pela realização das abordagens e das entrevistas nas primeiras horas de funcionamento de cada espaço, o que nas boates correspondia ao horário de abertura até a meia noite, e na 23ª Parada LGBT de Copacabana foi o horário das atividades da manhã, com início às 10 horas, até momentos antes do início oficial da saída dos trios elétricos da Parada.

Para a entrevista dos usuários, foi construída uma abordagem dividida em três etapas distintas. Na primeira etapa da abordagem, o pesquisador realizava uma breve apresentação sua, de seu programa de pós-graduação e de seu projeto de pesquisa, pontuando a importância da participação do usuário para a pesquisa. Havendo interesse do usuário em participar da pesquisa, seguia-se para a segunda etapa da abordagem,

onde se informava ao usuário sobre a pesquisa, os demais grupos participantes dela, as formas de suas seleções e os locais de abordagem de cada grupo, os possíveis produtos e benefícios do estudo para a população LGBT e os aspectos éticos envolvidos. Por fim era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A, B e C), respondendo as dúvidas possíveis e obtendo, caso desejado pelo usuário, seu consentimento na participação no estudo.

A terceira e última etapa de abordagem consistia em apresentar o formulário com dados sociodemográficos, e após seu preenchimento com as informações fornecidas pelo usuário, era solicitada o seu consentimento para que a entrevista pudesse ser gravada, e em caso positivo (apenas um usuário não autorizou a gravação) iniciava-se a entrevista. Esta seguiu roteiro de entrevista semiestruturado elaborado e duas perguntas prévias pensadas para introduzir a entrevista. Essas perguntas prévias versavam sobre como havia sido para o usuário descobrir sua orientação sexual e as dificuldades encontradas por ele a partir disso nos seus ambientes familiares, de trabalho, e círculo de amigos. Em seguida era perguntado sobre as percepções e contextos que envolveram o atendimento, o cuidado, as relações, e o atual estágio de implementação da PNSI LGBT no município do Rio de Janeiro. Ao final da entrevista o pesquisador sempre agradecia a participação do usuário e se colocava à disposição para contatos futuros.

Em relação aos profissionais de saúde, foi seguido um outro roteiro de abordagem. Primeiro foi realizado o contato com os Centros de Estudos de cada uma das APS, solicitando a anuência destas para a realização das pesquisas nas Clínicas da Família selecionadas, conforme os critérios de inclusão e exclusão anteriormente citados.

Após a liberação pelos Centros de Estudos, os gestores das Clínicas da Família selecionadas foram contactados através de e-mail, onde pedia-se sua autorização para a realização da pesquisa, apresentava-se a eles o pesquisador, seu programa de pós-graduação, seu projeto de pesquisa, os critérios de seleção de sua Clínica, os profissionais de saúde que seriam entrevistados, os demais grupos a serem entrevistados e os locais de abordagem, e por fim, em caso de autorização, solicitava-se que o gestor agendasse o melhor dia e horário para a ida do pesquisador na Clínica da Família.

O terceiro passo da abordagem era realizado durante a visita à Clínica da Família. Neste momento eram apresentadas ao gestor e, posteriormente, a cada um dos demais profissionais de saúde a serem entrevistados, as informações enviadas por e-mail

de forma mais detalhada, sanando possíveis dúvidas. Os profissionais de saúde entrevistados foram indicados pelos gestores de cada Clínica da Família, conforme a disponibilidade de agenda das equipes. Após a concordância em participar da entrevista, o TCLE era apresentado ao gestor e aos profissionais de saúde, e solicitado sua anuência em caso de consentimento.

A quarta etapa da abordagem iniciava-se apresentando o formulário com dados sociodemográficos que era preenchido pelo próprio gestor ou profissional de saúde. Em seguida era solicitado a ele a permissão para que a entrevista pudesse ser gravada. Somente após seu consentimento iniciava-se a entrevista utilizando o roteiro de entrevista semiestruturado, precedido de duas perguntas prévias, que versavam sobre o tempo de formação do gestor ou profissional de saúde, como foi para ele o contraste entre a saída da universidade e a entrada no mundo do trabalho, seu tempo de trabalho naquela respectiva Clínica da Família, e o que mais lhe chamava atenção no perfil daquela Clínica na qual trabalhava. Após cada entrevista o pesquisador agradecia aos entrevistados e informava a eles sobre os próximos passos da pesquisa e os produtos desejados, além de comprometer-se em retornar à Clínica da Família para apresentar os resultados da pesquisa, após a conclusão do doutorado.

Os roteiros de entrevista foram compostos por dois grupos de perguntas, tanto para os gestores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. O primeiro grupo de perguntas versava sobre o eixo do Acesso à Saúde da PNSI LGBT, e buscava evidenciar as percepções dos atores entrevistados a respeito do acesso dos LGBT aos serviços de saúde; o que eles conheciam a respeito da realização de ações, atividades e programas na área da saúde voltados à população LGBT; e como essa população participava dessas atividades e do controle social na área da saúde. O segundo grupo de perguntas buscava evidenciar as percepções em relação ao atendimento da população LGBT nos serviços de saúde, identificando como e se a orientação sexual e a identidade de gênero dos LGBT exerciam influência no atendimento dos profissionais de saúde; além de buscar identificar as demandas apresentadas pela população LGBT durante esse atendimento; assim como o que poderia ser realizado para atender essas demandas.

### 3.5. Técnicas e procedimentos de revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica da produção acadêmica sobre a saúde LGBT foi realizada nas bases de dados e fontes de informações científicas de periódicos nacionais (BVS e Scielo) e internacionais (PubMed), utilizando o Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) "Políticas Públicas de Saúde", combinando o operador de busca "and" e "or" combinados ou individualmente com os seguintes descritores DeCS: "Homossexualidade", "Lésbicas", "Bissexualidade", "Travestismo", "Pessoas Transgênero", "Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero", e os termos livres "LGBT" e "Política Nacional de Saúde Integral LGBT", assim como suas traduções na língua inglesa (Public Health Policy, Homosexuality, Lesbian, Bisexuality, Transvestism, Transsexualism, Transgender Persons, Health Services for Transgender Persons) para o PubMed, adicionado do termo "Brazil". Além desses, também foram revisados documentos oficiais publicados pelos Governos municipal, estadual e federal que possuíam relação com a saúde LGBT, buscando delimitar o marco legal em que está inserida a PNSI LGBT.

Durante a revisão bibliográfica foram encontrados 490 artigos, sendo 279 na BVS, 89 na Scielo e 122 na PubMed, relacionados aos descritores informados e utilizando os filtros: artigo completo disponível na íntegra; língua portuguesa e inglesa; país de filiação Brasil; ano 2012-2018; e assunto principal Políticas Públicas de Saúde, conforme a pertinência em cada base. Foram excluídos da revisão os artigos sem resumo na base de dados ou incompletos, e aqueles que apresentaram redundância entre as diferentes bases de dados, sendo contados apenas uma vez, totalizando 398 artigos eliminados (Figura 4).

A revisão bibliográfica seguiu duas etapas: na primeira, foi realizada a leitura flutuante dos títulos, resumos, e palavras-chaves de cada um dos 92 artigos restantes, para se verificar a pertinência à temática da saúde LGBT no Brasil, resultando em 42 artigos. A segunda etapa consistia na leitura exaustiva desses artigos, identificando as informações de interesse da pesquisa, que foram transcritas para formulário de análise adequado (Apêndice K), elaborado para auxiliar na análise de cada conteúdo. Nenhum dos artigos selecionados na primeira etapa foi eliminado, assim, foi delimitado um total de 42 artigos (Tabela 1, p. 50) que atendiam aos interesses e objetivos desta pesquisa, e que passaram a compor a revisão bibliográfica deste trabalho.

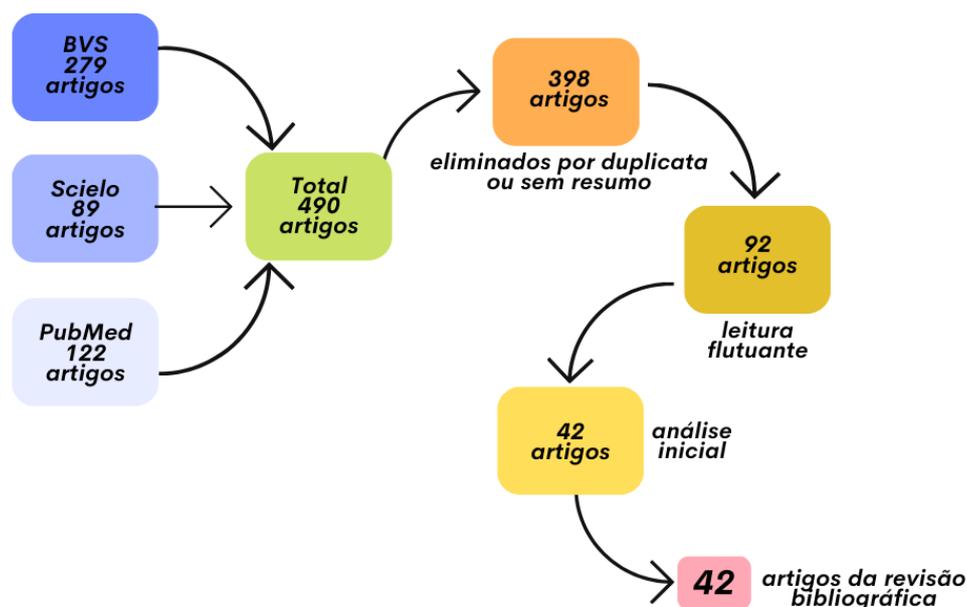


Figura 4 - Fluxograma da revisão bibliográfica

### 3.6. Projeto piloto e registro dos dados

Para refinar os instrumentos de pesquisa utilizados, composto por um roteiro de entrevista semiestruturado, direcionado a cada um dos participantes, e o formulário sociodemográfico, foi realizado um estudo piloto na cidade do Rio de Janeiro-RJ, com um grupo reduzido de cinco participantes, sendo dois profissionais de saúde e três usuários LGBT. Foi durante a realização do Projeto Piloto que se percebeu a necessidade de se construir o formulário de identificação do perfil sociodemográfico dos entrevistados, se verificou a adequação dos roteiros semiestruturados, e se refinou as etapas de entrada em campo.

As entrevistas, com anuência dos profissionais de saúde e usuários LGBT, foram gravadas em áudio utilizando gravador digital “Sony IC Recorder”, modelo ICD-PX240, e seguiram os roteiros semiestruturados para cada público, em forma de diálogo livre. As entrevistas gravadas foram transcritas utilizando programa FFTranscriber<sup>21</sup>,

<sup>21</sup> MOURA, Renan et al. Fftranscriber: Software para transcrição otimizado para aplicações forenses. VIII Seminário Nacional de Fonética Forense, p. 1-5, 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/267978380\\_FFTranscriber\\_uma\\_ferramenta\\_para\\_transcricao\\_de\\_audio\\_em\\_fonetica\\_forense](https://www.researchgate.net/publication/267978380_FFTranscriber_uma_ferramenta_para_transcricao_de_audio_em_fonetica_forense) Acesso em: 28/05/2021.

versão 1.0 gratuita, e armazenadas posteriormente em arquivo de texto no formato docx, e carregadas no software de análise qualitativa de dados WebQDA<sup>22</sup>, para posterior análise.

### 3.7. Análise dos dados

Os dados referentes aos formulários de perfil sociodemográfico foram tabulados e organizados em planilhas do programa Microsoft Excel, a partir das quais puderam ser elaboradas tabelas, quadros, e gráficos que embasaram as análises deste trabalho.

Foi realizada análise compreensiva dos dados textuais das entrevistas tendo como base a hermenêutica dialética balizada por Minayo (2010) através dos seguintes passos: (1) leitura e releitura intensiva dos dados textuais para impregnação de seu conteúdo; (2) classificação dos relatos e recorte e colagem do texto conforme os temas relevantes identificados, criando-se categorias de análise, tendo em vista o referencial teórico do estudo e o atendimento de seus objetivos; (3) identificação dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas buscando entender a lógica interna deste grupo; (4) diálogo comparativo com a literatura; (5) interpretação final com contextualização histórica, social e espacial (MINAYO, 2010; TAQUETTE e BORGES, 2020).

Com o auxílio do *software* de análise qualitativa de dados WebQDA, os temas foram agrupados em códigos de descrição (Apêndice 12), que compuseram a análise inicial. Utilizando o *software*, as entrevistas foram, posteriormente, classificadas dentro desses códigos, compondo a base primária de análise delas, e auxiliando na emergência das categorias finais observadas.

---

<sup>22</sup> Disponível em: <https://www.webqda.net/> Acesso em: 28/05/2021.

### 3.8. Aspectos éticos

O projeto deste estudo, após aprovação pelos membros da banca de qualificação de doutorado, do Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, foi encaminhado para os representantes da ONG Grupo Arco-íris, e para a coordenação da SUBPAV/SMS/RJ, responsável pelos equipamentos públicos de atenção primária que atendem a população carioca, incluindo o LGBT, para o estabelecimento das colaborações e obtenção das Cartas de Anuência (Apêndice J).

Em seguida, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro via Plataforma Brasil<sup>23</sup>. Posteriormente foi avaliado pelo Comitê de Ética da SMS/RJ, integrantes do Sistema CEP/CONEP da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do CNS. Somente após a aprovação nos CEP é que a coleta de dados com os indivíduos (gestores, profissionais e usuários) foi iniciada.

Os participantes deste estudo receberam prévia informação a respeito dos objetivos da pesquisa, assim como os esclarecimentos que julgaram necessários para sua participação, e uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que a presente pesquisa e a participação dos gestores, profissionais de saúde e usuários não apresentaram riscos significativos, entretanto é possível que tenha havido a recordação de situações agradáveis e/ou desagradáveis no atendimento público.

Não houve conflitos de interesse do pesquisador responsável por este estudo, que se comprometeu a tornar público os resultados da pesquisa, de forma consolidada, nos meios acadêmicos e científicos, sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes. Qualquer possível identidade em risco de ser revelada foi alterada para preservar seu sigilo, porém, dependendo de qual lugar hierárquico e/ou função que ocupe, caso não fosse possível garantir o total anonimato, pois a identificação poderia ser deduzida ou revelada por leitores posteriormente ao término do trabalho, esta informação foi prontamente comunicada aos entrevistados e constava nos TCLE.

---

<sup>23</sup> Disponível em: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf> Acesso em: 28/05/2021.

Tabela 1 - Artigos incluídos na revisão bibliográfica

Autores e ano	Objetivo do estudo	Público estudado e amostra	Tipo de estudo	Resultados/conclusões
BASTOS, F. I. et al. 2018	Avaliar o desempenho de diferentes estimadores RDS na inferência da prevalência de HIV, sífilis, HCV e HBV em mulheres trans.	2.846 mulheres transexuais, de 12 cidades brasileiras.	Qualitativo e quantitativo	As taxas de infecção por HIV e sífilis foram muito altas, com alguma variação entre as cidades. As mulheres TGW são muito difíceis de alcançar, enfrentam preconceitos, e estão fora da maioria dos programas e projetos terapêuticos e preventivos.
SOLL, B. M. et al. 2018	Comparar a presença dos critérios listados nos manuais de diagnóstico DSM-5 e CID-10 com uma amostra brasileira de pessoas trans que procuram serviços de saúde para transição física.	103 pessoas transexuais, de dois centros de referência do Brasil.	Qualitativo e quantitativo	Os manuais DSM-5 e CID-10 se sobrepõem quanto à confirmação do diagnóstico de pessoas trans. Embora não haja consenso, critérios diagnósticos mais abrangentes estão evoluindo devido à crescente inclusão da sociedade.
RUFINO, A. C. et al. 2018	Descrever práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM).	582 mulheres que fazem sexo com mulheres, das cinco macrorregiões do Brasil.	Qualitativo e quantitativo	MSM foram menos propensas a usar método de barreira, se consultar com ginecologista, e receber orientações sobre IST e dúvidas sexuais. O uso infrequente de métodos de barreira pode ser fator de vulnerabilidade para IST, destaca-se a importância da adoção de diretrizes para assistência adequada às MSM.
SOUSA, D.; IRIART, J. 2018	Discutir as necessidades e demandas de saúde de homens trans.	10 homens trans residentes em Salvador - BA.	Qualitativo	A transfobia estrutural dispara questões de saúde, e limita as possibilidades de obtenção de cuidado. A despatologização das vivências trans é o eixo central sobre o qual o cuidado deve ser pensado, implicando na construção de uma sociedade não transfóbica e que incida no bem-estar e reconhecimento dos homens trans.
CORRÊA-RIBEIRO, R.; IGLESIAS, F.; CAMARGOS, E.F. 2018	Adaptar para o Brasil o inventário <i>Knowledge about Homosexuality Questionnaire</i> e avaliar o conhecimento de médicos heterossexuais sobre a homossexualidade.	224 médicos heterossexuais, atuantes no Distrito Federal.	Qualitativo e quantitativo	40% da amostra não sabia que a homossexualidade não é doença; médicos católicos e evangélicos acertaram menos itens em comparação aos de outra ou nenhuma religião. O estudo revelou desconhecimento de vários aspectos relacionados à homossexualidade.

COSTA, A. B. et al. 2018	Investigar as necessidades de saúde relacionadas ao HIV e as barreiras de acesso para transgêneros e pessoas de gênero diverso no Brasil.	543 participantes entre mulheres e homens transgêneros, e pessoas de gênero diverso.	Quantitativo	Entre os participantes 63,7% haviam feito o teste pelo menos uma vez na vida, e 71,0% não estavam familiarizados com a PEP. A prevalência de HIV+ entre as mulheres trans foi de 16,5%, com 92,0% destas em tratamento. 8,2% de homens transexuais e 12,5% de pessoas com diversos gêneros não sabiam sua condição sorológica.
PEREIRA, E. O. et al. 2017	Investigar a percepção de médicos de Unidades Básicas de Saúde de Teresina-PI sobre o acesso e a qualidade da atenção à população LGBT.	Médicos (n não informado) de sete unidades de saúde da cidade de Teresina-PI.	Qualitativo	Os principais desafios à implementação da política nacional de saúde dirigida a população LGBT continua sendo os estigmas e preconceitos incorporados nas subjetividades dos profissionais, os quais dificultam a compreensão de direitos e as razões da existência de políticas compensatórias.
PEREIRA, M. M. 2017	Avaliar a influência e como a moldura da homofobia foi parcialmente construída por um processo de <i>spillover</i> , entre o movimento sanitário e o movimento LGBT.	Documentos oficiais relacionados a políticas de saúde e documentos oficiais relacionados a políticas para a população LGBT no Brasil.	Qualitativo	A moldura da saúde pública ofereceu e legitimou princípios normativos e visões sobre problemas sociais que foram apropriados criativamente por ativistas LGBT na formação de sua moldura da homofobia.
POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. 2017	Analisar como o Ministério da Saúde (MS) vem implementando o Processo Transsexualizador (PrTr) no SUS.	Documentos públicos com dados oficiais sobre o processo transsexualizador no SUS.	Qualitativo e quantitativo	Mesmo com avanços consideráveis, os desafios persistem, sendo o mais ameaçador a possibilidade de retrocesso imposta por setores conservadores do executivo e legislativo. A visibilidade das ações já conquistadas é importante para manutenção e potencialização do PrTr no SUS.
PRADO, E. A. de J.; SOUSA, M. F. 2017	Compreender o que tem sido produzido na literatura científica após a publicação da PNSI LGBT (2011 a 2016).	Sete artigos sobre saúde da população LGBT publicados pós PNSI LGBT.	Qualitativo	Identificou-se: o protagonismo e o papel do movimento social LGBT na luta por garantia dos direitos; as discriminações e violências revelam a necessidade de mudanças nas práticas do cuidado em saúde; Por fim, aponta o protagonismo do Estado em assegurar os direitos da população LGBT.
SEHNEM, G. D. et al. 2017	Conhecer as percepções das(os) enfermeiras(os) acerca das travestis e o preparo técnico-científico para assistilas.	10 enfermeiras(os) da ESF de um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul.	Qualitativo	Identificou-se: desconhecimento sobre o ser travesti; e sobre as políticas públicas e a legislação voltadas à esta população; lacunas na formação acadêmica quanto às especificidades das travestis. Não há conhecimento da identidade de gênero das travestis e existe um comprometimento da prática assistencial voltada a este público.

SILVA, J. W. S. B. da, et al. 2017	Analisar as propostas de ações para implementação das políticas públicas de saúde, voltadas à população LGBT no Brasil (2004 - 2014).	Políticas públicas para LGBT, de 2004 a 2014.	Qualitativo	Verificou-se uma crescente visibilidade à promoção da equidade da população LGBT no SUS. É necessário a criação de dispositivos legais que proibam práticas discriminatórias e de exclusão, promoção de ações e programas de educação permanente, reforma curricular e atuação em conjunto contra a “LGBTfobia” no SUS.
SILVA, J. B. F. da, et al. 2017	Descrever a evolução histórica das políticas públicas LGBT no Estado da Paraíba.	20 documentos legais voltados ao grupo LGBT.	Qualitativo	A cidadania LGBT não consiste em um privilégio concedido, mas adquirido por meio de muita luta dos movimentos sociais influenciando diretamente na saúde dessa população.
JALIL, E. M. et al. 2017	Estimar os indicadores em cascata do itinerário terapêutico de cuidado contínuo do HIV, e avaliar os fatores associados à supressão viral entre mulheres trans no Rio de Janeiro, Brasil.	345 mulheres transexuais.	Qualitativo e quantitativo	Identificou-se uso modesto de TARV e baixas taxas de supressão viral. São urgentemente necessários esforços em vários níveis, incluindo promoção de cuidados e da afirmação de gênero, para diminuir as disparidades nos resultados clínicos do HIV entre mulheres trans e reduzir a transmissão secundária do HIV para seus parceiros.
VITULE, C.; MACHIN, R.; COUTO, M. T. 2017	Discutir concepções de genética e hereditariedade na constituição familiar de casais de lésbicas que buscaram as TR como forma de concretizar o projeto de ter filhos.	Oito casais de lésbicas da Grande São Paulo – SP.	Qualitativo	Identificou-se: preferência pelo doador do banco de esperma; valorização de informações sobre o histórico familiar de saúde do doador; e o interesse pela importação de sêmen de banco americano. As TR possibilitam uma parentalidade não biológica, e a genética é valorizada concorrendo para uma medicalização do parentesco.
PINTO, T. P. et al. 2017	Estimar a prevalência do uso de silicone líquido industrial entre pessoas travestis e mulheres transexuais e identificar os fatores relacionados a esta prática.	576 travestis e mulheres transexuais de sete municípios do Estado de São Paulo.	Quantitativo	Deve-se assegurar o acesso aos recursos necessários para as modificações corporais ao longo da transição, por meio da atenção integral à saúde das pessoas travestis e transexuais no SUS. Incluir nas políticas de saúde as demandas por modificações corporais como parte da construção da identidade de gênero.
LAMBLET, L. C. R.; SILVA, R. J. C. 2017	Determinar a prevalência de ducha retal entre HSH e estabelecer as principais substâncias e materiais associados a essa prática.	401 homens que fazem sexo com homens e transgêneros, do Estado de São Paulo.	Quantitativo	A ducha retal é prática comum entre os HSH. Os profissionais de saúde devem aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto. Propõe-se estudos no Brasil sobre a uso da ducha retal para prevenção e redução de danos.

HOAGLAND, B. et al. 2017	Descrever a captação e adesão precoce da PrEP, avaliada pelos níveis de drogas antirretrovirais no sangue, e seus fatores associados no estudo de demonstração PrEP Brasil.	450 homens que fazem sexo com homens e mulheres trans.	Quantitativo	A aceitação e adesão precoce indicam que a PrEP para HSH e mulheres trans de alto risco pode ser fornecida com sucesso no SUS. É urgente a conscientização sobre a PrEP e sobre a percepção do risco de HIV entre os mais jovens e com menor escolaridade.
GRINSZTEJN, B. et al. 2017	Estimar a prevalência do HIV entre as mulheres trans e identificar os fatores associados em recém diagnosticadas.	345 mulheres transexuais na região metropolitana do Rio de Janeiro.	Qualitativo e quantitativo	As mulheres trans carregam a maior carga de HIV entre qualquer população de risco no Brasil. A alta proporção de diagnóstico de HIV entre jovens participantes aponta para a necessidade de cuidados de saúde de longo prazo e serviços de prevenção adaptados para conter a epidemia de HIV e melhorar a qualidade de vida das mulheres trans.
MOTTA, J. I. J. 2016	Compreender as possibilidades de uma política de equidade para a população LGBT, à luz de um contexto de crise.	PNSI LGBT.	Qualitativo	É percebido que, em uma perspectiva queer, a instabilidade das identidades e a compreensão das redes de poder nas práticas de saúde podem fornecer condições de resistências mesmo em situações de crise do Estado democrático.
OLIVEIRA, A. D. da S.; NERY, I. S. 2016	Identificar a associação entre atitudes e práticas sobre prevenção ao HIV/Aids das MSM com a faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal e religião.	91 mulheres de Teresina-PI.	Quantitativo	Houve associação significativa das atitudes e práticas com o grau de escolaridade e religião. As MSM pesquisadas possuem práticas e atitudes que as vulnerabilizam ao HIV/Aids.
FRANKLIN, T. A. et al. 2016	Analisar a acessibilidade de LGBT aos serviços da Atenção Básica a Saúde após a implementação da PNSI LGBT, dialogando com a bioética da proteção.	15 artigos de 2000 a 2015.	Qualitativo	Evidenciou-se fatores relacionados ao funcionamento dos serviços e o preconceito aos homossexuais. É salutar a abordagem da bioética no contexto da acessibilidade LGBT, pois a temática representa um problema ético no campo da saúde pública.
SILVA, G. W. dos S. et al. 2016	Analisar o conhecimento de enfermeiros da ESF no tocante à diversidade sexual e à homofobia.	12 enfermeiros da região do Seridó-RN, Brasil.	Qualitativo	Os entrevistados demonstraram pouco ou nenhum conhecimento sobre diversidade sexual. Atrou-se a diversidade sexual aos sistemas de orientações sexuais e ao sexo biológico, pondo em silêncio os aspectos sócio-psico-culturais. Percebeu-se “homofobia implícita” ou “simbólica”.

ROCON, P. C. et al. 2016	Discutir as principais dificuldades enfrentadas por pessoas trans da Grande Vitória-ES no acesso aos serviços de saúde.	15 pessoas trans.	Qualitativo	O desrespeito ao nome social, a trans/travestifobia nos serviços de saúde e o diagnóstico patologizante no processo transexualizador são limitações ao acesso universal, integral e equânime no SUS.
SILVA-SANTISTEBAN, A. et al. 2016	Avaliar o estado da prevenção do HIV entre mulheres transexuais na América Latina.	12 pessoas da UNAIDS e da PAHO, e 10 mulheres trans da REDELACTRANS, e pesquisa documental sobre HIV em mulheres trans de 17 países da América Latina.	Qualitativo	As atividades de prevenção se concentram na distribuição de preservativos, diagnóstico de IST e educação por pares, em unidades de saúde, com envolvimento limitado da comunidade. As mulheres transexuais na América Latina continuam a ter acesso limitado aos serviços de prevenção do HIV, obstáculo para atingir as metas e incorporar novas intervenções de prevenção.
ALBUQUERQUE, G. A. et al. 2016	Identificar as dificuldades associadas à homossexualidade no acesso e utilização dos serviços de saúde.	14 artigos sobre acesso da população LGBT nos serviços de saúde, de países produtores sobre o tema, publicados em inglês ou português.	Qualitativo	Revelou-se que a população homossexual tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde em decorrência de atitudes heteronormativas impostas pelos profissionais de saúde. A orientação não heterossexual foi um fator determinante nas dificuldades de acesso aos cuidados de saúde.
SANTOS, A. R. et al. 2015	Analisar as publicações sobre as ações de atenção à saúde de LGBT, mediante o enfoque da bioética principialista.	7 artigos e 6 documentos normatizadores das políticas de saúde de LGBT no SUS.	Qualitativo	Há necessidade de um novo olhar diante da atuação ética e bioética entre o profissional e o usuário. Pode-se considerar a atuação profissional baseada na bioética principialista como forma de superação de juízos de valor por parte dos profissionais da saúde.
VELOSO, V. G.; MESQUITA, F.; GRINSZTEJN, B. 2015	Discutir as oportunidades e desafios da incorporação da PrEP na atenção e prevenção do HIV em HSH e mulheres trans no Brasil.	Dados mundiais de pesquisas sobre o uso da PrEP por HSH e mulheres transexuais.	Qualitativo e quantitativo	Principais desafios a serem enfrentados: conscientização limitada da PrEP entre HSH, TGW e provedores de cuidados de saúde; baixa frequência de teste de HIV; e baixa percepção de risco de HIV entre HSH e TGW. A PrEP pode ser uma solução custo-efetiva no Brasil.

PETRY, A. R. 2015	Compreender as experiências de mulheres transexuais em relação à hormonioterapia e à cirurgia de redesignação sexual.	Sete mulheres transexuais do Rio Grande do Sul.	Qualitativo	Os processos de transformação para a construção do corpo feminino envolvem modificações que sujeitam o corpo a se construir conforme idealizado para adequar-se à sua identidade de gênero, infringindo-lhe prazeres e padecimentos. A discussão que envolve o Processo Trans traz subsídios para a enfermagem acerca das modificações corporais vivenciadas pelas mulheres transexuais.
SOUZA, M. H. T. et al. 2015	Discutir as violências vivenciadas nas diferentes trajetórias percorridas pelas travestis, inclusive nos serviços de saúde.	49 travestis residentes no Município de Santa Maria-RS.	Qualitativo	As violências física e simbólica e o sofrimento delas decorrentes são constantes, inclusive nos espaços de saúde, condição que as travestis têm de lidar em seus itinerários, suas práticas e afazeres diários.
SAMPAIO, J. V.; GERMANO, I. M. P. 2014	Discutir como o essencialismo que fundamenta a sexopolítica é negociado nas políticas públicas LGBT e como uma “identidade estratégica” pode afetar os modos de viver daqueles que não se encaixam no padrão heteronormativo.	Cinco documentos de políticas públicas brasileiras voltadas para o público LGBT.	Qualitativo	As políticas públicas LGBT se fundamentam em uma noção de identidade sexual natural cuja lógica é a do binarismo de gênero e sexo. Uma política das multidões queer sinaliza formas de ação ainda mais radicais e potentes.
SOUZA, M. H. T. et al 2014	Apresentar os itinerários terapêuticos de travestis do município de Santa Maria-RS, em busca de cuidados com a saúde.	49 travestis residentes no Município de Santa Maria-RS.	Qualitativo	As travestis evitam os serviços institucionalizados de saúde, optando por outras formas de cuidado.
COSTA, E. M. F.; MENDONÇA, B. B. 2014	Relato de experiência dos protocolos de tratamento durante o processo transexualizador, de indivíduos atendidos no serviço especializado no Hospital de Clínicas de São Paulo.	15 anos de prática clínica no tratamento hormonal de Pessoas transexuais.	Qualitativo	Propõe protocolos de tratamento e monitoramento de transexuais, principalmente em relação a terapia hormonal.
ALBUQUERQUE, G. A. et al. 2013	Evidenciar a atuação das políticas públicas direcionadas à saúde da população homossexual brasileira.	Oito artigos (2004 até maio de 2013).	Qualitativo	A saúde LGBT é apontada como vulnerável mesmo após a publicação de importantes documentos que garantem o acesso e a inclusão LGBT na saúde.

ALMEIDA, G.; MURTA, D. 2013	Problematizar algumas questões acerca da patologização da transexualidade a fim de provocar a reflexão sobre a possibilidade da sua despatologização no Brasil, mantendo em perspectiva a necessidade de atenção integral à saúde de transexuais.	Saúde trans, processo transexualizador no SUS e a despatologização das Pessoas transexuais.	Qualitativo	No contexto brasileiro ainda vigora uma interpretação patologizada das vivências trans que não apenas sustenta sua definição como um transtorno psiquiátrico como orienta as políticas públicas destinadas a este segmento.
CARVALHO, C. S.; CALDERARO, F.; SOUZA, S. J. 2013	Analisar documentos científicos e políticas de saúde direcionadas para mulheres lésbicas.	Cinco materiais nacionais produzidos por ONG e órgãos governamentais, que tratavam da questão da saúde lésbica (2001 a 2009).	Qualitativo	O foco principal gravita em torno da preocupação com a possibilidade de mulheres lésbicas se infectarem por DST, havendo ausência de outras questões que possam garantir a saúde de mulheres lésbicas em sua integralidade. Verificou-se que as expectativas em relação ao gênero reforçam vulnerabilidades de saúde questionáveis, sendo desconsiderados fatores de ordem institucional e de ofertas de serviços de saúde. As vozes das experiências das mulheres lésbicas são importantes para se pensar políticas de saúde específicas, fomentar ações mais eficazes e subsidiar seus direitos.
FREIRE, E. C. 2013	Abordar a problemática da saúde no universo TTT.	Saúde das pessoas transexuais.	Qualitativo	Ressaltou-se o limitado direito à saúde e ao acesso a ações e serviços de saúde, além do preconceito e a discriminação sofridos pela inadequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados. Finaliza-se com a indicação da clínica peripatética, para contribuir para a efetivação do direito à saúde.
SILVA, C. G.; PAIVA, V.; PARKER, R. 2013	Descrever como jovens religiosos concebem a homossexualidade, subsidiando informações para a construção de políticas públicas de promoção da saúde sexual.	Jovens de 15 a 25 anos (18 rapazes e 22 moças) de diferentes comunidades religiosas do município de São Paulo, e de dois municípios do ABCD-SP.	Qualitativo	Com intensidades diferentes, cada jovem reelabora os discursos acessados, como sujeito religioso e sexual. Identificou-se, nessa dinâmica psicossocial, abertura para a promoção da saúde baseada em direitos humanos.

SOUSA, P. J.; FERREIRA, L. O. C.; SÁ, J. B. 2013	Conhecer as vulnerabilidades ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife-PE.	110 travestis.	Qualitativo	Altos índices de homofobia em diferentes locais, inclusive nos serviços de saúde, com destaque para agressão verbal e física. 84,4% realizaram o teste de HIV ao menos uma vez. Alto nível de conhecimento sobre prevenção e transmissão do HIV. A maioria iniciou a vida sexual antes dos 15 anos e sem o uso do preservativo. Observa-se que as estratégias de promoção da saúde só poderão ser eficazes se forem considerados fatores que ampliam a compreensão da vulnerabilidade ao HIV/Aids, como a homofobia.
GIONGO, C. R.; MENEGOTTO, L. M. O.; PETTERS, S. 2012	Analisar e discutir as demandas de travestis e transexuais profissionais do sexo com relação à saúde mental.	10 travestis e 2 transexuais.	Qualitativo	Aponta-se uma fragilidade na rede de apoio social e afetiva. Os resultados evidenciaram a necessidade de implementação de políticas públicas e de intervenções no âmbito da saúde mental.
BENTO, B. 2012	Apontar como um determinado conceito de gênero pode visibilizar múltiplas expressões de gênero, ou invisibilizá-las e contribuir para sua patologização; apresentar narrativas de homens trans e de mulheres trans sobre suas vivências sexuais.	Sete Pessoas transexuais (4 mulheres e 3 homens) de Goiânia-GO, Brasil, e Valência-Espanha.	Qualitativo	A base teórica que sustenta a patologização das identidades trans, e a afirmação que as pessoas trans são assexuadas, tem como fundamento uma concepção que atrela e condiciona as identidades de gênero às estruturas biológicas.
CARRARA, S. 2012	Analisar a arena política que tem se articulado por meio do impacto dos ideais de direitos sexuais LGBT na política sexual brasileira.	Documentos públicos oriundos dos três poderes da república sobre direitos LGBT.	Qualitativo	Sem se propor a oferecer um painel exaustivo do que tem acontecido no Brasil, apontou-se para a complexidade de um quadro que, revelando em suas diferentes dimensões inúmeras inovações e rupturas, não deixa de apresentar igualmente contradições, defasagens e ambiguidades.

#### **4. A POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT – UM RETRATO DA LITERATURA CIENTÍFICA (2012-2018)**

Ao analisar a produção científica a respeito da saúde LGBT, de forma geral ou específica para cada segmento, dando enfoque para as políticas públicas destinadas a esta população, foi possível produzir um olhar abrangente a respeito do acesso e das demandas de saúde, e evidenciar os entraves percorridos para que os LGBT possam cuidar de sua saúde. Dos estudos analisados, 16 deles abordam políticas públicas ou demandas de saúde da população LGBT de forma geral, dando ênfase ao conjunto de demandas e entraves que essa população enfrenta para o cuidado em saúde, inclusive evidenciando a percepção de profissionais de saúde a respeito desse público. Entretanto, ao dar enfoque nos segmentos específicos que compõem a população LGBT, percebemos um outro ângulo deste retrato que, por vezes é desfocado ou mesmo pouco nítido.

O que se pode perceber com este retrato da literatura é que, apesar de ser significativo o número de trabalhos que englobam o campo delimitado (42 artigos), e da maioria deles (23 artigos) debruçarem-se a respeito da saúde das pessoas transexuais de forma geral, percebeu-se maior ênfase para as questões de saúde relativas às mulheres transexuais, evidenciando que a produção de conhecimento científico a respeito da abordagem das demandas de saúde e das políticas públicas voltadas às travestis e aos homens transexuais ainda é insuficiente. Dos 23 artigos que têm as pessoas trans como público-alvo estudado, apenas seis deles possuem as travestis como público direto, e somente um destinou-se ao enfoque dos homens transexuais.

Entretanto o enquadramento do retrato das lésbicas, dos gays, e das pessoas bissexuais também não está com enfoque adequado. Não foi encontrado nenhum trabalho que tivesse as pessoas bissexuais e os homens gays como objeto ou público-alvo diretamente, e apenas dois trabalhos tinham as mulheres lésbicas como público-alvo principal. O que se percebeu foi a diluição dessas populações em outras categorias de abordagem, não mais em relação à orientação sexual, mas sim enquanto seu comportamento sexual, o que acaba por invisibilizar demandas, agravos de saúde, e a produção de políticas públicas, dados e indicadores epidemiológicos.

As categorias de abordagem “homens que fazem sexo com homens” (HSH) e “mulheres que fazem sexo com mulheres” (MSM) foram frequentes nos artigos que

estudavam agravos de saúde, comportamentos sexuais e a prevenção ao HIV e outras IST. As mulheres bissexuais eram normalmente incluídas enquanto pertencentes da categoria MSM, naqueles artigos que abordavam questões relativas ao cuidado em saúde e práticas sexuais de mulheres lésbicas e MSM. Também se percebeu que os homens gays e as mulheres trans eram frequentemente abordados em conjunto com a categoria de HSH o que, para além do enfoque na prática sexual e na prevenção e tratamento de IST/HIV/Aids, demonstrou ser uma abordagem a respeito das pessoas que possuíam ou possuíram pênis. Essa forma de abordagem prejudica a produção de dados, invisibiliza demandas específicas, e acaba por produzir um desrespeito contra as mulheres transexuais.

A maioria dos estudos analisados na revisão bibliográfica possuía abordagem qualitativa (29 artigos) na produção de seus dados, em seguida houve uma presença significativa de estudos com enfoque quali e quantitativo (sete artigos), e seis artigos foram desenhados com abordagem quantitativa dos dados. Foram múltiplas as temáticas abordadas nos estudos analisados, porém destacou-se os enfoques nas percepções dos profissionais sobre os LGBT e suas sexualidades; a produção de políticas públicas de saúde voltadas aos LGBT, ou a segmentos específicos; demandas por cuidados em saúde; práticas sexuais e prevenção à IST/HIV/Aids; e saúde trans e a despatologização da transexualidade.

A partir do contexto exposto, e com o auxílio do formulário de análise/registo dos artigos (Apêndice K), foi possível revelar o retrato da literatura científica a respeito da política de saúde para a população LGBT, composto através do mosaico do conhecimento disponível nos 42 artigos da revisão bibliográfica, entre os anos de 2012 e 2018. Dessa forma é apresentado a seguir o contexto em que estamos a respeito da saúde LGBT no Brasil (item 4.1); como a marginalização, o estigma e a discriminação produzem ou intensificam os agravos de saúde da população LGBT (item 4.2); as especificidades de saúde identificadas de cada um dos segmentos da população LGBT (itens 4.3, 4.4 e 4.5); os desafios enfrentados pela PNSI LGBT para sua efetivação (item 4.6); e o caminho percorrido pela PNSI, auxiliando e sendo auxiliada, na produção de outras políticas públicas com impacto para a saúde da população LGBT (item 4.7).

#### 4.1. Saúde LGBT, em qual contexto nós estamos?

Em seu trabalho sobre as necessidades e demandas de saúde de homens trans, Souza e Iriart (2018) a partir de estudos da literatura, destacam que as demandas de saúde dos usuários podem ser compreendidas como pedidos explícitos das mais complexas necessidades destes, ajustando-se de acordo com o que é ofertado pelos serviços de saúde, como consultas, exames ou medicamentos. Em contraponto, as necessidades dos usuários perfazem à vontade por uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, o reconhecimento dos usuários pelos serviços de saúde ocorre com o acolhimento das suas demandas e necessidades, enquanto pessoas marcadas por histórias e relações sociais. Entretanto a reprodução de modelos de saúde que sustentam seu foco de atenção na doença, e não no usuário, acabam por reproduzir processos de saúde funcionalistas e classificatórios, sem conseguir atingir plenamente a melhoria na qualidade de vida dos usuários (SOUZA; IRIART, 2018).

A relação da população LGBT com o sistema de saúde é descrita pela literatura científica revisada como entremeada por conflitos resultantes de diversos fatores, desde a falta de capacitação profissional para lidarem com questões relativas à sexualidade, e até mesmo a premissa da heteronormatividade no atendimento em saúde dos usuários. As práticas preconceituosas institucionalizadas configuram-se como barreiras ao acesso e ao atendimento à saúde LGBT dessa população, deixando-as mais vulneráveis e suscetíveis a IST e outras doenças negligenciadas, inclusive as oncológicas e de saúde mental (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018).

Os LGBT temem a quebra do seu sigilo médico, internalizam medos e receios ao perceberem discursos preconceituosos, ridicularizações e a homofobia praticada pelos profissionais de saúde, e acabam por evitar ou atrasar a buscar pelo atendimento em saúde, e quando procuram omitem sua orientação sexual, ou mesmo buscam por amigos, pela automedicação ou por cuidados não oficiais para seus problemas de saúde, o que compromete ainda mais seus agravos (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018).

Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2018) reforçam, conforme estabelecido no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5), o entendimento de que a homossexualidade está na ordem do desejo sexual, inato a todos os indivíduos, e não é classificada como uma disforia de gênero. O desconhecimento da

despatologização da homossexualidade, por parte dos estudantes de medicina, médicos e demais profissionais da saúde é apontado, em estudos pesquisados por Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2018), como fator de atitudes mais negativas ou mesmo preconceituosas para com os LGBT.

O processo de despatologização da homossexualidade foi iniciado pelas instituições da área da saúde em 1973, quando a *American Psychiatric Association* (APA) deixou de considerá-la como doença, mudança seguida posteriormente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1991 (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018), porém a patologização da homossexualidade ainda está presente entre os profissionais de saúde. Ao estudarem a adaptação e aplicação de um questionário estadunidense para avaliar o conhecimento de médicos sobre a homossexualidade, Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2018) identificaram que 40% dos médicos desconheciam a despatologização da homossexualidade, e a cada quatro profissionais pesquisados, um desconhecia que a utilização de técnicas de conversão (de homo para heterossexual) não possuía amparo científico sendo, portanto, inadequadas.

O estudo realizado por Pereira et al (2017), a respeito das concepções de médicos de atenção básica de Teresina sobre o acesso dos LGBT à saúde, identificou que os médicos participantes apresentaram uma percepção confusa entre a universalidade e a equidade no atendimento dos usuários LGBT no sistema de saúde, além de assimilação de uma visão patológica e anormal na condição de ser LGBT. Entretanto, apesar de apontarem uma baixa demanda ou não percepção dos LGBT, os profissionais negam a existência de barreiras para o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, e responsabilizam os próprios LGBT pelo afastamento e procura dos serviços ofertados (PEREIRA et al, 2017).

Em relação ao acolhimento Pereira et al (2017) destacaram que, nos estudos pesquisados, o principal problema enfrentado pela população LGBT nos serviços de saúde é a ausência de um acolhimento adequado. Indicam ainda que a garantia do respeito às novas configurações familiares e às expressões da sexualidade dos indivíduos, depende de transformações sistemáticas e planejadas no processo de humanização do SUS, que possam influir no agir e pensar, não apenas dos gestores e profissionais da área da saúde, mas também em toda a comunidade envolvida.

Pereira et al (2017) reforçam os obstáculos simbólicos que são enfrentados pela população LGBT no acesso aos serviços de saúde. Esses obstáculos vão desde a discriminação ocasionada pelo despreparo de profissionais de saúde para o atendimento

de mulheres lésbicas e bissexuais, à dificuldade em respeitar a utilização do nome social de pessoas travestis e transexuais durante seu atendimento e em seus prontuários médicos. Perpassam ainda, pela persistência da psiquiatrização das pessoas trans, para que assim consigam acessar o processo cirúrgico de redesignação sexual, comprometendo a qualidade da atenção à saúde deste público (PEREIRA et al, 2017).

Em seu estudo a respeito do conhecimento sobre diversidade sexual e homofobia de enfermeiros atuantes na ESF de um município do interior do Rio Grande do Norte, Silva et al (2016) perceberam que os enfermeiros sabem o que é a homofobia e suas manifestações, mesmo que parcialmente, e conseguem inclusive relacionar suas mazelas às práticas e ações das pessoas heterossexuais. A partir de Foucault (2012) Silva et al (2016) ressaltam que a homofobia, assim como outras formas de discriminação e biopoder, é uma manifestação arbitrária baseada no pressuposto de que o outro é inferior ou anormal, contribuindo para o estabelecimento de uma relação de poder e produção de hierarquia entre os sujeitos, onde o transgressor corre o risco de ser punido.

A "homofobia é o medo do outro em si mesmo" (SILVA et al, 2016, p. 3736), e pode manifestar-se de forma implícita ou explícita. Em algumas falas dos enfermeiros entrevistados Silva et al (2016) percebem uma ambiguidade nos discursos. Segundo os autores os enfermeiros, mesmo conscientes das mazelas causadas pela homofobia e da importância de se superar e garantir aos LGBT sua plenitude em sociedade, rejeitam presenciar simples manifestações públicas de afeto entre os LGBT, tão comuns aos heterossexuais. Assim, pode-se relacionar a presença da homofobia mesmo naqueles indivíduos com discurso apaziguador e que negam serem homofóbicos, mas que demonstram diferenças entre os valores sociais e a garantia dos direitos àqueles tidos como diferentes. Os autores também identificaram que a homofobia é o preconceito mais assumido em relação a outras formas de discriminação (SILVA et al, 2016).

Silva et al (2016) reforçam a compreensão de Borillo (2010) a respeito do conceito de homofobia, compreendendo-a como ações discriminatórias direcionadas a indivíduos não heterossexuais, principalmente os LGBT, destacando as múltiplas facetas da homofobia e as consequências decorrentes dela. A homofobia pode comprometer a integridade física dos indivíduos, variando desde agressões até mesmo morte (seja por assassinato, seja por suicídio); ou manifestando-se em formas simbólicas (práticas culturais, sociais, inter-relacionais e institucionais) da violência e da discriminação vivenciadas no cotidiano dos LGBT.

O fenômeno da homofobia não atinge todos os LGBT de forma igual, pois ele é mais agressivo para aqueles homossexuais e travestis que demonstram publicamente traços ditos da feminilidade. Os efeminados, as travestis e as transexuais enfrentam estigmas e preconceitos homofóbicos e transfóbicos em relação à manifestação de suas sexualidades, onde é mais claramente possível ver que estes preconceitos se originam no machismo e sexismo presentes na sociedade. Essa mesma sociedade, em que o modelo hegemônico é a heteronormatividade, impõe parâmetros e papéis sociais de virilidade e agressividade aos homens heterossexuais. A homofobia ocorre respaldada implicitamente por esse sistema social heteronormativo, presente nos mais diversos espaços do convívio social. Por isso, Silva et al (2016) falam da necessidade de haver um perfil ativo dos enfermeiros, buscando sempre novos conhecimentos e reconhecendo a pluralidade das comunidades onde estão inseridos.

Para compreender o contexto da homofobia, é importante pontuar o histórico que permeia a construção do seu conceito, originalmente como aversão às pessoas LGBT, e sua posterior utilização para caracterizar o preconceito direcionado à população LGBT. No Brasil o debate sobre a homofobia incorporou dimensões sociais e culturais, dando ênfase para a vulnerabilidade e para a violência letal direcionada a população LGBT, no que Paz, Amazonas e Medrado (2020, p. 4) resumem como “violência motivada por preconceito e discriminação em virtude da orientação sexual e/ou identidade de gênero”. Paulatinamente, o termo homofobia passou a dar espaço a novas configurações conceituais (lesbofobia, bifobia e transfobia) a partir das demandas para a visibilidade das violências sofridas pelas mulheres lésbicas, e pelas pessoas bissexuais, travestis e transexuais (PEREIRA, 2017).

As alianças firmadas pelo movimento civil LGBT e o governo brasileiro, iniciadas durante a reforma sanitária da década de 1980, possibilitaram o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids na população LGBT e as bases de reparação e combate à LGBTfobia (PEREIRA, 2017). A percepção unidirecional da sexualidade como prática exclusiva da reprodução, desconsiderando os contextos culturais e sociais que permeiam a própria sexualidade, gera o confronto entre o “normal” vigente da sexualidade heteronormativa e a prática social da sexualidade, que é marcada pela diversidade sexual. Essa percepção limitada desdobra-se em preconceitos e discriminações direcionados aos indivíduos ditos “desviantes” da norma, o que, na saúde, pode ser identificado através das crescentes iniquidades vivenciadas pela população LGBT, que

tem seus direitos sexuais e humanos, assim como a promoção de sua saúde, ameaçados (SILVA et al, 2016).

Embora a humanidade apresente similaridade biológica, as convenções sociais adotadas por cada comunidade e cultura diferem entre si, devido aos seus fundamentos, normas ou sistemas. Dessa forma, dialogar e aprender com as diferentes culturas, indivíduos e sociedades é compreender que a diversidade sexual humana se refere a uma realidade múltipla de manifestações da sexualidade, orientações sexuais, expressões e identidades de gênero, e relações interpessoais que possibilitam compreensão e mudança em todos nós (SILVA et al, 2016).

Em seus estudos, Silva et al (2016) puderam perceber, a partir do discurso dos enfermeiros entrevistados, que suas experiências de vida tinham influência na associação que eles faziam entre orientação sexual e as suas práticas. Entretanto, eles desconsideravam o gênero nesta relação associativa, e limitavam suas formas de interpretação apenas na demonstração social de desejo, do sexo, e do prazer sexual. Para Prado (2017) os conceitos de orientação sexual e identidade de gênero são restritos, uma vez que são construídos sob um sistema binário, desqualificando assim outras formas e relações entre os indivíduos.

De acordo com Albuquerque et al (2013), a partir do observado por Louro (1997), os conceitos como identidade de gênero ou de sexo são construções sociais dinâmicas e mutáveis, por isso estabelecer a heterossexualidade, como a norma ou natural em sociedade, é negar que as demais identidades existentes, sejam elas étnica, classista, sexual ou de gênero sejam construções sociais e identidades dinâmicas, em constante processo mutante, inacabado, nunca pronto ou fixo.

A sexualidade se expressa por uma complexa interação de fatores culturais, relacionais ou sociais, e constrói-se gradualmente com o indivíduo. Da mesma forma, o gênero é elemento construído nas relações humanas em sociedade, com construção histórica, política, econômica e social, sendo repleto de símbolos, normas e instituições dos modelos de masculino e feminino. Esse sistema sexo/gênero alinha relações de poder, estipulando padrões esperados de comportamento para homens e mulheres e, mais recentemente, novas formas de expressar a sexualidade, resgatando elementos, compreendendo significados, e dando sentido a construção social que é a sexualidade (ALBUQUERQUE et al, 2013).

A revisão da literatura realizada por Albuquerque et al (2016) revelou as principais implicações vivenciadas pelos LGBT na busca do acesso aos serviços de

saúde, entre elas a percepção de haver diferença no cuidado em saúde entre os LGBT e as pessoas heterossexuais, sendo as mulheres lésbicas as que mais percebem essa diferença; o receio da quebra do sigilo médico dos LGBT e da exposição de sua orientação sexual; o medo de sofrerem homofobia como justificativa para que os LGBT retardarem a busca pelo cuidado em saúde; a necessidade não atendida de os LGBT terem cuidados mais holísticos para além das questões sexuais; a dificuldade de comunicação dos serviços de saúde com o público LGBT; o envelhecimento dessa população frente ao direcionamento das ações de saúde aos jovens LGBT foram apontados como barreira ao acesso em saúde

A heteronormatividade compulsória, presumida pelos profissionais de saúde no atendimento da população, traduz-se na violação do direito e no baixo acesso da população LGBT aos serviços de saúde. Esse cenário é reforçado pelas experiências de estresse e preconceito vivenciadas por essa população no serviço de saúde, e agravadas pela formação heteronormativa dos profissionais de saúde. Na busca pelo atendimento, os LGBT frequentemente ocultam sua orientação sexual, evitando constrangimentos, experiências de preconceito, violência verbal, ou mesmo diminuição na qualidade da assistência de saúde buscada (ALBUQUERQUE et al, 2016).

O preconceito e a discriminação contra LGBT pode acarretar a negação de direitos sexuais, reprodutivos ou sociais, efetivando-se essa discriminação e preconceito em diferentes formas, conforme o sujeito à qual é direcionada (homofobia, lesbofobia, bifobia ou transfobia), agregando em suas manifestações valores fundamentalistas, machistas, de repulsa e hostilidade contra aqueles não heterossexuais, ou que demonstrem comportamentos ditos não pertencentes ao esperado de heterossexuais (SILVA et al, 2016).

Esses processos discriminatórios, em uma população mais suscetível como é a população LGBT, podem acarretar problemas de saúde como sofrimento psíquico, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas, obesidade, sexo desprotegido, IST, *bullying*, câncer de mama, e comportamento violento. Quando estes preconceitos provêm de um profissional da saúde, podem acarretar a desqualificação da atenção em saúde às pessoas LGBT, contribuindo diretamente para a piora de seu quadro de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2016; SILVA et al, 2016).

A falta de acessibilidade dos LGBT aos serviços de saúde configura-se como uma das maiores causas dos profissionais de saúde não conhecerem as necessidades e os problemas de saúde dessa população (FRANKLIN et al, 2016). Segundo Franklin et al

(2016) e Prado (2017), o público LGBT apresenta vulnerabilidades na garantia de seus direitos humanos básicos, tema recorrente nas revisões e trabalhos estudados pelos autores, que abordavam a mitigação de vulnerabilidades causadas pela discriminação e o papel do Estado nesse enfrentamento.

Sabemos que as pessoas são afetadas de formas diferentes em seus agravos de saúde e que a classe, o gênero, e a orientação sexual relacionam-se de formas distintas com as suas condições sociais e a discriminação que podem sofrer (PEREIRA, 2017). Assim, a partir de Paiva (2013), destaca-se a importância que o conceito de vulnerabilidade exerce no processo saúde-doença, evidenciando as variáveis sociais que fragilizam determinado público, contrapondo-se à perspectiva de risco, e afastando a ideia de que apenas aspectos ou comportamentos individuais explicariam as diferenças de saúde de populações distintas (PEREIRA, 2017).

Os autores apontam a postura ética, durante o acolhimento dos usuários LGBT, como importante na perspectiva de escutá-los e respeitar suas diversidades de escolhas sexuais, podendo assim chegar à resolutividade e inclusão social deles. Uma vez que 75% da população brasileira utiliza o SUS, conforme censo 2010 do IBGE, é necessário alcançar uma assistência à saúde que compreenda integral e holisticamente os LGBT, apontando assim a necessidade dos serviços de saúde da atenção básica como espaços multiprofissionais capazes de atender a essa demanda social (FRANKLIN et al, 2016).

O sistema de saúde deve se preparar para, cada vez mais, bem receber a população LGBT, dando importância para questões para além das informações biomédicas e epidemiológicas desses indivíduos, mas também, para o que os toca, aflige, e interfere em sua saúde. Conhecer as políticas públicas desenhadas para a inclusão desse público, a relação das questões de gênero com a estrutura do serviço e a formação dos profissionais, pode ser o diferencial na melhoria do acesso e na garantia do direito à saúde dessa população (ALBUQUERQUE et al, 2016).

Da mesma forma, o controle social pode ser o contraponto necessário para fazer valer o direito a saúde da população LGBT servindo, também, como resistência às forças conservadoras que desejam impedir o acesso dos LGBT aos serviços de saúde pública. Neste cenário, o Movimento Social LGBT tem papel fundamental na ocupação dos espaços de representação e controle social, como os Conselhos e as Conferências de Saúde. A atuação do movimento social durante a Reforma Sanitária e na construção do próprio SUS foi fundamental, propiciando com que as demandas da população LGBT fossem atendidas através desses espaços de participação, compreendendo suas

demandas sociais e suas vulnerabilidades em um contexto mais amplo de saúde, não restringindo-os apenas aos agravos relacionados a IST/Aids (SILVA, Jonatan et al, 2017).

#### **4.2. A marginalização, o estigma e a discriminação como agravos à saúde**

São muitas as consequências causadas pela estigmatização e discriminação em relação à população LGBT, que acabam por provocar medos e exclusão dos ambientes coletivos e de cuidado em saúde. A relação entre a orientação sexual e o *status* sorológico para o HIV é apontada como um, entre tantos exemplos, de estigmas percebidos por parte das pessoas LGBT na busca por atendimento em saúde, assim como o receio de terem suas informações médicas divulgadas, uma vez que elas são compartilhadas por diferentes profissionais, alguns deles moradores dos mesmos territórios e localidades (FRANKLIN et al, 2016).

Silva et al (2016) ressaltam que embora as mudanças protagonizadas pelas associações da área da saúde e na própria OMS, a noção da homossexualidade como doença ainda está presente no imaginário de muitos profissionais de saúde. Mesmo que os homossexuais não necessitem de tratamento para a sua sexualidade, ainda hoje se vê a propagação da existência da "cura gay" nas mídias e em diferentes meios de comunicação, oriundas principalmente do fundamentalismo religioso. Silva et al (2016) registraram a influência da noção patologizante da homossexualidade na atuação e relação de alguns dos profissionais de enfermagem entrevistados em sua pesquisa, que buscou investigar o conhecimento de enfermeiros da ESF sobre diversidade sexual e homofobia. Entre os enfermeiros entrevistados havia aqueles profissionais que reproduziam o sufixo 'ismo' ao se referirem a homossexualidade, para eles ainda referida como homossexualismo. Esse contexto demonstra a necessidade de se aproximar os profissionais da compreensão a respeito da diversidade sexual, buscando melhor subsidiá-los para suas ações e relações com os diferentes sujeitos.

Pode-se perceber a partir do discurso dos enfermeiros entrevistados por Silva et al (2016), que suas visões a respeito da orientação sexual e suas práticas de sexualidade eram influenciadas pelas suas experiências de vida, limitando a interpretação a respeito das pessoas LGBT apenas em relação a demonstração do desejo e do prazer sexual (o

que se faz, e com quem se faz), sendo descaracterizadas, e até mesmo esquecidas, as manifestações de identidade de gênero, as relações cotidianas, a fala, o olhar. Silva et al (2016) também mostraram que os enfermeiros reconhecem outras expressões sexuais para além da heterossexual, como a homossexualidade e a bissexualidade, entretanto, este reconhecimento não garante a aceitação ou boa convivência com estas outras sexualidades.

A qualidade assistencial da saúde tem relação com a confiança entre os usuários e os profissionais de saúde, e a discriminação em relação à população LGBT contribui para diminuir a qualidade dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2016). A discriminação, os julgamentos morais e de valores existentes nos espaços de cuidado fazem com que a população LGBT não receba a assistência de saúde devida, tendo reflexo direto na atuação ética do profissional de saúde (PRADO, 2017; SILVA, Jonatan et al, 2017). Carvalho, Calderaro e Souza (2013) reforçam a importância dos direitos sexuais na valorização da sexualidade e do prazer, e sua diferenciação em relação aos direitos reprodutivos, porém, os direitos sexuais ainda carregam noções negativas por estarem associados a patologias ou a questões de violência relacionadas ao sexo.

Os estudos de Pinto et al (2017) registram que 42% das pessoas trans já sofreram discriminação nos serviços de saúde. Rocon et al (2016) relatam, entre seus achados na literatura e em suas pesquisas, diferentes motivos para a evasão de pessoas trans dos espaços de saúde como a discriminação transfóbica, o desrespeito ao nome social em casos de internação, a patologização de sua identidade de gênero, a recusa no atendimento nos serviços de saúde, e a noção das pessoas trans de que elas precisam “dar show”<sup>24</sup> para conseguir serem atendidas. Freire et al (2013) acrescem a questão da organização dos serviços e da postura dos profissionais de saúde como agravantes às situações que dificultam o acesso integral, universal e equânime dos indivíduos LGBT aos serviços do SUS.

Silva, Jonatan et al (2017) nos lembram da necessidade de se ampliar o conhecimento a respeito das demandas de saúde para se ofertar melhores serviços e cuidados para a população LGBT, entretanto, reconhecem a complexidade em se combater a discriminação praticada pelos profissionais de saúde, pois exige diferentes medidas para sua solução, que vão desde a atuação na formação destes profissionais até

---

<sup>24</sup> Arrumar confusão, discutir de forma exaltada e escandalosa, ou começa uma briga em frente à muitas pessoas, de modo a chamar a atenção de todos.

a construção de ações de identificação e punição de recorrências. Silva-Santisteban et al (2016) reforçam a necessidade de adaptação dos serviços de saúde para atender as demandas desses usuários LGBT. Sehnem (2017) pontua, ainda, a presença da heteronormatividade como padrão dos espaços de saúde, no que se refere ao esperado em relação à sexualidade e à identidade de gênero dos pacientes.

Assim como profissionais do sexo, usuários de drogas, e homens que fazem sexo com outros homens, as pessoas transexuais são consideradas uma população invisível, difícil de alcançar, estigmatizada e comumente criminalizada por suas identidades de gênero, dificultando, até mesmo, sua participação em pesquisas que utilizam métodos tradicionais de amostragem (BASTOS et al, 2018), sendo os pontos de prostituição recorrentemente usados como espaços de coleta de dados pelos pesquisadores (PINTO et al, 2017). Muitas pessoas travestis e transexuais sequer saem de suas casas durante o dia, escondem-se de desconhecidos, e utilizam, diante da família e comunidade, roupas masculinas para evitar situações de violência e discriminação (GIONGO; MENEGOTTO; PETTERS, 2012).

Souza et al (2014) reproduzem o relato, passado em tom de ensinamento pelas travestis mais experientes, que acompanha a tomada de decisão pela modificação corporal e pela busca pela identidade de gênero, que diz que “na vida, a travesti sabe que pode escolher viver entre três salões: o salão de beleza, o salão dos orixás ou o salão da rua, que é a prostituição” (p. 2281), os autores ainda destacam a percepção de que “Há espaços nos quais podem exibir todo seu glamour (boates, bares, desfiles de carnaval) bem como ambientes nos quais é necessário transitar discretamente ou mesmo evitar” (p. 2281), reforçando a percepção delas do sentimento de exclusão social e da limitação de itinerários que podem percorrer no dia a dia. Sousa, Ferreira e Sá (2013) relatam que essa noção de exclusão também se reflete quando as travestis se veem impedidas de frequentar estabelecimentos comerciais e de lazer do público homossexual, que são muitas vezes segmentados por marcadores sexuais, geracionais, econômicos e raciais.

Sousa, Ferreira e Sá (2013) também destacam que os espaços das práticas religiosas são comumente identificados como ambientes de reprodução de estigma e discriminação, em graus variados, e até mesmo incentivadores de violência. Esses espaços possuem um conjunto de práticas e discursos que desqualificam e buscam controlar as pessoas LGBT e suas vivências, muitas vezes relacionando a diversidade sexual à pedofilia, à destruição dos valores cristãos e à disseminação de IST/HIV/Aids.

A defesa pela religião de que as práticas sexuais servem apenas para a reprodução limita a educação sexual e dificulta o combate à epidemia de HIV/Aids. Entretanto Silva, Paiva e Parker (2013) ao analisarem as falas dos seus entrevistados identificaram que jovens católicos, umbandistas e candomblecistas reconhecem-se como autônomos de sua própria sexualidade e de suas escolhas pessoais, desvinculados da posição religiosa, enquanto os jovens das religiões anglicana e pentecostais são mais apegados a essas posições conservadoras, em suas práticas sexuais.

Essa estigmatização eleva a vulnerabilidade, contribui para que o Brasil tenha altas taxas de homicídios nessa população, dificulta o acesso aos serviços de saúde e ao mercado de trabalho (COSTA et al, 2018), e coloca a prostituição como espaço de construção da identidade sexual e gênero das mulheres transexuais e travestis (GIONGO; MENEGOTTO; PETERS, 2012). Essa falta de oportunidades de emprego e a prostituição como único meio de subsistência, reflete-se na baixa renda das mulheres trans em comparação à média nacional (GRINSZTEJN et al, 2017).

Ao não romperem o ciclo de violência simbólica, os serviços de saúde acabam contribuindo com situações de sofrimento, discriminação, e constrangimento, dificultando o acesso das pessoas travestis e trans ao cuidado em saúde, quebrando a confiança naquela instituição que deveria, a princípio, amenizar esse ciclo ou até mesmo erradicá-lo (SOUZA et al, 2015). Essa situação também é apontada por Sousa, Ferreira e Sá (2013) ao falarem das práticas homofóbicas dos professores, funcionários e colegas da escola e seus pais, como causadoras da evasão escolar, da falta de profissionalização e da marginalização das pessoas LGBT.

No que se refere as travestis, Souza et al (2015) reforçam que as diferentes violências sofridas por esse público têm efeito no seu cuidado em saúde, e contribuem para a evasão do núcleo familiar e do sistema educacional, que reproduzem essas violências. Os autores ainda pontuam que a discriminação sofrida pelas pessoas trans no ambiente familiar provoca um afastamento das famílias nucleares, nas quais frequentemente surgem casos de homofobia, e a reprodução de discursos e ações de segregação da diversidade das identidades sexuais e de gênero, fazendo com que as pessoas trans busquem a construção de famílias formadas por vínculos de afeto (com parceiros conjugais e amigos) onde encontram o abrigo contra tais preconceitos, fortalecendo laços com aqueles que compartilham as mesmas necessidades, desejos, projetos, gostos, sonhos e experiências.

Almeida e Murta (2013) enumeram diferentes situações cotidianas banais que para as pessoas trans configuram-se como obstáculos muitas vezes intransponíveis. Segundo os autores

Fazer compras com um cartão de crédito no mercado, emitir um passaporte, fazer o check-in de uma passagem aérea ou terrestre, pagar um ingresso de cinema ou teatro com carteira de estudante, adquirir um imóvel ou um automóvel, reclamar um direito como consumidor ou trabalhador, ir a uma academia de ginástica ou ao dentista, ser sepultado, deixar (ou herdar) um bem ou uma pensão são exemplos de atividades cotidianas para muitas pessoas, mas que se revestem de extrema complexidade para as pessoas transexuais e seus familiares, sobretudo por envolverem documentos (p. 394).

(...) As marcas subjetivas, por outro lado, associam-se a perdas muito objetivas no plano da escolarização, do acesso ao trabalho, à cultura, ao lazer, à saúde e à segurança pública para vários indivíduos trans, construindo-se assim um cenário onde tais pessoas são alijadas frequentemente de patamares mínimos de cidadania (p. 396).

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde das pessoas trans, em especial das travestis, é agravada pela falta de conhecimento a respeito das demandas de saúde, o desrespeito ao seu nome social, e a pouca resolubilidade de suas demandas nos serviços de saúde. Também são comumente relatados o tratamento negativamente diferenciado, dispensado a elas pelos profissionais de saúde, e perceptível através de gestos, formas de olhar e falar (SOUZA et al, 2015).

Esse processo de violência, direcionado as pessoas trans, influencia as práticas de cuidado e de saúde voltadas a essa população, ou mesmo construídas por elas, em especial dos homens trans (SOUZA; IRIART, 2018). Conforme Bento (2012), as práticas sexuais dos homens trans são as mais invisibilizadas, e sequer encontram espaço na literatura acadêmica consultada pela autora. No estudo de Giongo, Menegotto e Petters (2012), as construções e as relações interpessoais das pessoas trans configuraram-se como passageiras, mesmo havendo a busca pelos pares na construção de afeto e apoio social, inclusive as relações com seus parceiros amorosos.

Buscando sair desse ciclo de violência e discriminação, Almeida e Murta (2013) relatam que algumas pessoas trans rejeitam ser identificadas como mulheres ou homens trans, pois ao alcançarem a correção do corpo tido como “errado”, e o grau desejado de “passabilidade” em suas mudanças físicas, e sendo socialmente identificadas no gênero desejado, passam a nominarem-se apenas como mulheres ou homens, rejeitando a categoria transexual e até mesmo qualquer relação com o movimento LGBT, o combate homofobia, ou ao sexismo.

O contínuo processo de exclusão e marginalização das pessoas trans contribui para as altas taxas de infecção pelo HIV nessa população e se refletem, também, na baixa existência de dados de saúde oficiais sobre essa população para além do HIV/Aids (PINTO et al, 2017) o que é reforçado por Silva-Santisteban et al (2016) ao relatarem que, mesmo em relação ao HIV/Aids, na maioria dos países os dados sobre mulheres trans ainda são colocados como subdados da categoria de HSH, e os dados em relação aos homens trans são, praticamente, inexistentes.

Os estudos de Grinsztejn et al (2017), e Jalil et al (2017), sugerem que a vulnerabilidade social e econômica quando correlacionada ao estigma, ao racismo e a transfobia contribuem para a contaminação do HIV nas transexuais negras. Santos et al (2015) reforçam que a influência do contexto social e histórico, impregnado pelo machismo, racismo, e misoginia reforçam a homofobia e refletem no comportamento e na prática dos profissionais de saúde.

#### **4.3. Especificidades de saúde de homens gays e bissexuais**

Apesar da predominância da temática homossexual/gay na literatura científica revisada, e do protagonismo dos homens gays no movimento social LGBT, quando analisamos as produções acadêmicas a respeito da população LGBT, a abordagem da homossexualidade é feita como sinônimo ou guarda-chuva de todo o público LGBT. Porém, na prática, pouco ou quase nada é falado a respeito das especificidades e dos agravos de saúde dessa parcela específica da população, para além do HIV/Aids.

Entre os poucos achados, temos a pesquisa de Lamblet e Silva (2017) a respeito da utilização da ducha retal, prática utilizada por mais de 53% do público gay entrevistado, como forma de higiene íntima antes da prática sexual anal receptiva. Os pesquisadores identificaram que quando os pacientes masculinos assumem sua homossexualidade para os profissionais de saúde, esses fornecem informações a respeito da prática sexual anal, entretanto, em relação à utilização da ducha retal, 94,5% dos homossexuais masculinos entrevistados relataram nunca ter recebido qualquer orientação sobre essa prática e os riscos decorrentes dela.

Segundo os achados de Lamblet e Silva (2017), entre os riscos decorrentes da prática da ducha retal estão a possibilidade da alteração dos tecidos e da microbiota anal

e intestinal, dor e sangramento. Os autores também identificaram que a ducha retal está associada a comportamentos de risco durante o sexo, que podem ocasionar a infecção pelo HIV, ou outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre elas hepatite, clamídia, verrugas genitais (HPV), gonorreia, herpes e sífilis. Os autores também ressaltam que há um risco maior (74%) de contaminação por IST/HIV entre gays que utilizam a ducha retal, quando comparados com aqueles que não a utilizam, demonstrando uma associação entre o comportamento de risco durante a prática sexual e a utilização da ducha retal pelos gays.

Esse comportamento sexual de risco, como relatado por Lamblet e Silva (2017), está comumente acompanhado do abuso de álcool e outras drogas (ex.: ecstasy, cocaína, craque, metanfetamina, cristais, maconha, viagra etc.). Camargo (2018) também ressalta a prevalência maior de doenças e fatores de risco na população LGBT, em comparação a população heterossexual, quando da utilização de álcool em excesso e drogas, além de tabagismo, obesidade, sintomas depressivos, transtornos alimentares e de autoimagem, e tentativas suicidas.

Pereira et al (2017) pontuam que a estigmatização da população LGBT pelos profissionais de saúde ainda é uma prática atual, exemplificada quando estes profissionais relacionam a procura por saúde da população LGBT estritamente para a realização de exames e diagnósticos de doenças consideradas predominantes nesta população. Albuquerque et al (2013) ressaltam que a violência e os assassinatos por motivação homofóbica são outros fatores agravantes para a população LGBT. De acordo com Prado (2017), a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero exerce influência no desencadeamento de processos de sofrimento, adoecimento e morte em decorrência de estigma e preconceito direcionados a população LGBT.

Mesmo após três décadas da epidemia do HIV, os homens gays ainda são desproporcionalmente afetados pela Aids e outras IST. Nos estudos de Hoagland et al (2017), reforça-se a noção de que a epidemia de HIV entre a população HSH no Brasil permanece com taxa de infecção estável, correspondendo a 14,2% nesta população, em comparação com os 0,6% da população em geral. Em sua pesquisa sobre a demanda de PrEP por HSH e pessoas trans, Hoagland et al (2017) identificou que essas populações tinham um alto risco de contaminação pelo HIV e outras IST, devido à alta frequência de prática sexual anal receptiva sem preservativo. Esses dados podem explicar a busca pela PrEP por essas populações como forma de prevenção ao HIV, apesar desta

profilaxia não prevenir outras IST, que podem ocorrer devido ao comportamento sexual de risco.

Hoagland et al (2017) reforça a necessidade de se investir na conscientização da população a respeito da utilização da PrEP, especialmente entre HSH mais jovens que, em sua pesquisa, foram identificados como tendo uma menor percepção do risco de contaminação pelo HIV (representando quase 40% dos casos de HIV no Brasil), além de possuir as menores taxas de testagem para o vírus, e a menor consciência sobre a eficácia da PrEP.

O machismo estrutural influencia no cotidiano e nas relações dos homens gays, que assim como os heterossexuais, são persuadidos socialmente por comprovar suas virilidades e a buscar um padrão de corpo ideal para si e nos outros, reforçando o contexto machista da sociedade. Segundo Carrara (2012), ao romperem as convenções sociais de gênero e sexualidade, homens e mulheres são submetidos a situações de violência e discriminação.

Esses dados destacam a insuficiência da produção de pesquisas no campo das demandas e necessidades de saúde da população homossexual masculina, e da necessidade da capacitação dos profissionais de saúde sobre a temática, e sobre as práticas sexuais do público homossexual masculino. A ausência de dados e evidências a respeito da saúde do público gay, para além do HIV/Aids, demonstra o desconhecimento a respeito de agravos que podem influenciar no cuidado em saúde dessa parcela da população.

#### **4.4. Especificidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais**

As barreiras financeiras, estruturais e culturais enfrentadas pelas mulheres lésbicas, bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres foram descritas no estudo de Rufino et al (2018). Esse mesmo estudo ressaltou a percepção que essas mulheres possuem em relação ao despreparo dos profissionais de saúde em lidar com as suas especificidades. Carvalho, Calderaro e Souza (2013) ressaltam as demandas de saúde das mulheres lésbicas que ainda devem ser alcançadas, registradas na publicação “Direitos que não podem calar” de 2001, da Rede Feminista de Saúde, entre elas a “maior disseminação de informações, políticas públicas para a prevenção de DST,

capacitação dos profissionais de saúde e ações do Ministério da Saúde para trabalhar com suas especificidades” (p. 120).

Em relação às mulheres entrevistadas por Rufino et al (2018), quase metade delas (46,7%) relatou a busca por consultas ginecológicas, sendo que mais de 83% destas relataram a opção por serviços privados nessa especialidade. Albuquerque et al (2016) identificaram que as mulheres lésbicas mais velhas costumam procurar orientação de saúde com outras mulheres lésbicas, em especial as parceiras sexuais, em detrimento da busca de orientação por um profissional de saúde. A alta escolaridade das mulheres entrevistadas pode ter influenciado nesta escolha por serviços privados de saúde (RUFINO et al, 2018). Entretanto, podemos presumir que a ausência de políticas públicas, voltadas ao acolhimento dessas mulheres, no serviço público de saúde, pode também ser um fator que contribui para essa barreira financeira no atendimento em saúde.

Outra questão pertinente diz respeito ao direito a saúde sexual e reprodutiva, principalmente no que compete a concepção de filhos biológicos e a constituição de família. O Brasil ainda não possui legislação norteadora a respeito de tecnologias reprodutivas e de práticas utilizadas entre casais de lésbicas, ficando o Conselho Federal de Medicina responsável por normatizar as práticas reprodutivas entre casais homoparentais. Entre os obstáculos apontados está o banco de sêmen nacional, que possui poucas amostras e informações dos doadores; a preferência pelo doador desconhecido, mas com características fenotípicas semelhantes da mãe não geradora (co-mãe); e o receio das mães de que o possível doador possa querer participar da vida da criança, além dos riscos legais de entrar na justiça requerendo o reconhecimento da paternidade, retirando assim o direito e o espaço da co-mãe (VITULE; MACHIN; COUTO, 2017).

A identificação das vulnerabilidades em saúde pelo prisma das identidades sexuais femininas, sem levar em consideração suas práticas sexuais, pode invisibilizar as demandas de saúde das mulheres bissexuais frente às mulheres lésbicas, e não atingir os cuidados em saúde necessários as demais mulheres que se autoidentificam como heterossexuais, mas que também fazem sexo com outras mulheres (RUFINO et al, 2018).

Desta forma, Rufino et al (2018) ressaltam a existência de critérios diferentes nas pesquisas sobre saúde que estudam mulheres lésbicas e bissexuais, como o enfoque nas práticas sexuais, nos objetos de desejo, ou na autoidentificação. A frequente

incoerência entre a autoidentificação e a prática sexual pode dificultar e invisibilizar a assistência à saúde das mulheres. Para abarcar as diversas expressões da sexualidade feminina, esses autores reforçam que a utilização da terminologia “mulheres que fazem sexo com mulheres” (MSM) evita vieses na avaliação de indicadores de saúde, e contempla o espectro de mulheres não exclusivamente heterossexuais.

Além disso, na sua revisão bibliográfica Rufino et al (2018) identificaram que

O impacto das sexualidades não hétero na saúde das mulheres está na pauta de pesquisas mundiais desde a década de 1980. Há uma abundância de dados apontando dificuldades de acesso e experiências negativas durante a assistência médica a mulheres lésbicas e bissexuais, em diversos países. (...) A utilização menos frequente dos serviços de saúde e os piores indicadores de saúde estão geralmente associados às mulheres lésbicas e bissexuais, comparadas às heterossexuais (p. 02).

Outro dado interessante é que, apenas uma minoria dos ginecologistas procurados (19%) perguntou às MSM sobre suas práticas sexuais, se essas ocorrem com mulheres, com homens, ou com ambos. Entre as mulheres que relataram práticas sexuais exclusivamente com mulheres, nos últimos cinco anos, houve uma procura significativamente menor por ginecologistas (38,9%), em relação às mulheres que relataram práticas sexuais com homens e mulheres (70,8%) (RUFINO et al, 2018). Essa baixa busca por serviços de saúde também revela a menor frequência na realização e no recebimento de exames de rotina e de prevenção, como o Papanicolau e de mama, por MSM (ALBUQUERQUE et al, 2016).

Os estudos de Albuquerque et al (2016) e Rufino et al (2018) exemplificam o obstáculo causado pela percepção prévia dos profissionais de saúde em relação a heteronormatividade das pacientes, causando ainda mais dificuldade no acesso à saúde das mulheres lésbicas, bissexuais, e MSM, reforçando, assim, a presunção da heterossexualidade como norma no atendimento à saúde da mulher. A presunção da heterossexualidade como padrão normativo no atendimento ginecológico de mulheres lésbicas e bissexuais, ou mesmo da exclusividade da prática sexual com homens, em relação às mulheres autoidentificadas como heterossexuais, configura-se como barreira moral, estrutural e cultural que invisibilizam e precarizam o atendimento em saúde dessas mulheres (OLIVEIRA; NERY, 2016; RUFINO et al, 2018).

As mulheres lésbicas tiveram menor proporção de utilização de métodos de prevenção, de consulta anual com ginecologista, e receberam menos informações sobre IST e práticas sexuais do que aquelas que declararam prática sexual com ambos os sexos. A baixa demanda por assistência à saúde de MSM tem entre suas causas a crença

errônea, dessas mulheres e dos médicos, de que elas não estão sujeitas às IST ou ao HIV (ALBUQUERQUE et al, 2016; RUFINO et al, 2018).

Entretanto, possivelmente, a crença de que é apenas na relação sexual desprotegida com homens que a mulher pode se infectar com IST e/ou HIV pode ter influenciado na utilização mais frequente do preservativo, pelas MSM, quando praticaram sexo vaginal (87%) ou sexo anal (71,4%) com seus parceiros. Em comparação, as MSM utilizaram preservativos nos brinquedos sexuais, quando praticaram sexo vaginal (56,5) ou sexo anal (52,9%) com outras mulheres (RUFINO et al, 2018).

A negligência da infecção por IST ou HIV entre as MSM, decorrente do pensamento errôneo da existência do risco apenas na prática sexual com homens, fica ainda mais evidente quando observamos os dados de Rufino et al (2018) a respeito das práticas sexuais dessas mulheres entre si, em que 95,2% delas declararam a realização do sexo oral, e 97,3% da penetração vaginal com dedos, porém, apenas 6,7% utilizaram barreira de proteção no sexo oral, e 5,8% na penetração vaginal com os dedos (RUFINO et al, 2018). Esses dados demonstram a percepção de que as mulheres lésbicas, bissexuais e MSM baseiam sua prevenção às IST/HIV no falocentrismo, onde a presença do pênis, seja ele natural ou artificial, é indicativo de risco de contaminação para a mulher, independentemente da sua prática sexual, e não no sexo desprotegido.

Rufino et al (2018) evidenciam pesquisas a respeito da prevalência de IST em MSM, em destaque o HPV, além de lesões precursoras do câncer de colo de útero, rompendo com o imaginário popular de que lésbicas não “pegam” essas doenças. Sendo este um dos fatores que fazem as mulheres lésbicas terem os maiores percentuais de não realização de exames preventivos.

Os autores destacam, em suas pesquisas, que MSM relataram práticas sexuais semelhantes à de outros estudos, como o manuseio vaginal e anal com os dedos e brinquedos sexuais, além de sexo oral. As mulheres que relataram prática sexual não exclusiva com outras mulheres (incluindo as que não se consideram lésbicas ou bissexuais) demonstram serem mais suscetíveis a necessidade dos exames periódicos, do que aquelas que relataram sexo exclusivamente com mulheres, ou seja, que se consideram lésbicas ou bissexuais (RUFINO et al, 2018). Oliveira e Nery (2016) reforçam que as mulheres lésbicas e bissexuais podem, conforme dados clínicos de pesquisas revisadas, contrair HIV e outras IST através do contato com o sangue menstrual de suas parceiras e o compartilhamento de brinquedos sexuais.

Carvalho, Calderaro e Souza (2013) exemplificam como a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais é atingida na busca pelo cuidado em saúde, pois, segundo os autores

A literatura internacional, especificamente as pesquisas realizadas nos EUA, aponta, de acordo com a Rede Feminista de Saúde (Barbosa & Facchini, 2006), para as seguintes questões de saúde relacionadas à lesbianidade: a) câncer de mama que poderia ser desencadeado pelo consumo de bebidas alcoólicas, sobrepeso, nuliparidade e/ou a baixa frequência de exames preventivos; b) câncer do colo do útero que seria ocasionado devido à presença do HPV, início precoce da vida sexual, tabagismo e/ou multiplicidade de parcerias sexuais; c) doenças sexualmente transmissíveis (DST) que ocorreriam devido ao número de parcerias sexuais, frequência de relações sexuais, aos tipos de práticas sexuais, à higiene e/ou ao alto índice de tabagismo; d) saúde mental afetada e violência, decorrentes de violência física na infância, no trabalho e em lugares públicos (a frequência dos casos de violência doméstica são semelhantes às heterossexuais); e) consumo e abuso de álcool e drogas são superiores aos índices entre as heterossexuais e f) ansiedade causada pelo medo, pela expectativa de rejeição e/ou pela homofobia. (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013, p. 113 e 114).

Estudos revisados por Albuquerque et al (2013), Carvalho, Calderaro e Souza (2013) e Corrêa-Ribeiro e Camargo (2016), reforçam a percepção de prevalência de fatores de risco e doenças em mulheres lésbicas, quando comparadas a mulheres heterossexuais, em destaque para o tabagismo, o uso excessivo de álcool e drogas ilícitas, obesidade e outros distúrbios alimentares e de imagem, doenças cardiovasculares, práticas sexuais sem proteção, problemas de saúde mental, câncer de colo de útero e mama, IST e HIV, comportamentos violentos, ausência de percepção de risco, entre outros. Essa suscetibilidade a esses problemas de saúde estaria relacionada ao sofrimento causado pela estigmatização social e pela discriminação (PRADO, 2017) que, inclusive, como destacado por Carvalho, Calderaro e Souza (2013) e Pereira et al (2017), estariam presentes na prática médica e no atendimento à saúde dessas mulheres.

Albuquerque et al (2013), ao analisarem os estudos de Araújo et al (2006) e Barbosa e Fachine (2009), encontraram dados que evidenciam a homofobia, e suas correlatas lesbofobia, bifobia e transfobia, que fazem do Brasil o campeão mundial em assassinatos de LGBT, configurando-se como fatores agravantes para a população LGBT, além de serem um empecilho para o atendimento em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, temerosas de terem sua identidade sexual revelada, o que ocasiona uma menor busca por exames preventivos e de rotina entre essas mulheres.

#### 4.5. Especificidades de saúde de pessoas travestis e transexuais

A transexualidade é um tema que possibilita a revisão teórico-conceitual do próprio campo em que está inserida, que majoritariamente partiu da distinção dos domínios de sexo e gênero, como apontado por Almeida e Murta (2013), que ao analisarem os estudos de Heilborn (1994), Rubin (1993) e Safiotti (1992) explicitam a compreensão do sexo em um domínio biológico/gonadal, e o gênero como parte do domínio cultural decorrente dele. Para Almeida e Murta (2013), como colocado por Foucault (1988), há a necessidade de se superar a percepção do século XIX na qual o masculino está ligado à presença do pênis e o feminino da vagina, em uma relação direta sexo/gênero/genitália. Almeida e Murta (2013) corroboram o pressuposto colocado por Scott (1990), a respeito do gênero ser uma categoria social que se sobrepõe ao sexo do indivíduo.

Atualmente, os conceitos de sexo e gênero estão em rediscussão, principalmente em estudos na vertente das ciências sociais e humanas e pelos teóricos *queer*. Almeida e Murta (2013) destacam que teóricos como Bento (2008), Leite Jr. (2012), Pelúcio (2005), Thomas Laqueur (1987), Weeks (1999) entre outros, questionam a noção existencial do sexo como anterior a cultura, o binarismo e a oposição entre masculino e feminino a partir da genitália, pois até essa percepção é uma construção social, cultural e histórica, que visa manter uma determinada hegemonia econômica, política e cultural.

Até o início da década de 1990, a transexualidade era vista majoritariamente como patologia, e a partir da CID-10, passou a ser encarada como condição de identidade de gênero, sendo percebida desde então como característica humana natural, perpassando por uma revisão dos critérios de diagnóstico até a sua despatologização no DSM-5 e CID-11, reduzindo a discriminação e possibilitando maior acesso dessas pessoas aos cuidados de saúde (SOLL et al, 2018).

Mesmo com as recentes mudanças, no que se refere ao SUS, a demora no atendimento e a dificuldade do acesso nos serviços de saúde ainda são fatos históricos longe de chegar a um fim. Os jovens trans ainda têm que passar pela sua puberdade desamparados pelo SUS, uma vez que não possuem uma política de terapia hormonal que atenda às suas necessidades. Outro agravante social é o padrão cisheteronormativo estabelecido como norma para legitimar vivências sociais e familiares das pessoas

heterossexuais e cisgêneras, em detrimento das pessoas transexuais (SOLL et al, 2018; SOUZA e IRIART, 2018).

Em uma sociedade cisheteronormativa, as pessoas trans estão sujeitas a transfobia, faceta antidemocrática que limita a existência do ser transexual, sujeitando-o a preconceitos e violência como formas de punição por serem quem são (SOUZA e IRIART, 2018). Bento (2012) nos coloca que, em um contexto heteronormativo, para a compreensão do gênero é necessário que ele esteja referenciado em um corpo alicerçado no binarismo lógico homem/pênis/masculinidade vs mulher/vagina/feminilidade, entretanto, as vivências transexuais rompem essa lógica, ao exporem uma complexa rede de negação e afirmação dos modelos sociais culturalmente disponíveis.

Bento (2012), e Souza e Iriart (2018) destacam que os homens trans, dentre a população de transexuais e travestis, vivenciam um processo de patologização para poderem ter acesso aos serviços de saúde, com suas identidades reconhecidas a partir de um laudo psiquiátrico ou psicológico, o que os invisibiliza como indivíduos, que passam a emergir como uma doença e, a partir daí, todo seu acesso aos serviços e procedimentos do processo transexualizador. Dessa forma, orientam seu itinerário no sistema de saúde pela pseudopatologia, uma vez que ficaram ausentes das políticas públicas de saúde por um longo período, e ainda hoje enfrentam obstáculos na busca pelo acesso à serviços de saúde, marcados no sistema pelo binarismo de gênero, sendo exclusivos para mulheres ou mesmo para homens (a exemplo de consultas ginecológicas, exames de Papanicolau e de próstata, pré-natal, parto e outros).

A despatologização das pessoas trans deve ser acompanhada de um processo de reorganização das práticas de acesso e cuidado em saúde, com a substituição de planos terapêuticos impositivos e compulsórios por planos que tenham como padrão o respeito à vivência e às necessidades das pessoas trans, e não as impostas pelo padrão de ser humano historicamente vigente no campo da saúde, garantindo assim respeito às pessoas trans e aos seus direitos (ALMEIDA; MURTA, 2013; SOUZA; IRIART, 2018).

A transfobia e o machismo imprimem ao corpo do homem trans performances que, ao mesmo tempo, buscam produzir/vivenciar seu gênero com a vestimenta, o corte de cabelo, o uso de fármacos para a produção de pelos faciais, a bandagem nos seios, e o uso de enchimentos na simulação da existência do pênis, que também servem como estratégias de diminuição de situações de violência e preconceito (SOUZA; IRIART, 2018), estratégias realizadas, entre outros motivos, pela busca da “passabilidade”, ou seja, quando a pessoa trans consegue ser “lida” pela sociedade como uma pessoa

cisgênera e alcança um lugar social de segurança (MONTENEGRO, 2019), neste caso que o homem cis possui.

Essas questões sociais devem compor a formação dos profissionais de saúde, e podem auxiliá-los a evitar a reprodução de estigmas, assim como passam a ser capazes de compreender que as modificações corporais são procedimentos importantes na construção da identidade e do corpo das pessoas trans, mas que cada pessoa possui desejos e necessidades diferentes, indo para além do reconhecimento no gênero vivenciado, possibilitando-lhes aceitação e proteção em diversos contextos, principalmente os públicos (ALMEIDA; MURTA, 2013; SOUZA; IRIART, 2018). Assim, a hormonioterapia é vista como a alternativa mais importante na supressão dos caracteres secundários femininos ou masculinos, marcadores do seu sexo de nascimento e, para outros, os procedimentos cirúrgicos lhes possibilitam transitar com maior “passabilidade” entre os demais, diminuindo o preconceito e os riscos da violência motivada pela transfobia (SOUZA; IRIART, 2018).

Nesse contexto, faz-se necessário a compreensão a respeito do transgênerismo que, conforme trazida por Grau (2013), diferencia-se da categoria transexualidade ao desassociar-se do domínio biomédico, que deixa de exercer gestão sobre seus corpos e suas subjetividades. É a partir do domínio biomédico, que busca corrigir o corpo e adequá-lo a um dos gêneros binários existentes, que a transexualidade assume legitimidade por demandas tecnológicas de saúde, como a hormonioterapia e as cirurgias de redesignação sexual. Existe assim, uma premissa de que na transexualidade a realização da cirurgia de transgenitalização é um fim para as demandas trans, pois possibilita adequar-se a um dos gêneros socialmente aceitos.

Segundo Grau (2013) o transgênerismo, ao transcender o dualismo de gênero, abre a possibilidade do ser trans explorar outras formas de existência, possibilitando questionar as categorias sexuais tidas como norma. Nesse contexto, o trans passa a ser compreendido como um fim em si mesmo. Abrindo caminho para as múltiplas vivências de sua subjetividade, enquanto indivíduo para além da genitália. Apesar de manterem deliberadamente seu órgão sexual, as pessoas transgêneras também continuam demandando, pelos procedimentos hormonioterápicos e pelas demais cirurgias complementares de acordo com as suas trajetórias, não sendo viável que o acesso a tais procedimentos se restrinja então aqueles que desejam adequarem-se a um dos corpos assinalados pelo gênero binário.

Autores como Costa et al (2018) registram que o estigma e o receio do preconceito são comumente relatados nas pesquisas com a população trans, como barreiras ao acesso à saúde, e mesmo assim essa população possui altos índices de adesão (92,3% aos cuidados, e 82,1% ao uso de terapia antirretroviral) ao tratamento de HIV/Aids no Brasil, demonstrando que quando as barreiras são superadas, o resultado é a adesão aos procedimentos e processos de cuidado com a saúde.

A transexualidade, tanto como tema social ou científico, possui relevância por sua complexidade e pelas linhas de abordagem que sustentam a partir da perspectiva patologizante ou da construção cultural do gênero. Na primeira abordagem, há um diagnóstico médico a ser prescrito, permeado pelo transtorno pessoal causado pela discrepância entre o sexo de nascimento e o sexo de fato vivido e, neste caso, o horror à genitália representa a materialização desse transtorno. Na segunda perspectiva, os papéis atribuídos socialmente pelas pessoas, e não biologicamente pela natureza, é que são questionados. É neste último que os papéis de gênero construídos socialmente são conflitados quando da existência da pessoa transexual. Neste caso não há então um diagnóstico médico a ser dado à pessoa trans, mas sim uma atenção e um cuidado com sua saúde, para que ela possa ter suas demandas atendidas (ALMEIDA; MURTA, 2013; GIONGO; MENEGOTTO; PETTERS, 2012).

As pessoas trans ainda são vistas como portadoras de uma patologia e consequentemente de um CID, para que possam ser definidas (POPADIUK et al, 2017). Esse estigma, carregado por travestis e transexuais, configura-se como aspecto importante da carga de preconceito ao qual são submetidas, ao buscarem atendimento no sistema de saúde. Aquelas que são profissionais do sexo são ainda mais discriminadas pelos profissionais de saúde, que muitas vezes desrespeitam seu nome social e não as acolhem adequadamente nos serviços de saúde. Daí a importância de se fortalecer as redes de apoio social, afetivas e familiares das pessoas trans, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da transfobia e a criação de políticas públicas mais acolhedoras e que promovam a saúde plena, a cidadania e os direitos humanos das pessoas trans (GIONGO; MENEGOTTO; PETTERS, 2012).

A perspectiva de que a reivindicação do reconhecimento de um determinado gênero social, diferente do sexo de nascimento, ainda se configura como desordem mental para uma parte considerável da medicina e das ciências Psi (Psicologia, Psicanálise e a Psiquiatria). Entretanto, a existência das múltiplas maneiras de se

vivenciar a sexualidade e o gênero em sociedade questiona as normas sociais de sexo, gênero e até mesmo de ser humano (ALMEIDA; MURTA, 2013).

A temática da transexualidade, e o seu conflito com a hegemonia do binarismo sexual e da heteronormatividade, não é um tema contemporâneo. O corpo e a sexualidade já foram temas da religião e da filosofia, mas, a partir do século XIX, com o cientificismo da medicina e das ciências psi, o corpo e a sexualidade passaram a limitação moral do discurso classificatório entre o normal e o patológico e suas noções hegemônicas do sexo e do gênero. Não à toa que o principal recurso terapêutico para as pessoas transexuais é a cirurgia de adequação da anatomia sexual ao gênero (ALMEIDA; MURTA, 2013).

É necessário o avanço na garantia do pleno acesso das pessoas trans aos serviços de saúde, na qualificação dos profissionais de saúde e no enfoque de políticas de combate ao HIV orientadas para o comportamento de risco dos indivíduos, e não para sua orientação sexual ou identidade de gênero (COSTA et al, 2018; PRADO, 2017). Entretanto, a ampliação do serviço especializado na população trans não é garantia que ela terá melhoria no acesso aos serviços de saúde (POPADIUK et al, 2017).

O preconceito e a discriminação vivenciados pelas pessoas trans, inclusive dentro de suas próprias famílias, são comumente relatados como propulsores da saída precoce da casa de seus pais. Em Porto Alegre (RS) 89% das travestis entrevistadas por Giongo, Menegotto e Petters (2012) relataram ter saído de casa entre os 11 e os 14 anos indo em busca por abrigo com outras transexuais. Essas travestis relatam a prostituição como única forma de sobrevivência, fato também identificado no estudo de Souza et al (2015), o que demonstra a construção da identidade de gênero entre os pares, como produção social.

É entre os pares que as pessoas trans buscam a solução de questões inerentes ao processo de transicionar entre o corpo atribuído pelo sexo de nascimento e o corpo almejado pelo gênero vivenciado, ou mesmo na solução de agravos de saúde dos mais básicos aos mais graves. Essas pessoas relatam o preconceito e a discriminação como motivos de não buscarem os serviços de saúde para solução de suas demandas, seja na modificação corporal ou no cuidado com sua saúde (SOUZA et al, 2018).

Jalil et al (2017) reforça que a busca pelo cuidado em saúde enfrenta desde a necessidade da reafirmação do gênero vivenciado e do correto uso dos pronomes de tratamento no acolhimento das pessoas trans, até mesmo ao direito à terapia hormonal, que pode ser oferecido em qualquer equipamento de saúde, sem que haja a necessidade

do atendimento exclusivo em centros de referências especializados em saúde de pessoas trans. O autor ressalta ainda que em seu estudo, apenas 12% das mulheres trans tiveram acesso a cuidados específicos de saúde, embora saiba-se que elas possuem demandas específicas, muitas vezes não alcançadas, mesmo quando disponíveis. Em vista disso, Souza et al (2015) revelaram em pesquisa sobre as violências vivenciadas pelas travestis nas suas experiências nos serviços de saúde de Santa Maria-RS, que há um comprometimento da prática assistencial para esse público, reforçado pela falta de conhecimento da identidade de gênero das pessoas travestis e transexuais.

Em outro estudo Souza et al (2014), ao analisarem os itinerários terapêuticos de travestis de Santa Maria-RS para acompanhar a busca de cuidados em saúde, apontam que “as travestis desestabilizam as fronteiras de gênero tradicionalmente construídas” (p. 2278), o que as coloca em conflito nos mais diferentes cenários, entre eles no atendimento em saúde. Isso reforça que essa busca se dê em outros locais como os espaços de moradia, de prostituição e de religião afro, e não apenas nos espaços de serviços de saúde, que majoritariamente não estão preparados para se depararem com um indivíduo que vivencia a fronteira entre os gêneros, ao construir para si um biocorpo feminino, mantendo a genitália masculina, sem que exista o desejo de extirpá-la (SOUZA et al, 2014).

Os múltiplos métodos e procedimentos possíveis de serem acessados pela população trans nos serviços de saúde, segundo as atuais políticas disponíveis, perpassando o uso adequado de hormônios, cirurgias plásticas e de transgenitalização, e até mesmo o acesso à orientação nutricional e farmacológica adequadas, são capazes de promover bem-estar a essa população, quando elas conseguem acessá-los. Muitas vezes serviços de modificação corporal são mais facilmente acessados por pessoas cis do que pelas pessoas trans, que necessitam comprovar sua patologia para terem acesso à construção de marcadores de gênero, em que ambas as mulheres (cis e trans) buscam por um padrão de corpo ideal. Nesse cenário, o SUS emerge como um importante instrumento capaz de promover a cidadania, através da universalização, da integralidade, e da equidade no acesso em saúde das pessoas trans (ROCON et al, 2016).

Em relação aos agravos vivenciados pela população trans, o HIV é o mais recorrente nas pesquisas analisadas. Bastos et al (2018), Costa et al (2018), Silva e Santisteban (2016) e Veloso (2015) destacam os dados de uma metanálise de estudos de 15 países (EUA, seis países asiáticos, cinco latino-americanos, e três europeus)

realizado por Baral et al (2013)<sup>25</sup> para sustentar a alta vulnerabilidade das mulheres trans à infecção pelo HIV no mundo, cujos resultados indicam uma prevalência de aproximadamente 19% e que, em comparação à população em geral, elas possuem 49 vezes mais chances de contrair o HIV.

Segundo Bastos (2018) a prevalência de HIV ultrapassa 25% em algumas cidades brasileiras e, entre as mulheres profissionais do sexo, as transexuais possuem prevalência nove vezes superior às mulheres cis e três vezes mais do que os homens profissionais do sexo. Este quadro é agravado no cenário brasileiro pelos empecilhos ao acesso, prevenção e tratamento em saúde vivenciados pelas pessoas trans, além do despreparo dos profissionais de saúde em lidar com essa população, mesmo elas sendo alvo/objeto constante das campanhas de prevenção ao HIV (COSTA, 2018).

Na pesquisa de Grinsztejn et al (2017), assim como nas pesquisas anteriormente citadas, identificou-se alta prevalência de HIV e sua relação com outras IST, em destaque a sífilis, a clamídia e a gonorreia em mulheres trans no Rio de Janeiro. No caso da clamídia anorretal, o fato da maioria das infecções serem assintomáticas facilita tanto a infecção como a transmissão do HIV, contribuindo para o crescimento da epidemia nas mulheres trans. Apesar desses dados levantados pelas inúmeras pesquisas, Jalil et al (2017) registra a existência da subnotificação decorrente da deficiência dos sistemas de rastreamento e informação em saúde, que sistematicamente não registram dados sobre pessoas trans infectadas pelo HIV.

A alta prevalência e os consistentes resultados sobre a infecção pelo HIV em mulheres trans, reforçam a importância das estratégias como o acesso imediato a tecnologias de prevenção, a exemplo da PrEP, que podem ser eficazes na prevenção da disseminação da epidemia (HOAGLAND et al, 2017). Entretanto, a baixa escolaridade é uma barreira para que pessoas trans tenham acesso à informação e à percepção do risco que correm, ao não adotarem práticas de prevenção. Esta situação se agrava ainda mais, ao somar-se com a dificuldade em conquistar um emprego formal, muitas vezes restando-lhes a prostituição, o que contribui para a sua vulnerabilidade e exposição ao HIV (SOUZA et al, 2018).

Casos de infecção por sífilis, que potencializa a transmissão do HIV, e coinfeção por hepatite viral, foram relatados por mulheres trans em pesquisas na América Latina (BASTOS et al, 2018). Essa crescente de vulnerabilidade pode ter

---

<sup>25</sup> BARAL, Stefan D. et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*, v. 13, n. 3, p. 214-222, 2013.

influência em diversos outros problemas de saúde e de relações sociais, conforme apontado no levantamento de Bastos et al (2018) como conflitos familiares; violação de direitos à educação e ao emprego; violência de gênero, interpessoal, estrutural e institucional; não reconhecimento da identidade de gênero das pessoas trans; discriminação nos serviços e pelos profissionais de saúde; e dificuldades ao acesso aos serviços de prevenção ao HIV.

Costa e Mendonça (2014), Giongo, Menegotto e Petters (2012), Prado (2017), Souza e Iriart (2018), e Soll et al (2018) apontam para a vivência de outros agravos entre as pessoas trans, com destaque para questões de saúde mental como ansiedade, angústia, sentimento de incapacidade e abandono, depressão e solidão decorrentes do estigma e da discriminação vivenciadas pelas pessoas trans no convívio social e familiar, causando adoecimentos, sofrimentos, violência física e psíquica, e até mesmo a morte prematura.

Parte dos cuidados em saúde, capazes de propiciar bem-estar às pessoas trans, está relacionado a possibilidade de acesso aos procedimentos de hormonioterapia, sejam eles direcionados aos homens ou mulheres trans, através de uma estratégia segura e de acesso facilitado, superando inclusive as lacunas de pesquisas neste campo, e a ausência de indicadores epidemiológicos, que reflitam as demandas e os agravos das pessoas trans, e sirvam de indicadores para a construção de estratégias de promoção à saúde (SOUZA; IRIART, 2018).

Na ausência do acesso aos serviços de saúde, a busca pela feminilidade faz com que mulheres trans mais novas busquem outras trans mais experientes para a realização de procedimentos e automedicação a um menor custo e sem o preconceito e discriminação dos serviços de saúde oficiais. Rocon et al (2016) registram, em sua pesquisa, a exposição ao risco, como opção das mulheres trans, na ausência do amparo dos serviços de saúde para poderem ter sua transformação corporal efetivada, com isso, o silicone industrial e os hormônios automedicados são as alternativas disponíveis. Dessa forma, as mulheres trans recorrem as denominadas “bombadeiras”<sup>26</sup> para poderem utilizar hormônios sem acompanhamento médico, e aplicar silicone industrial, o que pode causar efeitos desastrosos, tanto ao desenvolvimento corporal e psíquico, como problemas físicos, como o deslocamento do silicone para regiões periféricas do corpo, em geral, pés e mãos (SEHNEM et al, 2017; SOUZA et al, 2015).

---

<sup>26</sup> Travestis [e transexuais] mais experientes que oferecem a essa população, clandestinamente, o serviço de modificações corporais através da aplicação de silicone industrial (SEHNEM et al, 2017, p. 240).

Os dados de Hoagland et al (2017) corroboram essa exposição, pois entre as 25 trans entrevistadas, 15 relataram uso de hormônio, porém, apenas quatro delas realizavam essa utilização de acordo com as recomendações médicas. Costa e Mendonça (2014) listam efeitos colaterais que podem ocorrer na utilização inadequada de hormônios por homens e mulheres trans, que vão desde problemas de pele, do sistema circulatório e cardíaco, mudanças corporais e de comportamento, ou até mesmo câncer de mama e ovário. Esses problemas podem ser agravados sem o devido acompanhamento médico.

Pinto et al (2017), ao falar sobre a prevalência do uso de silicone industrial entre mulheres trans, ressaltam que os seus dados indicam que 49% das mulheres trans entrevistadas utilizavam o silicone industrial, sendo que 43% delas informaram agravos de saúde colaterais a utilização, além da relação entre a utilização do silicone industrial com a baixa escolaridade, a média de idade de 22 anos da primeira aplicação, e a prostituição como atividade profissional, além dos agravos também identificados por Costa e Mendonça (2014), entretanto, apenas 46,25% delas procuraram serviços de saúde diante dos problemas.

Pinto et al (2017) também destacam os relatos da literatura nacional e internacional, que identificam a utilização de outros fluidos por mulheres trans como parafina, vaselina, óleos de linhaça e oliva, e até mesmo selantes de pneus, e fluidos automotivos, todos tão inadequados quanto o silicone industrial para serem utilizados como meio de preenchimento corporal. Souza et al (2014) ressaltam que os efeitos colaterais da utilização de hormônio e silicone industrial são completamente conhecidos pelas mulheres trans, entretanto, o fácil acesso, o baixo custo, e a fuga de situações de preconceito e discriminação são apontados como motivos para essa demanda.

Entre os agravos registrados na literatura, talvez a violência (psicológica, física, verbal, social e institucional) seja o mais recorrente na vida das pessoas trans. Autores como Albuquerque et al (2013), Carrara (2012), Freire et al (2013), Pereira et al (2017), Popadiuk et al (2017) Sousa, Ferreira e Sá (2013), Souza et al (2014), Souza et al (2015), e Souza e Iriart (2018) registraram, em suas pesquisas, a violência como fator de vulnerabilidade e sofrimento da população trans. Desde a violência simbólica, pelo estigma de se relacionar as pessoas trans à doenças, IST e ao HIV, prática que ocorre inclusive entre os profissionais de saúde, e mesmo casos mais graves, e até mortais, que fazem com que as pessoas trans sejam as maiores vítimas de violência entre a população LGBT.

Ainda, de acordo com dados da SDH/PR e do GGB, registrados em trabalhos de Albuquerque et al (2013) e Popadiuk et al (2017), o Brasil figura como o país com mais casos de assassinato por motivação transfóbica do mundo. Souza et al (2015) destacam que entre as pessoas trans profissionais do sexo a violência é ainda maior e mais grave. Essa violência, segundo estes autores, acompanha o momento da descoberta da sexualidade das pessoas trans, e está presente no ambiente familiar, que rejeita a não conformidade da pessoa trans com o padrão de gênero esperado, resultando no afastamento da família e da escola, outra violência constante na vida das pessoas trans.

Essa violência simbólica, como colocado por Souza et al (2015), entranha-se pelos mais diversos meios, como os serviços de saúde e segurança, expondo assim as pessoas trans a uma vivência degradante, e reforçando mecanismos de exclusão baseados na patologização e na criminalização desses indivíduos. A exclusão familiar faz com que as pessoas trans busquem refúgio entre seus pares, e tenham a prostituição como único meio de sustento e sobrevivência, e nesse contexto, o uso abusivo de drogas acaba por ocasionar dificuldades tanto para o trabalho como para o convívio entre os pares (SOUZA et al, 2014).

A violência e a discriminação são agravos recorrentes na vida daqueles que subvertem os padrões de gênero socialmente impostos, e mesmo a homossexualidade e a transexualidade não sendo crimes no Brasil, o tratamento social dispensado às pessoas trans é correlato a de criminosos, ou mesmo, de cidadãos inferiores em direitos em relação aos demais (CARRARA, 2012; FREIRE et al, 2013).

Esse contexto de inferiorização repercute no que Silva-Santisteban et al (2016) elencam como dificuldades na qualidade dos serviços de saúde, que são vivenciados pelas pessoas trans. Essas dificuldades perpassam desde a falta de protocolos de atendimento e saúde, e até mesmo de espaços para atendimento de saúde mental, a falta de encaminhamento para outros serviços como justiça, cidadania, e assistência social, assim como a participação limitada das pessoas trans no planejamento e execução de estratégias de promoção e prevenção em saúde. Esse cenário, segundo estes autores, culmina na falta de treinamento dos profissionais de saúde nas temáticas de gênero e de diversidade sexual, o que acaba reforçando a exclusão, o não reconhecimento do gênero do indivíduo, sua estigmatização, e até mesmo a negação de seu atendimento nos serviços de saúde.

Por diversas vezes, o único espaço de relacionamento das pessoas trans com os serviços de saúde são as clínicas de atendimento de pessoas vivendo e convivendo com

HIV/Aids, e assim como em outros ambientes de saúde, o aconselhamento tende a ser direcionado ao comportamento sexual, como se este fosse o único fator resultante dos agravos, reforçando os estigmas e o preconceito em relação às pessoas trans.

#### **4.6. Desafios da Política Nacional de Saúde Integral LGBT**

##### **4.6.1. A PNSI como direito**

Durante a análise da revisão da literatura a respeito da saúde da população LGBT, em relação a políticas públicas, percebemos que a PNSI LGBT possui um papel de destaque para a implementação da integralidade, universalidade, e equidade da população LGBT junto ao SUS. Dessa forma, a PNSI LGBT busca atender as demandas dessa população, promover o aprimoramento de seu acolhimento nos serviços de saúde, garantir o seu acesso aos serviços, combater quaisquer formas de discriminação e preconceito, possibilitando a compreensão do sujeito LGBT como sujeito de direitos, inserido em um contexto social, que deve ser considerado no momento do atendimento (FRANKLIN et al, 2016; PEREIRA, 2017; POPADIUK et al, 2017; SOUZA; IRIART, 2018;).

Reconhece-se também a necessidade dos transexuais, incluindo os homens trans, de terem suas demandas e agravos acolhidos pelos serviços de saúde, garantindo assim seu direito à vida e à saúde integral, dinamizando as responsabilizações historicamente afirmadas pelas resoluções internacionais de Direitos Humanos, e ratificadas nos Princípios de Yogyakarta (2006), quando tratam da orientação sexual e identidade de gênero, do qual o Brasil é signatário, para que os princípios do SUS também produzam estratégias de cuidado e inclusão que atinjam esta parcela populacional tão marginalizada (SOUZA e IRIART, 2018).

O direito à vida e à saúde da população trans também são protegidos pela Constituição Federal de 1988, pela Lei 8080/90 que instituiu o SUS e a promoção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira. Esses direitos são reafirmados pela PNSI LGBT, que além de garantir o direito integral a saúde, o atendimento e o acolhimento livres de preconceito e discriminação, também assegurou o uso do nome

social e o acesso à hormonioterapia e às modificações corporais através das cirurgias do processo transexualizador, independentemente do desejo, ou não, das pessoas trans em realizar a cirurgia de transgenitalização (ALMEIDA; MURTA, 2013; FRANKLIN et al, 2016; POPADIUK et al, 2017; ROCON et al, 2016; SOUZA; IRIART, 2018;).

A garantia do direito à saúde, reafirmado pela PNSI LGBT, possibilitou a extensão real da cobertura desse apoio às pessoas LGBT, que passaram a ter protegidos os seus direitos sexuais no Brasil, assim como sua participação no controle social e no processo decisório, incentivados para aprimorar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde (PEREIRA, 2017; SILVA et al, 2016). Essas foram conquistas obtidas a partir de avanços nas lutas do movimento LGBT brasileiro, que resultaram na elaboração do programa Brasil sem Homofobia (2004) pelo Governo Federal e na própria criação de tantas outras políticas públicas que se direcionavam, direta ou indiretamente, para a população LGBT, como a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, que normalizou o uso do nome social, a Resolução do Processo Transexualizador, e posteriormente a PNSI LGBT (ALMEIDA; MURTA, 2013; PETRY, 2015; ROCON et al, 2016; SAMPAIO; GERMANO, 2014; SILVA, Jonatan et al, 2017).

#### 4.6.2. A PNSI LGBT e a redução da desigualdade

A publicação da PNSI LGBT em 2011 representou um avanço no processo de cidadanização e redução das desigualdades para a população LGBT, sendo um importante instrumento de combate ao preconceito institucionalizado e à discriminação, possibilitando ampliar o acesso e melhorar o acolhimento e a qualidade do atendimento à saúde dessa população, reconhecendo a necessidade de se desnaturalizar a heteronormatividade no atendimento à saúde, e propondo um ponto de mudança baseado no respeito a diferença (PEREIRA et al, 2017).

Apesar do reconhecimento da diversidade e da garantia à não discriminação estarem inseridos tanto na Constituição Federal, quanto na lei de criação do SUS (Lei 8080/90) e em seus princípios de integralidade, equidade e universalidade, só com o advento da PNSI LGBT e seu Plano Operativo é que estratégias de gestão e ação de responsabilidade de cada ente federativo, em nível municipal, estadual e federal, puderam ser estabelecidas de forma estratégica para o enfrentamento da homofobia e

dos desafios das desigualdades, das iniquidades, e da baixa acessibilidade em saúde presentes no cotidiano dessa população (FRANKLIN et al, 2016; POPADIUK et al, 2017).

Prado e Souza (2017) realizaram uma revisão da literatura pós a publicação da PNSI LGBT (2011 - 2016), e identificaram que a população LGBT está aquém do devido no que se refere ao recebimento de atendimento e assistência à saúde que necessitam, além do sofrimento com juízos de valores e julgamentos que são reflexos diretos da falta de ética no atendimento profissional com os pacientes LGBT. Prado e Souza (2017) também reforçam que, apesar da PNSI LGBT buscar eliminar a discriminação, o preconceito e diminuir as desigualdades no SUS, para a mudança desse cenário faz-se necessário que os profissionais de saúde lancem mão de uma atuação baseada na ética principialista, revendo suas atitudes e pensamentos, e tendo por base a autonomia, a não-maleficência, a beneficência, e a justiça quando do atendimento da população LGBT nos serviços de saúde.

Autores como Santos et al (2015), Sehnem et al (2017), Silva, Joseane et al (2017) e Souza et al (2014) reforçam a importância da PNSI LGBT em promover a saúde da população LGBT e a efetivação do SUS na prática, e não apenas na legislação. A PNSI LGBT contribui para que o SUS efetive-se enquanto um sistema de saúde universal, integral e equânime, além de proporcionar a inclusão dos quesitos de orientação sexual e identidade de gênero na formulação de outras políticas públicas de saúde. Dessa forma, a PNSI LGBT é capaz de reduzir as desigualdades e a discriminação, reconhecendo-as como determinantes sociais do processo saúde-doença e da exclusão a que a população LGBT é submetida, inclusive através do preconceito institucional.

Entre os desdobramentos almejados implicitamente pela PNSI LGBT está a transformação do imaginário social, sendo capaz de propiciar nos indivíduos a superação da discriminação e do preconceito para com a população LGBT, mudando relações sociais que norteiam a atuação profissional em saúde (SANTOS et al, 2015). A PNSI LGBT, como bem pontuado por Motta (2016), emerge como um reconhecimento de que saúde é muito mais do que apenas uma questão biológica, sendo mais complexo que isso, tendo camadas sociais e culturais inseridas, e que busca mudanças que possam almejar:

- a) produção de conhecimentos no e com base nos espaços de trabalho, que sejam capazes de modificar a natureza das práticas de saúde;
- b) produção de relações sociais mais

horizontais com potência de interferir nos processos de subjetivação dos sujeitos envolvidos na produção em saúde; c) diminuição ou modificação das relações sociais e culturais marcadas por diferenças e subalternidade (p.78).

Freire et al (2013) reafirmam a importância estratégica da PNSI LGBT diante das especificidades e demandas de saúde da população LGBT, sendo capaz de qualificar o atendimento e o acolhimento dessa população ao agir transversalmente nas demais áreas técnicas da saúde, colocando o respeito a diferença e a não discriminação como valores fundamentais na busca pela integralidade, equidade, promoção, proteção, atenção e cuidado em saúde.

#### 4.6.3. As dificuldades na implementação da PNSI LGBT

A efetivação da PNSI LGBT enfrenta a resistência de práticas profissionais que se distanciam do almejado pelos princípios do SUS, reforçam violências simbólicas que são, também, fruto da confusão conceitual entre os conceitos de igualdade e equidade, o que acaba por levar a uma prática equivocada onde o “tratar todos iguais” no acolhimento e atendimento em saúde, não contribui para diminuir as desigualdades sociais, que seriam melhor lidadas através da equidade, diminuindo assim o distanciamento dos LGBT dos serviços de saúde (PEREIRA et al, 2017).

Nos estudos de Pereira et al (2017) foi identificado o discurso unânime de que não há, nas unidades de saúde dos profissionais entrevistados, qualquer tipo de serviço organizado ou relacionado ao atendimento da saúde da população LGBT e suas especificidades. Para os autores, esse discurso se deve à visão estabelecida dos profissionais de saúde a respeito do princípio da igualdade como universalização de direitos, onde não negar atendimento seria suficiente para bem atender a população LGBT.

Como ainda observado por Pereira et al (2017), a defesa da igualdade pelos profissionais de saúde, embora cuidadosa, acaba por revelar a inobservância e/ou o desconhecimento da PNSI LGBT e da equidade como princípio doutrinário do SUS. Silva et al (2016) pontuam que apesar da existência da PNSI LGBT, ela ainda não chegou efetivamente aos serviços de saúde, o que pode resultar no descaso do direito básico a saúde da população LGBT. Como ressaltado por Albuquerque et al (2013)

esses obstáculos, causados por parte dos profissionais de saúde, são cotidianamente enfrentados pelos LGBT na busca do atendimento em saúde, e na superação das violências e preconceitos ao acessarem os serviços de saúde.

Souza et al (2015), a respeito das Travestis de Santa Maria (RS), registram que elas pouco procuram atendimento em saúde nos serviços públicos, mesmo com dores fortes ou ferimentos graves, pois identificam esses espaços como reprodutores de violência, a partir de suas experiências e de seus pares. Dessa forma, cientes das dificuldades que enfrentariam, as travestis optam por evitar os serviços de atendimento em saúde, e assim evitam situações de humilhação, indiferença, julgamento moral e até mesmo baixa resolutividade de suas demandas (SOUZA et al, 2015).

Giongo, Menegotto e Petters (2012) já apontavam em seu estudo, sobre as demandas de travestis e transexuais profissionais do sexo com relação à saúde mental, que a PNSI LGBT não esteve presente nas experiências relatadas, distanciando-se da garantia do direito a saúde e a cidadania. A PNSI LGBT é um compromisso governamental com a população LGBT e seu direito a saúde, e cada ente federado tem a responsabilidade com sua efetivação, com o combate à discriminação e aos preconceitos existentes nos serviços de saúde. Cada ente federado tem, inclusive, responsabilidade individual pela articulação com outros entes federados e organizações da sociedade civil para a materialização desta política, não necessitando ser acionado por nenhuma instância para então cumprir sua responsabilidade.

Independentemente dos avanços que a PNSI LGBT representa, e embora sua implementação tenha ocorrido em 2011 através de portaria do Ministério da Saúde, seu debate público tenha iniciado em 2008, a ausência de recursos direcionados através de dotação orçamentaria específica para sua implementação é um dos maiores impeditivos para sua materialidade no cotidiano dos serviços de saúde. A questão orçamentária é importante para a operacionalização e a efetivação desta política em todos os níveis de atenção à saúde, o que pode possibilitar mudanças nas formas de pensar e agir dos profissionais e das instituições de saúde, rompendo o padrão da heteronormatividade no atendimento (ALBUQUERQUE et al, 2013; SILVA, Jonatan et al, 2017).

Outro obstáculo se refere ao campo acadêmico, onde a PNSI LGBT é pouco explorada como tema central das discussões dos artigos científicos, sendo uma personagem simbólica. Muito embora os obstáculos e desafios enfrentados pela população LGBT no atendimento à saúde estejam em debate na produção acadêmica, a PNSI LGBT, fruto da luta do movimento LGBT, não é colocada em discussão e nem

mesmo para contribuição ao debate, refletindo o pouco avanço de sua efetividade na atenção à saúde desta população (PRADO; SOUZA, 2017). O obstáculo apresentado anteriormente foi reforçado na revisão bibliográfica para esta tese, onde, considerando os critérios adotados de elegibilidade para a análise do período de 2012 a 2018 da produção acadêmica, foi possível identificar que, dos 42 artigos revisados, a PNSI LGBT esteve ausente em 22 dos textos revisados.

#### 4.6.4. A PNSI LGBT e os estímulos à promoção da saúde

Considerando as dificuldades e dos desafios identificados em relação a implementação da PNSI LGBT, é importante reconhecer que os profissionais de saúde são permeados subjetivamente por estigmas e preconceitos é importante para compreensão das dificuldades para a implementação de políticas compensatórias e a garantia dos direitos da população LGBT nos serviços de saúde (PEREIRA et al, 2017). O comitê do Ministério da Saúde designado para acompanhar as ações de implementação da PNSI LGBT é ferramenta útil e essencial para o monitoramento e fiscalização das atividades dos entes federados, e para a produção de conhecimento a respeito da saúde da população LGBT (POPADIUK et al, 2017; SILVA, Joseane et al, 2017).

A PNSI LGBT, a época seguindo as diretrizes do programa federal Brasil sem Homofobia (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011), propiciou a ampliação do processo transexualizador, possibilitando que pessoas trans, invisibilizadas na primeira versão da portaria do processo transexualizador, em 2008, agora pudessem demandar atendimento e serviços anteriormente negados. A implementação da PNSI LGBT é norteadas, em seu Plano Operativo, por quatro eixos estratégicos que propõem ações intra e intersetoriais, além de influenciar na produção de outras políticas públicas de saúde devido seu caráter transversal. As ações e estratégias propostas possibilitam que os serviços e profissionais de saúde atuem nos determinantes e condicionantes sociais que influenciam na desigualdade da saúde da população LGBT (POPADIUK et al, 2017).

Ao analisar as memórias das reuniões do Comitê Técnico da PNSI LGBT do Ministério da Saúde, Popadiuk et al (2017) identificaram que o Ministério da Saúde esforçava-se para pôr em prática as ações propostas nos eixos do Plano Operativo da

política, monitorando e avaliando sua implementação, na busca por garantir ações de vigilância em saúde, acesso à saúde da população trans, a construção de portas de entrada para a população LGBT, e a qualificação do atendimento através da formação de profissionais.

A PNSI LGBT é um importante instrumento na busca pela efetivação dos direitos humanos no Brasil, garantindo a implementação dos Princípios de Yogyakarta no que tange aos instrumentos internacionais em relação à orientação sexual e identidade de gênero, além de garantir o uso do nome social no atendimento e nos procedimentos de saúde da população trans (SOUZA; IRIART, 2018). Desde sua apresentação pelo Ministério da Saúde, em 2010, já estava claro que a PNSI LGBT se direcionava a garantir o direito a saúde, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos da população LGBT. Neste contexto a sensibilização e a qualificação dos profissionais de saúde, através de ações de educação permanente, são instrumentos importantes para a garantia ao respeito desses direitos, firmando-se como um compromisso ético-político do SUS em todas as instâncias (MOTTA, 2016; SANTOS et al, 2015).

O fato da PNSI LGBT, seu Plano Operativo pactuado pela Comissão Intergestora Tripartite, e o seu Comitê Técnico de monitoramento terem sido promulgados durante a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011), representa um marco histórico na saúde LGBT brasileira. Além de tornar público a PNSI LGBT, o Governo Federal assumiu frente à sociedade civil, em sua maior instância de participação social, o seu compromisso com a promoção da saúde da população LGBT (SILVA, Jonatan et al, 2017).

Com a PNSI LGBT houve o estímulo de uma maior participação dessa população no controle social das instâncias de saúde. Ademais, possibilitou a experimentação de diferentes pedagogias e teorias, a exemplo da teoria *queer*, capazes de oportunizar novas práticas e novos processos educacionais dos profissionais de saúde, produzindo conhecimento e mudanças na percepção sobre a vida e a existência das pessoas LGBT, inclusive em relação a suas práticas sexuais, suas formas de desejo, seu corpo, e suas relações sociais (MOTTA, 2016).

É importante reconhecer que o desenvolvimento de políticas públicas para a população LGBT e o conhecimento a respeito das demandas dessa população foram possíveis e estimulados através de parcerias entre o poder público, a sociedade civil e a academia, intensificados a partir de 2004 com a criação do programa Brasil sem Homofobia. As ações hoje existentes tornaram-se mais próximas do atendimento dessas

demandas, a partir da premissa de que o acesso integral a saúde compreende um cuidado sistêmico, enxergando o contexto social vivenciado pela população LGBT (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012).

#### **4.7. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT como caminho para e de outras Políticas Públicas de Saúde**

##### 4.7.1. O cenário geral das políticas públicas e o arcabouço da saúde

A PSNI LGBT teve um papel importante no cenário de desenvolvimento de políticas públicas para a população LGBT na área da saúde, isso antes mesmo de ter sido efetivada em 2011. Durante os debates entre o Governo Federal e a sociedade civil para sua formulação foram necessárias a construção de contextos e ações que propiciaram seu desenvolvimento e fortalecimento.

A convergência entre o direito a saúde, a homossexualidade e os direitos sexuais dos indivíduos são recentes, tendo ganhado força entre o final do século XX e início do XXI. Apesar de influenciar na inclusão da população LGBT e na criação de políticas públicas, ainda se verifica o sofrimento desta população com violências e preconceitos (ALBUQUERQUE et al, 2013).

Embora a Constituição Federal de 1988 garanta a igualdade de todos, sem distinção de qualquer natureza, e inclua vitórias como a equidade de gêneros e o direito a saúde em seu sentido mais amplo, é certo que a exclusão da orientação sexual e da identidade de gênero do texto, entre as situações de discriminação a serem combatidas pela proteção constitucional, demonstra que o contexto político e social de sua promulgação não era favorável para a população LGBT (CARRARA, 2012; FREIRE, 2013; SANTOS et al, 2015).

Com o advento da Lei Orgânica da Saúde 8080/90, além da criação do SUS, também foram instituídos os princípios doutrinários que regeriam o sistema de saúde, garantindo a assistência e a promoção da saúde tendo como base a universalidade, a integralidade e a equidade em todos os níveis de atendimento da população. A participação da população na gestão desse novo sistema foi garantida através da Lei

complementar 8142/90 que, entre outras ações, regulamentou a participação social no SUS. A partir desta legislação foi possível que a população pudesse passar a influir no direcionamento e rumos das políticas de saúde em todas as instâncias da gestão, seja ela federal, estadual ou municipal (SANTOS et al, 2015; SILVA, Jonatan et al, 2017), ambas as legislações abrigavam a inclusão, implícita, da população LGBT.

Em 1996, o Governo Federal apresentou o primeiro marco da construção de políticas públicas voltadas a população LGBT, para além da Aids, no Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), que em sua primeira versão já abordava a garantia do direito a igualdade de LGBT, possibilitando a criação, em 2001, do Conselho Nacional de Combate à Discriminação, no Ministério da Justiça (SILVA, Joseane et al, 2017). Tanto a segunda versão do PNDH de 2002, quanto o PNDH 3 em 2009, mantiveram e ampliaram a proteção e a promoção dos direitos humanos da população LGBT no Brasil. Foram muito importantes para fortalecer as bases legais de criação de políticas públicas para essa população, em especial na área da saúde onde a PNSI LGBT deixa clara sua ligação com o PNDH 3 (ALMEIDA; MURTA, 2013; SILVA, Joseane et al, 2017).

Todavia os avanços em relação as legislações de combate à violência de gênero, a exemplo da Lei Maria da Penha nº 11.340 de 2006, autores como Souza et al (2015) percebem lacunas na proteção às diferentes assimetrias de gênero, o que pode comprometer a proteção nas relações LGBT, e o papel da saúde neste cenário como sentinela dos casos de violência sofridos por esta população. Santos et al (2015) destacam a importância do arcabouço internacional dos Direitos Humanos a respeito da orientação sexual e identidade de gênero. Estes princípios nortearam a PNSI LGBT e a garantia do direito a saúde da população LGBT (MOTA, 2016).

Em relação as ações que construíram o contexto da promulgação da PNSI LGBT, podemos citar a criação do Comitê Técnico no Ministério da Saúde, em 2004, para o desenvolvimento dos debates e propostas para a saúde pública da população LGBT, e a inclusão de representante desta população no Conselho Nacional de Saúde, em 2006, ambas ações como desdobramento do programa Brasil Sem Homofobia, e que possibilitaram a efetiva inclusão da população LGBT nas ações e processos decisórios, e no controle social do SUS (SILVA, Joseane et al, 2017).

A parceria entre Sociedade Civil, Academia e Governo na construção do programa Brasil sem Homofobia e sua importância para o combate à violência e a discriminação contra as pessoas LGBT são frequentemente registradas em diversos

estudos e pesquisas na área da saúde LGBT (ALBUQUERQUE et al, 2013; ALMEIDA; MURTA, 2013; CARRARA, 2012; MOTTA, 2016; PRADO, 2017; SAMPAIO e GERMANO, 2014; SANTOS, 2015; SILVA, Jonatan et al, 2017; SILVA, Joseane et al, 2017; SOUZA et al, 2014; SOUZA; FERREIRA; SÁ, 2013).

O Brasil sem Homofobia foi construído para possibilitar diferentes ações governamentais de enfrentamento à homofobia influenciando, ou servindo como base, na construção de políticas públicas para atender as demandas da população LGBT, anteriormente invisibilizadas. O próprio texto da PNSI LGBT deixa claro sua ligação com o programa Brasil sem Homofobia já no seu primeiro parágrafo, demonstrando que a parceria rendia frutos palpáveis para todos (ALMEIDA; MURTA, 2013; MOTTA, 2016; SAMPAIO; GERMANO, 2014).

Os relatórios da 12<sup>a</sup>, da 13<sup>a</sup> e da 14<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente realizadas nos anos de 2003, 2007 e 2011, registram os debates e as propostas voltadas para a construção de políticas públicas e para a garantia do direito à saúde da população LGBT, tendo a análise da orientação sexual e da identidade de gênero como temas do âmbito dos determinantes sociais da saúde. A 13<sup>a</sup> Conferência pautou a proibição de doação de sangue pelas pessoas LGBT e posicionou-se contrária a essa interdição, denunciando, inclusive, seu caráter inconstitucional (SANTOS et al, 2015; SILVA, Jonatan et al, 2017).

Em outra frente, o Ministério da Saúde reforçou o cuidado em saúde das mulheres lésbicas e bissexuais ao incluí-las, em 2004, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e em 2006 ao lançar a cartilha “Chegou a hora de cuidar da saúde”. No ano de 2007, o Ministério da Saúde também fortaleceu o combate à epidemia de Aids na população LGBT, ao apresentar o Plano Nacional de Enfrentamento da epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e travestis, e o Plano integrado de enfrentamento a feminização da epidemia de Aids e das DST (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013; SAMPAIO, 2014; SILVA, Joseane et al, 2017).

No que tange aos avanços na proteção do acesso da população trans aos serviços de saúde, Freire et al (2013) pontuam a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, instrumento que possibilitou a proteção desse acesso a saúde e abriu espaço para a utilização do nome social nos atendimentos nos espaços de saúde. A questão da cidadania trans, do respeito ao nome social e de políticas de identidade de gênero foi abordada por Silva-Santisteban et al (2016), que relataram que na América do Sul, com

exceção do Peru e do Paraguai, há legislações que proíbem a discriminação por orientação e identidade de gênero, e a América Central é a região legalmente mais conservadora. Entretanto, em relação a permissão para a mudança de nome e sexo nos documentos de identificação oficiais, apenas Argentina, Uruguai e Cidade do México aprovaram leis que garantem as pessoas trans essa mudança, e na Colômbia e Panamá, essa mudança foi garantida por vias judiciais.

É importante frisar que no Brasil, embora a Constituição Federal estabeleça a proibição da discriminação por sexo e quaisquer outras formas de discriminação, ainda hoje não há nenhuma legislação específica em relação à orientação sexual e identidade de gênero aprovada pelo congresso nacional. Na ausência de preceito legal, somente em 2019, através de decisão do Supremo Tribunal Federal, a discriminação por motivação homofóbica foi equiparada ao crime de Racismo<sup>27</sup>, e em 2018 a mudança de nome e sexo nos registros civis<sup>28</sup> foi garantida para as pessoas trans, independentemente de laudo médico ou de terem realizado ou não a cirurgia de redesignação sexual.

Porém, tanto o debate da utilização do nome social, quanto a construção de outras estratégias e ações de promoção da cidadania LGBT, incluindo o direito a saúde, foram debatidos durante a 1ª Conferência Nacional GLBT em 2008. Entre seus resultados produziu a construção das propostas da PNSI LGBT e do Plano Nacional de Cidadania e Direitos Humanos LGBT, que posteriormente seriam implementados pelo governo (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013; CARRARA, 2012; PRADO et al, 2017; POPADIUK et al, 2017; SAMPAIO, 2014; SILVA, Joseane et al, 2017).

Em relação ao sistema de saúde brasileiro, a Estratégia Saúde da Família é reafirmada pela Política Nacional de Atenção Básica como a principal porta de entrada do SUS, que deve acolher o usuário escutando suas demandas e oferecendo respostas resolutivas para elas (PEREIRA et al, 2017). Entretanto, Albuquerque et al (2016) e Franklin et al (2016) relatam a dificuldade em se ampliar o atendimento em saúde na atenção básica para além da visão heteronormativa e das questões relativas à sexualidade, Aids e IST, o que tende a levar a população LGBT a buscar os serviços especializados ou de urgência, para o atendimento de seus agravos de saúde quando estes já estão em estágio avançado.

---

<sup>27</sup> Através do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 26 e do Mandado de Injunção nº 4733.

<sup>28</sup> Através do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4275.

É na atenção básica que a maioria das demandas de promoção, recuperação e prevenção de saúde podem ser atendidas. Hoagland et al (2017), por exemplo, identificaram que todas as Clínicas da Família visitadas em sua pesquisa ofereciam as profilaxias pré e pós-exposição que evitam a infecção dos indivíduos pelo HIV/Aids, apesar de registrarem baixa procura por ambas. Para que a população LGBT possa se beneficiar desta porta de entrada, Franklin et al (2016) destacam a pertinência do discurso bioético para que os profissionais de saúde possam superar as dificuldades de acesso dessa população, principalmente aquelas que estão relacionadas a processos e demandas de trabalho nos serviços de saúde.

#### 4.7.2. Nome social, o respeito a identidade e o acesso à saúde

São inúmeros os relatos do desrespeito ao uso do nome social de pessoas travestis e transexuais quando elas demandam atendimento em saúde, o que acarreta a evasão desse público dos serviços, uma vez que o constrangimento de serem identificadas com um nome que não corresponde à sua aparência e identidade configura-se como uma violência e desrespeito extremos (ROCON et al, 2016; SEHNEM, 2017; SOUZA et al, 2015; SOUZA et al, 2014; SOUZA; IRIART, 2018;). As travestis, por exemplo, rechaçam a busca por atendimento nos serviços oficiais de saúde por já saberem as humilhações e os julgamentos que terão de enfrentar, além da dificuldade em terem suas demandas resolvidas (SOUZA et al, 2015).

Apesar do direito ao atendimento humanizado, e livre de discriminação por identidade de gênero e orientação sexual, já estar incluído na primeira versão da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, em 2006, qualificando o debate (ALMEIDA; MURTA, 2013; FREIRE et al, 2013), foi somente em 2009, através da portaria 1.820 do Ministério da Saúde, com a segunda versão da Carta, que as pessoas trans passaram a ter a garantia do direito ao uso do nome social no SUS, inclusive no cartão do SUS e nos Prontuários de atendimento (ROCON et al, 2016; SANTOS, 2015; SOUZA et al, 2014; SILVA, Jonatan et al, 2017; SILVA, Joseane et al, 2017).

O uso do nome social nos serviços de saúde, apesar de ser garantido às pessoas trans, ainda é um direito desrespeitado por inúmeros profissionais, o que pode causar iniquidades no atendimento e comprometer o acesso universal ao SUS, além de

fragilizar a relação entre o paciente e o profissional (ROCON et al, 2016; SEHNEM, 2017; SOUZA et al, 2015). O respeito ao nome social das pessoas trans e sua inclusão no Cartão do SUS reconhece e legitima essa população e respeita a sua identidade, ampliando o acesso aos serviços de saúde (POPADIUK et al, 2017).

Tanto a PNSI LGBT como a Carta de Direitos dos Usuários do SUS reafirmam o direito à identidade de gênero das pessoas trans, protegido internacionalmente através dos Princípios de Yogyakarta para os direitos humanos (SANTOS et al, 2015; SOUZA; IRIART, 2018). Dessa forma, o desrespeito ao uso do nome social das pessoas trans se configura como uma violação dos direitos humanos dessa população, além de uma desconformidade dos profissionais de saúde em relação a PNSI LGBT e seus pressupostos (SEHNEM, 2017).

Pinto et al (2017) identificaram que a maior parte das participantes de sua pesquisa (travestis e mulheres transexuais) dependiam dos serviços públicos de saúde, sendo apenas 14% usuárias de planos de saúde. Entre as que dependiam do SUS, duas a cada cinco trans relataram não terem o nome social incluído no cartão do SUS. O desrespeito ao nome social é também o desrespeito a cidadania trans, gerando constrangimentos, situações de violência e intolerância que poderiam ser evitadas com a compreensão dos profissionais de saúde sobre as identidades trans (SEHNEM, 2017).

#### 4.7.3. O Processo Transexualizador

Anteriormente tida como mutilação genital, a cirurgia de redesignação sexual passou a ser permitida no Brasil, em caráter experimental, através da resolução 1.482 de 1997 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que autorizou cirurgias de neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Essa resolução foi posteriormente ampliada através da resolução 1.652, de 2002, do CFM, retirando o caráter experimental e permitindo que a cirurgia de redesignação sexual de neocolpovulvoplastia e procedimentos complementares pudessem ocorrer em qualquer hospital público ou privado e não só nos universitários que desenvolvessem pesquisa. Mas manteve a realização desses procedimentos em caráter experimental (ALMEIDA; MURTA, 2013; CARRARA, 2012; COSTA; MENDONÇA, 2014; PETRY, 2015; ROCON et al, 2016).

Os procedimentos autorizados pela resolução 1.652, de 2002, do CFM, mantiveram os critérios estabelecidos na resolução de 1997, ampliaram a equipe multiprofissional e foram reafirmados na resolução 1.955, de 2010, mantendo, inclusive, a idade e o tempo de terapia estabelecidos na resolução de 1997, a saber: realização dos procedimentos apenas em indivíduos com 21 anos ou mais e que possuíssem diagnóstico de transexualismo; que tenham passado por no mínimo dois anos de psicoterapia e acompanhamento multiprofissional e que tenham assinado termo de consentimento; e em hospitais com equipe multiprofissional (CARRARA, 2012; COSTA; MENDONÇA, 2014; PETRY, 2015).

A atual resolução do CFM nº 2.265/2019 reduzindo o estigma patologizante do diagnóstico e ampliou a cobertura para as pessoas travestis e com outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero entrou em vigor em 2019. Acompanhou as mudanças estabelecidas internacionalmente no CID-11 e no DSM-5 levando em consideração as portarias 2.836/2011 e 2.083/2013 do Ministério da Saúde que regulamentaram, respectivamente, a PNSI LGBT e o processo transexualizador no SUS.

Entre os avanços desta resolução do CFM (Tabela 2, p. 104) está a inclusão na cobertura dos procedimentos e do tratamento as pessoas travestis: a inclusão da construção do Projeto Terapêutico Singular realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com o paciente; a possibilidade de crianças e adolescentes transexuais iniciarem acompanhamento multiprofissional; e o impedimento do desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, durante a puberdade, através do bloqueio da produção de hormônios sexuais e da hormonioterapia cruzada para o desenvolvimento dos caracteres secundários do gênero identificado. Essas medidas conseguem assim reduzir os transtornos psíquicos e sociais causados pelo sofrimento, a discriminação, a automutilação, a automedicação, a exclusão social, inclusive a evasão escolar entre crianças e adolescentes que se percebem “diferentes” desde a infância (CFM, 2019).

Desde 2008, a cirurgia de redesignação sexual passou a ser coberta pelo SUS para as mulheres trans, uma demanda atendida através do processo transexualizador, instituído através da portaria nº 457 do Ministério da Saúde, que disciplinou o atendimento e os procedimentos cobertos que poderiam ser realizados (ALMEIDA; MURTA, 2013; CARRARA, 2012; COSTA; MENDONÇA, 2014; PETRY, 2015; PINTO et al, 2017; POPADIUK et al, 2017; SANTOS et al, 2015; SILVA, Joseane et al, 2017; SOLL et al, 2018; ROCON et al, 2016). Entretanto, aqueles Estados e cidades

que não implementaram esse serviço acabaram por dificultar o acesso das pessoas trans, transformando suas demandas de saúde em mercadorias e forçando a busca em serviços privados, ou mesmo em outras cidades, unidades da federação ou mesmo outros países (COSTA et al, 2018; SOUZA; IRIART, 2018;).

Neste contexto Almeida e Murta (2013, p. 392) pontuam os entraves e limites da implementação do processo transexualizador, destacando que:

- há uma base normativa, mas que não é definida por lei; não são claras as atribuições e as competências de âmbito estadual e municipal;
- a possibilidade de influência do MS na sua implementação regionalizada é restringida pelos limites do pacto federativo, entre outras influências;
- há uma centralização dos atendimentos nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste;
- os recursos financeiros e de pessoal das unidades de saúde são limitados para o atendimento da crescente demanda;
- o acesso de novos/as usuários/as na maioria dos programas é extremamente limitado;
- há pouquíssimo controle social incidindo no que é desenvolvido no âmbito das unidades de saúde prestadoras de serviços a transexuais e travestis no país;
- o tempo médio de realização de modificações corporais pode chegar a quatro vezes mais do que o previsto de espera nos marcos normativo-legais, em alguns casos.

Tabela 2 - Resoluções do CFM em relação a redesignação sexual

	<b>RESOLUÇÃO CFM nº 1.482/1997</b>	<b>RESOLUÇÃO CFM nº 1.652/2002</b>	<b>RESOLUÇÃO CFM nº 1.955/2010</b>	<b>RESOLUÇÃO CFM nº 2.265/2019</b>
Diagnóstico	Transexualismo	Transexualismo	Transexualismo	Incongruência de gênero ou transgênero
Definição	Desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio	Desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio	Desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio	Não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento.
Público-alvo	Transexuais Femininos e Masculinos	Transexuais Femininos e Masculinos	Transexuais Femininos e Masculinos	Transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero
Idade	Maiores de 21 anos	Maiores de 21 anos	Maiores de 21 anos	Crianças, adolescentes, e adultos
Tempo de Acompanhamento	Mínimo de 2 anos	Mínimo de 2 anos	Mínimo de 2 anos	Mínimo de 1 anos para as cirurgias.
Critérios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconforto com o sexo anatômico natural;</li> <li>- Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;</li> <li>- Permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;</li> <li>- Ausência de outros transtornos mentais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconforto com o sexo anatômico natural;</li> <li>- Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;</li> <li>- Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;</li> <li>- Ausência de outros transtornos mentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconforto com o sexo anatômico natural;</li> <li>- Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;</li> <li>- Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;</li> <li>- Ausência de transtornos mentais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças ou adolescentes transgêneros pré-púbere devem ser acompanhados pela equipe multiprofissional e interdisciplinar sem nenhuma intervenção hormonal ou cirúrgica;</li> <li>- Crianças ou adolescentes transgêneros na puberdade, podem realizar o bloqueio hormonal, exclusivamente em caráter experimental em protocolos de pesquisa;</li> <li>- A partir dos 16 anos é permitida a hormonioterapia cruzada;</li> <li>- Procedimentos cirúrgicos somente após os 18 anos.</li> </ul>

Equipe	Médico psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social	Médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo, e assistente social	Médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo, e assistente social	Pediatra, psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista e cirurgião plástico, sem prejuízo de outras especialidades médicas que atendam à necessidade do Projeto Terapêutico Singular
Tipo de Hospital	Hospitais universitários ou hospitais públicos adequados à pesquisa.	Hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa, para cirurgias trans masculinos;  Hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa, para cirurgias trans femininas.	Em qualquer hospital, desde que contemplem integralmente os requisitos da resolução.	Ambulatórios para acompanhamento terapêutico e hormonal; hospitais para realização de cirurgias; e hospitais universitários ou de referência para hormonioterapia em adolescentes respeitando os requisitos da resolução.
Tipo de Autorização	Experimental para neocolpovuloplastia, neofaloplastia e procedimentos complementares.	Experimental apenas para neofaloplastia e procedimentos complementares em trans masculinos.	Experimental, apenas para a cirurgia de neofaloplastia.	Experimental, para a cirurgia de neofaloplastia, e hormonioterapia em Crianças ou adolescentes.

Fonte: Resoluções CFM disponíveis em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1997/1482>

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1652>

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1955>

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>

A revisão e ampliação do processo transexualizador no SUS ocorreu em 2013, com a portaria 2.083 do Ministério da Saúde, que permitiu a cobertura dos procedimentos de atendimento, hormonioterapia, cirurgias e procedimentos complementares aos homens trans e as pessoas travestis, pelos equipamentos de saúde habilitados, além de iniciar os procedimentos a partir dos 18 anos (PETRY, 2015; PINTO et al, 2017; PRADO; SOUZA, 2017; ROCON et al, 2016). Entretanto a ausência de um protocolo de hormonioterapia, que permita o atendimento das pessoas trans por endocrinologistas em outros equipamentos de saúde do SUS, que não os ambulatórios especializados ou os hospitais de referência, concentrados em poucas metrópoles, configura-se como um entrave no avanço do atendimento desta população, que acaba por recorrer à automedicação, colocando sua saúde em risco (SOUZA; IRIART, 2018).

No estudo de Prado e Souza (2017) é apontado a tentativa do Estado de adequação das questões sociais em “caixas”, normatizando o binarismo de gênero e a heteronormatividade através do enquadramento dos conceitos de orientação sexual e identidade de gênero, o que reforça a estigmatização e a patologização da transexualidade, além da adesão compulsória das pessoas trans ao diagnóstico descrito na portaria do processo transexualizador e nas resoluções do CFM. Petry (2015) reforça a crítica a esse critério de identificação do transexual verdadeiro, ou seja, aquele que deve apresentar aversão ao órgão genital e sequer sentir prazer com ele, pois dá ênfase a normalização do diagnóstico de transexualidade enquadrando, inclusive, as formas socialmente prescritas de sentir prazer dos indivíduos.

Ignorar as diferentes vivências e demandas das pessoas trans faz com que o processo transexualizador tenha como objetivo implícito reabilitar as pessoas trans ao convívio social, no gênero que se identificam, reforçando a medicalização do corpo, o binarismo de gênero e a heteronormatividade, uma vez que para acessarem os procedimentos estabelecidos elas deveriam se submeter a esse objetivo, até mesmo mentindo, para encaixarem-se nas definições adotadas e instituídas pelo Estado, a respeito do ser trans (COSTA; MENDONÇA, 2014; GIONGO; MENEGOTTO; PETERS, 2012; PRADO; SOUZA, 2017; SOUZA; IRIART, 2018).

Almeida e Murta (2013) reconhecem esses aspectos negativos, entretanto pontuam a importância que a existência do diagnóstico possuía, uma vez que permitia aos transexuais acessar os serviços terapêuticos de saúde e limitava as intervenções às

modificações corporais e não na psique do indivíduo trans. Os autores destacam a existência de campanhas internacionais pela despatologização, ancoradas pela defesa da liberdade de expressão e de modificação de seus corpos, compreendendo a pluralidade e a diversidade das mudanças na construção dos gêneros.

Rocon et al (2016) registraram a existência de debates na academia e no movimento social, a respeito da patologização e do diagnóstico de transexualidade como requisito ao processo transexualizador, com defesas tanto para sua manutenção como estratégia de acesso aos serviços e procedimentos do SUS, como para a defesa da despatologização, uma vez que o diagnóstico causa marginalização, reforça o binarismo de gênero e eleva a evasão dos serviços de saúde. Rocon et al (2016) destacam, também, a necessidade da modificação da função do diagnóstico, uma vez que o acesso ao SUS não requer a existência de uma prévia patologia. Entretanto, Almeida e Murta (2013) ressaltam não haver evidências de que as pessoas trans terão o acesso ao sistema de saúde garantido, uma vez que ele é regido pela lógica da doença e do transtorno, visando corrigir os corpos ao normal estabelecido.

Souza e Iriart (2018) salientam que os corpos e experiências dos homens trans são deslegitimados e os recursos disponíveis no SUS não atendem as suas demandas, fazendo-se necessário a despatologização das vivências trans, como defesa de seus direitos e superação das barreiras, no processo de combate a transfobia estrutural e institucional existente. Almeida e Murta (2013) consideram que apesar do avanço da defesa da despatologização no Brasil, as pessoas trans ainda são vistas como portadoras de um transtorno psíquico e na contramão hegemônica da heteronormatividade, sendo as políticas públicas orientadas a partir desta visão e tendo como principal recurso terapêutico, desse transtorno psíquico, a cirurgia de adequação da anatomia sexual ao gênero.

Como usuários do SUS e do processo transexualizador, independente de desejarem ou não a realização das cirurgias de transgenitalização, as pessoas trans precisam ter suas demandas atendidas pelos serviços de saúde, pois muitas vezes unicamente necessitam de hormonioterapia e procedimentos complementares (ALMEIDA; MURTA, 2013; SOUZA; IRIART, 2018). Costa e Mendonça (2014), e Giongo, Menegotto e Petters (2012) relatam que os resultados obtidos com a terapia hormonal já aliviam fortemente o sofrimento das pessoas trans com a inadequação de seus fenótipos em relação a sua identidade de gênero.

Através da hormonioterapia adequada, e evitando efeitos colaterais, é possível alcançar a indução dos caracteres sexuais secundários desejados pelas pessoas transexuais, sendo esta a principal demanda desse público, principalmente dos homens trans (SOUZA; IRIART, 2018). Com a reposição de estrógenos é possível que as mulheres transexuais possam diminuir os pelos corporais, aumentar a suavidade da pele, os seios, mamilos e auréolas, redistribuir a gordura corporal, reduzir a agressividade, o volume testicular e as ereções espontâneas. Enquanto, com a reposição de testosterona, os homens transexuais podem desenvolver os caracteres sexuais masculinos (COSTA; MENDONÇA, 2014).

Não obstante os avanços em relação à saúde, outro aspecto ganhou relevância no cotidiano das pessoas trans que passaram pelo processo transexualizador (tendo elas realizado a cirurgia de redesignação sexual ou não): a ausência de arcabouço legal que garantisse a mudança de nome e a readequação da identidade de gênero em seus documentos de identificação, o que podia levar anos para ser conseguido judicialmente, e ser ainda mais difícil se os procedimentos tivessem ocorrido por outros meios que não o SUS. Toda essa dificuldade jurídica causa ainda mais discriminação e transtornos em diferentes aspectos da vida, principalmente no mercado de trabalho (ALMEIDA; MURTA, 2013).

Em relação aos homens trans, a pesquisa de Souza e Iriart (2018) aponta o receio de perderem a sensação de prazer nas relações sexuais e a ausência de tecnologia que garanta uma transgenitalização segura, como motivos para a baixa demanda de cirurgias de neofaloplastia. Entretanto, a histerectomia, a salpingooforectomia bilateral, e a mamoplastia masculinizadora, assim como a hormonioterapia foram apontados como demandas dos homens trans para a produção de seu bem-estar físico e psíquico, e inclusive como forma de “passabilidade”, para evitarem violências físicas, adequando seus corpos a heteronormatividade exigida socialmente.

Souza e Iriart (2018) reconhecem a importância das cirurgias e da hormonioterapia para os homens trans e os ganhos sociais decorrentes delas, porém tecem crítica à sua ocorrência como processo experimental para os e nos homens trans. Dessa forma é necessário que os procedimentos cirúrgicos e hormonioterápicos sejam construídos como estratégia terapêutica segura para os homens trans, e que os serviços de saúde estejam organizados para atender a demanda assistencial, clínica e ambulatorial deles. Assim como, que os serviços de saúde sejam capazes de acompanhar as modificações corporais, com exames laboratoriais e de imagem, além de

profissionais médicos como ginecologista, endocrinologista, nutricionista, psicólogo, otorrinolaringologista entre outros.

A implementação do processo transexualizador no SUS ainda enfrenta entraves, potencializados pela pouca oferta de serviços especializados, em sua maioria nas regiões sul e sudeste e concentrados nos estados que dispõem de hospitais que realizam as cirurgias do processo transexualizador. Isso resulta em aumento da demanda e diminuiu a oferta de procedimentos nesses locais, contribuindo para a estigmatização das pessoas trans, vistas como portadoras de uma patologia catalogada pela CID (POPADIUK et al, 2017).

O diagnóstico patologizante referido no CID-10 é menos inclusivo do que o do DSM-5, e por possuir caráter descritivo e não etiológico, ambos sofrem influência cultural. Entretanto, 96% dos entrevistados em estudo de Soll et al (2018) se enquadravam no diagnóstico utilizado. No que se refere à demanda pelos serviços ofertados no processo transexualizador, esses mesmos autores identificaram que 62,1% dos participantes pesquisados passaram por algum tipo de intervenção corporal sem o devido acompanhamento médico, muito embora 82,6% dos participantes tenham realizado hormonioterapia, e 29,2% realizado cirurgia de redesignação sexual.

Na pesquisa de Pinto et al (2017), 95% dos entrevistados já haviam realizado algum procedimento de modificação corporal e 96% utilizavam ou já haviam utilizado hormônios com esse intuito. Os pesquisadores também registraram a falta de acesso a próteses de silicone e outras cirurgias de modificação corporal, através do processo transexualizador, para mulheres travestis e transexuais que não desejassem realizar a cirurgia genital de redesignação sexual.

Os entraves estruturais, os critérios adotados para a triagem e acesso aos serviços especializados, a baixa oferta deles alinhado à sua concentração em regiões metropolitanas, e os desejos de modificação corporal diferentes de cada indivíduo transexual, fazem com que essas pessoas acabem por buscar procedimentos médicos clandestinos, não recomendados, ou mesmo por pessoas não habilitadas para a realização dos procedimentos, comprometendo gravemente sua saúde ao serem realizados à margem dos serviços oficiais de saúde oferecidos, e apresentando resultados preocupantes. (PINTO et al, 2017).

No que tange às demandas das travestis, muitas delas não desejam realizar a cirurgia de redesignação sexual, não enquadrando-se na identidade cirúrgica atribuída do processo trans (PINTO et al, 2017). Almejando a modificação corporal, as travestis

acabam realizando práticas desassistidas de acompanhamento médico, utilizando hormônios indiscriminadamente e valendo-se das “bombadeiras”<sup>29</sup> para a aplicação de silicone industrial, ou mesmo outros fluidos (PINTO et al, 2017; SEHNEM et al, 2017).

No que se refere as intervenções corporais, um a cada cinco transexuais utilizou silicone industrial antes dos 18 anos de idade, ou seja, antes da idade mínima para se iniciar os procedimentos ambulatoriais, hormonioterápicos e terapêuticos do processo transexualizador (PINTO et al, 2017). Esse dado demonstra a necessidade de novas estratégias capazes de contemplar os indivíduos e suas demandas específicas em cada fase de sua vida, ofertando acesso integral aos recursos necessários.

#### 4.7.4. As estratégias PEP e PrEP como prevenção ao HIV/Aids no público LGBT

A infecção pelo HIV atinge de maneiras diferentes os grupos populacionais e as regiões do Brasil, conforme apontado desde 1999 pela então Política Nacional de DST/Aids (PEREIRA, 2017). O Ministério da Saúde vem desenvolvendo inúmeras ações para o combate à epidemia de HIV/Aids, como a distribuição de unidades móveis de testagem em todos os Estados e no Distrito Federal, campanhas de conscientização a respeito da importância da testagem, e a adoção da estratégia *Test & Treat* que permite iniciar a terapia antirretroviral assim que o diagnóstico é conhecido (VELOSO; MESQUITA; GRINSZTEJN, 2015).

Mesmo considerando todo esforço do sistema público de saúde no combate à epidemia de HIV/Aids, inclusive com o oferecimento gratuito e universal de aconselhamento, distribuição de preservativos, lubrificantes, testagem, genotipagem do vírus, terapia antirretroviral, Profilaxias Pós (PEP) e Pré-Exposição (PrEP), e monitoramento da carga de CD4 e de HIV entre outras ações, o Brasil ainda vivencia altas taxas de infecção pelo HIV nas populações chave (VELOSO; MESQUITA; GRINSZTEJN, 2015). Entre as populações mais expostas as mulheres transexuais e travestis são as que menos se beneficiam dessas estratégias (BASTOS et al, 2018).

Nos estudos de Costa et al (2018) as pessoas trans apresentaram 11,8% de prevalência de infecção pelo HIV. O desconhecimento, pelas mulheres trans, do seu

---

<sup>29</sup> Travestis [e transexuais] mais experientes que oferecem a essa população, clandestinamente, o serviço de modificações corporais através da aplicação de silicone industrial (SEHNEM et al, 2017, p. 240).

status sorológico compromete o tratamento precoce, seja com PEP ou PrEP, mesmo estes estando disponíveis no SUS (GRINSZTEJN et al, 2017), o que é agravado pelo baixo acesso das mulheres trans aos serviços de saúde.

Costa et al (2018) destacam que a PEP era desconhecida por 71% dos participantes trans pesquisados, mesmo estando disponível no Brasil desde 2010 como estratégia para que a infecção pelo HIV seja evitada, sendo recomendada para casos de estupro, relações sexuais desprotegidas, para acidentes de trabalho e profissionais do sexo. Grinsztejn et al (2017) ao estudarem a PrEP disponível no SUS desde 2017, registraram que entre as mulheres trans, mais de 40% daquelas diagnosticadas com HIV tiveram, no ano anterior ao diagnóstico, ao menos um teste de HIV negativo, o que poderia ter sido evitado se a PrEP já estivesse disponível e fosse utilizada por esse público.

Outros fatores como a baixa frequência da testagem de HIV, a falta de conscientização a respeito da PEP e da PrEP, e a reduzida percepção de risco de infecção presentes nos estudos com pessoas trans, HSH e profissionais do sexo, configuram-se como principais desafios que o SUS e os profissionais de saúde devem enfrentar, para que essas terapias possam aumentar sua demanda (VELOSO; MESQUITA; GRINSZTEJN, 2015).

Como apontado por Hoagland et al (2017) o estudo PrEP Brasil<sup>30</sup> demonstrou índices encorajadores de 96 a 100% de prevenção entre aqueles que utilizaram a PrEP, sendo este índice estimado em 90% no estudo iPrEx<sup>31</sup>, demonstrando que ela é uma terapia eficaz de ser utilizada no SUS, e que apresenta alta adesão do público-alvo de mulheres trans e HSH, contribuindo para reduzir a infecção pelo HIV nesses públicos. Assim, há a necessidade de estratégias de conscientização da percepção de risco, principalmente entre o público mais jovem e com menor instrução educacional. Nos testes realizados, Hoagland et al (2017), registraram que aqueles indivíduos que tiveram relações sexuais anais sem preservativos, assim como aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade, tiveram mais adesão à PrEP.

Quando observaram o cenário do combate à infecção pelo HIV na população trans da América Latina, Silva-Santisteban et al (2017) registraram que poucos países

---

<sup>30</sup> O estudo PrEP Brasil avaliou a aceitação, a viabilidade e a melhor forma de oferecer a PrEP à população de homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais com alto risco para o HIV.

<sup>31</sup> O estudo iPrEx avaliou a PrEP oral diária em homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres trans.

tiveram ações estruturais para o enfrentamento da epidemia. Por outro lado, Uruguai e Argentina destacaram-se com ações voltadas para a inclusão social dessas pessoas, enquanto Brasil, Argentina e México adotaram a estratégia precoce da terapia antirretroviral, até mesmo como método de prevenção da contaminação em situações de risco. Entretanto, até 2016, conforme os dados disponíveis nos estudos de Silva-Santisteban et al (2017), e Hoagland et al (2017) nenhum país latino-americano havia adotado a PrEP como estratégia de prevenção ao HIV.

## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS DOS GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS

Seguindo a metodologia proposta de leitura profunda, linear, transversal, e reflexiva das entrevistas (TAQUETTE; BORGES, 2020), emergiram, inicialmente, os temas abordados pelas narrativas dos atores sociais entrevistados (gestores, profissionais de saúde e usuários) que, com o auxílio do *software* de análise qualitativa de dados WebQDA, pode-se agrupá-los, classificá-los e categorizá-los.

Posteriormente a releitura das entrevistas codificadas, foi possível a criação de pré-categorias de análise que, com a reflexão sobre o conjunto das entrevistas nelas categorizadas, propiciou a composição das quatro categorias de análises formatadas para contextualizar, de forma lógica e coerente, as narrativas e percepções dos atores sociais entrevistados: 1- Vínculo, respeito e estigma – a percepção do acesso LGBT nos serviços de saúde; 2- A percepção da orientação sexual e da identidade de gênero no atendimento à saúde LGBT; 3- Demandas de serviços, exames e procedimentos para atenção integral a saúde LGBT; 4- Justiça, igualdade e equidade para o acesso a saúde da população LGBT.

As categorias 1, 2 e 3, como opção metodológica, foram organizadas visando agregar as percepções dos entrevistados dentro dos contextos observados entre seus pares. Dessa forma, elas estão apresentadas em dois perfis de organização, a partir da ótica dos gestores e profissionais de saúde; e dos usuários LGBT. Entretanto, a categoria 4 foi organizada visando apresentar os conflitos éticos percebidos a partir das narrativas dos atores sociais participantes das entrevistas, considerando a perspectiva do pesquisador. Antes de passarmos para elas, faz-se necessário contextualizar o público participante, e o campo visitado para a coleta de dados (locais de frequência/lazer da população LGBT e Clínicas da Família), dois espaços diferentes entre si, que foram narrados a partir da vivência do pesquisador e dos atores entrevistados.

### **5.1. O contexto vivenciado pelos usuários LGBT e profissionais das clínicas de saúde da família no Rio de Janeiro**

A participação da população LGBT nas entrevistas deste trabalho teve como estratégia uma abordagem fora de ambientes tradicionais, como ONG, serviços de saúde especializados, ou mesmo pontos de prostituição que costumeiramente são utilizados nas pesquisas de saúde com esse público, em especial pesquisas que envolvem a população trans. Bastos et al (2018), Costa et al (2018) e Giongo, Menegotto e Petters (2012) entre outros ao estudarem questões de saúde e prevenção relacionadas as pessoas trans, apontam que essa população tem dificuldades no acesso à saúde e em participar de pesquisa devido ao preconceito e à discriminação, até mesmo evitando o convívio social. Pinto et al (2017) salienta que as pesquisas com esse público realizadas desde a década de 1990, frequentemente registram os locais de prostituição como campus de coleta de dados.

Dessa forma, optou-se pela coleta de dados em ambientes de frequência e lazer da população LGBT, onde ela pudesse sentir-se livre de amarras sociais e aberta ao diálogo, sem que se estivesse envolta em um contexto de preparação prévia para participação em uma pesquisa. Foram entrevistados 35 usuários dos serviços públicos de saúde, sendo 32 abordados de forma aleatória em locais de grande frequência da população LGBT e três participantes LGBT do projeto piloto. Em geral, o público LGBT entrevistado era composto por adultos jovens, majoritariamente de até 35 anos de idade (Figura 5), sendo estes também os que mais relataram terem buscado atendimento em saúde em relação aos demais (Tabela 3, p. 117).

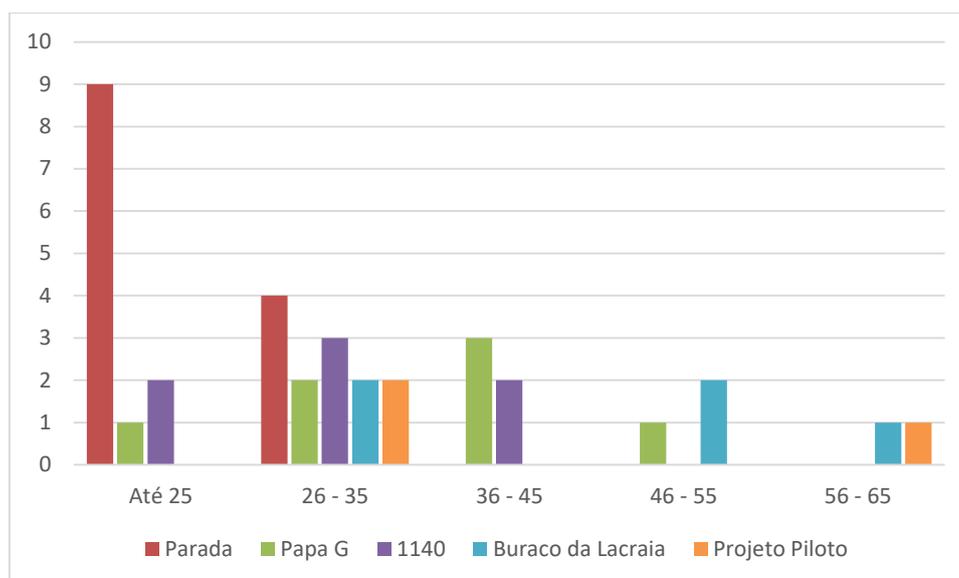


Figura 5 - Distribuição dos entrevistados usuários LGBT por faixa etária e local de entrevista.

Os frequentadores mais recorrentes da boate Buraco da Lacaia, tradicional reduto LGBT localizada no boêmio bairro da Lapa, são majoritariamente gays de idade acima dos 35 anos e com visitantes inclusive de outras cidades e países. A boate Papa G localizada no bairro de Madureira, reduto do samba carioca, conta com um público de idade variável e com forte equilíbrio na presença de lésbicas e gays entre seus frequentadores. Já o público da boate 1.140, apesar de diversificado em idade e orientação sexual, recebe um significativo público jovem e gay em relação às demais, e é a mais diversa no quesito bairros de residência destes frequentadores. Entretanto, o público mais jovem e de maior variedade de gênero, orientação sexual, e bairro/local de procedência ocorreu na orla de Copacabana durante a realização da 23ª Parada do Orgulho LGBT do Rio de Janeiro sendo, também, o público que relatou maior busca pelo atendimento em saúde em relação aos demais entrevistados.

Assim, os públicos frequentadores das três boates e da 23ª Parada do Orgulho LGBT do Rio de Janeiro somaram-se aos profissionais de saúde entrevistados nas 10 Clínicas da Família, uma de cada área programática da Cidade do Rio de Janeiro. Os 40 profissionais de saúde entrevistados (10 gestores, 10 médicos (as), 10 enfermeiros (as) e 10 Agentes Comunitários de Saúde) foram selecionados visando contemplar ao menos um profissional de cada área que compõe as equipes de saúde da família de cada clínica. Todos os profissionais entrevistados eram da atenção primária do município do Rio de Janeiro, lotados em equipamentos da ESF. Os profissionais de saúde entrevistados estavam distribuídos majoritariamente nas faixas que compreendem as idades entre 26 e

55 anos, sendo a maioria dos ACS com idade acima dos 35 anos, e os enfermeiros em sua maioria agrupados na faixa etária mais jovem, de 26 até 35 anos. Já os médicos e gestores estavam distribuídos na maioria das faixas etárias, estando ambos mais concentrados nas faixas etárias de até 45 anos (Figura 6).

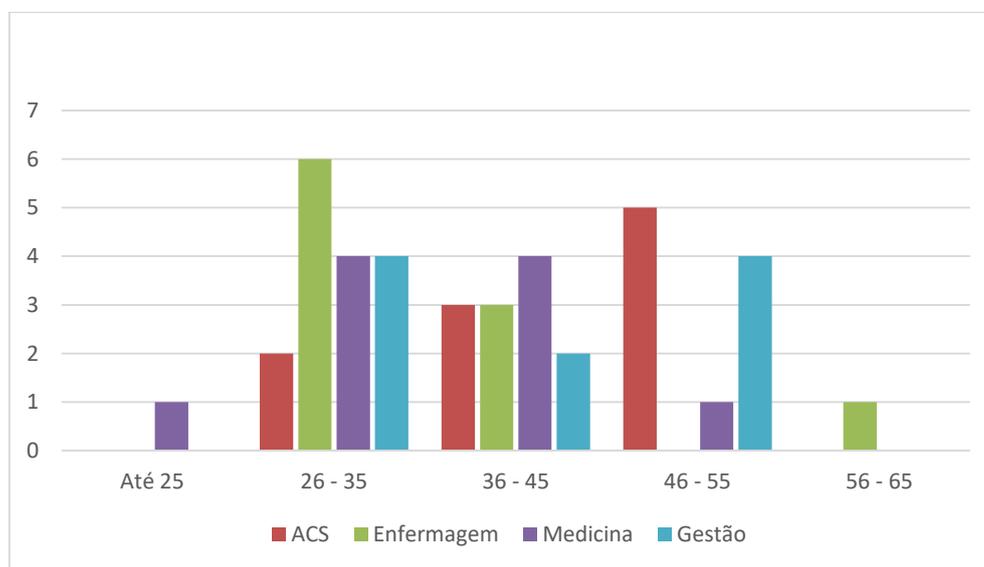


Figura 6 - Distribuição dos profissionais de saúde por faixa etária e área de atuação profissional.

A maioria (90%) dos profissionais de saúde de nível superior (gestão, medicina e enfermagem) possuíam formação em nível de pós-graduação em suas respectivas áreas, sendo 29 com Especialização e/ou Residência, e um com Mestrado. Entre os ACS metade deles estava cursando o nível superior ou possuía formação de nível técnico na área de saúde, e a outra metade possuía somente o ensino médio completo. Com relação a capacitação na temática LGBT apenas 14, dos 40 profissionais entrevistados, relataram já terem passado por alguma capacitação nesta temática durante sua atuação profissional na Clínica da Família, sendo três ACS, três enfermeiros(as), quatro médicos(as) e quatro gestores(as).

Não foram identificadas discrepância significativas nas respostas dos profissionais e usuários entrevistados em relação a idade, grau de instrução, local de moradia ou trabalho. Todos os participantes entrevistados foram identificados através de codificação conforme as tabelas a seguir (Tabela 3 e Tabela 4). Na utilização dos trechos de entrevistas, onde os participantes entrevistados referiam-se nominalmente a algum profissional ou usuário, esses nomes foram alterados para nomes que fazem referência a personalidades ou lideranças LGBT, visando preservar a privacidade e seus anonimato destes.

Tabela 3 - Tabulação das entrevistas com usuários LGBT

<b>Entrevista</b>	<b>Código de Identificação</b>	<b>Autoidentificação</b>	<b>Idade</b>	<b>Bairro onde mora</b>	<b>Região da Cidade</b>	<b>Serviços de Saúde</b>	<b>Atendimentos desde 2012</b>
Parada LGBT Copacabana	U01	Gay	19	Paciência	Oeste	SUS apenas	7
	U02	Lésbica	19	Ramos	Norte	SUS apenas	3
	U03	Transexual	27	Gamboa	Centro	SUS apenas	Em tratamento desde 2013
	U04	Bissexual	17	Copacabana	Sul	Plano de Saúde apenas	30
	U05	Travesti	19	Bangu	Oeste	SUS apenas	10
	U06	Gay	20	Meier	Norte	SUS apenas	2
	U07	Transexual	26	Tijuca	Norte	SUS e possui Plano de Saúde	20
	U08	Gay	22	Rocinha	Sul	SUS apenas	28
	U09	Gay	28	Cidade de Deus	Oeste	SUS apenas	10
	U10	Lésbica	32	Santa Tereza	Centro	SUS apenas	12
	U11	Bissexual	17	Copacabana	Sul	Plano de Saúde apenas	30
	U12	Gay	17	Bangu	Oeste	SUS apenas	15
	U13	Gay	16	Santa Cruz	Oeste	SUS apenas	10
Buraco da Lacreia	U14	Gay	46	Meier	Norte	Plano de Saúde apenas	2
	U15	Gay	55	Engenho Novo	Norte	SUS apenas	1
	U16	Gay	35	Realengo	Oeste	SUS apenas	3
	U17	Gay	56	Vila da Penha	Norte	SUS apenas	8
	U18	Bissexual	34	Lapa	Centro	SUS e possui Plano de Saúde	2

1140	U19	Bissexual	26	Madureira	Norte	SUS e Particular/Privado	3
	U20	Gay	31	Engenho da Rainha	Norte	SUS apenas	10
	U21	Gay	21	Praça Seca	Oeste	Plano de Saúde apenas	2
	U22	Bissexual	41	Ipanema	Sul	SUS apenas	5
	U23	Gay	37	Piedade	Norte	SUS apenas	1
	U24	Gay	26	Jacarepagua	Oeste	SUS apenas	6
	U25	Lésbica	23	Campo Grande	Oeste	SUS e possui Plano de Saúde	0
Papa G	U26	Lésbica	39	Lins	Norte	SUS apenas	1
	U27	Lésbica	29	Jacarepagua	Oeste	SUS apenas	3
	U28	Gay	23	Santa Cruz	Oeste	SUS e Particular/Privado	2
	U29	Bissexual	36	Jacarepagua	Oeste	SUS apenas	3
	U30	Lésbica	36	Muzema	Oeste	SUS apenas	2
	U31	Gay	34	Penha	Norte	Particular/Privado	3
	U32	Bissexual	49	Campo Grande	Oeste	SUS apenas	3
Projeto Piloto	PPU01	Bissexual	28	Centro	Centro	SUS apenas	+30
	PPU02	Lésbica	56	Vista Alegre	Norte	SUS apenas	3
	PPU03	Transexual	27	Méier	Norte	SUS e possui Plano de Saúde	+30

Obs.: U = usuário; PPU = projeto piloto usuário.

Tabela 4 – Tabulação das entrevistas com os Gestores e Profissionais de Saúde

<b>Atuação Profissional</b>	<b>Código Identificação</b>	<b>Idade</b>	<b>Formação Acadêmica</b>	<b>Pós-Graduação</b>	<b>Capacitação na Temática LGBT</b>
Medicina	PS001	31	Medicina	Especialização	Não
ACS	PS002	31	Estudante/ Enfermagem	Não	Não
Enfermagem	PS003	33	Enfermagem	Especialização	Não
ACS	PS004	52	Ensino Médio	Não	Não
Medicina	PS005	25	Medicina	Não	Não
Enfermagem	PS006	56	Enfermagem	Especialização	Não
ACS	PS007	42	Universitária	Não	Não
Enfermagem	PS008	33	Enfermagem	Especialização	Não
Medicina	PS009	37	Medicina	Especialização	Sim
ACS	PS010	47	Ensino Médio	Não	Não
Medicina	PS011	49	Medicina	Especialização	Não
Enfermagem	PS012	28	Enfermagem	Especialização	Sim
ACS	PS013	30	Estudante/ Nutrição	Não	Sim
Enfermagem	PS014	36	Enfermagem	Especialização	Não
Medicina	PS015	34	Medicina	Especialização	Sim
ACS	PS016	51	Tecnóloga	Não	Não
Medicina	PS017	45	Medicina	Especialização	Sim
Enfermagem	PS018	28	Enfermagem	Especialização	Não
Enfermagem	PS019	26	Enfermagem	Especialização	Não
ACS	PS020	36	Ensino Médio	Não	Sim
Medicina	PS021	31	Medicina	Não	Não
Medicina	PS022	45	Medicina	Não	Não
ACS	PS023	49	Ensino Médio/ Técnico em Enfermagem	Não	Sim
Enfermagem	PS024	29	Enfermagem	Especialização	Sim
ACS	PS025	41	Ensino Médio	Não	Não
Enfermagem	PS026	42	Enfermagem	Especialização	Sim
Medicina	PS027	27	Medicina	Especialização	Não
Enfermagem	PS028	37	Enfermagem	Especialização	Não
Medicina	PS029	39	Medicina	Especialização	Sim
ACS	PS030	50	Ensino Médio	Não	Não
Gestão	G01	30	Enfermagem	Especialização	Não
Gestão	G02	53	Enfermagem	Especialização	Não
Gestão	G03	43	Fonoaudiologia	Especialização	Não
Gestão	G04	32	Enfermagem	Mestrado e Especialização	Não
Gestão	G05	33	Enfermagem	Especialização	Não
Gestão	G06	50	Enfermagem	Especialização	Não
Gestão	G07	42	Enfermagem	Especialização	Sim

Gestão	G08	47	Enfermagem	Especialização	Sim
Gestão	G09	41	Enfermagem	Especialização	Sim
Gestão	G10	30	Enfermagem	Especialização	Sim

Obs.: PS = profissional de saúde; G = gestor

A partir das entrevistas, foi possível confirmar que vivemos em uma cidade que é díspar entre si, de múltiplas realidades e que comporta várias cidades dentro dela, mas no que compete à saúde é ligada por um único interesse: oferecer acesso e serviços cada vez mais abrangentes. Durante as visitas realizadas nas dez clínicas de saúde da família<sup>32</sup>, que compõem o campo de estudo desta análise, alguns fatos chamavam atenção e foram manifestadas pelos profissionais de saúde entrevistados, entre eles a dificuldade das clínicas em atender territórios em conflito, cobertos pela violência e pela carência social de serviços públicos.

Essa realidade desafiava a vivência prévia dos profissionais de saúde, diferente da encontrada nessas comunidades, como o excesso de casos de tuberculose, o enfrentamento da violência cotidiana com a ocorrência de conflitos armados, e a carência de conhecimento da população a respeito do próprio sistema de saúde, o que acabava por produzir a sensação, em alguns profissionais de terem de fazer a “gestão do caos”, como foi referido por uma das entrevistadas.

*Eu posso dizer que talvez os meus maiores problemas não estejam no morro, estejam no asfalto. Aqui dentro é um morro, né? Então é uma unidade que tem cerca de 15 ocupações, tem invasões, onde as pessoas vivem sem a menor condição de nada, onde você ainda tem o banheiro coletivo para todo mundo, onde você tem as pessoas que não têm condições de se levantar vivendo em ambientes sem nenhuma ventilação, né?, dividindo espaço com rato, barata... É muito difícil assim. E aí, a gente vai vendo, se sentindo muitas vezes fazendo a gestão do caos. Hoje eu tenho uma equipe da Saúde da Família que tem 26 casos de tuberculose, numa única equipe, né? Se fosse isso pra Unidade toda, já seria muita coisa. Então numa única equipe, e nessa equipe a gente tem a maior ocupação, né?, do território. E, você vai vendo, por que a gestão do caos? Porque não é só você fazer o diagnóstico correto e iniciar o tratamento, e interromper o ciclo de transmissão da doença, tem muita coisa que atravessa esse processo, né? (G04)*

Em outro ponto de observação, constata-se a oferta de diferentes serviços de saúde muito próximos uns dos outros, sem que a população tenha tido qualquer orientação de como utilizá-los, o que remonta a uma concentração geográfica de ilhas de oferta de serviços.

<sup>32</sup> No município do Rio de Janeiro a estratégia de saúde da família é executada pelas unidades de saúde denominadas Clínicas da Família.

*Então, o quê que eu percebi aqui, nesse tempo, que é uma situação que você tem recurso demais, e uma população que usa de forma totalmente..., é..., irregular, ou desqualificada, ou equivocada. E aí, você acaba que não atende bem. Você é massacrado, com demandas como diarreia, com 37 de temperatura, e deixa de atender diabéticos, hipertensos graves, ou uma própria população LGBT [...] Porque você tá consumido por outras queixas, né. Você não consegue fazer o trabalho, né [...]. E aqui, você vê que temos tantos equipamentos, e a população ainda é mal assistida, mas é mal assistida porque ela é mal usada. E aí você tem, tem queixa da população. [...], mas a gente não consegue assistir bem. (PS11)*

Uma outra realidade também chamou a atenção dos profissionais de saúde. A recente crise financeira, pela qual o país vive na última década, levou uma parcela da população a procurar pelas clínicas de saúde da família para terem a continuidade de seus tratamentos de saúde garantidos, pois deixaram de dispor de condições financeiras adequadas ao custeio de plano de saúde ou condições econômicas para custearem serviços privados de atendimento médico. Essa mudança de poder aquisitivo chamou a atenção dos profissionais e acabou, com o tempo, interferindo no processo saúde doença dessas pessoas.

Os profissionais de saúde atribuem à crise financeira o fato dessas pessoas passarem a ter mais dificuldade de manter determinados padrões de vida. A imposição de expansão dos territórios de atendimento das Clínicas da Família para englobar outros públicos foi, também, uma constante nas dificuldades apresentadas pelas equipes de saúde de alguns territórios. Anteriormente, o usuário da clínica de saúde era visto por esse novo público como pária social e a clínica se destinava ao favelado, ao pobre, e às pessoas sem condições.

*Acho que há uns, tem uns 16 anos, aproximadamente, um pouquinho mais, houve uma determinação pra gente expandir para o território do Botafogo. Foi uma grande dificuldade pra equipe, porque a unidade foi vista como, literalmente falando, as pessoas falavam pra gente que era coisa pro morador da comunidade. Eles falavam "ah, isso aí é pro favelado". Então, a gente teve uma dificuldade muito grande de entrar dentro dos condomínios, dentro dos prédios. Nós fizemos um trabalho de panfletagem, de sensibilização, e aí, no princípio, a gente começou a conseguir pegar somente empregada doméstica. Começamos a pegar empregada doméstica, [...] que moravam com seus patrões, e também idosos, moradores do asfalto, entende, né? Que tavam, no momento, mais carente financeiro. Essas pessoas que perderam o plano de saúde, o poder aquisitivo, e começaram a migrar. Primeiro, vai a empregada doméstica, virou, fez a propaganda boca a boca, "ah, é bom, é tudo certinho, não sei o quê, não sei o quê lá...", que começou a trazer. Hoje, nós temos o reconhecimento da população, nós atendemos pessoas aqui que têm plano de saúde. (G09)*

É relatado, por exemplo, que o início da expansão para outros públicos, economicamente diferente daqueles a priori concebidos socialmente como usuário das clínicas, se deu gradativamente, e que começou com as empregadas domésticas,

trabalhadoras das regiões economicamente mais abastadas da sociedade, que começaram a usar as clínicas de saúde da família mais próximas de seus trabalhos. Aos poucos, devido à dificuldade econômica de seus patrões, esses também passaram a usar os mesmos espaços de cuidado de saúde, a partir da confirmação das empregadas de que as clínicas eram organizadas e que ofereciam atendimento adequado, principalmente aos idosos, que compunham o primeiro público relatado das classes economicamente mais abastadas a procurarem as clínicas saúde da família, devido às dificuldades de manterem plano de saúde muito mais caros com o decorrer da crise financeira.

Os profissionais de saúde também relatam a necessidade da representatividade social dos usuários nos espaços de saúde, seja na questão racial ou mesmo da orientação sexual e identidade de gênero. Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017) reforçam que a cultura conservadora enraizada na sociedade representa um desafio para os avanços na saúde da população LGBT, principalmente com o crescente fundamentalismo religioso que põe em risco a laicidade do Estado. A questão da representação social nos serviços de saúde se tornou cada vez mais importante devido ao acesso de um público cada vez mais diverso aos serviços. Em determinadas localidades do Rio de Janeiro, a chegada das clínicas de saúde da família representou uma mudança no cuidado em saúde, e no acesso a serviços que eram anteriormente limitados para aquela população.

Esse retrato durante as entrevistas pode ser visualizado pelos dados do SUS de cobertura da atenção primária, levantados no portal de informações em saúde do Governo Estadual<sup>33</sup>, que registra que em dezembro de 2018 a cobertura populacional da ESF no município do Rio de Janeiro era de 57,7 % da população carioca, com 1.091 equipes da ESF. Porém, segundo o último dado disponível par o ano de 2020 (dezembro de 2020), essa cobertura caiu para 39,6 % com apenas 771 equipes cadastradas, o que representa mais um obstáculo na busca pelo acesso à saúde, no atendimento da população, e na efetivação da universalidade do SUS.

Uma das narrativas constantes entre os profissionais de saúde, a respeito das instalações das clínicas de saúde da família, era ver que as suas comunidades tinham seus laços fortificados pela presença mais próxima de cuidados em saúde. Muitos dos profissionais entrevistados acompanharam o processo de instalação, mapeamento, e identificação da população de cada território. Isso foi possível através da contratação desses usuários como profissionais ACS das clínicas, possibilidade adotada pela ótica

---

<sup>33</sup> Disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus/2020/11/atencao-primaria>  
acesso em: 28/05/2021

do território e territorialização do atendimento em saúde. Essa proximidade faz com que esses agentes ficassem mais próximos da comunidade, que passou a ser assistida. A construção de vínculo tornou-se, também, mais fácil uma vez que os agentes de saúde são vizinhos dos usuários e conhecidos pela maioria da população. Entretanto, podemos observar que, para uma parcela das pessoas LGBT, essa proximidade alimentou a presença do estigma, do medo e do preconceito, tornando-se uma barreira no acesso e na construção de vínculo com esses agentes e a equipe de saúde da clínica.

## **5.2. Vínculo, respeito e estigma – a percepção sobre o acesso das pessoas LGBT aos serviços de saúde**

### **5.2.1. Narrativas dos gestores e profissionais de saúde**

Em relação a percepção dos gestores e profissionais de saúde a respeito do acesso das pessoas LGBT aos serviços de saúde, será visto a seguir que a dificuldade de acesso do público LGBT é percebida, significativamente, pelos gestores e profissionais de saúde, apesar de uma parcela deles não considerar haver dificuldades para esse público. Observando as narrativas dos gestores e profissionais de saúde entrevistados, constata-se que estes dão importância ao acolhimento para o cuidado e respeito a essa população. Mesmo sendo observada baixa demanda/procura dos LGBT do território onde a clínica está instalada, os profissionais de saúde demonstram, em algum aspecto, compreender a necessidade e a importância de se conhecer o outro e sua cultura, mas reconhecem não saber muito a respeito da população LGBT e suas demandas. Entretanto, também é relatada a ausência de ações específicas que possam incentivar o acesso e a percepção de que a clínica de saúde da família é um espaço disponível para os LGBT.

*Assim, eu não sei explicar, como, se, se dá, não tem um fluxo diferente pra eles, eles procuram e não têm dificuldade no atendimento, quando eles precisam ser atendidos. Então, eles são super bem acolhidos aqui, é..., e a gente tenta colocar eles inseridos dentro do serviço, a gente não tem uma, nada em especial pro atendimento deles, mas também nunca houve demanda deles pra que isso fosse necessário, identificando algum problema no acesso, ou algum problema no atendimento de questões de consulta. [...] mas eu acho que falta isso, assim, de as pessoas talvez, é..., eles conseguem se enxergar*

*nos cartazes, é..., trazer algumas questões importantes pra saúde deles mesmo. (G10)*

Os gestores reconhecem que há muito a aprender em relação a população LGBT, suas demandas e as temáticas de gênero e sexualidade. Os gestores também reforçam a importância dos espaços das clínicas na construção e fortalecimento da cidadania das pessoas LGBT. Neste sentido o Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF), assim como a realização de ações da própria Secretaria de Saúde, são apresentados como retaguarda e, muitas vezes, promotores de ações de sensibilização da equipe em relação a orientação sexual e identidade de gênero, e esta equipe é colocada como sempre aberta a essa sensibilização.

A emergência das Clínicas da Família como espaços de construção da cidadania LGBT tem respaldo nas iniciativas da Prefeitura do Rio em promover políticas públicas em prol dessa população, com legislações que criminalizam a homofobia, inclusive praticada pelo servidor público, e que garantem o reconhecimento da autodenominação das pessoas trans (PIRES; LAURENTINO; SILVA, 2021). Esse espaço para o fortalecimento da cidadania LGBT pode auxiliar na superação dos obstáculos enfrentado no cotidiano LGBT que, segundo Almeida e Murta (2013), especialmente para as pessoas trans materializam-se em perdas educacionais, de saúde, segurança pública, trabalho e renda entre outras. Como apontado por Rocon et al (2016) o SUS é um importante instrumento de promoção da cidadania LGBT.

Em relação à população LGBT, os gestores e profissionais de saúde possuem um discurso em relação a ocorrência do acesso sem entraves, com ausência de discriminação, reforçando que não há protocolos e fluxos diferenciados entre os LGBT e os demais públicos, e que não existe desejo manifesto dessa população para que essa diferenciação ocorra. Outra narrativa importante é a percepção de que essa população necessita de visibilidade, ou seja, de se ver representada nos espaços de saúde. Como exemplo, os gestores e profissionais de saúde relatam que a presença de profissionais de saúde LGBT favorece o acolhimento dessa população. Além disso, demonstram a percepção de que é importante sensibilizar a comunidade do território em relação ao respeito à população LGBT e a Clínica da Família como um espaço também pertencente a esse público, para que se possa gerar engajamento do público LGBT nesses espaços.

É relatado também a importância de se conhecer a população LGBT e suas especificidades para que o profissional de saúde possa melhorar o cuidado. Entretanto, foi recorrente a narrativa de que há profissionais com “tato”, e que por isso seriam mais

adequados para lidar com o público LGBT. Narrativa recorrente em relação, especificamente, as pessoas trans. Uma espécie de reconhecimento de que, embora as formações profissionais fossem suficientes para o atendimento da população LGBT, há a necessidade de serem acrescidas de um certo traquejo especial, de cunho intrínseco, pessoal, para lidar com o público LGBT.

*Eu acredito que estejamos preparados para atendê-los. Porque isso não interfere com o saber do profissional que está atendendo. Claro que tem profissionais que têm mais perfis para tá recebendo, conversando do que outros. Mas isso aqui dentro, internamente, acho que em qualquer outro lugar, a pessoa quando chega, quem tá acolhendo, justamente já sabe pra quem vai mandar. “Vou mandar esse paciente aqui pro Cezar que eu acho que o Cezar vai dar conta dele direitinho”. Isso acontece não exclusivamente pra esse público não. Isso acontece pra tudo. (G03)*

Esse reconhecimento, a respeito do desconhecimento das demandas de saúde da população LGBT por parte do gestor e do profissional de saúde é importante pois, segundo Motta (2016) e Pereira e Lima (2009) o reconhecimento da diferença dos indivíduos, e de suas necessidades, propicia a emergência da equidade e a garantia da sua cidadania. Porém, é preocupante a percepção de que a população LGBT deva ser direcionada a um profissional disposto a atendê-la por possuir “sensibilidade” pessoal com esse público, e a naturalização de que os demais profissionais podem não dispor do que é sutilmente denominado por “tato”. Assim, alguns profissionais de saúde possuem a percepção de que existem pessoas com “tato” para lidar com o público LGBT, porém, acabam por ignorar a discriminação implícita daqueles profissionais tidos como “sem tato” para com esse público.

A despeito de sua significância, esses discursos demonstram que os profissionais de saúde desconhecem as necessidades dos LGBT, e como apontado por Franklin et al (2016) entre outros autores, não estão preparados para atender os LGBT. Embora gestores e profissionais de saúde entrevistados reconheçam a baixa demanda da população LGBT nos serviços de saúde, o fato de reforçarem que o acesso é realizado sem discriminação e com respeito a esse público, demonstra desconhecimento em relação as dificuldades que os LGBT vivenciam na busca pelo cuidado em saúde. Segundo Pereira et al (2017) é recorrente que os profissionais de saúde neguem a existência de barreiras para a população LGBT no acesso à saúde, o que não corresponde à realidade dessas barreiras, sejam elas simbólicas ou até mesmo institucionais. Porém, a disposição manifestada dos profissionais entrevistados, em colocar em prática esse acesso relatado, demonstra uma janela de oportunidades para

que sejam construídas estratégias de sensibilização e melhorias no acolhimento em saúde do público LGBT.

Os profissionais de saúde também demonstram perceber, com recorrência, que questões de saúde mental geradas pelo sofrimento vivenciado pelas pessoas LGBT carecem de escuta e acolhimento, sendo essas demandas significativas para o cuidado. É frequente a demanda por falar e ser ouvido. Dessa forma, promover a escuta para fortalecer o acesso também é colocada como importante pelos profissionais de saúde, uma vez que várias narrativas reforçam uma percepção da carência afetiva como característica da população LGBT. Frequentemente a população LGBT busca a construção de laços de confiança com os profissionais de saúde e a possibilidade de escuta para seus conflitos e demais demandas, para além das questões de saúde, o que reforça a importância do vínculo e da confiança construídos com os profissionais de saúde. Porém, também foi relatado que a alta rotatividade de profissionais de saúde é um entrave para a construção e manutenção do vínculo com os usuários LGBT.

*o que eu pude perceber, até conversei isso em reunião de equipe, que..., o LGBT, ele é um paciente que ele é muito..., como que eu posso te explicar, ele tem uma carência afetiva, não só de amigos, não só de vizinhos, mas da família também. E quando eles encontram uma pessoa que dá segurança pra eles, eles tentam..., sabe, se aproximar e ficar bem próximo, daquela pessoa. Eu, eu vejo neles uma carência muito grande. Eles precisam sempre tá conversando, parece que tem a necessidade de falar..., de..., sabe?, de conviver mais com as pessoas. (PS30)*

O sofrimento psíquico e os agravos relacionados a saúde mental são recorrentes na literatura. Autores como Carvalho, Calderaro e Souza (2013), Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2018), Costa e Mendonça (2014), Giongo, Menegotto e Petters (2012), Prado e Souza (2017), Soll et al (2018) e Souza e Iriart (2018) registram os agravos de saúde mental que atingem a população LGBT. Os sentimentos de sofrimento, angústia, ansiedade e depressão foram recorrentes na literatura e estão alinhados com o relatado durante as entrevistas, o que demonstra a necessidade de desenvolvimento de ações específicas nos serviços de saúde voltadas a atender as demandas relacionadas a saúde mental na população LGBT.

Em relação à população trans, foi relatado que o acesso ao processo transexualizador é feito através da Clínica da Família, e sua disponibilidade também foi significativamente referenciada por gestores e profissionais de saúde. Chama atenção algumas narrativas de que usuários trans que conseguem construir a relação de vínculo junto à equipe, acabam por tornarem-se referência para outros usuários trans. Também foi relatado o atraso dos LGBT em buscar cuidado em saúde, o que pode reforçar a

percepção de que as Clínicas da Família não são vistas como porta de entrada para o cuidado desses indivíduos.

*Não observo ser uma população que nos busca com, com muito, com muita incidência. Não observo isso. Eu acho que só observo... Eu enquanto gestão, talvez a equipe não tenha a mesma visão do que eu. Mas eu enquanto gestão, eu observo uma chegada apenas quando o caso tá acontecendo alguma coisa séria, entendeu? Quando tem alguma coisa que a gente tenha que intervir mesmo. (G03)*

Entre as entrevistas algumas narrativas podem ser interpretadas como preconceituosas e discriminatórias, mesmo sem a intenção de ser, pois se propõem a “igualar” os LGBT à população dita como “normal”, ao mesmo tempo em que o profissional demonstra a percepção de que, para ele, os LGBT querem ser diferenciados no atendimento, ou vistos como especiais ou prioritários.

*O acesso deles é igualzinho a população normal. Eles são atendidos aqui, independentes de ser LGBT ou não, né. eles têm acesso à Clínica, a gente atende, normalmente [...] a gente não faz diferenciação de atendimento, entre uma pessoa que é, esse grupo LGBT, ou pessoa normal. Eles são atendidos, se tiver que ter prioridade, vai ter prioridade, se tiver..., mas não porque é LGBT, entendeu? (PS29)*

O que é reforçado nos discursos, através da presença significativa da igualdade como sinônimo de humanidade, onde todos são iguais uma vez que são humanos, e assim são atendidos iguais, por terem os mesmos direitos. Essa noção igualdade, para alguns profissionais, surge como suficiente para garantir o acesso da população LGBT, embora também haja o reconhecimento de haver dificuldades em atender e identificar o público LGBT, no que se refere principalmente a compreensão das questões de identidade de gênero e orientação sexual.

Entre as diversas narrativas, uma das falas chama atenção, pois o profissional de saúde entrevistado reforça a percepção de que embora todas as pessoas devam ser tratadas iguais, e que não deveria haver discriminação e nem preconceito no atendimento em saúde, esse profissional relata não gostar que os LGBT “imponham” o seu jeito para os outros. Percebemos aqui a presença da tolerância do indivíduo LGBT desde que sua sexualidade e orientação sexual estejam invisibilizadas, e que ele passe por um usuário qualquer, implicitamente desejado como heterossexual.

*Queria que todos, [...] de não ter essa diferença, todo mundo igual... né? Preto, branco, japonês, GLBT, seja lá o que for. Desde que se respeite, né, o direito de ir e vir do outro, o direito ao acesso da Saúde, o direito de pensar, porém não impor..., ser uma coisa, uma coisa impositiva, né? Que, que às vezes, pra mim, é o que me chateia às vezes. Eu tô sendo sincera, né. Eu às vezes eu acho que eles impõem muito, né, as escolhas deles. Sejam lindo pra fazer suas escolhas, né, mas não imponha isso pro outro, né? Então, isso é uma coisa que me incomoda. Mas, tirando essa questão, eu fico chateada*

*mesmo de não vê-los sendo tratados com dignidade. De ter acesso, de ser abordado da melhor maneira. (PS10)*

A ocorrência dessas narrativas dúbias e preconceituosas, mesmo sem a intenção explícita de assim serem, também foi relatado no estudo de Silva et al (2016) que, a partir do discurso dos enfermeiros entrevistados, os autores identificaram a presença da homofobia mesmo naqueles indivíduos que negam a existência dela no atendimento em saúde, ou mesmo serem homofóbicos, mas que demonstram desconforto com os valores sociais diferentes dos seus, além da garantia de direitos aos LGBT. Como apontado por Pereira et al (2017) o discurso do tratamento de “todos iguais” não é suficiente para superar as desigualdades existentes entre os indivíduos e, principalmente entre os diferentes grupos populacionais. A igualdade, neste caso, acaba por mascarar a falta de equidade e as desigualdades existentes no acesso a saúde. Da mesma forma, a frequente utilização do acesso universal como garantia ou respaldo para a defesa da igualdade, ou mesmo da equidade, acaba por comprometer o atendimento das necessidades de todos, principalmente dos LGBT, além de comprometer a efetividade da ESF como porta de entrada do SUS (FARAH, 2004; FRANCO, 2017; PEREIRA et al, 2017).

Entre as barreiras no acesso percebidas pelos gestores e profissionais de saúde, está a noção de que o preconceito provém dos próprios usuários LGBT, uma vez, entre esses gestores e profissionais, é constante a narrativa da igualdade no acesso e na prestação de serviços. Essa narrativa dos gestores e profissionais de saúde de que o acesso é igual para todos, ignora as discriminações existentes, descritas e percebidas pelos próprios gestores, profissionais de saúde e usuários.

Todavia, é relatada a percepção do preconceito presente no espaço de saúde como barreira de acesso da população LGBT, causando uma demanda reprimida e aumentando a dificuldade em se trabalhar a sensibilização da equipe, o que coloca em conflito as diferentes posturas existentes, onde um profissional consegue realizar o atendimento sem preconceito e discriminação, mas o usuário LGBT acaba sofrendo preconceito e discriminação na linha de cuidado por outro profissional de saúde. Também foi apontada a percepção de preconceito velado através das falas de outros profissionais de saúde, que dizem não ter preconceito, mas que na ausência de pessoas LGBT, ou quando estão entre pares, deixam transparecer atitudes preconceituosas.

*Porque é muito difícil às vezes trabalhar isso com a equipe como um todo. Então, não adianta você trabalhar essa desconstrução no consultório, na consulta médica, se na consulta de enfermagem, que é muito importante pra da saúde da mulher, por exemplo, isso não é feito, né, ou no acolhimento,*

*com o Agente Comunitário, isso não é feito, ou no atendimento com o Técnico de Enfermagem, não é feito. Essa desconstrução é difícil. (PS15)*

*Existe uma dificuldade muito grande. Eu procuro, como pessoa, deixar a porta aberta. Mas o quê que eu vejo aqui, reunião de equipe, a forma pejorativa como as agentes de saúde se refere a esse público, "aquela sapatão?", "aquele viado", "aquela machuda", entendeu? São esses..., que muitas vezes, chegam até o guichê, pra tentar o atendimento e, ali, como elas é que fazem esse intercâmbio, as coisas ficam difíceis (PS11)*

A demanda reprimida existente pede um tratamento respeitoso para o atendimento dessa população LGBT, inclusive com o uso do nome social para incentivar o acesso da população trans, reforçando a importância da confiança para a construção do vínculo entre profissional e usuário. Também é reconhecido, nas narrativas de alguns profissionais, que as crenças religiosas, o preconceito, e a ignorância são fatores que influenciam negativamente na atuação de alguns profissionais da equipe, principalmente aqueles responsáveis pelo cadastramento da população no território, o que acaba causando a construção de barreiras que dificultam o acesso desta população LGBT.

*Você imagina o seguinte, atualmente a gente tem cinco agentes, tá? Duas delas são evangélicas, então, tem algumas concepções fortíssimas, a nível que..., você não consegue mudar mesmo. Imagino que você já deve ter visto. Duas, tem uma outra coisa que, já é aquela coisa que "é assim, porque é sem vergonha". Uma outra, que até tem boa vontade, mas é ignorância de família, sabe? Aquela pessoa que não teve acesso a estudo, não teve nada, e que é muito bruta, sabe? Se tivesse sido lapidada, seria uma pessoa até bem legal pra trabalhar, mas já tá com quase 50 anos, e aí, quando você consegue que ela fale "bom dia" pra pessoa, dando um sorriso, você já fica "uaau!" (risos). É, é verdade, porque, assim, é difícil você mexer com conceitos que você herda dentro da sua família, Cezar. Sabe, valores, crenças, são coisas muito difíceis de você mudar. (PS11)*

Sousa, Ferreira e Sá (2013) destacaram que espaços religiosos eram identificados como ambientes de incentivo e reprodução de estigma e discriminação. Apesar da proteção contra o preconceito e discriminação nos serviços públicos está garantida na Constituição Federal, e nas políticas públicas de saúde, não causa estranhamento que profissionais de saúde seguidores de vertentes religiosas mais conservadoras, fundamentalistas, reproduzam práticas e discursos que desqualifiquem ou busquem deslegitimar as pessoas LGBT e suas vivências. Assim como registrado em Santos et al (2015) é necessário reforçar que os códigos de ética profissional afastam da atuação do profissional de saúde qualquer forma de juízo de valor na sua relação com o usuário/paciente.

Chama atenção que os profissionais de saúde percebem quando os LGBT preferem se dizer ou agir como heterossexual, pelo receio de serem criticados ou mesmo impedidos de terem acesso à saúde. Dessa forma, os profissionais de saúde reforçam a

necessidade de se ter empatia e gerar confiança com o público LGBT não havendo julgamento durante o seu acolhimento e atendimento. Outra barreira citada é a não identificação da presença de LGBT no território, ao contrário do que é feito com outros grupos sociais, o que acaba dificultando a prevenção e retardando tratamentos que possam ser necessários.

Como pontuado por autores como Silva et al (2016) a discriminação motivada pela homofobia não atinge a todos da mesma forma, e aqueles indivíduos com marcadores sociais mais comumente identificados como desviantes da heteronormatividade tendem a sofrer mais com a discriminação. Segundo Albuquerque (2016) a heteronormatividade compulsória, esperada no atendimento em saúde, compromete a saúde das pessoas LGBT além de ser mais um agravante para aqueles que fingem ser héteros para poderem ser atendidos, por medo da homofobia. Esse receio da discriminação compromete a busca pelo cuidado em saúde, faz com que os LGBT omitam sua sexualidade ou até mesmo atrasem a procura por cuidados médicos (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018).

Algumas estratégias, na busca por acesso e cuidado em saúde, que possibilitem o público LGBT fugir de situações de preconceito e discriminação foram relatadas pelos profissionais de saúde. Entre elas o ato do LGBT, ao chegar à clínica de saúde, procurar diretamente um médico específico, já conhecido ou recomendado anteriormente, evitando assim passar pelo guichê de atendimento, ou procurar um outro profissional de confiança para relatar sua demanda e que possa fazer a interlocução com o profissional adequado, assim evitando sua exposição nas salas de recepção das clínicas da família, por receio de discriminação, e até mesmo por vergonha.

Outras narrativas relatam a busca dos LGBT por espaços de saúde em outros territórios, que não os seus de origem, por medo ou vergonha de serem discriminados e expostos em suas comunidades por serem LGBT. Em contraponto, também é relatada a existência de uma relação conflituosa com uma parcela da população LGBT, no atendimento de saúde. Esses fatos podem ser compreendidos através das narrativas dos profissionais de saúde, a respeito daqueles LGBT que procuram as clínicas de saúde da família de seus próprios territórios.

*Eu não sei se, como é que era antes, entendeu, Cezar? O que eu vejo é assim, eles procuram muito a Enfermeira "Rogéria", que hoje não está aqui, que é a mais antiga aqui na Clínica, tá desde que abriu. Ela abre muito as portas, ela é uma figura super acessível pra todo mundo, em qualquer situação, não só pra especificamente pra esse público. Então, [...] independente da equipe,*

*ela me fala assim "'Roberta'<sup>34</sup>, tem uma situação tal, você pode ver?"; e aí, depois disso, o paciente passa a me procurar. [...] porque eles dizem isso no bom português, tá: "eu não gosto de passar lá no acolhimento", porque chega lá, normalmente tem que falar qual é o seu problema, [...] E aí, quando esse público chega, todo mundo já quer ouvir. Então, eles se sentem encabulados. Se sentem um pouco mais invadidos ali. Aí eles preferem falar direto com a gente, aí pra mim isso não é problema, nunca foi, então... (PS11)*

Os profissionais de saúde relataram a percepção de que os LGBT têm receio de quebra do sigilo médico, ficando assim expostos na comunidade em que vivem. Esse receio é percebido como decorrente do fato do ACS acabar sendo um vizinho ou alguém próximo na comunidade. Por vezes os ACS percebem que o usuário LGBT tem esse receio de falar para eles as suas demandas de saúde, o que só é afastado a partir das construções de confiança e do fortalecimento do vínculo profissional.

*[...] quando, no primeiro momento, eles não falam pra gente o que é, porque é o ACS né, que tá na porta, eles querem falar com o Médico, ou com o Enfermeiro. Mas depois de uma certa intimidade, que você vira o agente dele, eles já conseguem..., te colocar a par de tudo que ele deseja. (PS23)*

Quando se trata de LGBT HIV+, esse medo faz com que essa pessoa busque por tratamento em outra unidade distante da sua de referência. Alguns profissionais responsáveis pelo acolhimento relatam saber quem são os pacientes LGBT HIV+, e que quando esses buscam a marcação de consultas se poupam de falar o motivo por sentirem vergonha de sua condição. Assim, estes profissionais também evitam colocar o motivo real na solicitação, para que outras pessoas na recepção não acabem indevidamente tomando ciência da situação desse usuário. Entre as entrevistas, chama atenção a importância dada a construção de vínculo e confiança, pois também possibilita que o profissional de saúde consiga acolher casais LGBT HIV+ que se sentem seguros em realizar o tratamento naqueles espaços e com aqueles profissionais com os quais construíram essa relação.

Houve relatos em que mesmo em situações nas quais o profissional de saúde identifica lesões sugestivas de penetração anal, ao indagar o paciente, este prefere negar a admitir que manteve relações com pessoas do mesmo sexo. Entretanto, a condução do diálogo franco e respeitoso acaba por construir confiança necessária para que o paciente revele a verdade e assim possa receber a orientação adequada.

Entre os objetivos da PNSI LGBT está o enfrentamento do preconceito e da discriminação no acesso a saúde (BRASIL, 2013). É significativo o fato de os

---

<sup>34</sup> Os nomes dos profissionais foram alterados para garantir a privacidade deles. Os Nomes Rogéria e Roberta foram utilizados como homenagem a atriz Rogéria e a modelo Roberta Close.

profissionais de saúde entrevistados identificarem que os LGBT buscam formas de evitar situações preconceituosas pois, como relatado por Silva et al (2016) a homofobia é o preconceito mais assumido pelos profissionais em relação a outras formas de discriminação. As narrativas encontradas em relação a ocultação da orientação sexual, feita pelos LGBT como forma de garantir atendimento em saúde, também é relatado no estudo de Albuquerque et al (2016) e reforça o receio desses usuários de sofrerem preconceito, violência, ou até mesmo terem um atendimento de saúde sem qualidade.

O receio de enfrentarem a discriminação provinda por profissionais de saúde acaba por refletir no atendimento do usuário LGBT podendo, inclusive, piorar o seu quadro de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2016; SILVA et al, 2016). O medo dos LGBT, em especial da população trans, de serem estigmatizados e sofrerem discriminações transforma-se em barreiras ao acesso à saúde, e foi identificado por Costa et al (2018) nas pesquisas com a população trans. Souza et al (2018) registram que os homens trans relatam o preconceito e a discriminação como justificativas para evitarem os serviços de saúde como alternativas de solução de suas demandas, até mesmo para modificações corporais. Já Prado (2017) corrobora que processos de sofrimento, adoecimento e até mesmo morte em LGBT podem ser desencadeadas pela discriminação, estigmatização e preconceito por orientação sexual e identidade de gênero. Como apontados pelos autores acima citados, o medo dos LGBT de sofrerem discriminação justamente daqueles profissionais que deveriam promover o seu cuidado, justifica a busca por estratégias que evitem confrontos e exposições, assim como o receio da construção de vínculo com aqueles profissionais de saúde responsáveis pelo seu atendimento nas Clínicas da Família.

Em relação ao nome social, todos os gestores e profissionais de saúde entrevistados relataram conhecer e respeitar o uso do nome social, assim como compreender a sua importância, além de já terem sido orientados para a sua utilização. Apesar disso, também houve relatos de não ter havido esclarecimento em relação ao nome social, e que este foi “imposto” para utilização no serviço, sem a devida preparação da equipe que não teria passado por capacitação necessária sobre seu marco legal e sua importância no atendimento em saúde para as pessoas trans.

*Então, eu lembro que há um tempo atrás, a questão da utilização do nome social, ela veio como algo que deveria ser cumprida. Mas não foi trabalhado, né?, o esclarecimento, porquê disso, com as equipes de saúde. Então meio que a gente teve que ir sentindo, fazendo isso no dia a dia. (G04)*

Nas entrevistas foi possível perceber que, mesmo a Clínica da Família utilizando o nome social, há casos de problemas decorrentes de fatores externos a esse espaço da saúde, pois, quando é necessário que a pessoa trans seja encaminhado para atendimento em outras instituições de saúde, ele acaba enfrentando problemas relacionados a sua identificação junto a Receita Federal. Segundo os profissionais de saúde entrevistados, o processo de referência é feito pelo CPF, e este é atrelado ao nome civil do usuário, não havendo a alteração para o nome social. O que demonstra desconhecimento de que a inclusão do nome social, ou mesmo a alteração dele, é possível junto a Receita Federal. Dessa forma, a não alteração do nome civil nos documentos oficiais de identificação é relatado como um problema enfrentado tanto pela equipe de saúde quanto pelos usuários trans no seu atendimento à saúde para além dos equipamentos da ESF.

Os profissionais também relatam que essas situações de constrangimentos e incômodos são vivenciadas mesmo por aqueles usuários que, apesar de terem conseguido a alteração legal de seus nomes junto à Receita Federal e nos documentos oficiais de identificação, passando assim a usar o nome social como seu novo nome civil, não tiveram êxito em garantir que sua identificação nos sistemas de saúde fosse alterada, permanecendo seu nome civil anterior, que era exposto no momento da impressão de receitas ou na marcação de exames e encaminhamentos para outros equipamentos de saúde.

*Teve um que mudou o nome agora, né. Era, se chamava no nome feminino, mas aí, na Receita Federal, ao lado vem o nome verdadeiro, né, no caso, o nome de registro, porque ele trocou, não sei por quê? Aí, todas as vezes que ele vinha na Unidade, que a receita dele era imprimida, ou qualquer um encaminhamento, ele perguntava para mim por que que o nome, aquele que ele tinha retirado, ainda constava na receita e no encaminhamento. Eu falei, porque é o sistema daqui, ele é vinculado à Receita Federal. A Receita Federal que tem que trocar, não é isso? E..., aquilo ali eu vi que incomodava muito..., entendeu? Porque tava lá o nome que ele escolheu, feminino, e ao lado vinha o nome dele de registro. E aquilo ali incomodava muito, e eu falava pra ele, que era até pra ele procurar a gerência, administração, porque, quando eu ia tentar editar no SUS, no CadSUS, eu não consigo. Porque, a Receita Federal não permite, entendeu? (PS30)*

Não obstante, também foi relatado que a utilização do nome social é feita no atendimento, nos prontuários eletrônicos e na impressão do cartão do SUS, sendo opção do usuário LGBT utilizá-lo ou não, mas a opção pelo nome social não interfere no seu atendimento. Houve relatos de que só era possível incluir o nome social no cartão do SUS se este nome já estivesse alterado também no CPF da pessoa, ou mesmo a narrativa de profissionais de saúde que desconheciam ser possível incluir o nome social

no cartão do SUS, e julgavam que fosse apenas possível utilizá-los internamente no sistema de comunicação e informação na própria clínica.

Alguns gestores e profissionais de saúde relataram que, em casos específicos, os profissionais de saúde preferem chamar oralmente os usuários trans a deixar que o sistema eletrônico faça a chamada, através dos totens ou monitores existentes nas salas de espera das Clínicas da Família, uma vez que, alguns desses equipamentos não chamam os usuários pelo nome social, mas por conta do programa utilizado acabam chamando pelo nome civil, ou mesmo expondo-o ao lado do nome social do usuário, o que causa constrangimento.

*E aí, a gente teve alguns, é..., algumas dificuldades, porque a gente tem a questão do totem, porque o nome que tá ali, é aquele nome biológico. Quando a gente tem a oportunidade de botar o apelido, mas o totem não chama o apelido, que é o nome social. Mas, se eu coloco no cadastro o nome social, não bate com o CPF. Então, a gente ainda tem essa dificuldade. E aí, depois de algum tempo, dando algumas cabeças, "ai meu Deus, não posso, como é que eu vou fazer?" E aí, esse usuário não ficava lá na frente, porque ia ser chamado pelo totem, então ele ficava aqui perto da porta. Eu falei, a gente não pode deixar esse usuário em pé, o tempo todo, a gente tem que ver uma forma diferenciada, de como fazer, né. E aí, a gente tem uma bolinha, que é no prontuário, que a gente bota observação. Aí a gente passou, chamar pelo nome, e tal, botava o nome social da pessoa. Só que claro, conforme você vai atender, você já conhece, então, você já sabe 'Suzy', 'Desiree', 'Samara', né, então, a gente já conhece, né. Então, chegou, a gente já avisa, a gente já fala, chegou Suzy, né, pra diminuir o problema. Eles gostam, passe com o Médico, o Enfermeiro chama, 'Fulana', entendeu. Então isso melhorou (G08).*

Em outras narrativas, os profissionais de saúde reconhecem a dificuldade de algumas equipes em utilizar o nome social, o que, segundo esses profissionais, deveria ser melhor trabalhado nessas equipes. Entretanto, essa ausência da utilização não se daria por discriminação, mas sim por falta de “atenção” do profissional no momento de identificar o usuário, ocorrendo inclusive relatos de casos de constrangimento quando da chamada do usuário trans para atendimento no consultório. Um dos relatos refere-se a um médico que chamou o usuário trans pelo nome civil e não pelo nome social devido a desatenção de que este estava registrado na ficha do usuário.

Em outro relato, ao ligar para a residência de uma usuária para confirmar a realização de uma cirurgia, o profissional de saúde se deparou com a negativa da existência daquele usuário naquela residência, pois usou o nome civil no lugar do nome social para realizar o contato. Posteriormente, a equipe da clínica ficou sabendo que a usuária não era reconhecida por seu nome civil como sua identidade, por isso negaram que ela residisse ali. Esse fato acabou servindo como exemplo de discussão de abordagem na reunião da equipe, pois além do constrangimento que causou a usuária

junto a sua família, ainda resultou na perda da cirurgia que essa usuária havia demandado. Esse fato demonstra os entraves enfrentados pela população trans, mesmo fora do ambiente da saúde.

*[...] a gente já teve problemas, inclusive, como exemplos em discussões. Que a gente já teve uma cirurgia marcada, agendada, uma pessoa, e era pra mama, e aí quando a gente, mas na descrição do sistema só tem aquilo ali, a consulta pra tal, e aí a gente ligou pro paciente, porque às vezes quando as consultas saem a gente não acha o paciente em casa. Então a gente também faz contato telefônico, e perguntou se a pessoa que estava ali, que era uma pessoa que tinha um nome masculino [nome civil], se estava em casa, e a pessoa que atendeu disse: “não, não tem ninguém aqui com esse nome.” Só que era a pessoa, e aí a pessoa perdeu a cirurgia. (G03)*

Em relação aos profissionais de saúde, o uso do nome social é por vezes referido como algo no campo da intimidade, entre o paciente e o profissional de saúde, que não vê problema em chamar o paciente pelo nome social, considerando isso um sinal de respeito. Esses relatos vêm, por vezes, acompanhados da pontuação de que, em um dos sistemas de informação utilizados, o campo de identificação para inclusão do nome social chama-se “apelido”. Vale salientar que as clínicas de saúde da família utilizam sistemas de identificação diferentes: VitaCare (serviço ofertado pelo setor privado) e o e-SUS (serviço ofertado pelo setor público), e dependendo do sistema a identificação do nome social é feita no campo “apelido”, no caso do VitaCare, ou no campo “nome social”, no caso do e-SUS.

Foi comum a narrativa na qual o usuário possui abertura para informar ao profissional de saúde a utilização o nome social, e que a partir deste momento o nome social é usado tranquilamente. Segundo os profissionais de saúde essa informação deve ser dada no momento do acolhimento, e deve partir da iniciativa do usuário no momento em que chega à clínica da família. Cabendo ao ACS, implicitamente como estratégia de facilitar a comunicação, a incumbência de informar aos demais membros da equipe a existência de um usuário trans que utilizará o nome social no seu atendimento. Muito embora, após ser feito o registro do nome social nos sistemas de informação utilizados nas clínicas, seja possível que todos os membros da equipe, ao acessar esses sistemas, passem a visualizar o nome social na identificação do usuário, e assim possam passar a utilizá-lo também.

A garantia da adoção do nome social pelo SUS foi uma conquista valiosa contra os obstáculos ao acesso a saúde de toda a população LGBT, principalmente das pessoas trans. O desrespeito ao nome social, praticado pelos profissionais de saúde no SUS, faz parte dos obstáculos simbólicos no acesso dos LGBT aos serviços de saúde, e

contribuem para a evasão de pessoas trans desses serviços (GIONGO; MENEGOTTO; PETERS, 2012; PEREIRA et al, 2017; ROCON et al, 2016; SEHNEM, 2017; SOUZA et al, 2014; SOUZA et al, 2015; SOUZA; IRIART, 2018). O município do Rio de Janeiro esteve na vanguarda da adoção do nome social nos serviços públicos de saúde, inclusive com a construção de arcabouços legais que protegem esse direito para as pessoas trans.

O uso do nome social é um direito dos usuários trans, garantido pelo Ministério da Saúde, de terem sua identidade respeitada, e deve ser utilizado em todos os documentos dos serviços de saúde que necessitem da identificação do usuário, seja no cartão do SUS ou nos prontuários de atendimento (POPADIUK et al, 2017; ROCON et al, 2016; SANTOS, 2015; SILVA, Jonatan et al, 2017; SILVA, Joseane et al, 2017; SOUZA et al, 2014). Entretanto, a garantia deste direito ainda é desconhecida por boa parte dos profissionais de saúde, como apontado nos estudos de Rocon et al (2016), Sehnem (2017) e Souza et al (2015). Somasse a esse desconhecimento as narrativas referentes aos entraves institucionais que os usuários LGBT acabam enfrentando por utilizarem o nome social. Os problemas com sistemas de referência, contrarreferência e identificação dos usuários trans devem ser enfrentados para que se garanta a eles o pleno exercício de sua identidade e a segurança na utilização dos equipamentos de saúde.

Em relação a percepção do LGBT nos espaços de saúde, alguns profissionais relatam que as mudanças e compreensões sobre gênero e sexualidade já estão chegando nos mais diversos níveis sociais, até mesmo aqueles com baixa escolaridade, o que acaba por normalizar a compreensão das pessoas a respeito da inclusão e da oferta de serviços de saúde ao público LGBT.

*Como o motorista do Uber, veio pra mim, aqui no Rio, semana passado, falar que ele tinha duas filhas, ele queria um menino, e duas filhas tava bom demais, as duas meninas. Ele fez assim, "se bem que hoje, né, o mundo tá mudando, se uma quiser virar homem, ela vai virar homem, e ela vai virar ele.", disse. [...] Sabe, assim, um cara..., também com um nível escolar muito baixo, e tal, mas..., já está se batendo tanto nisso, no direito de ser o que você realmente é, como você se sente, que está chegando até o pessoal que o nível escolar muito mais baixo, o que antes era uma coisa que nem se cogitava, né?*

Apesar disso, alguns profissionais de saúde percebem que a própria população LGBT, por vezes, demanda serviços de saúde como se esses fossem fornecidos como favores ou passíveis de “jeitinhos” para poderem ser realizados, demonstrando que para esses LGBT a oferta de serviços de saúde ainda não se tratava do exercício de direitos,

mas sim de concessões. A existência desse preconceito ainda é vista como persistente na sociedade por alguns profissionais de saúde, que consideram que a realização das paradas, apesar de ajudar, ainda não foram capazes de acabar com o preconceito, que este tem como resultado os dados de morte da população LGBT no Brasil.

Como exemplo desse preconceito é relatado, pelos profissionais, o estereótipo de que o perfil de homem tido como “machão” faz dele heterossexual, enquanto o perfil de homem delicado é indicativo de que este é gay. Outra narrativa preconceituosa é a opinião de que os problemas de saúde enfrentados pelas pessoas trans ocorrem por elas “procurarem”, expondo-se devido a suas atitudes e comportamentos, ou seja, seriam consequências de serem trans.

Outra narrativa demonstra o desconhecimento a respeito das crianças transgênero, atribuindo, a partir do senso comum, a existência delas devido “influências negativas”, ou ao tratamento de saúde equivocado que as identifica como pessoas trans sem serem de fato. A justificativa se dá pela crença de que essas crianças não possuem discernimento ou mesmo autonomia para se identificarem como trans, desconhecendo todo o contexto que envolve a transexualidade, a identidade de gênero e a construção social do próprio conceito de gênero.

*Então, assim, eu já ouvi, né? Nunca fui lá pra ver. Me chamou muita atenção, a coisa é tão bizarra, que eu escutei dizer que tem uma pessoa que é transexual, que acho que ela já é até, ela é uma senhora, às vezes eu tenho dificuldade de lidar com isso (risos), de falar ele, ela, é confuso pra mim. Que ela tem um espaço, acho que, tipo um cortiço, não sei, não sei explicar direito, aqui na Lapa, que ela acolhe essas pessoas, [...] eu escutei a história. Fiquei bastante sensibilizada com, com a preocupação, né? É lamentável, de precisar que seja, essas coisas no escondido, né, isso é horrível, eu acho horrível. Mas, eu posso ser bem sincera? Eu acho que também eles plantam isso. [...] Só que eu tenho essa questão, que eu acho que às vezes eles plantaram, ou planta, plantaram e planta. [...] Mas o que eu quero dizer, assim, independente de qualquer coisa, não impor isso, não dizer pra uma criança de 6 anos, que ela não sabe o que quer da vida, que ela pode ser, né? A gente já sabe aí, de várias histórias, de menino que já quer, né? Mas eu sei que tem questões hormonais, tem questões psicológicas, tem um monte de coisa que interfere nessa, nessa escolha, né? E aí, às vezes, pode fazer um trabalho com essa criança e, mais na frente, ela decidir, é uma escolha "não, eu quero, independente do tratamento que eu fiz, eu quero ser assim". Beleza, é um problema dele, mas aí ele já tá com o seu é..., entendimento normal né? Pra escolher isso. Como a gente também sabe, que teve pessoas que, às vezes, eu observo, escuto, vejo, que tomaram a decisão radical de..., como é que se, mutilar, que fala? Fazer a cirurgia, e se arrependeu. Não deixou de querer ser, mas se arrependeu. Então, é muito sério, se um homem, né, que tá já no seu entendimento volta atrás, imagina uma criança de seis anos. Então, isso é uma coisa que, às vezes, incomoda. (PS10)*

Os princípios de respeito à orientação sexual e à identidade de gêneros estão estabelecidos no arcabouço internacional dos direitos humanos, e norteiam a garantia do

direito a saúde dos LGBT através da PNSI LGBT (MOTA, 2016; SANTOS et al, 2015). Apesar das mudanças sociais relatadas nas entrevistas, autores como Silva et al (2016) demonstram que os profissionais de saúde reconhecem outras formas de expressões sexuais, como a homossexualidade e a bissexualidade, embora esse reconhecimento não seja suficiente para que as pessoas não heterossexuais sejam aceitas no convívio social. Dessa forma, como apontado por Silva, Jonatan et al (2017). Silva-Santisteban et al (2016) e Souza e Iriart (2018) é necessário que se amplie as estratégias de inclusão dos LGBT nos serviços de saúde, inclusive com o fomento da temática na formação dos profissionais, ampliando assim o conhecimento produzido a respeito das demandas dessa população.

Entretanto, conforme Albuquerque et al (2016), Mello, Brito e Maroja (2012), Motta et al (2016), Sehnem (2017) entre outros, a heteronormatividade como padrão social, inclusive nos espaços de saúde, compromete o acesso da população LGBT no que se refere ao esperado em relação à sexualidade e à identidade de gênero dos pacientes. Nesse contexto a própria existência da identidade de gênero nos indivíduos é questionada, como colocado por Almeida e Murta (2013), e percebido na entrevista que contestou a existência das crianças trans, ao colocar algo que é inato ao indivíduo no campo da escolha/opção e deslegitimando as múltiplas maneiras de se vivenciar a sexualidade e a construção dos papéis de gênero nas sociedades.

Foi recorrente a fala de que o convite para participar dos grupos de promoção da saúde e do conselho gestor é aberto a todos, e que os usuários não participam porque não querem. Em uma das clínicas, foi relatado que o conselho gestor só se reúne com os profissionais de saúde, pois não há adesão da população em geral. Alguns entrevistados relataram que os grupos de promoção da saúde só têm adesão de usuários se estes estiverem vinculados a consultas, sendo baixa a demanda e participação da população, inclusive a LGBT, situação que se repete em relação ao conselho gestor, o que é atribuído, segundo outro profissional de saúde, possivelmente ao baixo engajamento político da população.

*[...] no nosso território, especificamente, a gente tem uma dificuldade muito grande com adesão, com relação a adesão dos usuários aos grupos. [...] aqui na Clínica, ele funciona se a gente vincular isso a uma consulta. Se a gente for no território e divulgar que é um grupo, a gente não tem adesão. (G10)*

Entre os relatos, um dos gestores destaca que já houve a participação de um usuário trans no conselho gestor da sua clínica da família, mas que atualmente ele não participa mais desse espaço de controle social. O que se soma a outras narrativas de que

não há presença de LGBT nos conselhos gestores das clínicas. Também chamou a atenção o fato de que diversas clínicas não possuem conselho gestor. É perceptível entre as narrativas que a população LGBT demonstra dificuldade de participar dos espaços de controle social, e que não há nenhuma atividade específica voltada para esse público, ou sequer incentivo para que ele participe. Esse contexto é reforçado pelas barreiras do preconceito e da estigmatização dos LGBT, invisibilizados e frequentemente vistos como não merecedores ou dignos de ocupar esses espaços de representação social, sendo também, eles mesmos os culpados por não participarem desses espaços.

*Não, a gente no colegiado, a gente nunca teve nenhuma, nenhum paciente que seja dessa população. (G05)*

*Então, eu..., eu, particularmente, não vejo muito a presença dessa população nesses grupos, (G06)*

*Não tem trabalho específico pra essa população não. Eles, estão inseridos, né, com todos os outros (PS26)*

*Assim, na realidade, nesses grupos, é..., eles não são identificados enquanto LGBT, eles vêm como se fosse um paciente qualquer, entendeu. (PS30)*

*Não, não temos nada. Nunca tivemos nada. (PS 30)*

Os profissionais de saúde também registram não ver necessidade de grupos de promoção da saúde específicos para a população LGBT, pois temem, em alguns casos, a criação de contextos de discriminação e preconceito. Entretanto, destacam a importância da participação da própria Clínica da Família nas ações realizadas pela população LGBT no território. Aquelas entrevistas, que relataram a participação LGBT, destacam que a presença desse público acaba por levar para esses espaços de controle e participação social, as queixas e demandas dessa população, o que causa efeito positivo. Também é ressaltado que o vínculo com o ACS é um fator importante nesse contexto, pois são eles que acabam por incentivar a participação da população nesses espaços fomentados pelas Clínicas da Família. Entre os relatos dos profissionais, foi identificado que as mulheres lésbicas acabam participando mais dos grupos de promoção da saúde do que os demais públicos LGBT.

O incentivo à participação da população LGBT nos espaços de controle social e participação do SUS foi construído através de iniciativas como o Brasil sem Homofobia. A PNSI LGBT efetivou à participação do movimento LGBT nos Conselhos e Conferências de saúde e controle social (BRASIL, 2013; SILVA, Jonatan et al, 2017). Essa participação pode se contrapor as forças conservadoras presentes nesses espaços, e que são contrárias as demandas dos LGBT, o que aumenta a responsabilidade do

movimento social em ocupar tais espaços de participação e controle social (SILVA, Jonatan et al, 2017).

Porém, as narrativas dos gestores e profissionais de saúde, a respeito da ausência dos LGBT nos espaços de controle social das Clínicas da Família, reforçam o que é apontado por Almeida e Murta (2013) sobre a implementação do processo transexualizador, em que destacam que há pouquíssimo controle social sobre o que é desenvolvido no âmbito das unidades de saúde, provavelmente em decorrência da baixa participação social da população LGBT nesses espaços. Segundo Motta (2016), Pereira (2017) e Silva et al (2016) a PNSI LGBT reafirmou a garantia do direito à saúde das pessoas LGBT, assim como sua participação nos processos decisórios e no controle social. O que se espera é que a presença das pessoas LGBT nesses espaços possa possibilitar o desenvolvimento e o aprimoramento das políticas públicas de saúde.

#### 5.2.2. Narrativas dos usuários LGBT

Em relação ao acesso das pessoas LGBT aos serviços de saúde, os usuários LGBT apresentaram durante as entrevistas a percepção de ausência de profissionais preparados para recebê-los nos espaços de saúde, até mesmo para o público em geral, embora também haja a noção de oferecimento de serviços adequados. Entretanto, a falta de preparo do SUS para lidar com a população LGBT é um marco significativo das narrativas dos usuários entrevistados. Também está presente a narrativa de que a população LGBT procura o auxílio quando o seu estado de saúde está mais grave, evitando situações constrangedoras e de violência moral que receiam que possam ocorrer ao buscarem as unidades de saúde.

A narrativa de não haver dificuldade no acesso também foi bastante reproduzida pelos usuários LGBT, pois identificam que os problemas existentes na utilização dos serviços de saúde ocorrem para todas as pessoas e não apenas para o LGBT. Mas, também, foi presente a percepção de que, talvez, os usuários trans sofram mais para acessar os serviços de saúde do que gays e lésbicas. Os usuários demonstram saber que as transexuais e travestis têm medo de buscarem atendimento em saúde e que é perceptível o cansaço delas na luta pelos seus direitos.

*Assim, quem depende do SUS, entendeu? Independente se você é gay, lésbica, hetero, pan, você vai se ferrar do mesmo jeito, entendeu? E agora atendimento privado tá a mesma coisa. Eu acho que eu não tenho muita distinção. [...] mas talvez para população LGBT trans seja um pouco mais complicado, entendeu? Devido uma questão de peso da sociedade ou se senti um pouco mais envergonhado em procurar atendimento, entendeu? (U31)*

Outra perspectiva que chama atenção é a percepção de haver falta de treinamento dos profissionais de saúde para acolher as pessoas LGBT, em especial as pessoas trans, e que esses profissionais, muitas vezes, querem encaminhar as pessoas trans para atendimento em serviços especializados de referência, mesmo quando suas demandas são as demandas comuns que deveriam ser atendidas nas Clínicas da Família. Também ocorreu nos relatos dos usuários a percepção de que há preconceito no atendimento e que, para os profissionais de saúde, todas as pessoas LGBT são portadores do vírus HIV. Essa percepção é, novamente, acompanhada da noção de que a dificuldade de atendimento é sempre geral, e não apenas para o público a LGBT.

*Na rede pública, péssimo! Começa desde o preconceito, do mal atendimento à população LGBT, que ainda existe infelizmente, que a gente ainda vive isso, é claro, é nítido, até o descaso no momento do atendimento porque nem todo homossexual, nem todo gay ou lésbica, é portador do vírus HIV. Infelizmente a gente convive com o profissional de saúde que acha que a gente é tudo assim e acaba diferenciando o tratamento, ou fazendo mal, ou até não fazendo. (U18)*

Houve, também, usuários que disseram acompanhar amigos a outros estados para serem tratados em relação ao HIV, justamente pelo receio da exposição para o seu núcleo familiar que também frequenta a Clínica da Família de seu território. Esse receio, da exposição de sua condição de HIV+ é reforçado pelas narrativas de que os gays ao buscarem atendimento em saúde são previamente identificados como HIV+ pelos vizinhos, mesmo que se busque atendimento por outro motivo, o que reforça o receio e a recusa dos LGBT em procurar atendimento em saúde nas Clínicas de Família de seu território.

*Às vezes você vai no atendimento na clínica da família até por outro motivo, e o simples fato de você ser gay o povo já fica "Ah, eu vi fulano na clínica, tá com AIDS" aí já sai espalhando para fulano, daqui a pouco já tá rodado, [...] Às vezes a pessoa tá indo por uma outra questão, uma dor de dente, por uma dor de cabeça, baixou a pressão, mas não! O povo LGBT quando vai nesses lugares o pessoal já fala a AIDS. (U16)*

Esse estigma em relação ao HIV está presente, segundo o usuário, inclusive em relação às campanhas de prevenção, que apesar de serem referidas como focadas e separadas, acabam gerando dúvidas na sociedade, pois escondem os públicos-alvo umas das outras, e acabam sendo vistas como se um público não ficasse sabendo a respeito da

campanha que é realizada com foco no outro público (ex.: campanhas para mulheres; jovens; HSH; entre outras).

As narrativas dos usuários, embora apresentem a percepção de que os problemas de acesso a saúde são gerais, também coloca em questão as necessidades de que as políticas de saúde precisam ser avaliadas e acompanhadas constantemente. Como apontado por Franco (2017) e Pires, Laurentino e Silva (2021) a avaliação e o acompanhamento sistemático das políticas de saúde são importantes parâmetros para que a qualidade da oferta dos serviços possa, finalmente, superar a estigmatização e propiciar a melhoria da qualidade de vida das pessoas LGBT. Foi importante os usuários LGBT entrevistados reconhecerem que a discriminação ocorre de maneiras diferentes entre os segmentos, e mesmo entre os próprios indivíduos. Assim como apontado por Silva et al (2016) o preconceito contra os LGBT se origina no machismo e no sexismo, e são os efeminados, as travestis e as transexuais os que mais sofrem com estigmas e preconceitos homofóbicos e transfóbicos.

Assim como identificado por Franklin et al (2016), os usuários LGBT entrevistados também relataram a percepção de que são costumeiramente correlacionados a um status sorológico positivo para o HIV, situação que reforça estigmas e preconceitos. Segundo Pereira et al (2017) essa estigmatização da população LGBT pelos profissionais de saúde ocorre quando estes profissionais relacionam a procura por saúde especificamente para exames e diagnósticos de doenças consideradas predominantes nesta população, como a Aids e outras IST. Costa et al (2018) e Prado (2017) destacam que a estigmatização aumenta a vulnerabilidade dos LGBT, e dificulta o acesso aos serviços de saúde.

Essas narrativas demonstram uma percepção de que os problemas de saúde são gerais, porém acabam invisibilizando demandas de grupos tidos como minoritários, inclusive dos próprios LGBT. Destaca-se que, para alguns usuários entrevistados, o fato de não perceberem dificuldades no seu próprio atendimento não significa que isso não ocorra com outros LGBT. Esse sentimento de não haver preconceito no acesso favorece a percepção, de uma parcela da população LGBT, que reconhece a Clínica da Família como referência para o seu atendimento, reforçando o tratamento normal e sem discriminação.

*Graças a Deus eu tenho uma facilidade, porque eu tenho a Clínica da Família, que me atende bem. Eu tenho..., eu tenho meus exames em dia, ginecológicos, e exames básicos como hepatite, todos esses exames básicozinhos, né. Ele fala de básico, mas que acho que..., né, pra gente é*

*muita coisa, né, HIV, sífilis, e o atendimento dentário... Lá, a gente, graças a Deus, a gente tem uma Clínica da Família boa, que funciona. (U32)*

*Pra mim, nunca foi difícil. Mas acredito que seja bem difícil, porque tem pessoas que não gostam, né?, porque acham que a gente é diferente deles, mas nós somos todos iguais. (U12)*

Percebe-se nas narrativas dos LGBT entrevistados que o sentimento de vergonha é uma barreira que dificulta a procura pelo atendimento no SUS e, por vezes, a própria população LGBT caracteriza seus pares como mais promíscuos e descuidados com sua saúde do que a população em geral. Percebe-se que esse auto preconceito pode acabar gerando mais problemas de saúde ao estigmatizar e não contribuir para que outros usuários LGBT busquem atendimento em saúde.

Entretanto, outras narrativas caracterizam o LGBT como indivíduos mais preocupados com sua saúde que as demais pessoas. Sendo presente, em ambos os casos, a percepção de que o acesso é fácil e sem dificuldade se esse LGBT romper o sentimento de vergonha inicial que dificulta o atendimento. O que não quer dizer que ele não possa encontrar problemas nesse acesso.

*Querendo ou não o mundo LGBT, infelizmente, eu vou falar agora contra a gente, contra mim mesmo, é um mundo muito promíscuo. Então se eu conheço o meu paciente eu consigo ajudá-lo mais, se eu transpareço para ele confiança ele vai confiar em mim. Então eu consigo evitar que o quê ele tenha se propague, ou então que o quê ele não tenha, que ele não adquira. (U18)*

*Eu acho que de uma maneira geral, é... tanto LGBT quanto qualquer outra classificação, é... enfim é precária no Brasil em si, mas é acessível. É só a gente procurar, a gente também tem nossos meios de cuidados né? Ainda mais a população LGBT que..., que enfim, tem o hábito de ser um pouco mais descuidado não sei o porquê, mas tem o hábito de ser um pouco mais descuidado. Eu acho que é bem acessível. (U27)*

Os entrevistados também apontaram a baixa procura, por parte dos LGBT, em relação aos serviços de saúde, não conhecendo qualquer ação voltada à população LGBT que vise incentivar a procura pelos espaços de saúde, o que pode contribuir para explicar essa apontada falta de interesse dos LGBT.

*Então, na verdade, pra mim eu acho, é, falta de interesse em relação a nós LGBT, dos LGBT, de tá procurando, de estar procurando a saúde. Eu vejo isso. Que é uma falta de interesse, de tá procurando saber como se encontra a saúde deles atualmente, entendeu? (U02)*

Em relação a busca pelos serviços de saúde, os dados levantados durante as entrevistas com os usuários indicam que eles percebem, em suas experiências individuais, um acesso sem entraves, porém reconhecem que outros indivíduos do público LGBT podem sentir obstáculos que eles não vivenciam. Rufino et al (2018) por exemplo, no que se refere à busca de mulheres lésbicas pelos serviços de saúde,

reforçam que elas procuram menos por ginecologistas (38,9%), quando comparadas às mulheres que têm práticas sexuais com homens e mulheres (70,8%). Segundo Albuquerque et al (2016) a baixa busca de mulheres LGBT por serviços de saúde se reflete em uma menor frequência de realização de exames ginecológicos de rotina.

Assim como relatado nas entrevistas com os gestores e profissionais de saúde, o estigma e o medo de sofrerem preconceito são fatores que influenciam o receio dos usuários em buscarem cuidados em saúde. Os dados de Jalil et al (2017) apontam que somente 12% das mulheres trans tiveram acesso a cuidados específicos de saúde, mesmo quando disponíveis. Já os estudos de Pinto et al (2017) em relação à busca por cuidados em saúde decorrentes de complicações no uso de silicone industrial, apontam que apenas 46,25% das mulheres trans procuraram serviços de saúde diante da ocorrência dos problemas. Porém, como apontado por Costa et al (2018), quando as barreiras de acesso a saúde são superadas, a população trans apresenta altos índices de adesão ao cuidado em saúde, como no caso do tratamento de HIV/Aids em pessoas trans no Brasil (92,3% aos cuidados, e 82,1% ao uso de terapia antirretroviral).

Uma das narrativas chama atenção devido à preocupação do usuário em relação ao atual governo federal, e à possibilidade de haver retrocessos nas conquistas da população LGBT, inclusive em relação ao respeito do uso no nome social. Motta et al (2016) em seu estudo sobre sexualidades, políticas públicas e abordagem *queer* em crises democráticas ressalta que contextos de crise política e fragilidade do Estado, semelhantes aos vivenciados pelo Brasil atualmente, propiciam a emergência de grupos conservadores e neo-conservadores, e que a teoria queer seria um importante subsídio para a construção de alternativas e estratégias de enfrentamento e construção de políticas públicas. Entretanto, o mesmo usuário que demonstrou preocupação com o governo atual reconhece que não observa dificuldades para acesso geral do público LGBT na busca pelo atendimento em saúde.

Faz-se presente o relato de que, nas pessoas LGBT, é colocado pelos pares um medo de haver dificuldade no acesso dos LGBT ao buscarem os serviços de saúde, porém esse senso comum não se sustentaria na prática.

*Ah, tudo assim muito gentil, fala super bem com as pessoas, educado, tudo muito limpo. Foi na clínica da família, eu não esperava por isso, ser assim tão... assim, o pessoal coloca o terror né "não, não vai, que lá é isso, é aquilo outro, é muito favela, favelados", mas, eu fui lá e foi super tranquilo..., tudo limpo... (U20)*

Merece destaque uma das narrativas que aponta a necessidade de pessoas LGBT passarem-se por heterossexuais como forma de conseguirem atendimento e fugirem do estigma e da discriminação. Esse fato possui relação com a heteronormatividade adotada como padrão social, que acaba por reforçar o preconceito e o medo dos LGBT de não terem suas demandas atendidas. A presença do apoio familiar foi relatada como importante para o processo de autoaceitação. Também houve relato de usuários que já tentaram “ser héteros”, mas que hoje não passam mais por essa situação pois conseguiram se aceitar.

*Eles... simplesmente olham pra gente, então a gente tem que fingir que é hétero, pra conseguir um atendimento. Faço pra pedir, pra fazer um teste rápido de HIV, você tem que fingir e se comportar como hétero pra poder ser atendido lá. Se não, eles vão dizer que não dá pra fazer agora, pede pra vir depois...(U06)*

*[...] se eu quiser ser doador de sangue, há uma restrição enorme, há uma burocracia enorme, né?, disso, justamente pra eles não terem que assumir que pessoas gays não podem doar o sangue, sabe. (U01)*

Destaca-se relatos daqueles LGBT que já passaram por situações de preconceito, seja por ouvirem piadas, ou mesmo por sofrerem discriminações em seus atendimentos ao serem percebidos como LGBT no ambiente da saúde, identificando o tratamento diferente em relação aos demais, inclusive com situações de desconforto por serem constantemente observados pelos outros usuários. Alguns usuários LGBT reconhecem que gays e lésbicas conseguem evitar o constrangimento dos olhares e do atendimento diferenciado, quando omitem sua orientação sexual, o que é lido como “passabilidade”. Porém, geralmente as travestis e transexuais não conseguem este feito e acabam por sofrer mais com a discriminação.

A preocupação com a heteronormatividade no sistema de saúde permeou os estudos de diferentes autores como Albuquerque et al (2016), Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2018), Pereira et al (2017) e Sehnem (2017) destacaram diferentes preocupações como a formação heteronormativa dos profissionais e a premissa da heterossexualidade dos usuários durante o atendimento. Nesse contexto, segundo Albuquerque et al (2016) os usuários acabam por ocultar suas orientações sexuais como estratégia de busca por um atendimento de saúde sem discriminação. Silva et al (2016) destacam que a imposição do modelo hegemônico da heteronormatividade, e consequentemente dos papéis de virilidade e agressividade ao homem, acaba por respaldar a homofobia.

A presunção da heterossexualidade das usuárias, pelos profissionais de saúde, impõe barreiras morais, estruturais e culturais ao atendimento em saúde das mulheres lésbicas e bissexuais (OLIVEIRA; NERY, 2016; RUFINO et al, 2018) e o padrão cisheteronormativo inflige essas barreiras às pessoas trans (SOLL et al, 2018; SOUZA e IRIART, 2018). Mello, Brito e Maroja (2012) salientam que recorrentemente valores religiosos e heteronormativos colocados como norma social diminuem ou mesmo negam a humanidade das pessoas LGBT. Foi atenta a essa conjuntura que a PNSI LGBT emergiu como avanço, ao afastar a naturalização da heterossexualidade do atendimento em saúde, reconhecendo como natural o acolhimento dos usuários baseado no respeito à diferença e o LGBT como sujeito de direitos (FRANKLIN et al, 2016; PEREIRA, 2017; POPADIUK et al, 2017).

Entre os usuários LGBT há o reconhecimento de que desconhecem questões relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero da própria população LGBT. Da mesma forma, foi identificado nas narrativas o sofrimento implícito de violência vivenciada no atendimento em saúde. Foi recorrente entre os usuários o relato de que as pessoas, ao perceberem a presença de um LGBT, passam a tratá-los de forma estranha, diferente, sendo notável a mudança de tratamento destinada a eles em relação aos demais usuários. Um dos entrevistados relata o peso que o olhar preconceituoso pode causar no indivíduo LGBT, e que as demais pessoas evitam, inclusive se sentar perto de travestis.

*Tirando os funcionários, as pessoas que fica olhando, as pessoas ficam olhando e tals, de rabo de olho, ainda mais que é na zona oeste, muitas pessoas, favela, essas coisas que não aceitam muito bem. (U13)*

*[...] quando você chega num local que você tá sendo alvo de olhares, e olhares maldosos, olhares maliciosos, a gente costuma dizer que, quando a gente vai procurar um serviço, quando a gente tá mal, a gente sai pior ainda, porque esse atendimento é sempre muito ruim, quando você recebe esse atendimento, né, que várias vezes, acontecem várias recusas e essas coisas assim... então, com certeza, é aquilo, quando você é gay ou lésbica, claro, vai depender muito da sua expressão de gênero, mas você tem ainda a oportunidade de omitir essa informação. E no caso das pessoas trans isso raramente vai ser possível. (PPU03)*

*O olhar é um ponto muito grave também, porque um olhar, ele pode machucar muito mais do que uma fala ou do que um gesto. Então é olhar mesmo. Quando eu era gay, o olhar era muito tranquilo, normal..., “ah é só um viado, que tá entrando”, entendeu? Mas uma trans, já... tanto é que, quando você entra num plano, num SUS da vida e tal, quando entra uma travesti, ela entra, ninguém normalmente gosta de sentar perto de uma travesti, as pessoas se afastam. (U07)*

Esse sentimento de violência, desrespeito e estigmatização vivenciada pelos LGBT quando buscam atendimento à saúde, acaba por gerar reações como a relatada

por um homossexual que teve seu atendimento evitado pela recepcionista da unidade de saúde, o que acabou por ocasionar o que ele denomina por “barraco” para que ele fosse atendido. A literatura registra que as pessoas trans sofrem mais com a discriminação nos serviços de saúde em relação aos demais LGBT, atingindo marcas de discriminação em 42% das mulheres trans entrevistadas por Pinto et al (2017). A discriminação é apontada por Rocon et al (2016) como um dos motivos para a evasão da população trans dos espaços de saúde, e aquelas que procuram esses espaços demonstram a percepção de que precisarão “dar show”, no sentido de brigar, para conseguirem atendimento em saúde. Como assinalado por Freire et al (2013) a garantia do acesso integral, universal e equânime dos LGBT no SUS é dificultada pela postura discriminatória encontrada em profissionais de saúde.

Pouco foi falado pelos usuários em relação ao vínculo e sua importância no processo saúde doença. Os usuários, assim como os profissionais de saúde e gestores, demonstram a existência desse sentimento de carência e da necessidade de relações mais humanas no atendimento de saúde, seja com os profissionais de saúde ou com a comunidade em geral. Entretanto, as narrativas a esse respeito indicam que o vínculo e a confiança estão atribuídos à forma como o profissional de saúde, em especial o médico, lida com esse usuário. Nesse contexto é visto como bom médico se for aquele que pede muitos exames, e que acompanha o paciente até mesmo em questões fora do tratamento, estabelecendo assim, segundo o usuário, um vínculo forte.

*Eu graças a Deus tive um excelente médico, ele não está mais na área, agora eu vou pegar uma outra médica, agora em março. Não sei se o segmento vai ser o mesmo, porque médico é uma questão de confiança, né? E a confiança você tem de acordo com a bateria de exame que ele te passa. (U17)*

*Eu acho que a saúde, quando você vai no posto de saúde o médico na maioria das vezes ele olha para você e pergunta o que você tem, ele às vezes te indica remédios enfim, ele não faz é... uma bateria de exames para saber o que você tem para depois te indicar como fazer os procedimentos, tipo assim, pra você ter uma melhor recuperação do que você está sentindo. (U27)*

Pode-se perceber nas entrevistas a noção das dificuldades simbólicas que os LGBT enfrentam na busca pelo cuidado em saúde, seja advinda dos profissionais de saúde ou mesmo de outros usuários do SUS. Autores como Albuquerque et al (2016), Prado (2017) e Silva et al (2016) destacaram que quando esse processo discriminatório ocorre através de um profissional de saúde, ele pode agravar o quadro de saúde do usuário LGBT, contribuindo para a ocorrência de diversos problemas de saúde, seja na esfera da saúde mental, da dependência química, de transtornos alimentares, ou mesmo na ocorrência de IST.

A construção do vínculo em saúde tem fortes laços com a relação de confiança entre usuário e profissional de saúde, e o acolhimento tem papel fundamental nessa construção. Pereira et al (2017) destacam que o principal problema encarado pelos LGBT nos serviços de saúde é a ausência de um acolhimento que pode ser considerado como adequado, receptivo e convidativo, o que requer como solução transformações no processo de humanização do SUS. Prado e Souza (2017) atribuem à falta de ética dos profissionais de saúde o sofrimento das pessoas LGBT com juízos de valores e julgamentos. Para Franklin et al (2016), escutar e respeitar a diversidade sexual dos usuários contribui para um acolhimento ético, inclusivo e resoluto por parte dos profissionais de saúde. Souza e Iriart (2018) destacam que o amparo às demandas e necessidades dos usuários trans contribuem para que eles se sintam reconhecidos e tenham uma melhor qualidade de vida.

Situações de constrangimento na chamada para consulta de transexuais e travestis também é relatada por usuários LGBT de forma geral, independentemente de qualquer status social, econômico, educacional ou político, esse constrangimento ocorre com frequência com transexuais e travestis. Em um dos casos relatados nas entrevistas uma liderança do movimento social trans, visivelmente identificada como feminina, foi insistentemente chamada pela tratativa masculina, situação recorrente no percurso das pessoas trans no sistema de saúde, o que demonstra ainda ser necessário maiores esclarecimentos sobre a temática aos profissionais de saúde.

Outro relato significativo é feito por um homem trans que vivenciou situação de constrangimento no atendimento em saúde, pois, segundo ele, apesar de já ter realizado a retificação de seu nome social oficialmente, enfrenta erro dos bancos de dados que não atualizam os sistemas de informação da saúde. Dessa forma, frequentemente ele passava por situações em que seu nome feminino anterior era exposto, pois ainda estava vinculado ao seu CPF como forma de identificá-lo.

*[...] todas as vezes que eu me encaminhei pra lá, foi justamente pra saber como tava o andamento, e, óbvio, tava com o nome já retificado, porém, eu não sei o que acontece em banco de dados que eles não se atualizam... Você puxa um CPF, vai puxar, dependendo do banco de dados, vai puxar um outro nome... E, a parti daí, já causou aquele mal estar, de entra gente, sai gente com cartão na mão, e um cochicha pro outro, e alí também já tava lá a atração da clínica, né, mesmo quem não me conhecia passou a me conhecer, por conta de um cara tá com nome de mulher e tudo mais. E é justamente isso que eu falo né, é esse acesso, esse acesso, porra, você vai procurar um lugar, e você sai de lá doido... (PPU03)*

Outra situação reflete o caso em que uma usuária trans deparou-se com situação de desrespeito promovido por uma profissional de saúde que mesmo sendo previamente

informada do seu nome social, ainda insistiu em chamá-la pelo nome civil masculino para o seu atendimento. Essa narrativa de desrespeito ao nome social foi recorrente nas entrevistas com os usuários desta pesquisa. Porém, também há relatos de situações positivas vivenciadas por usuários, ao verem os esforços de equipes de saúde em comunicarem-se, para que o uso de seu nome social fosse feito no lugar do seu nome civil, o que causou situação de conforto e acolhimento durante o atendimento o que acabou ocorrendo sem entraves.

*Acho que só uma vez, com a minha amiga, que ela é trans, e daí chamaram ela por nome de homem, assim, e ela tinha dito para a moça da recepção antes para não chamarem ela de Toni, que o nome dela era Gisele, mas ela ainda não tinha mudado de nome, o nome social dela era Gisele, aí a moça insistiu e chamou. (U09)*

*Vou dar até um exemplo meu, eu fui no exame, eu falei pra uma menina, que era secretária, eu falei assim: olha, é, eu preciso que você fale que eu sou uma mulher trans e meu nome social é Jane. E ela falou assim "tá bom". Aí ele me chamou por Jane, me tratou como uma mulher normal, porque independente se eu sou trans ou não, eu sou uma pessoa comum. (U07)*

Ainda se verifica a narrativa de usuários que, apesar de conhecerem o direito ao uso do nome social, percebem que a não utilização deste pelos profissionais de saúde deve-se ao desconhecimento, à falta de treinamento ou de orientação a respeito, e não por maldade ou preconceito por parte dos profissionais.

Em relação aos homens trans, além dos problemas enfrentados com o nome social, foi relatado durante uma das entrevistas com usuários que esses se sentem cobaias dos profissionais de saúde, por não haver pesquisas sobre os efeitos dos hormônios e da terapia hormonal em seus corpos, o que demonstra uma percepção de invisibilidade enquanto indivíduo merecedor de cuidado. Também foi registrado a reclamação de situações de constrangimento quando transexuais buscam atendimento com urologistas.

Em 2009 o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 1.820, promulgando a segunda versão da Carta de Direitos dos Usuários do SUS, desde então o uso do nome social estar explicitamente garantido nos serviços de saúde de todo o Brasil, seja no cartão do SUS ou nos prontuários de identificação. Porém, diferentes autores como Giongo, Menegotto e Petters (2012), Rocon et al (2016), Sehnem (2017), Souza e Iriart (2018), Souza et al (2015) abordam a problemática do desrespeito, pelos profissionais de saúde, do nome social das pessoas trans como um dos obstáculos ao acesso à saúde desse público.

Costa e Mendonça (2014), Giongo, Menegotto e Petters (2012), Souza et al (2015), Souza e Iriart (2018) e Soll et al (2018) em diferentes contextos relatam os problemas de saúde mental enfrentados, muitas vezes silenciosamente, pelas pessoas trans. Entre eles são citados desde ansiedade, solidão, depressão até mesmo ideação suicida. O acolhimento respeitoso, partindo inclusive da utilização do nome social, influi diretamente no cuidado em saúde das pessoas trans. Porém, Jalil et al (2017) registra que desde o acolhimento as pessoas trans enfrentam a necessidade de reafirmar seus gêneros, até mesmo em relação ao respeito ao uso correto dos pronomes de tratamento. Foi possível encontrar nas entrevistas relatos de que muitos profissionais sequer conhecem ou sabem como utilizar o nome social nos sistemas de informação em saúde, além de obstáculos institucionais gerados quando um usuário trans precisa ser referenciado para realizar serviços de saúde em outros equipamentos públicos fora da Clínica da Família, o que contribui ainda mais para a evasão das pessoas trans dos serviços de saúde.

Em relação à participação social, são relatados pelos usuários LGBT que suas inclusões em conselhos e espaços de controle social restringe-se a poucas entidades de representação LGBT que conseguem se inserir. Haveria uma falta de consciência coletiva, sendo sempre as mesmas pessoas que participam desses ambientes, não havendo incentivo de renovação, o que gera um sentimento de acomodação da confiança nos mesmos grupos. Nas entrevistas destaca-se a percepção de que só há participação do público LGBT quando há interesse pessoal dessas pessoas nesses espaços.

*[...] eu acho que muita gente, acho que tem um certo meio que preconceito, sabe do tipo “ah, não aconteceu comigo, então eu acho que por enquanto não devo procurar”, mas eu acho que informação é sempre bom para tudo. [...] mas assim, como as vezes não é do meu conhecimento certos assuntos, como no momento não está, sei lá, não estou precisando no momento, não estou indo atrás da informação, mas eu acho que informação no geral é importante para todo mundo. (U08)*

Outro interlocutor não reconhece a existência de ninguém lhe representando nos espaços existentes. Muitos LGBT não souberam falar a respeito da participação, ou da ausência, dos LGBT nos lugares de controle social e nos grupos de promoção de saúde. Há também narrativas a respeito da necessidade de divulgação da existência desses espaços, inclusive pelos próprios profissionais de saúde, uma vez que as pessoas desconhecem os seus próprios direitos, ou sequer sabem que estes ambientes existem. Outro relato reforça que os LGBT falham em não participar desses espaços. Mas

também há aqueles que não veem distinção na participação LGBT em relação à participação de pessoas heterossexuais, pois consideram haver porta aberta para que essa participação possa ocorrer.

*Eu também acho fraco, também acho fraco. Eu acho que deveria ter, o que eu falo, tudo é uma divulgação, né, se não há uma divulgação, a pessoa não tem, é..., ideia dos direitos que ela tem, que ela possui, como cidadão. (U32)*

*Às vezes eu não posso tá conseguindo olhar fora da minha bolha, entendeu? Mas eu não vejo distinção, para os serviços que o SUS oferece, para gays e heteros [...]. Eu acho que, por exemplo, no grupo de tabagismo que agora o SUS oferece, eu acho que um homem gay ou um homem hétero, sabe, ir procurar esses espaços vai ser atendido do mesmo jeito. Eu acho que o SUS não faz distinção. (U31)*

Também foi registrado que jovens LGBT possuem vontade em participar dos espaços de promoção da saúde e controle social, porém eles enfrentam barreiras como desconhecimento, a idade, ou mesmo o fato de ainda não terem assumido sua sexualidade perante seu núcleo familiar e social. Isso demonstra a necessidade de estratégias de mobilização e participação do público LGBT mais jovem.

*Eu acho que é muito necessário, as pessoas em cima disso, porque, se eu não falar, se eu não cobrar, a gente não tem como ter um retorno. As pessoas necessitam cobrar uma melhora para acontecer esse tipo de retorno, entendeu? [...] Olha, eu acho, por exemplo, as pessoas que eu conheço, as pessoas da minha idade, que têm entre 16 e 18, elas não são tão ativas nesse tipo de causa ainda. Elas sabem do que elas participam, mas elas não efetivamente participam. Às vezes, por conta da idade ou por conta que eles não são assumidos e não tem essa liberdade pra ser. Então é uma coisa meio que omitida assim. Mas eles têm vontade. Tem alguns que até participam quando tem possibilidade, mas é mais por uma questão de não poderem se assumirem em como eles são. (U11)*

Um dos objetivos da PNSI LGBT era ampliar a participação da população LGBT nos espaços de controle social e de promoção da saúde. Silva, Jonatan et al (2017) registram a importância da participação do movimento social LGBT na reforma sanitária e na construção do SUS, o que possibilitou a entrada em cena de questões relacionadas ao direito à saúde para além da Aids. Para Silva, Jonatan et al (2017) o exercício do controle social pelos LGBT pode contrapor-se as forças conservadoras contrárias ao acesso dos LGBT aos serviços de saúde pública. Almeida e Murta (2013) e Silva-Santisteban et al (2016) pontuam a participação limitada das pessoas trans no planejamento e execução de ações de promoção e prevenção em saúde.

São diversos os autores, entre eles Petry (2015), Pereira (2017), Rocon et al (2016), Sampaio e Germano (2014), Silva, Joseane et al (2017), Silva et al (2016) que registram as conquistas obtidas pela população LGBT, garantidas através da atuação coletiva nos espaços de controle e participação social. Dessa forma, os usuários

entrevistados apontam para a necessidade de, tanto os serviços de saúde quanto as organizações de representação social, apoiarem e incentivarem o envolvimento das pessoas LGBT nos espaços decisórios ou de atividades em saúde, pois serão agentes capazes de mudanças ao levarem suas demandas para dentro desses espaços.

### **5.3. A percepção da orientação sexual e da identidade de gênero no atendimento à saúde LGBT**

#### 5.3.1. Narrativa dos gestores e profissionais de saúde

Em relação ao reconhecimento da orientação sexual dos LGBT é perceptível as diferentes narrativas existentes. Entre as entrevistas há gestores que incentivam a equipe a reconhecer a importância de dar oportunidade de fala ao outro, assim como aqueles que promovem abordagens diferenciadas visando o melhor acolhimento desse público. Entre os profissionais de saúde o cuidado com as perguntas, para não inferir a sexualidade dos usuários, é um ponto que foi constantemente relatado, pois para a maioria o objetivo é deixar o usuário LGBT à vontade. Para outros, tem como base o cuidado com a heteronormatividade no atendimento. Alguns profissionais de saúde relatam que buscam trabalhar em si e na equipe a realização da consulta não heteronormativa, pois esta forma de abordagem naturalizada acaba por retrair os LGBT, sendo as mulheres lésbicas as mais receosas de esporem sua orientação sexual aos profissionais de saúde.

*Então, eu própria comecei a fazer isso, porque eu acho também que o modelo, né, o comportamento, estimula o outro a fazer. "Bom se a Gerente faz, eu como Agente, como Enfermeira, como Médico, também tenho que fazer, né". Então, até às questões de como atender uma homossexual masculino ou feminino, né, porque a gente..., induz muito a resposta, né. [...] A gente, às vezes, não dá oportunidade dela falar, "não, a minha relação é com mulher", ou então o homem falar, "não, eu só me, só me relaciono com homens", né. (G08)*

*No geral, as lésbicas podem ficar um pouquinho mais receosas de falarem, ou não responderem. Então, é uma coisa que eu tento trabalhar, de comunicação hétero, pra ter uma consulta não heteronormativa. [...] Se você encaminhar pra uma consulta de saúde da mulher, sem antes saber a orientação sexual dela, de fato, com quem ela tem atividade sexual, ou se tem, ou se não tem atividade sexual, faz toda diferença na consulta, né. Se ela nunca teve atividade sexual com penetração, como é que você vai passar*

*um espéculo, vai pressupor que ela é..., né, vai pressupor que tudo bem, passar um espéculo, ela pode ser inclusive virgem, com hûmen, por não gostar de penetração, ou ter alguma questão com penetração. (PS15)*

Os profissionais ressaltam que, dependendo da situação clínica do usuário LGBT, conhecer a sua orientação sexual seria importante, pois influenciaria no raciocínio clínico do atendimento ao indivíduo, devido à existência de maior predisposição de risco e adoecimento no que se refere às IST, principalmente nos casos de HIV+, e se este usuário tiver uma relação homoafetiva estabelecida, pois se faz necessário que todos os parceiros sexuais sejam testados e atendidos. Assim como também ocorreram narrativas de que conhecer a orientação sexual não se faz mais necessário, uma vez que não há mais grupos de risco e sim comportamentos de risco, em uma alusão à visão predominante anterior de que o público LGBT era o grupo de risco de IST e do HIV.

*Mas, assim, existem algumas, alguns atendimentos, que a gente procura saber, porque, dependendo de um diagnóstico, é..., alguma doença sexualmente transmissível, a gente tem que convocar parceiros, né. Em geral, então, a gente deixa isso bem claro, que aqui a gente não tá aqui pra julgar ninguém, que o importante é tratar aquele paciente, deixa ele bem à vontade, pra poder trazer e fazer o tratamento. E aí, tem algumas situações que a gente precisa entrar de forma mais íntima, pra conseguir cuidar desse paciente e também a família. (PS19)*

*Porque, hoje em dia, eu acho que não tem mais, existe mais comportamento de risco que grupo de risco, então, não faz diferença. Mas, em relação à..., ao atendimento, em relação à orientação sexual, eu não vejo diferença não. (PS05)*

A percepção apresentada pelos profissionais de saúde entrevistados que relacionam a orientação sexual dos usuários com IST e o HIV, seja como demanda atual ou como estigma social, foi recorrente e transversal nas entrevistas, como visto na seção anterior e será retomado na próxima. Os achados nas narrativas dos profissionais de saúde a respeito da orientação sexual reforçam o que foi apresentado nos estudos de Costa et al (2018), Franklin et al (2016), Pereira et al (2017) e Prado (2017) sobre essa estigmatização. Essas narrativas demonstram como as marcas sociais cunhadas na orientação sexual ainda são predominantes e capazes de alimentar o preconceito e a discriminação, sendo uma armadilha fácil inclusive para os profissionais de saúde quando só dão atenção à orientação sexual e à identidade de gênero dos usuários no momento da requisição de exames para IST e HIV.

Também ocorreram relatos que consideravam ser importante conhecer a sexualidade para o atendimento. Segundo gestores e profissionais de saúde, o conhecimento da sexualidade dos usuários promoveria um atendimento com respeito e

equidade, havendo, inclusive no formulário de cadastro campo específico para essa identificação. Quando abordamos a temática da orientação sexual percebemos haver uma constância nas narrativas, entre os gestores e profissionais de saúde, de que a abordagem é igual para todos, desconsiderando que a orientação sexual seja algo relevante para o profissional no atendimento em saúde do usuário LGBT, dizendo respeito apenas ao próprio LGBT.

*Então, assim, é..., conhecer né?, a orientação desse usuário diz pra gente até das expectativas dele, como que é o dia a dia dele, o quê que ele espera, qual é o contexto que ele tá inserido hoje, enfim..., e..., eu acho que isso faz total diferença. (G4)*

*Não..., pra mim, não vai mudar muita coisa. Eu, como médico, eu não tenho que distinguir no atendimento, é, diferenciar um atendimento por orientação..., orientação sexual. (... ) Eu acho que tu tem que tá, todo mundo aqui é..., na disposição de atender, pra qualquer pessoa que sentar aqui na minha frente, seja um branco, um negro, um amarelo, um índio, um homossexual, um heterossexual, eu acho que eu tenho que tratar da mesma maneira, né, (PS01)*

Também esteve presente a referência de não ser importante a orientação sexual do usuário, e de haver um sentimento de vergonha do profissional de saúde em tocar no assunto, preferindo sempre evitar previamente o surgimento da temática com o usuário que, em contrapartida, não veria necessidade de que sua orientação sexual seja de conhecimento dos profissionais de saúde. Não sendo então necessário forçar o usuário a falar sobre o que ele não quer dizer, o que recorda ao lema recente “Não Pergunte, Não Fale” das Forças Armadas Americanas em relação as pessoas LGBT. Foi também reforçado pelos profissionais de saúde a importância do respeito ao sigilo do paciente, e a promoção de um ambiente confortável para que o usuário se sinta à vontade em tocar no assunto de sua sexualidade.

*Eu pergunto, [...] tento perguntar num ambiente é..., seguro, né, pra que ele não se sinta desconfortável, em falar isso na frente de alguém. Mas, não é um problema não. (G10)*

*Em relação ao atendimento, não. Né, porque, a gente trata todo mundo, todo mundo igual, né. (...) porque a gente também não vai, eu não vou ficar forçando a pessoa a dizer uma coisa que ela não quer, acho que a pessoa tem que tá também à vontade, pra poder confiar, né, é..., pra dizer. (PS29)*

Foram diversas as narrativas que consideravam ser indiferente conhecer a orientação sexual do usuário para o atendimento em saúde. Muitos gestores e profissionais de saúde argumentam que a orientação sexual não é um problema relacionado ao atendimento, o que é reforçado de outra forma nas falas que se referem a “tratar pessoas” não importando a orientação sexual delas, ou ainda a perspectiva de que a clínica de saúde da família é feita para o usuário, e que tem de partir deste usuário

informar a sua orientação sexual, pois isso é uma opção dele. Ou até mesmo as narrativas que ao identificarem o usuário LGBT como “um cidadão”, negam haver importância da orientação sexual para o seu atendimento.

*É..., a gente tem que pensar, né, todos aqui pensam que nós somos, tratamos, pessoas, não importa a opção sexual de cada um, entendeu? [...] Ah, eu sou é, hétero, sou homo, sou..., não importa, o atendimento é igual pra todos, né? (G09)*

*Não..., pra mim, não vai mudar muita coisa. Eu, como médico, eu não tenho que distinguir no atendimento, diferenciar um atendimento por orientação..., orientação sexual. (PS01)*

*Não, é normal. Assim, o cidadão é tratado como igual, assim, a opção sexual não interfere. A gente não pergunta (PS14)*

Entre as entrevistas, emerge a reflexão sobre o tipo de comportamento do profissional de saúde que, apesar de demonstrar preocupação em atender de forma respeitosa o usuário transexual (e do próprio usuário até se sentir bem atendido), ainda fica assinalada a não utilização, pelo profissional de saúde, do pronome de tratamento do usuário de acordo com o gênero deste. Em outra frente, os profissionais de saúde também pontuam a necessidade de fazer com que o usuário trans se sinta sujeito de seu processo de cuidado em saúde, de forma que ele se sinta enxergado e respeitado.

Foi presente a narrativa de que a identificação da identidade de gênero seria importante para que o profissional de saúde pudesse tomar ciência das necessidades de saúde dos usuários trans, com destaque para aquelas relacionadas à saúde mental, inclusive para e com o auxílio de profissionais da área de psicologia. O que destaca a importância de se conhecer as especificidades para o atendimento de questões implícitas e não faladas pelos usuários, mas que podem ser percebidas pelo profissional de saúde.

*Olha, é..., pra mim é importante mais pra eu poder saber a necessidade dele, entendeu, no que eu posso ajudar, no que eu posso..., atender, como é que tá..., a parte da psicológica, talvez, se ele esteja precisando de algum tipo de ajuda, porque a gente sabe que às vezes acaba sofrendo algum tipo de..., de discriminação, a pressão psicológica em casa, entendeu. Então, assim, é importante pra você ver..., o paciente como um todo, né. Então é..., é interessante você saber, e ver como é que tá o..., o bem-estar, né..., daquele paciente... (PS03)*

Ocorreu também a narrativa de que os profissionais mais jovens possam possuir mais problemas em abordar a temática da orientação sexual com os usuários e que, entre aqueles com mais experiência, uma estratégia utilizada seria deixar a consulta ir direcionando o usuário a se sentir confortável em abordar esse tema, caso seja do seu desejo e necessário, pois também se reconhece que os conflitos resultantes do preconceito com a orientação sexual podem gerar agravos a saúde do usuário.

Entre os gestores e profissionais de saúde foi frequente a percepção de que o público transexual e travesti não frequenta a Clínica da Família, e nos casos em que frequenta, a identidade de gênero desses usuários não deveria influenciar no seu atendimento o que pode, à primeira vista, ser identificado como algo positivo, mas na realidade acaba por invisibilizar e ocultar as demandas desses usuários. As entrevistas revelaram que, para gestores e profissionais de saúde, a presença dos usuários trans acaba causando uma demanda maior, inclusive burocrática, em seus atendimentos, o que não ocorre em relação aos outros usuários, demonstrando assim a existência de barreiras estruturais para o acesso da população trans.

*Não, não influencia no atendimento da porta; do acolhimento, por exemplo, onde eu estou agora. (PS23)*

*Aqui na Clínica eu nunca vi, eu nunca vi, eu sei que tem esse público, mas trans, transexual eu nunca, eu nunca vi. Assim, eu não sei se eles tem um pouco de receio de vir até aqui né?, e sofrer preconceito, mas é aquilo que eu te falei, tem vários outros, é... tem casais ate, é... do sexo feminino, que vem aqui e é tratado normalmente, mas agora, transexual eu acho que não tem por aqui. (G07)*

*[...] se você é um trans, eu preciso ter outras burocracias, demoram, tem que ligar, tem que mandar um documento, tem que..., entendeu. Eu não vou..., é, a gente ainda, assim, ao meu ver, tá Cezar, a gente não tem uma agilidade, como se teria num outro documento, de qualquer outra pessoa, entendeu. (G08)*

Esse contexto demonstra o quão prejudicial é a presunção da heteronormatividade, vinda dos profissionais de saúde, em relação ao atendimento das pessoas LGBT (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018; PRADO, 2017; RUFINO, 2018). Em seu estudo sobre o conhecimento de enfermeiros da ESF a respeito da diversidade sexual e da homofobia, Silva et al (2016) perceberam que as experiências de vida influenciavam as associações que os enfermeiros entrevistados faziam em relação à orientação sexual e às práticas sexuais, além de ignorarem a identidade de gênero dos usuários.

A abordagem da orientação sexual e da identidade de gênero dos usuários nos serviços de saúde ainda é entremeada por silenciamentos, negativas e receios. Ao negarem que a orientação sexual e a identidade de gênero dos usuários influenciem no atendimento em saúde, assumindo implicitamente a premissa de que a influência só poderia ser negativa, os profissionais de saúde acabam por invisibilizar e anular um conhecimento significativo a respeito dos usuários que estão atendendo, e que pode contribuir para melhorar o acolhimento e o cuidado em saúde deste usuário, seja ele LGBT ou não.

Nas narrativas, evidenciou-se que os profissionais de saúde presumem que os LGBT possuem receio de que sua orientação sexual ou identidade de gênero seja revelada durante a anamnese, e assim tenham diminuída a qualidade do seu atendimento. Para superar este receio foi recorrente a referência de que todos os usuários são tratados da mesma maneira pelo profissional de saúde. Por isso os profissionais alegam não ser importante conhecer a orientação sexual ou saber a identidade de gênero dos usuários. É importante frisar que conhecer previamente a orientação sexual do usuário, assim como a sua identidade de gênero, são informações importante para auxiliar o profissional de saúde na realização da anamnese do usuário e no apoio ao diagnóstico de um agravo.

Os contextos de vulnerabilidade em que os usuários vivem são diferentes entre si seja ele heterossexual, homossexual, cisgênero, ou transgênero e assim a saúde de cada usuário é afetada de forma diferente. Conhecer a sexualidade do usuário, aí incluindo sua orientação sexual, suas práticas, possíveis dificuldades e agravos faz parte de uma boa anamnese.

Chama atenção a importância dada em relação ao conhecimento da orientação sexual de mulheres lésbicas, pois possibilitaria um melhor conhecimento dos riscos de infecção e de prescrição de exames e procedimentos preventivos, inclusive para IST que, como pontuado pelos profissionais, podem ser ocasionadas pela contaminação cruzada de adereços sexuais. Também foi relatado que, no caso feminino, a orientação sexual pode ser um impeditivo para que usuárias lésbicas se percebam como público-alvo de determinados procedimentos. Em outra narrativa o profissional de saúde reconhece que é difícil abordar questões de prevenção a IST com mulheres lésbicas, pois não possui conhecimento, ou capacitação, a respeito da existência de estratégias que possam ser utilizadas por essas mulheres.

*Então, eu tenho esse cuidado de não inferir que todo mundo que chega aqui é hétero. Então, vou falar sobre teste, é..., teste rápido, vou falar sobre parceiro, vou falar sobre é..., o uso de preservativo, o método contraceptivo. Eu tenho tentado perguntar antes, ah, "você tem alguma parceria...", né, não falar assim "você tem namorado ou namorada?", [...] e deixa a pessoa vir, com a resposta dela, e vai me falar, né, "ah, não, eu tenho namorada, tenho namorado", não chega inferindo que..., todo mundo vai ser hétero. (PS27)*

*mesmo que seja lésbica, que..., você tem que fazer o uso mesmo do preservativo no material, porque pode passar de uma pra outra, mesmo que seja né (PS29)*

As narrativas dos profissionais a respeito do cuidado em saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, a partir do prisma da prevenção às IST ou da realização de exames

preventivos, têm lastro no enfoque dado pelo Ministério da Saúde às políticas públicas e iniciativas voltadas para a inclusão da atenção à saúde dessas mulheres no SUS. Embora autores como Carvalho, Calderaro e Souza (2013), Sampaio (2014) e Silva, Jonatan (2017) registram em seus trabalhos ações como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), a cartilha “Chegou a hora de cuidar da saúde” (2006), e o Plano integrado de enfrentamento a feminização da epidemia de Aids e das DST (2007). Entretanto essas políticas e ações não foram capazes de superar as barreiras simbólicas no acesso a saúde das mulheres LGBT que, como afirmado por Pereira et al (2017), são perceptíveis no despreparo de profissionais de saúde para o atendimento de mulheres lésbicas e bissexuais.

Albuquerque et al (2016) registraram a presença das dificuldades enfrentadas pelas mulheres lésbicas no atendimento em saúde, e Rufino et al (2018) reforçaram que as mulheres que fazem sexo com outras mulheres enfrentam barreiras financeiras, estruturais e culturais na busca pelo cuidado em saúde. Em sua análise da literatura científica e das políticas públicas de saúde voltadas às mulheres lésbicas, Carvalho, Calderaro e Souza (2013) identificaram que a preocupação com o adoecimento por IST era o foco principal dos documentos analisados, seguido pela possível, e segundo os autores questionável, vulnerabilidade dessas mulheres ao câncer em virtude da ausência da gravidez e da amamentação, desconsiderando assim fatores relacionados à instituição de saúde e à oferta de serviços.

Vale destacar o motivo alegado por alguns ACS entrevistados de não considerarem relevante que o usuário identifique a sua orientação sexual. Independente do usuário falar ou não a respeito disso, o fato do ACS ser da comunidade e conhecer esse usuário, faz com que ele já saiba previamente qual a orientação sexual deste. Também foi relatado que não havia necessidade do usuário se identificar como LGBT, pois sua orientação sexual é perceptível pelos seus trejeitos e formas falar e agir. Embora exista essa identificação prévia não formal em relação à orientação sexual, e de haver diferenças entre o foco da anamnese de cada profissionais de saúde entrevistados, as práticas sexuais dos usuários não podem ser facilmente deduzidas. Todas as condições de vida que podem afetar a saúde devem ser investigadas e não presumidas, pelo profissional de saúde, sob o risco de invisibilizar fatores e informações importantes para um correto diagnóstico e tratamento.

*Não, não influência não, por quê? Por que todo ACS, ele é morador do próprio território, então, às vezes, ele chega na Unidade, mas já tem um*

*vínculo com aquela, com aquele ACS. Então, aquele atendimento já é..., você já sabe como é que é. (PS30)*

*Quando essa pessoa chega até nós, não é importante saber se é gay, né, qual a opção sexual dela, qual a orientação sexual dela, isso não importa, o importante é saber qual é a demanda dela pra ser feito o atendimento. Num segundo momento, pra saber dessa pessoa, se ela é gay ou não, geralmente a gente vê pelos trejeitos, né, pela forma da pessoa falar. Se ainda assim, não for constatado nada, se a pessoa quiser expor isso, aí é da parte dela, né. (PS13)*

Também chamou atenção nos relatos que alguns profissionais de saúde, principalmente os ACS, internalizaram a percepção de que a orientação sexual não é um item a ser preenchido no formulário de Cadastro Individual<sup>35</sup> dos usuários do SUS, não havendo cobrança para tal, pois essa não é uma pergunta padronizada a ser preenchida, e que só é preenchida caso haja manifestação de interesse do usuário LGBT, que muitas vezes não conhece a existência desse item no formulário de registro, não podendo assim se manifestar pelo seu preenchimento. O formulário de Cadastro Individual dos usuários do SUS é o documento de registro das condições de saúde, características sociais, econômicas, demográficas, entre outras da população de um território, que subsidia a construção de políticas sociais integradas e intersetoriais (BRASIL, 2018).

*Não, aí é opinião dele. [...] quem faz a ficha, quem faz o cadastro são os agentes de saúde e quando a gente abre o sistema, ele te dá opção: heterossexual, homossexual, ou não quer ser identificado. Aí fica a opção dele, se ele, se ele chegar e falar assim: ôh, sou homossexual. O ACS bota lá, mas isso se partir dele, mas se não partir [...] Isso é da escolha do paciente, porque assim, a Clínica é feita pros usuários, não é pra gente, entendeu? (G07)*

*[...] a gente tem um padrão de perguntas, né, que a gente não pergunta só o que a gente quer perguntar, se a gente tem um padrão, é padronizado essas perguntas. [...] Nessa questão, não tem, a opção de se..., algumas pessoas se identificam, não tem problema nenhum falar, falam mesmo, apesar da gente não perguntar, essa questão não é, não vem, não é a gente que pergunta, a gente pergunta a raça. [...] Mas a questão da orientação sexual, isso é uma coisa que não..., tem, mas eu acho que não é só aqui nessa Unidade, isso é..., geral, isso não é uma conduta que, "ah, é de praxe a gente perguntar", não, não é. (PS02)*

Semelhante ao ocorrido com a identificação da orientação sexual no cadastramento dos usuários, a pergunta relacionada à identidade de gênero também não faz parte da abordagem padrão, apesar de ser pontuado o respeito ao nome social do usuário trans, sua inclusão no cadastro e na impressão do cartão do SUS, mas sendo o usuário quem deve demandar por isso. Ocorreu também a narrativa, por parte do profissional de saúde, que diz não ver influência da identidade de gênero do usuário

<sup>35</sup> Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha\\_cadastro\\_individual\\_v3\\_2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_cadastro_individual_v3_2.pdf)  
Acesso em: 28/05/2021.

para o atendimento em saúde, embora reconheça seu próprio desconhecimento a respeito das pautas da população LGBT.

*Não, não influencia não. Mas, assim, uma dificuldade que eu tenho, é um pouco entender esses conceitos, entendeu? De saber o quê que é cada um, como eles se comportam, como eles se veem, eu confesso que isso confunde um pouco a minha mente. (PS12)*

As narrativas dos profissionais entrevistados estão longe de serem positivas em relação ao acesso dos LGBT aos serviços de saúde, pois atribuem à orientação sexual dos usuários um fator gerador de constrangimento e por isso deve ser evitado durante o atendimento. Os profissionais entrevistados não percebem que é justamente a negação da abordagem da orientação sexual, assim como da identidade de gênero, e a opção pela prévia dedução, que são os fatores da estigmatização e do constrangimento que os profissionais presumem ser melhor evitar. O estigma presente no acesso à saúde dos usuários LGBT é comumente relatado pela literatura, em autores como Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2018), Franklin et al (2016), Prado (2017), Silva et al (2016), Silva, Jonatan et al (2017) que também ressaltam que o preconceito contribui para a emergência de barreiras ao acesso em saúde.

Merece destaque a percepção dos profissionais de saúde, responsáveis pela identificação e cadastramento das informações de saúde dos usuários, internalizarem na sua prática laboral que os quesitos orientação sexual e identidade de gênero são itens que não precisam ser preenchidos ou abordados no cadastramento do formulário de Cadastro Individual do SUS. Este fato demonstra como e o porquê do levantamento de dados epidemiológicos oficiais, relativos à saúde da população LGBT, ser praticamente inexistente ou restringido a IST e HIV/Aids.

Outra narrativa presente na fala de profissionais ressalta que questões pessoais, seja dos profissionais de saúde ou dos usuários, são deixadas de fora do consultório, pois dentro dele todos são tratados iguais. Colocando a orientação sexual como uma questão pessoal do usuário, sem importância para o atendimento em saúde, o que demonstra um equívoco do profissional. Como já registrado, todas as informações e questões relativas ao usuário são importantes para se conhecer suas especificidades e vulnerabilidades, sejam elas referentes à sua sexualidade ou não, pois interferem diretamente na saúde deste usuário. “Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença”, frase atribuída ao médico canadense Willian Osler, considerado pai da medicina moderna (MORETTO; MANSUR; ARAÚJO JÚNIOR, 1998).

Uma outra narrativa deve ser observada com atenção, pois ela se refere a todos serem tratados iguais e não haver privilégios, como justificativa para não se conhecer a orientação sexual dos usuários, além de pressupor que os LGBT desejam ter privilégios quando buscam atendimento em saúde. Essa presunção, que não corresponde à verdade, fundamenta-se no senso comum de que as lutas pela garantia de direitos fundamentais, como acesso à saúde, são na realidade lutas por privilégios.

*Não tem..., ele, ele não tem privilégios, mas também não é "ah, é porque é LGBT" vai, a gente vai tratar diferente. A gente trata igual, branco igual, é branco, é preto, é amarelo, é gay, é hétero, é todo mundo igual aqui, graças a Deus. Eu nunca vi distinção de gênero com usuário, graças a Deus, né, a gente nunca teve problema com isso. (PS25)*

Todavia, há aqueles profissionais de saúde que reconhecem nunca terem pensado a respeito da importância de se conhecer a orientação sexual do usuário, sendo possível que a reflexão a respeito da orientação sexual possa gerar melhora no atendimento e no reconhecimento das demandas da população LGBT. Os profissionais também reforçam que a medicina da família possui como centro de atuação o cuidado da pessoa. Dessa forma, o respeito à autonomia e à autodenominação dos usuários transexuais é importante para a construção de vínculo e para que se evite constrangimentos no atendimento em saúde.

A importância do trabalho multiprofissional para oferta de serviços aos usuários trans, também foi referida como fator importante para o atendimento desse público. Como falado anteriormente, foi presente a narrativa da preocupação com a saúde do corpo biológico desde usuários trans, compreendendo o conflito com políticas de saúde que abordam o cuidado destinado a determinado gênero, mas esquecem de contemplar os usuários trans.

*Influencia sim. Porquê..., por exemplo, se for um homem trans, eu não posso deixar de fazer o rastreio do câncer de colo de útero, não posso deixar de pensar em mamografia. Mas eu respeito a identidade de gênero da pessoa e falo, "olha, todas as pessoas...", "você ainda tem colo do útero?", "tenho", "então, todas as pessoas que tem colo do útero, precisam fazer um rastreio de câncer, tudo bem a gente fazer? A gente pode marcar um dia, quer fazer hoje? A gente pode fazer em outro dia?". Então, assim, respeito a..., o gênero da pessoa, mas também ofereço os rastreios que eu preciso oferecer, de acordo com o gênero biológico. (PS27)*

*[...] com relação à população trans mais ainda, né, você tem que examinar a próstata de mulher trans, elas precisam, [...] caso não tenha tirado, retirado a mama, ou retirado o útero, você tem que fazer um..., uma avaliação mínima da parte bio, desse homem, né, o que não quer dizer que ele é uma mulher, por ter mama ainda, tem útero ou colo de útero. Então, acho que faz toda diferença (PS15)*

Em relação a identidade de gênero, percebemos nas narrativas dos gestores afirmações a respeito da necessidade da abordagem diferenciada, enquanto, para os demais profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e ACS), o que chama a atenção é a importância dada a realização dos procedimentos que são necessários para a saúde do corpo biológico do indivíduo transexual, citando como exemplo a necessidade de homens trans realizarem o rastreamento do câncer de colo de útero ou da mulher trans em relação ao câncer de próstata. Entre as narrativas, também se destaca o respeito dos profissionais de saúde à autodenominação dos usuários, porém, percebe-se existir uma certa confusão entre identidade de gênero e orientação sexual.

O preconceito foi reconhecido pelos profissionais de saúde como limitador do acesso das pessoas trans aos serviços de saúde. Os profissionais reforçam que a abordagem de questões de gênero e sexualidade nos espaços de saúde podem ajudar a sensibilizar outros profissionais, incentivando mudanças em suas atitudes em relação ao reconhecimento da identidade de gênero das pessoas travestis e transexuais. Porém, também ocorreram narrativas de que a identificação da identidade de gênero seria algo relacionado ao processo de identificação fora do consultório, ou de interesse do profissional da psicologia, uma vez que para o médico essa questão da identidade de gênero não seria do seu interesse. Em outra entrevista é reforçado que a identidade de gênero dos usuários trans seria uma questão relacionada ao campo da intimidade do usuário, e uma questão particular na construção do vínculo com a equipe, assim como o respeito ao nome social seria algo na mesma esfera da utilização de um mero apelido, ou apenas para agradar o usuário.

*...quando a gente trabalhou em reunião de equipe, sobre atendimento à diversidade, sobre não ter..., né, é, uma fala heteronormativa. É..., um mês depois, essa Agente Comunitário interrompeu uma consulta minha, ela tava no acesso, no acolhimento, falou "Doutora", você lembra do paciente trans, que eu falei? Ela tá aí. Eu já até mudei o nome dela no prontuário, coloquei 'Rose', (... ) Então, eu achei assim, belíssimo já veio falando "ela", veio já mudando o nome, veio tendo cuidado e dando cuidado, [...]. Então, achei..., maravilhoso, assim, como que uma conversa pode potencializar esse tipo de atitude, assim. (PS15)*

*Acho que é mais, é mais importante pelo lado do paciente, né. Ou, isso aí, eu acho que..., é fora até aqui do, do consultório, isso é uma coisa ali de fora, a onde ele vai fazer a ficha, que ele tem que dar o gênero dele, tudo. Aí não, acho que é mais uma questão psicológica, talvez, é um fato dele se sentir bem, eu tenho pacientes aqui, que tem o seu gênero, e sua opção, é..., sua orientação sexual. E ele já diz lá fora, pra equipe ali, que te acolhe, ele já vai falar, né, é... Então, assim, eu acho que é mais pro, pro paciente. Pra gente, em relação à conduta médica, não muda muito. (PS01)*

A orientação sexual e a identidade de gênero estão imbuídas no campo do debate da sexualidade. Taquette (2015) pontua que a sexualidade, como parte inata de cada indivíduo, está presente de diferentes formas em todas as etapas da vida. Porém, como dispositivo histórico e cultural, a sexualidade acaba por ser utilizada para determinar o que é normal e o que é patológico ou desviante. A imposição de interdições de algumas formas de comportamentos sexuais faz parte de todas as culturas, e embora a sexualidade seja possuidora de facetas sociais, culturais e psicológicas o saber médico a observa pela ótica biológica. Rohen (2004) enfatiza que a ótica da medicina em relação a sexualidade é majoritariamente a reprodução, e fora dessa visão só resta o desvio e a saúde mental. Russo (2004) ressalta que nas sociedades ocidentais modernas a sexualidade foi nomeada e deu sentido a processos sociais.

A presença constante na narrativa dos entrevistados da negação da abordagem da sexualidade dos indivíduos, seja através da orientação sexual ou da identidade de gênero dos usuários, possui relação como o que Sehnem (2017) pontua como sendo o esperado em relação a sexualidade dos indivíduos, por conta do padrão heteronormativo dos espaços de saúde. Segundo Carrara (2012) homens e mulheres que rompem as convenções sociais de gênero e sexualidade estão mais suscetíveis a situações de violência e discriminação. Esse padrão heteronormativo, que acaba por negar a sexualidade alheia, dificulta a ampliação do atendimento em saúde principalmente na atenção básica (ALBUQUERQUE et al, 2016; FRANKLIN et al, 2016). Obstaculizar a abordagem da sexualidade dos indivíduos, invisibilizando sua orientação sexual e identidade de gênero, é prejudicial para o atendimento em saúde tanto dos LGBT como das demais pessoas cisheterossexuais.

Quando o reconhecimento da identidade de gênero do usuário trans é colocado em questão é possível perceber que, para os gestores, essa demanda está relacionada à busca desses usuários pelo processo transexualizador e para a realização do teste rápido, e que dessa forma os profissionais precisariam saber a identidade de gênero do usuário para tratá-lo com respeito. Outra narrativa pontua que falta às pessoas transexuais se sentirem representadas entre os usuários da Clínica da Família, apontando a representatividade como importante na produção de campanhas, cartazes e vídeos informativos que incluam essa população.

*É..., mas eu acho que falta isso, assim, de as pessoas talvez, é..., eles conseguirem se enxergar nos cartazes, é..., trazer algumas questões importantes pra saúde deles mesmo, assim, o quê que eu preciso saber, né,*

*assim, talvez, na sala de espera, passar um vídeo referente à coleta de preventivo num homem que foi transexualizado, né (G10)*

Também foi reforçada a necessidade de explicitar aos usuários trans que a entrada no processo transexualizador nem sempre é imediata, pois depende da disponibilidade de vagas nos equipamentos especializados. A terapia hormonal foi citada pelos profissionais de saúde e gestores como uma das demandas dos usuários trans, entretanto em outra narrativa, há o questionamento se os próprios profissionais de saúde conhecem o que é ofertado no SUS, e o que é possível de ser realizado pelo sistema de saúde, para os usuários trans, deixando claro haver uma lacuna de conhecimento a respeito desta temática.

*E, será que a gente conhece quais são as possibilidades que a rede oferece hoje, né?, pra algumas pessoas, por exemplo, a gente tem pacientes aqui que queriam começar o tratamento de... hormonal, né? Os profissionais conhecem o que a rede oferece pra isso? Como que é feito? (G04)*

Os profissionais de saúde destacam a importância de que toda informação influencia no tratamento e dão conta de conhecerem a existência da automedicação com hormônios e dos efeitos danosos para a saúde, o que acaba por levar o usuário transexual a demandar um tratamento especializado para o cuidado dos efeitos colaterais decorrentes, que poderiam ser evitados se lhes fosse dado acompanhamento inicial.

*É..., nós temos um caso, bom, pelo menos no meu território, né, tem um caso sim, e ele mesmo tava tomando, se automedicando com hormônio. Até teve algumas..., algumas dificuldades, alguma..., tiveram alterações... Tá sendo acompanhado aqui pela Doutora, tá sendo encaminhado agora pro endócrino, entendeu? (PS30)*

A PNSI LGBT e a portaria nº 2.083/2013 do Processo Transexualizador são mecanismos de garantia da saúde integral as pessoas trans, protegendo direitos como o nome social, a hormonioterapia e as cirurgias de modificação corporal (FRANKLIN et al, 2016; POPADIUK et al, 2017; ROCON et al, 2016). Entretanto é imperativo destacar, assim como feito por Almeida e Murta (2013) e Souza e Iriart (2018), que a hormonioterapia e os procedimento cirúrgico possuem importâncias diferentes para as pessoas trans e que a adesão a eles, de forma conjunta ou isolada, independe do desejo em realizar a cirurgia de transgenitalização.

Compreendendo que os equipamentos de atenção básica municipal são porta de entrada das demandas de saúde das pessoas trans, é importante a presença da procura pelo processo trans nas narrativas dos profissionais das Clínica da Família aqui entrevistados, incluindo a busca pela hormonioterapia separadamente da busca pelos

procedimentos cirúrgicos. Porém é necessário destacar que a falta de endocrinologistas e serviços especializados cadastrados para realizarem a terapia hormonal faz com que as Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro apenas possam referenciar os usuários trans para o serviço especializado estadual, que também se localiza na capital. Esse cenário gera sobrecarga desses profissionais e compromete o atendimento da população trans, que ao recorrer a automedicação coloca sua saúde em risco (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018; ROCON et al, 2016; SEHNEM et al, 2017; SOUZA et al, 2015).

### 5.3.2. Narrativas dos usuários LGBT

Em relação a percepção dos usuários LGBT a respeito da orientação sexual e da identidade de gênero no atendimento em saúde, embora as narrativas dos usuários tenham sido mais concisas e nem sempre tão bem elaboradas durante as entrevistas, foi possível perceber questões como a carência de informação dos profissionais a respeito da infecção de IST entre lésbicas e mulheres bissexuais, e a necessidade de mais formação dos profissionais para as questões de diversidade sexual e de gênero. Porém, ocorreram narrativas que enfatizaram tanto haver importância em relação a orientação sexual e a identidade de gênero, como também não serem algo significativo para o atendimento, contudo sempre reconhecendo a necessidade de se respeitar o nome social das pessoas travestis e transexuais.

Nos relatos dos usuários foi presente a afirmação de não possuírem constrangimento na identificação das suas orientações sexuais no atendimento em saúde, sendo considerado importante, também, que o profissional seja capacitado para atender qualquer tipo de público. Uma vez que este conheça a orientação sexual do usuário ele saberá a melhor maneira de atendê-lo, deixando o atendimento mais agradável, com mais empatia e sem erros. Os usuários consideram importante que o profissional de saúde dê abertura e os deixe confortáveis para abordar o tema de sua orientação sexual, fazendo com que possam assim falar sobre tudo durante o atendimento. Pois, segundo outro interlocutor, as pessoas têm práticas sexuais diferentes e nesse sentido a orientação sexual seria importante para atendimento em saúde.

*Sim, sim, seria muito bom eles [profissionais de saúde] conhecerem pra ter um atendimento agradável, e também de alguma forma que a gente LGBT queremos ser tratados. Eles, por não ter uma experiência em relação aos LGBT, eles podem acabar tendo erro de atendimento, e não ter um atendimento muito agradável. Então sim, seria muito bom eles ter esse conhecimento da sexualidade, das orientações e tudo mais. (U02)*

Outros usuários apresentaram visão divergente, sendo igualmente presente nas narrativas a percepção de que não seria importante para o profissional de saúde conhecer a orientação sexual do usuário, pois não faria diferença para o atendimento, ou mesmo que o atendimento seria igual para todos, e o SUS não faria distinção entre as pessoas. Dessa forma, não orientação sexual do usuário não seria importante para o seu atendimento. Essas declarações são reforçadas por outras que reproduzem a visão de que todos são seres humanos, e de que o médico não faria distinção entre os usuários por sua orientação sexual ou identidade de gênero, e que o atendimento não se diferencia, ou que ele tem de ser igual para todas as pessoas. Porém, uma das narrativas, apesar de reforçar que a orientação sexual não faz diferença para o atendimento do profissional de saúde, reconhece que os pacientes LGBT não falam a respeito por medo de sofrerem discriminação.

*Eu não acho que o profissional, ele não tem a necessidade de saber a sexualidade da pessoa. [...] Ele tem que atender como se fosse qualquer outro, não tem diferença nenhuma em relação a isso. (U11)*

*Olha, eu acho que não influencia. Mas, em relação ao paciente, é muito difícil ele dizer que é homossexual, por até medo de ser tratado de uma outra forma. Mas eu acho que em relação ao profissional, ele não faz essa distinção, entre homossexual e hétero. (U21)*

Anteriormente, quando indagados a respeito do acesso da população LGBT, os usuários relataram obstáculos e situações de preconceito, entretanto quando o foco da questão se volta para a percepção do usuário, ou seja, da importância da sua orientação sexual e da identidade de gênero para o seu atendimento em saúde, percebe-se uma mudança significativa das narrativas. Dessa forma, esses os usuários LGBT, assim como grande parte dos profissionais entrevistados, não consideram a sua orientação sexual e identidade de gênero como informações importantes no atendimento à saúde, justamente os fatores sociais que são raízes da LGBTfobia, ao evidenciarem a heteronormatividade implícita no atendimento em saúde, o que se configura como barreira ao acesso. Do ponto de vista dos usuários, há um receio de que a indagação do profissional de saúde sobre sua orientação sexual, ou identidade de gênero, seja um prenúncio de que o usuário será discriminado pelo profissional, mal atendido,

estigmatizado ou mesmo de que terá seu atendimento negado, assim o mais fácil e prudente seria não ter sua sexualidade abordada.

Albuquerque et al (2016) sinalizam que as experiências de estresse, violência e preconceito vivenciadas, além de violar os direitos das pessoas LGBT, respondem pelo baixo acesso dessa população aos serviços de saúde, que frequentemente ocultam sua orientação sexual na busca pelo atendimento em saúde. Souza et al (2015) reforçam que há uma quebra de confiança, principalmente das pessoas trans, quando os serviços de saúde não romperem o ciclo de violência simbólica existente. A justificativa do acesso universal, como pressuposto para a igualdade no atendimento dessa população, não é suficiente para que as demandas de todos sejam atendidas e para a garantia do atendimento com equidade (FARAH, 2004; FRANCO, 2017).

Em relação às mulheres lésbicas e bissexuais, foi ressaltada a pouca conscientização a respeito do risco de infecção por IST, o que justificaria a importância de se conhecer a orientação sexual dessas mulheres. Outro usuário relata que o conhecimento a respeito da orientação sexual é importante para a solicitação de exames mais específicos, dando destaque para aqueles relacionados à IST e HIV/Aids, reforçando assim a narrativa daqueles usuários que reconhecem que a população LGBT possui maior risco de contaminação por IST.

*Especialmente doenças sexualmente transmissíveis, porque, é, em geral as pessoas acham que esse tipo de relacionamento não traz tanta DST, e na verdade tem menos, é, proteção existente, né? Sexo lésbico não tem tanto... não é a mesma coisa que o sexo hetero, ou homossexual que você pode, tipo, cobrir com uma camisinha normal. Camisinha feminina ela não cobre todos os, é... todos os detalhes de um sexo entre duas mulheres, então tem essa... acho que não tem uma política específica voltada a conscientização, e atendimentos pra mulheres, é, LGBT. (PPU01)*

*Sim. Eles [os médicos] poderiam passar alguns exames mais específicos, pra saber se tem alguma, algum tipo de vírus sexualmente transmissível. Poderia ajudar sim [o conhecimento sobre a orientação sexual]. (U19)*

Considerando que em relação a infecção pelo vírus HIV as pessoas trans são as mais expostas, e as mulheres lésbicas e bissexuais as mais negligenciadas, no tocante as narrativas dos usuários a respeito da associação entre a orientação sexual e o HIV/Aids, é considerável destacar que Franklin et al (2016) reforçaram que esta associação é consequência da estigmatização vivenciada pelas pessoas LGBT. Esses obstáculos simbólicos são constantemente enfrentados pela população LGBT na busca pelo acesso a saúde e, segundo Pereira et al (2017), estão presentes no despreparo dos profissionais para lidarem com as mulheres lésbicas e bissexuais, e até mesmo no desrespeito a utilização do nome social no SUS.

Nas narrativas, apesar dos usuários LGBT pontuarem a importância do respeito ao nome social e da identidade de gênero, estes também demonstram que há desconhecimento pelos próprios LGBT, sobre o que é a identidade de gênero.

*Meu amor, é muito importante, mas vou te falar, eu desde os meus 14 anos que eu sou homossexual. E tem coisas da minha cabeça que às vezes eu fico confusa, mas eu sou daquele dilema: eu vivo a minha vida e deixo a dos outros; porque tá complicado. Um é homem mas quer [ser] mulher, mulher é homem, que quer uma mulher, quer um homem..., tá complicado hoje em dia, (risos) então... É melhor a gente cuidar da nossa parte, deixar o povo agir, né? (U10)*

Chamou a atenção o destaque dado, em uma das narrativas de que não havia importância em se conhecer identidade de gênero, uma vez que todos são seres humanos, mas reconhece que pelos usuários trans serem vistos de forma negativa socialmente acabam por terem um tratamento também negativo no sistema de saúde.

*Eu acho que não tem uma importância. Se ele é um paciente tem que tratar ele da mesma forma, porque ele é ser humano, sabe? Então eu acho o seguinte, é, eu acho que por sermos já vistos de formas negativas os tratamentos acabam sendo negativos também, e eu acho que é importante as pessoas, elas estarem mais atentas, porque muitas das vezes elas podem estar sofrendo dessa diferença de tratamento sem elas ao menos perceberem. (U01)*

Entretanto, essa visão dos usuários apresenta limitações pois, apesar de alertar para a ocorrência de discriminações, ela reforça o discurso observado nos profissionais de saúde e nos usuários de não ser necessário se conhecer a orientação sexual ou a identidade de gênero de um paciente. Como já reforçado, a informação prévia a respeito da orientação sexual e da identidade de gênero do usuário auxilia na realização da anamnese pelo profissional de saúde e no diagnóstico de um agravo, ou mesmo na condução do tratamento pelo qual esse usuário passará, além de contribuir para melhorar o seu acesso e acolhimento nos serviços de saúde.

Dessa forma, para o atendimento em saúde, o fato de o profissional de saúde conhecer a orientação sexual e da identidade de gênero do usuário não se trata, portanto, de invasão da privacidade do usuário ou de uma maneira de distingui-lo negativamente dos demais, ou ainda de tentativa de constrangê-lo, mas sim faz parte do conjunto de conhecimentos necessários ao bom atendimento em saúde. Esses dados revelam que há uma desvalorização por parte dos profissionais de saúde da abordagem da sexualidade das pessoas.

Poucos profissionais de saúde abordam rotineiramente a sexualidade dos pacientes, inclusive daqueles heterossexuais (CHERPAK; SANTOS, 2016). Embora a sexualidade seja importante na vida e na saúde das pessoas, esse dado, em geral, é

desprezado no atendimento clínico. Há um despreparo dos profissionais para lidar com questões da sexualidade dos pacientes (CESNIK; ZERBINI, 2017). Ademais, para o atendimento do público LGBT, o estudo de revisão de Dullius, Martins, e Cesnik (2019) evidenciou a necessidade de treinamento especial dos profissionais de saúde para esse atendimento, pois há uma carência de capacitações e de protocolos científicos nos serviços, e quando essas atividades são realizadas os resultados são positivos para o atendimento do público LGBT.

Conforme os entrevistados, os usuários LGBT percebem haver maior dificuldade para a população trans no acesso à saúde, em virtude da discriminação, mas que essa não viria do SUS, enquanto “sistema”. Em relação a importância de se conhecer a identidade de gênero para o atendimento em saúde, os usuários LGBT apontam a necessidade do profissional de saúde estar preparado e ter ética para poder lidar com a população trans, uma vez que falta aos profissionais de saúde mais conhecimento sobre esse público. Para uma parcela dos usuários, o que ocorre é a carência de orientação (no sentido de capacitação/treinamento) aos profissionais de saúde que, por desconhecimento a respeito da questão de identidade de gênero, não atendem o público trans da forma adequada, não sabendo lidar com ele.

*Bom, o profissional de saúde ele tem que ser bem preparado né? Pra poder fazer um atendimento desse, entendeu? Eu acho que tem que ter ética profissional principalmente para poder fazer esses atendimentos. (U29)*

*Eu acho que talvez, mais uma vez, reflito que apenas a parcela T possa ter um pouco mais de dificuldade ao acesso devido a problemas de preconceito até mesmo da própria classe T, mas eu não vejo o SUS discriminando isso, entendeu? O SUS como instituição discriminando a população. [...] Eu acho que talvez uma questão de orientação maior pros profissionais, mas eu não vejo tipo alguém sendo mal atendido por ser um gênero diferente, mas às vezes por desconhecimento pode ocorrer, por exemplo, eu acho que às vezes pode acontecer de você ter um, você ter um médico que se retira não por preconceito, mas falta de conhecimento em saber como lidar a uma pessoa trans pelo nome de batismo, entendeu? (U31)*

Os usuários LGBT reconhecem a importância do profissional de saúde identificar a identidade de gênero do usuário, principalmente para que se possa combater o preconceito e o constrangimento, que acabam existindo nos ambientes de saúde. Contribuindo, dessa forma, para garantir o respeito e um bom atendimento aos usuários trans nesses espaços. Porém, também houve a presença de narrativas que invisibilizavam a presença dos usuários trans nos serviços de saúde, sendo frequente a assertiva de que conhecer a identidade de gênero não teria importância para o atendimento em saúde, uma vez que, os serviços de saúde estão de portas abertas para todos.

*Eu acho que não tem nada a ver não. Eu acho que isso, o atendimento à saúde tem que ser aberto a todos, indiferentemente da orientação, ou o que fez com o corpo dela, entendeu. (U30)*

*Acho que não, acho que vai no olhar. Se a pessoa viu que é uma mulher, e se a pessoa se considera uma mulher, ela é uma mulher. Se a pessoa se considera um homem, vê que é um homem, é um homem. Não tem, não tem por que saber. (U08)*

Esteve presente a narrativa de que conhecer a identidade de gênero do usuário evita que este passe por constrangimentos no atendimento em saúde, e assim possa ser atendido igual aos demais. Da mesma forma, também ocorreram narrativas de que, dependendo do interesse do usuário trans ou do que ele esteja buscando no atendimento em saúde, como os procedimentos do processo transexualizador, a sua identidade de gênero poderia ser importante ou não.

*Olha, eu acho importante a depender do que a pessoa esteja procurando, né? Pra saber o histórico, porque uma pessoa que não é cisgênera, em geral, passa por algum tipo de tratamento hormonal, mudança física, e é importante que o médico saiba, mas fora disso não tem diferença saber se você é cis ou é trans para ter o atendimento. (PPU01)*

As dificuldades narradas pelos usuários LGBT acabam por se transformar em barreiras ao acesso à saúde, e foram relatadas em diferentes graus tanto nas entrevistas dos usuários quanto nas entrevistas com os profissionais de saúde. Pereira et al (2017) destacam que, frequentemente, os médicos por eles entrevistados responsabilizam os LGBT pelo afastamento dos serviços de saúde, além de negarem a existência de barreiras ao acesso. A percepção dos usuários, narrados nas entrevistas aqui realizadas, de que os profissionais de saúde possuem dificuldades, ou sentem-se embaraçados em abordar a orientação sexual ou a identidade de gênero dos usuários, demonstra haver a necessidade de melhorar a formação profissional na temática de gênero e sexualidade, o que pode contribuir para que os próprios LGBT possam ter acesso a mais conhecimento a respeito deles mesmos.

Dessa forma, é possível compreender que para os LGBT aqui entrevistados, apesar de relatarem constrangimento no acesso, quando indagados sobre a importância da orientação e da identidade de gênero, possivelmente tomem essa importância como um significado de algo ruim, e para fugir de constrangimentos neguem a relevância dessas informações no atendimento em saúde. Esse contexto de medo e a prévia experiência com atendimentos ruins, por conta da sexualidade e identidades de gênero, podem justificar as narrativas que desconsideram a importância da orientação sexual e da identidade de gênero para um bom atendimento em saúde.

Embora o recorte geracional não tenha sido abordado como foco desta tese, e apesar das narrativas ambíguas sobre o acesso e atendimento em saúde estarem presentes em todos as faixas etárias dos entrevistados, é imperativo salientarmos que o público mais jovem entrevistado relatou ter buscado, significativamente mais, o acesso aos serviços de saúde em relação àqueles LGBT acima dos 35 anos de idade. Esse dado, a despeito de mereça estudos mais aprofundados, pode sinalizar que apesar da discriminação tenha afastado um determinado público geracional LGBT dos espaços de saúde o outro grupo, aparentemente, está disposto a enfrentá-la.

#### **5.4. Demandas de serviços, exames e procedimentos para atenção integral à saúde LGBT**

##### **5.4.1. Narrativas dos gestores e profissionais de saúde**

Em relação às demandas por serviços, exames e procedimentos realizadas por usuários LGBT, foi possível perceber que tanto para os gestores, como para os profissionais de saúde, as demandas da população LGBT são relativamente comuns, estando presentes no cotidiano da Clínica da Família e do território onde ela está instalada. Entre essas demandas, destacam-se queixas clínicas, febre, problemas de pele, problemas ginecológicos, coleta de preventivo para mulheres lésbicas, tosse, tuberculose, além de alcoolismo e tabagismo. Igualmente, fez-se presente demandas relacionadas às questões de saúde mental dos usuários LGBT, principalmente os usuários trans, em relação à depressão, estresse, ansiedade, esgotamento físico e mental, questões emocionais, e de alimentação e atividade física, assim como questões de violência física e até mesmo da automutilação.

*No geral, essa população também tem uma questão de saúde mental, mais pesadas, assim, então, é..., entender como é, qual é a sexualidade da pessoa, né, orientação, identidade de gênero. E..., a partir disso também, explorar como é que são as relações interpessoais, familiares, de trabalho, de alguma forma rastrear depressão, ansiedade, também, né, importantíssimo, saúde mental. (PS15)*

*A gente sabe que tem uma questão psicológica também, que a gente precisa acompanhar, então, é um processo que ele é demorado, mas que a gente*

*acompanha, e quando precisa fazer, a gente também consegue realizar pelos sistemas de regulação. (PS24)*

Como relatado por Carvalho, Calderaro e Souza (2013) e Pereira et al (2017) as pessoas LGBT estão mais suscetíveis a problemas de saúde mental em virtude da estigmatização, da discriminação e das violências que ocorrem na sociedade, inclusive nos equipamentos de saúde. Estudos revisados por Albuquerque et al (2013), Carvalho, Calderaro e Souza (2013) e Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Carmargos (2018) relatam que, na busca pelo cuidado em saúde, as mulheres lésbicas e bissexuais frequentemente narram problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e de imagem) que são agravados pelo abuso de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas, muitas vezes devido ao medo, ao receio da rejeição, a violência física e até mesmo decorrentes da lesbofobia.

Autores como Costa e Mendonça (2014), Giongo, Menegotto e Petters (2012), Prado (2017), Souza e Iriart (2018), e Soll et al (2018) destacam a vivência de problemas de saúde mental nas pessoas trans, resultantes do estigma e da discriminação, com ênfase para casos de ansiedade, angústia, sentimento de abandono e incapacidade, depressão e solidão. O estigma e a discriminação, além de causarem adoecimento mental nas pessoas trans, apresentam-se como responsáveis por casos de violência física e até mesmo a morte prematura dessas pessoas. Silva-Santisteban et al (2016) ressaltam que a falta de espaços para atendimento de saúde mental das pessoas trans causa dificuldades na qualidade dos serviços de saúde a elas oferecidos.

Os profissionais de saúde entrevistados ressaltam que quando o público LGBT chega na Clínica da Família para atendimento, previamente se identificando enquanto desta população, geralmente a demanda se dá por suspeita de infecção pelo HIV, ou em virtude de alguma IST como herpes, condiloma, clamídia, gonorreia, corrimento uretral ou sífilis, e até mesmo relatos de gravidez na adolescência com descoberta de sorologia positiva para HIV.

As entrevistas também evidenciaram que os profissionais de saúde comumente associaram o público LGBT com demandas pelo teste rápido, questões de saúde relacionada a situações de risco, e a IST, assim como a dispensação de preservativos, e medicamentos para o HIV/Aids, além das demandas pelas profilaxias pré e pós-exposição. A campanha nacional de prevenção ao HIV/Aids “Fique Sabendo”, também foi citada como importante para a conscientização do público LGBT. Foi interessante notar as narrativas que relacionavam a existência de questões para além dos cuidados

em saúde, nos casos de identificação de usuários HIV+, como a atuação da Clínica da Família para a solicitação do cartão de gratuidade no transporte rodoviário da capital.

*Principalmente, são doenças sexualmente transmissíveis. A maioria, tem ainda muito medo e receio, e..., procuram muito pra fazer o teste rápido. (PS19)*

*Esse paciente, uma vez diagnosticado, é..., com..., o CID né, que é o B24, que é o HIV, ele já, a gente já faz o RioCard deles, especial, né, pra que ele possa ter acesso aos serviços de saúde, pra pegar a medicação, pra fazer tratamento, enfim, pra se locomover, que é um direito que ele tem. (G08)*

As narrativas dos profissionais de saúde reforçavam a ocorrência do atendimento de outros LGBT, principalmente pessoas trans, vindos de outros territórios, muitas vezes distantes dos locais de sua moradia, buscando privacidade para a dispensação de preservativos, realização do teste rápido para a identificação de IST e HIV/Aids, inclusive com atendimento de casais homoafetivos, a medicação antirretroviral e a prescrição de PrEP e PEP. Houve relatos de gestores e profissionais de saúde de que as profilaxias PrEP e PEP não estavam disponíveis em todas as Clínicas da Família e, nestes casos, ocorre o encaminhamento do usuário (LGBT ou não) para a unidade ou hospital de referência.

*Então, é..., se a pessoa é pós-exposição, a gente tem aqui. A pré-exposição, a gente encaminha pro Rocha Maia, que é lá no Centro, que a pessoa vai fazer, vai participar do grupo que faz a medicação. (G09)*

*Vamos dizer, um exemplo, a pessoa mora no Gardênia Azul, se ele for lá, e se identificar como HIV positivo, a comunidade, dele vai saber. Então, quê que ele faz, ele prefere vir no outro local, que não seja, pra ele não ser identificado como HIV positivo. (PS16)*

*[...] eles trabalham por aqui, não moram, né, mas eles querem uma certa privacidade na hora do..., do acompanhamento deles, né, às vezes, eles são portadores do vírus, e aí, eles vêm, aí trazem os seus parceiros, e aí, acompanhada por aqui, gostam de acompanhar por aqui. Então, a gente também tem esse..., esse perfil de a..., de acolher também esse público. (G06)*

Com relação à PrEP e PEP, os profissionais de saúde relataram que a maior frequência da demanda por esses medicamentos ocorre nas segundas-feiras, sendo os jovens gays aqueles que mais demandam por essas profilaxias e pelo teste rápido, em virtude de alguma exposição de risco ocorrida durante o final de semana, porém, este não é um fenômeno exclusivo do público LGBT. Segundo os profissionais de saúde, essas situações de demanda por PrEP, PEP e teste rápido ocorrem mesmo quando esses jovens estão cientes de que a utilização da camisinha é a melhor forma de prevenção em relação às infecções por IST/HIV nas relações sexuais, todavia, acabam por optar em não usar o preservativo. Embora haja distribuição gratuita nos postos de saúde, é comum os profissionais de saúde ouvirem relatos de jovens que dizem não usar os

preservativos distribuídos no posto. Esses profissionais de saúde percebem que há uma certa vergonha desses jovens em receberem o preservativo ou mesmo os comprarem.

*Tem assim, pessoal que sai final de semana..., né, e acaba tendo uma relação desprotegida, de manhã chega aqui e conversa... [...] fica meio assim, não quer falar, não sei o quê, e lá pelas tantas, "não, na verdade, eu preciso urgente de um médico, que eu tive uma relação desprotegida", ou "a camisinha estourou", também tem muito. Na verdade, eles não falam exatamente o que é que foi, mas, a camisinha estourou. E aí faz..., tranquilo também. (PS16)*

*E aí o PrEP ele é oferecido, pra o profissional do sexo, a transexuais, travestis, nanana..., que eu acho maravilhoso, acho ótimo. Mas, ao mesmo tempo, o pessoal tá usando PrEP pra transar sem camisinha. E não existe só HIV, entendeu? Você tem ene outras doenças sexualmente transmissíveis que vão ser passadas se não usar o preservativo, ponto. (PS21)*

Por outro lado, também ocorreram relatos a respeito da baixa procura pela PrEP e pela PEP talvez, segundo os profissionais de saúde, em virtude do desconhecimento dos usuários da existência dessas profilaxias, o que demonstra a necessidade de mais campanhas de divulgação a respeito desse método de prevenção.

*No geral, as pessoas nem conhecem que tem, de fato, o pós-exposição. Pré-exposição, nunca ninguém procurou, assim, também..., nunca ninguém nem veio procurar. (PS15)*

As narrativas dos profissionais de saúde entrevistados, quando relacionam as demandas da população LGBT aos procedimentos e serviços sobre a infecção por IST ou HIV/Aids, reforçam a percepção histórica de que o combate à epidemia de HIV/Aids no Brasil está frequentemente associado ao cuidado com a saúde da população LGBT. Desde o início da epidemia de HIV/Aids, o Governo brasileiro aliou-se ao movimento social LGBT para o enfrentamento deste agravo na população (PEREIRA, 2017). Essa aliança propiciou a realização de inúmeras políticas públicas e ações no campo da prevenção, promoção e recuperação da saúde, com o oferecimento gratuito e universal da distribuição de preservativos e lubrificantes, da testagem e do tratamento, além da genotipagem do vírus e terapia antirretroviral, inclusive as de pré e pós-exposição, entre outras ações (VELOSO; MESQUITA; GRINSZTEJN, 2015) sendo estas medidas acessíveis a todos os brasileiros, e não exclusivamente aos LGBT.

Mesmo com todo esse esforço, o Brasil ainda é recordista nas taxas de infecção pelo HIV na população LGBT, além de sua relação com outras IST. Os processos sociais e culturais de exclusão, marginalização, machismo, racismo e misoginia contribuíram para uma maior vulnerabilidade da população LGBT à infecção pelo vírus HIV. Oliveira e Nery (2016) destacam que as mulheres lésbicas e bissexuais estão sujeitas a infecção pelo HIV a partir da troca de apetrechos sexuais ou do contato com o

sangue menstrual de suas parceiras. Segundo Pinto et al (2017) as pessoas trans possuem as mais altas taxas de infecção em relação a população em geral, mas seus dados de saúde oficiais para além do HIV/Aids são praticamente inexistentes. Bastos et al (2018) e Grinsztejn et al (2017) ressaltam que as mulheres trans são as que menos se beneficiam das ações de combate à epidemia e essa cascata de vulnerabilidades faz com que, segundo Grinsztejn et al (2017) e Jalil et al (2017), as mulheres trans negras sejam as mais afetadas.

Em relação às narrativas a respeito das profilaxias pré e pós-exposição, é importante registrar que todas as Clínicas da Família participantes como campus de coleta de dados desta tese ofertavam a PrEP e a PEP, porém os profissionais de saúde relataram a baixa procura pela população em geral, não só a LGBT, dados também encontrados por Hoagland et al (2017). Essa baixa demanda relatada pode ter relação com o desconhecimento sobre essas profilaxias, incluindo a sua disponibilidade de forma gratuita no SUS e sua eficácia na prevenção à infecção pelo HIV.

A pesquisa de Grinsztejn et al (2017) evidenciou que 40% das mulheres trans diagnosticadas com HIV apresentavam diagnóstico negativo no ano anterior, e que as mulheres trans que desconheciam seu status sorológico deixavam de se prevenir com o tratamento precoce. Os dados de Costa et al (2018) destacaram que 71 % das pessoas trans desconheciam a PEP, embora ela esteja disponível desde 2010 no SUS. Em relação à PrEP, o estudo PrEP Brasil identificou que esta profilaxia possui índices de prevenção entre 96 e 100 % entre aqueles que utilizaram quatro comprimidos da PrEP por semana (HOAGLAND et al, 2017).

Essas informações são preocupantes, pois as narrativas dos profissionais de saúde reforçam a disponibilidade da PrEP e da PEP no SUS, mas indicam que existe uma baixa demanda por elas pelos usuários LGBT. Entretanto, chama a atenção a falta de conhecimento sobre a PrEP e a PEP na população, sendo este um desafio a ser enfrentado pelo SUS para que essas estratégias de prevenção possam ser ampliadas, como reforçado por Veloso, Mesquita e Grinsztejn (2015).

Ao se considerar a população de travestis e transexuais, os gestores e profissionais de saúde pontuaram a ocorrência de demandas pelo processo transexualizador, principalmente de usuários trans interessados pela hormonioterapia. Desperta a atenção um dos relatos que cita o caso de uma transexual que fazia uso de hormônios sem acompanhamento médico e descobriu-se HIV+ e que, ao buscar atendimento na Clínica da Família, acabou tendo problemas no acesso, sendo necessário

que a assistente social da clínica interviesse para mediar o atendimento. Conjuntamente ao encaminhamento desta usuária para os serviços de referência do processo transexualizador, foi realizada a orientação a respeito da importância da adesão e da continuidade do tratamento antirretroviral. Porém poucos profissionais fizeram referência a demandas pelas cirurgias do processo transexualizador, registrando inclusive que em muitas clínicas não houve demanda por esse tipo de encaminhamento.

Uma das entrevistadas, apesar de conhecer a disponibilidade da hormonioterapia, nunca soube que também há a possibilidade da realização da cirurgia de transgenitalização através do SUS, denominada popularmente como cirurgia de mudança de sexo. Esse relato demonstra que um dos motivos da baixa demanda por esse procedimento está relacionado ao desconhecimento dos profissionais de saúde a respeito da realização do processo transexualizador no SUS.

*Calma, pera aí... Mudança de sexo... Não, nunca passei, nunca soube que, que tem..., não, não, não. [...] Processo hormonal sim. Sim, sim, tem encaminhamento, o SUS faz isso. Agora, mudança de sexo, não sei, processo hormonal sim. (PS25)*

Os profissionais que relataram a demanda pelo processo transexualizador destacaram que o encaminhamento para este serviço é referenciado através do Centro Estadual de Regulação (CER), uma vez que ele é ofertado apenas pela Secretaria Estadual de Saúde e não pelo Sistema de Regulação (SISREG) do município do Rio de Janeiro. Os profissionais de saúde ainda se queixaram em relação a demora para o agendamento das consultas e procedimentos, pois, apesar de realizarem a solicitação de encaminhamento para o CER, não ocorria nenhuma marcação para os usuários trans e, em alguns relatos, sequer o motivo era informado. Os profissionais também destacaram que, mesmo após o encaminhamento das pessoas trans para o serviço especializado, seus acompanhamentos para as demais demandas continuavam sendo feitos pela Clínica da Família.

*A gente tem assim, não, não são muitos, mas a gente tem, né. E aí, quando eles vêm, eles pedem, a gente encaminha pelo CER, né, que o sistema estadual de regulação, né, não é pelo SISREG. Aí o, esse paciente quer hormonização trans. Eles passam por um endocrinologista, pra poder fazer isso. (PS29)*

*Então, essa pessoa vai ser acolhida na equipe dela, né?, e aí, dentro do que ela coloca, por exemplo, pra cirurgia de mudança de sexo, a gente tem um fluxo, né?, do sistema de regulação de vagas, né?, pra um local específico, pro acompanhamento psicológico específico, enfim. E..., pra terapia hormonal também, né. E essa pessoa continua com a gente aqui na Unidade, né. (G04)*

Ainda sobre as narrativas dos profissionais de saúde a respeito do processo transexualizador, desperta atenção as que se referiam ao fato dos profissionais de saúde não terem sido orientados sobre como referenciar o usuário trans para este serviço, havendo inclusive relato de encaminhamento através do sistema de regulação errado.

*[...] o encaminhamento ele é feito, só que até hoje ainda não saiu nenhuma mandado. No sistema não tem dificuldade. É, a gente insere no SISREG e não, e a gente não sabe pra onde é a vaga. (G01)*

*Nestes 3 anos acho que eu atendi uns 2. É porque o primeiro, quando eu peguei o paciente eu pensei, caramba, pra onde eu mando este paciente? Aí foi quando eu descobri, sem ninguém me falar. Isso que é uma coisa chata, né? Sem ninguém me falar que existe, existe o SISREG que é da Prefeitura e tem o CER que é do Estado. E tem no CER um tratamento. Eu precisei procurar e achei, na segunda eu já sabia onde mandar e tudo. (PS09)*

Cabe reforçar que a política que instituiu o processo transexualizador no SUS existe desde 2008, foi ampliada em 2013 pelo Ministério da Saúde, e possui respaldo em resoluções do CFM, sendo a primeira resolução sobre do CFM sobre o tema datada do ano de 1997 e a mais recente ocorrida em 2019. Petry (2015), Prado e Souza (2017), Pinto et al (2017) e Rocon et al (2016) reforçam que a portaria nº 2.083/2013 do Ministério da Saúde passou a permitir a cobertura pelo SUS do atendimento, da hormonioterapia, das cirurgias e dos demais procedimentos complementares para as pessoas trans.

O déficit no conhecimento dos profissionais de saúde para lidarem com as demandas da população LGBT é relatado nos trabalhos de Albuquerque et al (2016), Carvalho, Calderaro e Souza (2013), Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2018), Silva, Jonatan et al (2017), e Souza e Iriart (2018). É preocupante que os profissionais de saúde desconheçam a possibilidade da oferta da realização da cirurgia de transgenitalização pelo SUS, embora a disponibilidade dos procedimentos hormonioterápicos seja amplamente conhecida, o que demonstra a necessidade de fomento de estratégias para ampliar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre os serviços disponíveis no processo transexualizador.

Em relação a constituição de famílias homoparentais e do planejamento familiar, merece destaque o caso relatado de um casal de mulheres lésbicas que demandaram atendimento por motivo de gravidez, e que tiveram todo o pré-natal realizado na Clínica da Família, mas não se soube qual método foi utilizado por elas para a inseminação, ou mesmo se foi uma gravidez decorrente de violência sexual.

*Tem um..., casal de lésbicas que teve uma, [...] que tava grávida, eu não sei se ela teve alguma relação com algum homem, ou se, né, com um amigo, ou..., se ela pegou só o espermatozoides, não sei como é que foi, ou fecundou,*

*também, eu não sei, só sei que ela ficou grávida, e vinha sempre as duas aqui, fez o pré-natal todo aqui, a criança nasceu, já deve tá com um ano e pouco, ela todo mês, ela traz a criança pra consulta, entende. (PS04)*

Este caso aponta a necessidade de se ampliar a política de planejamento familiar para a população LGBT, a fim de evitar a prática de inseminação caseira ou até mesmo casos de gestações indesejadas. A prática de inseminação caseira<sup>36, 37</sup> é um campo de estudos que merece pesquisas aprofundadas, pois vem sendo difundida em casais de lésbicas que optam por realizar a inseminação de forma artesanal, utilizando o sêmen de um doador que é geralmente de um conhecido, próximo ao núcleo de relacionamentos ou familiar. Embora conheçam os riscos de saúde que estão correndo, esses casais de lésbicas têm neste procedimento a única opção disponível, uma vez que os custos das clínicas de reprodução assistida são significativamente elevados e não são acessíveis para todos, e o SUS não possui política que disponibilize a fertilização assistida aos casais homoparentais.

Mesmo sendo uma narrativa isolada entre as entrevistadas, a demanda das pessoas LGBT pela constituição de núcleos familiares com filhos adotivos ou consanguíneos é uma realidade longe de ser solitária. A possibilidade da adoção legal por casais homoafetivos tornou-se viável a partir do reconhecimento das uniões estáveis homoafetivas em 2011 pelo STF, posteriormente equiparadas ao casamento civil pelo Conselho Nacional de Justiça. A oferta do planejamento familiar aos casais homoafetivos pode propiciar a ampliação desse serviço no SUS, possibilitando inclusive o acesso aos procedimentos de inseminação e gestação de barriga solidária via sistema público de saúde, e não apenas através de serviços particulares.

A respeito das práticas e tecnologias reprodutivas, Vitule, Machin e Couto (2017) no estudo sobre práticas reprodutivas lésbicas e filiação, destacam a ausência de legislação no Brasil que atenda aos casais homoparentais, ficando a cargo do CFM o estabelecimento de normatização sobre as técnicas de reprodução assistida disponíveis a todas as pessoas, independente de quadro de infertilidade ou da sua orientação sexual.

Segundo Vitule, Machin e Couto (2017), um dos obstáculos enfrentados pelos casais de lésbicas é a baixa disponibilidade de amostras e informações sobre o doador no banco de sêmen nacional, o que faz com que haja uma grande procura por bancos de sêmen internacionais, em especial o estadunidense. Apesar das mulheres lésbicas

---

<sup>36</sup> <https://paisefilhos.uol.com.br/quero-engravidar/casal-de-lesbicas-faz-inseminacao-caseira-e-uma-das-maes-relata-tive-um-filho-do-meu-irmao/> Acesso em 28/05/2021.

<sup>37</sup> <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/04/25/inseminacao-artificial-caseira.htm> Acesso em 28/05/2021.

entrevistadas por Vitule, Machin e Couto (2017) terem relatado preferência pelo doador anônimo através de banco de sêmen, elas também fizeram referência ao receio da ocorrência de possíveis problemas legais ou de relacionamento, caso optassem por um doador conhecido. Como não há legislação no Brasil que proteja a parentalidade de casais homoafetivos, as mulheres entrevistadas relataram o receio de que o doador queira envolver-se na relação familiar do casal, inclusive podendo buscar legalmente o registro da criança.

#### 5.4.2. Narrativa dos usuários LGBT

Quando os usuários LGBT são indagados a respeito de suas principais demandas na busca pelos serviços de saúde, também foi recorrente a narrativa de que suas queixas se dão conforme a necessidade, não havendo motivação específica, ou mesmo apenas para evitar doenças, além dos conflitos relacionados à homofobia e à violência decorrente dela. Como reforçado em uma das entrevistas, a busca por serviços de saúde estaria mais relacionada a demandas de atendimento consideradas comum, não havendo distinção em relação as demandas dos demais usuários. Aqueles que citaram outros agravos, fizeram menções a problemas de natureza psicológica e de saúde mental, como a depressão, o suicídio e a automedicação.

As buscas pelo atendimento em saúde relacionadas às IST, com destaque para a sífilis, HIV, gonorreia e herpes estiveram presentes entre as narrativas, assim como a ponderação de que, entre os LGBT, é recorrente que antes de procurar pelo sistema de saúde, as pessoas LGBT busquem por amigos para aconselhamento e até mesmo a automedicação.

*A maioria também por problema psiquiátrico ou quando não é doença grave, entendeu? Que é sífilis, ou doença..., eu esqueci o nome agora, gonorreia, essas doenças bravas, [...] não sei se você sabe, que muita gente não sabe e fica com vergonha de procurar o médico. Mas aí procura uma amizade, a gente conversa. Até a questão do urológico, né?, que fala?, do ânus, eles ficam inibidos, mas, se você fala direitinho, eles vão. (U10)*

Os usuários LGBT entrevistados demonstraram-se consternados a respeito da precariedade do sistema de saúde, especialmente em relação a dificuldade de marcação de exames e consultas com especialistas. Para muitos usuários, este é um fator que dificulta a vida de toda a população e não apenas das pessoas LGBT, quando precisam

de atendimento em saúde. Alguns entrevistados consideraram que os usuários LGBT teriam maior preocupação com infecções por IST e HIV, e por esse motivo procurariam mais a Clínica da Família, representando assim uma demanda maior por teste rápido, camisinha, PrEP e PEP do que o restante da população. Contudo, entre as narrativas dos usuários, houve o destaque de que os LGBT também sofreriam com estigmatizações devido a sua busca destes por serviços de saúde somente por questões de IST e Aids, o que não seria verdade.

*Só porque a pessoa é lésbica não quer dizer que não tenha, ou só porque a pessoa é gay assim, ou só porque ela é trans não quer dizer que elas não possam ter doenças normal né? Então, assim, eu acho que as doenças mais comuns são as que levam a procura, ou a mais procura né? Porque geralmente a gente fala muito de "ah doença sexualmente transmissível, ah doença sexualmente transmissível", mas não é só isso que leva as pessoas a procurarem o hospital né? Geralmente é o que menos procura. (U04)*

Também houve narrativas em relação a falta de métodos de prevenção e proteção para as relações sexuais entre mulheres lésbicas, o que acaba levando essas mulheres a uma maior exposição de riscos em relação a IST.

*Eu vou falar de mim, o que me leva, algumas vezes, é porque numa relação entre duas mulheres, é muito desprotegida. [...] Então a gente tenta, se a gente quer sentir realmente prazer a gente vai tentar dar um pouco mais de si, e aí vem o sexo sem proteção, então a minha busca no posto de saúde foi mais por esse motivo, por fazer sexo sem proteção. (U27)*

As recorrentes narrativas que associam a população LGBT ao HIV, ora na perspectiva do acesso, ora na ótica da orientação sexual e identidade de gênero, e doravante relacionando-as a demandas por serviços de saúde, demonstram como essa relação está enraizada no histórico da população com a epidemia de HIV/Aids no Brasil, com a oferta de políticas públicas e, como apontado por Franklin et al (2016) e Pereira et al (2017), na estigmatização e nos obstáculos simbólicos enfrentados pela população LGBT.

Os usuários entrevistados demonstraram não conhecer a PrEP e a PEP, porém um relato chamou a atenção ao se referir com preocupação à utilização generalizada das profilaxias pelos usuários LGBT. Segundo este relato, os LGBT optariam por estas profilaxias para não terem que usar o preservativo como forma de prevenção, havendo ainda o receio de que o vírus do HIV possa se tornar mais resistente, devido ao uso indiscriminado destes medicamentos. Esta narrativa demonstra a necessidade de se intensificar a disseminação das informações a respeito dos processos de infecção, sobre prevenção combinada e, também, sobre a proteção que estas profilaxias podem oferecer.

*A minha única dúvida atualmente é que eu acho que tá tendo uma pequena confusão, cabeça, referente a PrEP, porque tem muita gente que tá tomando*

*uma medicação como se fosse um antibiótico, eu não vou contrair o vírus HIV, e eu acho que isso aí vai no futuro ter uma outra repercussão a nível, tipo assim, é como eu posso dizer assim, de uma reação futura. Ela não vai evitar você de pegar o HIV, muito pelo contrário, ela vai fazer com que o vírus, na minha concepção, se torne realmente uma coisa mais forte do que nunca, né? (U17)*

A desorientação narrada pelos entrevistados, em relação à PrEP e PEP, resulta na baixa demanda referida pelos profissionais de saúde e apontada por Hoagland et al (2017). Embora acessível gratuitamente através do SUS, Costa et al (2018) enfatizam o alto desconhecimento a respeito da PEP pelas pessoas trans, e provavelmente da PrEP. Essa desinformação acarreta vulnerabilidades da população LGBT na prevenção e na ocorrência de casos de infecção possivelmente evitáveis, como anteriormente relatado nos dados de Grinsztejn et al (2017) na comparação do quadro de mulheres trans HIV+ que se infectaram um ano antes do diagnóstico.

Por fim, em relação às demandas pelo processo transexualizador, ocorreram narrativas de que a baixa realização de cirurgias de redesignação sexual no Brasil devia-se à busca por essas cirurgias no exterior. No entanto, como pontuado em outra entrevista, o que ocorre é uma alta demanda pelos procedimentos cirúrgicos e hormonioterápicos do processo transexualizador, mas uma baixa oferta desse serviço através do sistema público de saúde.

*Então, demanda tem muito né? E eu acho que falta um pouco mais da saúde investir nisso, porque tem muitas pessoas que passam por isso e não tem o apoio na saúde né, no caso pra fazer a reposição hormonal, reposição não né, tratamento hormonal né? (U26)*

Os entrevistados relataram que há uma concentração da oferta dos procedimentos do processo transexualizador na capital, em detrimento dos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro, gerando assim uma sobrecarga no serviço, que não atende à grande demanda existente no Estado. Esta concentração e sobrecarga na capital demonstra a necessidade de descentralização do serviço e ampliação da oferta. Essa realidade enfrentada pelas pessoas trans acaba por forçá-las a buscar estratégias fora dos locais de promoção da saúde, recorrendo a automedicação e a procedimentos de mudança corporal de forma clandestina que, muitas vezes, acarretam agravos de saúde ainda mais complexos.

*Olha, no meu caso, que seria o segmento trans, a gente tem, além da falta de preparo pro atendimento, é, por exemplo, a gente tem somente um lugar no Estado do Rio, onde a gente pode recorrer a fazer o acompanhamento hormonal, com um atendimento multidisciplinar, vamos dizer assim. E... você imagina um local, onde tá sobrecarregado, onde a sua expectativa de atendimento é daí a sei lá quantos anos, e você recorre a outras vias, vamos dizer, pra tomar por conta, pra tomar hormônio por conta e tudo mais, e ao*

*mesmo tempo não é criado nenhum tipo de estudo ou pesquisa do que isso pode te causar no longo prazo. [...] assim, é um acompanhamento endocrinológico como qualquer outro, que você tem sim que entender a necessidade do seu público e tentar adaptar o que você estudou pra que aquilo seja feito. [...] Esse termo de você centralizar uma coisa que você tem cada vez mais demanda e menos vaga, você acaba não abrangendo boa parte da população, vamos dizer que a gente tem aí, sei lá, cinco mil pessoas trans no Estado do Rio de Janeiro, quantas pessoas trans são assistidas pelo IEDI? Então, a gente tem essa cultura de sempre segmentar as coisas e essa segmentação às vezes não dá certo, porque não dá conta. Então, a gente tem várias promessas de ambulatórios que não saem do papel, e gente já perdeu o Pedro Ernesto e a gente também não tem perspectiva de mais nada. (PPU03)*

Considerando este cenário, e longe de ser uma justificativa, mas estando mais próximo de ser um alerta, é necessário registrar que as pessoas trans cariocas estão em uma situação de saúde privilegiada em relação a imensa maioria das pessoas trans do Estado do Rio de Janeiro, da região sudeste e mesmo do Brasil. Sobre isso, assim como registrado por Laurentino (2015) e Mello et al (2011), ainda hoje o Rio de Janeiro encontra-se entre as cinco cidades brasileiras que possuem um dos cinco hospitais que realizam procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos do processo transexualizador no SUS.

Embora tanto a PNSI LGBT quanto a portaria do Processo Transexualizador possibilitem que os governos municipais, estaduais e federal ampliem a oferta deste serviço, pouco foi avançado desde a revisão da portaria em 2013, como relatado no parágrafo anterior. Procedimentos como a hormonioterapia e as cirurgias de redesignação sexual que, como assinalado por autores como Popadiuk et al (2017) e Rocon et al (2016) são direitos da população trans, acabam ficando distantes da realidade de muitas pessoas transexuais. A ampliação da oferta da hormonioterapia, a partir do aumento do número de médicos endocrinologistas cadastrados para realizar este atendimento às pessoas trans, pode possibilitar a conquista, como assinalado por Almeida e Murta (2013) e Souza e Iriart (2018) do atendimento das demandas imediatas das pessoas trans, independentemente se elas desejam ou não realizar os procedimentos cirúrgicos do processo transexualizador.

### **5.5. Justiça, igualdade e equidade para o acesso a saúde da população LGBT**

Em relação aos conflitos éticos relacionados à implantação da política, que foram percebidos pelo pesquisador a partir das narrativas dos entrevistados (profissionais de saúde e usuários), nota-se a presença deles nas diferentes abordagens dos entrevistados sobre a percepção do acesso à saúde da população LGBT. Os conflitos éticos surgiam tanto da perspectiva do acesso dos LGBT enquanto grupo populacional, quanto da perspectiva destes enquanto indivíduos.

Os conflitos éticos identificados tratam em primeiro lugar de um pleito de justiça, uma vez que visa garantir o direito das pessoas LGBT à saúde que é um direito de toda a população; em segundo, de igualdade, pois há que se ter acesso ao atendimento para todas as pessoas em iguais condições e; por fim, de equidade, reconhecendo que a saúde, além de ser um direito da população LGBT, deve ser ofertado a todas as pessoas na medida de suas necessidades e respeitando suas diversidades. Dessa forma é necessário serem elaboradas estratégias capazes de promover e garantir esses direitos.

Tanto os profissionais de saúde quanto os usuários LGBT foram taxativos em se referirem à necessidade de capacitação e de formação dos profissionais de saúde para lidar com a temática da população de LGBT, assumindo assim, explícita ou implicitamente, as limitações existentes no acesso e atendimento dessa população. Dessa forma, percebe-se a necessidade tanto da educação continuada como da inclusão dessa temática nos currículos de formação dos profissionais de saúde, além de ações voltadas para a sensibilização da população e para campanhas de promoção da saúde, como formas de promover os direitos, a igualdade e a equidade da população LGBT, principalmente nos serviços de saúde.

Os gestores, profissionais de saúde e usuários destacam que a clínica é um espaço onde o usuário precisa sentir-se acolhido e livre para expressar as suas identidades de gênero e orientação sexual, reconhecendo não ser crível que um espaço promotor de cuidado reproduza as práticas geradoras de violência e discriminação. Os profissionais de saúde pontuam o direito a testagem e ao tratamento para o HIV como sendo um direito de todos, mas não apenas direcionado a população LGBT, buscando romper o ciclo de preconceito e estigma presente na sociedade, inclusive dentro da própria população LGBT.

Os profissionais de saúde também relatam a solicitação do cartão de gratuidade no transporte público para os usuários HIV+ como uma forma de garantir um direito, que propicia a continuidade do tratamento sem interrupções por motivo financeiro, que impeça a locomoção para as consultas e exames rotineiros. Diante dos entraves simbólicos e institucionais que comprometem a autonomia das pessoas trans, as falas de gestores e profissionais de saúde reforçam o envolvimento da Clínica da Família na tentativa de garantir o direito ao uso do nome social, não apenas nas suas próprias unidades, mas principalmente em outros equipamentos de saúde, onde os LGBT acabam por enfrentar o desrespeito ao seu nome social.

A Clínica da Família deve ser um espaço que respeita a autoidentificação e a autodenominação das pessoas LGBT, entretanto os gestores e profissionais de saúde reconhecem que as pessoas trans enfrentam mais burocracia do que as pessoas cis na hora de serem referenciadas ou encaminhadas a outros serviços, o que também é percebido nos relatos dos usuários LGBT, em especial os trans participantes desta pesquisa. Esses entraves institucionais dificultam o exercício do direito à saúde dos usuários trans, imprimindo a eles uma diferenciação negativa, incompatível com o que é preconizado eticamente.

*[...] eu vou..., encaminhar um paciente, pra fazer uma ultrassonografia de próstata, mas é um trans feminino. Mas..., tá com 60 anos, PSA alterado, não consigo..., pelo programa que é o do SISREG... Não consigo, eu tenho que mandar um documento, pra Secretaria, pedir autorização, tenho que não sei o que, tenho que esperar, volta daqui a uma semana, volta de novo..., entendeu. Então, eu acho que, se tivesse algo vinculado, não uma coisa engessada, né, a gente conseguiria facilitar alguns processos, que a gente ainda tem aí muita coisa, pra avançar. (G08)*

As narrativas reforçaram a importância da Clínica da Família para o exercício do direito à saúde, não apenas para a população LGBT, mas também para o acolhimento de usuários moradores de outros territórios ou aqueles que, devido à crise financeira, passaram a ter dificuldades econômicas e a demandar a clínica mais próxima a seus locais de moradia, assim como aqueles que são moradores de rua, cuja crise já enfrentam de longa data e por diversos outros motivos, não apenas o financeiro.

*E eu gostava de ver o cuidado que uns tinham com os outros, né. Quando acontecia alguma coisa, todo mundo se mobilizava pra levar a pessoa pra UPA, pra levar pro Souza Aguiar, pra levar não sei para onde. Eu achava muito legal, parecia uma grande família, cuidando uns dos outros. Como eu vi a Clínica da Família se estabelecer aqui em frente, eu falei "gente, que bacana, esse povo tá sendo assistido". Eles só contavam com eles mesmo, né, e agora tem uma clínica que atua dentro da comunidade. (PS10)*

*[...] assim, tem público população de rua, né, porque, todo lugar tem população de rua, então, população de rua precisa de saúde pública, né.*

*Tem aquelas pessoas que perderam o plano de saúde, muitas. Então, por exemplo, assim, a gente aqui tem muita questão, muitas questões ligadas à saúde mental..., porque as pessoas tão com depressão, tão com pânico, tão, porque elas perderam, elas tinham uma condição socioeconômica, e aí, como a questão mesmo, de todo problema que a gente teve, né, a nível de Brasil, né, nas questões..., financeiras, muita gente perdeu a oportunidade de ter um plano de saúde, perdeu seu trabalho. (G06)*

Diante do prisma de terem de refletir a respeito da existência de entraves ao acesso das pessoas LGBT, foi recorrente nas narrativas dos usuários e profissionais de saúde a declaração de que a saúde é um direito de todos, reproduzindo o que está estabelecido constitucionalmente, mas sem demonstrar uma reflexão mais profunda sobre o significado dessas palavras. O que evidencia a necessidade de conscientização da população LGBT e dos próprios profissionais de saúde a respeito do significado dos preceitos legais da constituição e dos princípios éticos de atuação estabelecidos pelo SUS.

*Eu acho que o ser humano, desde que ele trabalhe, que ele pague seus impostos, ele tem seus direitos, e esse direito tinha que ser procurado, e tinha que ser acessível a todos, LGBT, ou héteros, ou transexuais, e por aí vai, entendeu. (U32)*

*Se a população tem direito, o público GLS também tem direito. (U23)*

*Eu acho que, a nível dos direitos, eu acho que é um cidadão que tem direito como todo mundo, (G05)*

*[...] se a gente é igual perante a lei, porque que a gente também não tem que ser igual perante a saúde, ou perante a prestar algum serviço. São pessoas, e eu acho que não tem que ser diferente, eu acho, né (PS28)*

Simultaneamente foi pontuado o papel dos profissionais de saúde em informar e esclarecer os direitos da população LGBT durante o seu atendimento em saúde. Entretanto, foi ressaltado o desafio de garantir esses direitos à saúde em contextos sociais de territórios conflagrados pela violência e outros problemas sociais, como é o caso de muitas áreas na cidade do Rio de Janeiro.

*A maioria dessas ocupações tem tráfico de drogas dentro, fica tudo mais difícil você trabalhar com usuário, adesão a alguns tratamentos, a vinculação ao serviço, a gente tem que entrar no ritmo deles, tem que ser flexível a esse ponto, né? Então, isso aqui, pra mim, é um grande diferencial, assim, né? A gente lida com problemas sociais que não tem como a gente pensar saúde só pela saúde (G04)*

Ao observarmos as reflexões das narrativas onde a ótica da igualdade foi levantada durante as entrevistas, um ponto desperta a atenção. Foi recorrente as assertivas de que o acesso e o atendimento são iguais para todos, sem distinção entre as pessoas. Essa perspectiva, posta sem reflexão sobre a realidade, acaba por não reconhecer as especificidades e os entraves enfrentados pelos diferentes grupos sociais,

entre eles o LGBT, e aprofunda ainda mais as vulnerabilidades e os obstáculos para o acesso à saúde.

Os depoimentos sobre a igualdade como garantia de acesso universal e do exercício do direito à saúde, inclusive lançando mão de narrativas da existência da igualdade nas leis e por isso também haveria igualdade na saúde, foram frequente em todas as categorias de entrevistados, inclusive com a defesa de não haver preferências ou prioridades para os LGBT, pois o que supostamente os profissionais de saúde veem são apenas pacientes com acesso igual como quaisquer outras pessoas. Porém, é possível perceber que ao pontuar que não há diferença entre LGBT e pessoas “normais”, tanto o profissional de saúde quanto o usuário acabam demonstrando, mesmo que involuntariamente, uma classificação do LGBT no âmbito do anormal.

*Ah, eu sou..., é, hétero, sou homo, sou..., não importa, o atendimento é igual pra todos, né? (G09)*

*a gente não faz diferenciação de atendimento, entre uma pessoa que é, esse grupo LGBT, ou pessoa normal, eles são atendidos, se tiver que ter prioridade, vai ter prioridade, se tiver..., mas não porque é LGBT, entendeu? (PS29)*

*[...] não tem que ser nada exclusivo, né. Porque eu sou LGBT, que eu tenho que ter prioridade a pessoa que é hétero, eu acho que tem que ser igual pra todos, entendeu. (U30)*

Quando as narrativas são observadas a partir da ótica da equidade, percebe-se falas que reconhecem a existência da desigualdade e invisibilidade da população LGBT nos atendimentos nos serviços de saúde. Esse contexto tem como efeito o não respeito à orientação sexual e à identidade de gênero dos usuários LGBT, e a população trans é a “vítima” recorrente do desrespeito ao seu nome social, desde a porta de entrada no acesso à saúde até nas necessidades de encaminhamento para outros serviços. Isso demonstra a imprescindibilidade da abordagem diferenciada para que seja promovido o acesso, como relatado por aqueles que reforçam que, apesar do atendimento igual, as necessidades individuais também devem ser observadas para que assim se promova o cuidado.

*Acho que a gente tem..., precisa tratar as diferenças com as diferenças, no sentido de conseguir dar o cuidado adequado pra aquelas especificidades, né? (G04)*

*[...] quando, eu tô vendo verdadeiramente uma mulher na minha frente, e..., insisto em chamar pelo nome ‘biológico’, eu tô impedindo que ela..., retorne aqui, porque ela se sente desrespeitada, ou alguma outra coisa assim. (G08)*

Nas inúmeras falas anteriores também se pontuou um outro aspecto para a garantia da equidade em saúde, que foi o reconhecimento de que a população entende as diferenças existentes na sociedade e, por isso, alguns precisam de mais estratégias de

acolhimento, promoção e cuidado em saúde do que outros, sendo assim importante ofertar serviços diferenciados que atendam às demandas de cada grupo populacional, entre eles o LGBT.

*Eu tenho filhos de 20 anos. Não tem mais essa... Eu acho que essa visão deles já tá diferente. Eu acho que isso tem a ver mesmo culturalmente, com o que a gente tá vivendo e aí isso vai melhorando, se Deus quiser a gente vai chegar num patamar aí que todos sejam atendidos de uma forma falando igual, equivalente, né? O SUS é isso. (G03)*

Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017) reconhecem a existência de diferentes desafios para que a saúde LGBT possa avançar, principalmente frente as características conservadoras da sociedade e o emergente fundamentalismo religioso. Segundo Nora, Zoboli e Vieira (2015) conflitos éticos podem ser descritos como desafios, conflitos de valores ou de deveres que apresentam diversas formas de desfecho e avaliação, não havendo soluções prontas para saná-los. Embora os códigos de ética profissional, a maioria deles deontológicos, preconizem a atuação profissional livre de qualquer forma de juízo de valor, eles pautam-se pelo que deve ou não ser feito (SANTOS et al, 2015; TAQUETTE et al 2005).

Segundo Franklin et al (2016) a bioética pode auxiliar na análise dos empecilhos à acessibilidade da população LGBT na saúde, principalmente em relação aos modos e processos de trabalho nos espaços e na atuação dos profissionais da saúde. A promoção de estratégias que fomentem a aproximação do LGBT aos equipamentos de saúde, pode auxiliar com que os profissionais passem a conhecer as necessidades e demandas dessa população, diminuindo assim sua vulnerabilidade e garantindo seus direitos humanos básicos

Assumindo a saúde como potência para a melhoria da qualidade de vida da população, em especial as mais vulneráveis, faz-se urgente mudanças nas estratégias de prevenção, nas políticas públicas e na formação dos profissionais com foco em suas condutas e práticas, promovendo uma postura ética diante do acolhimento (FRANKLIN et al, 2016). Tendo em vista a necessidade dos profissionais de saúde considerarem os contextos sociais em que estão inseridos, e de que forma os indivíduos são abarcados por esses contextos, torna-se necessário averiguarem as opções de abordagem bioéticas disponíveis para nortear suas práticas profissionais. Santo et al (2015) destacam que a bioética principialista pode auxiliar os profissionais de saúde a superarem os juízos de valores preexistentes. Nesse sentido a atuação profissional pode beneficiar-se dos

princípios de beneficência, justiça, não-maleficência, e autonomia propostos por Beauchamp e Childress (2002).

Os profissionais também podem manusear suas ações a partir do ângulo de abordagem bioético do utilitarismo de preferência, proposto por Singer (2000), que considera como princípio ético fundamental a igualdade entre os seres humanos a partir da garantia das mesmas vantagens para todos e do respeito aos interesses dos atores envolvidos. Já a bioética da proteção salvaguarda as necessidades essenciais dos indivíduos, propiciando com que eles possam usufruir de seus interesses e outras necessidades (FRANKLIN et al, 2016).

Entre as demais correntes bioéticas existentes, a teoria *queer* apresenta-se como a mais arrojada para a abordagem dos profissionais da saúde LGBT. Motta (2016) destaca que a teoria *queer*, ao confrontar as redes de poder e as matrizes heteronormativas existentes, volta-se a exteriorizar as identidades e suas múltiplas formas de existência na sociedade, dando visibilidade a elas. Dessa forma é possível a emergência da diferença como parte da existência humana, devendo assim ser respeitada ao invés de tolerada. À vista disso, os profissionais de saúde podem valer-se da teoria *queer* para produzirem práticas e conhecimentos novos voltadas ao cuidado em saúde da população LGBT.

## CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS

O Rio de Janeiro, como um dos municípios mais importantes do Brasil em termos de desenvolvimento cultural, social e econômico, foi capaz de capitanear ações que, junto com o governo Estadual, forçaram mudanças estruturais que beneficiaram não só cariocas e fluminenses, mas também os LGBT de todo Brasil. Ciente disso, buscou-se com este estudo evidenciar as perspectivas vivenciadas para a implementação da PNSI LGBT no município do Rio de Janeiro.

Para isso, partiu-se do debate de discussões de saúde gerais até chegar-se ao ponto específico do cotidiano do sistema público de saúde do Rio de Janeiro, caminho fundamental para que se possa compreender o contexto que envolve a implementação da PNSI LGBT. Dessa forma, foi importante evidenciar o papel que o movimento feminista teve como precursor do debate das políticas de gênero e sexualidade no Brasil, servindo como base aos esforços que o movimento LGBT brasileiro intensificou ao longo das três últimas décadas, para poder alcançar as conquistas hoje existentes. Conquistas que, aparentemente poder ser vistas como muitas, porém ainda estão aquém da necessidade para a construção da plena cidadania da população de LGBT.

São de fundamental importância as ações dos governos municipais, estaduais e federal voltadas à população LGBT que foram postas em prática nos últimos anos. Entretanto, para que elas se implementem, os princípios bioéticos demonstram ter papel fundamental, para além do que é preconizado na formação, nas capacitações e nos códigos de ética dos profissionais da área da saúde. Nesse sentido a bioética oferece um arcabouço de teorias, conhecimentos, concepções, práticas e ações capazes de nortear e auxiliar a reflexão e a tomada de decisões cotidianas dos profissionais de saúde em seus ambientes de trabalho. Não há uma perspectiva correta a ser adotada ou defendida, entre as diferentes correntes éticas apresentadas neste trabalho, porém o que se dispõe são alternativas para que cada profissional possa utilizá-las da melhor forma possível, dentro de seus próprios contextos de trabalho.

Desde a compreensão mais difundida pelos códigos de ética profissionais, o princípalismo, passando pelo utilitarismo, pela bioética da proteção, e pela bioética *queer*, cada uma dessas correntes éticas apresenta perspectivas morais que, no que compete à saúde, destinam-se a promover o atendimento qualificado e integral de acordo com as necessidades da população LGBT, objeto deste trabalho. No campo da

saúde pública, a análise dos processos e conflitos éticos que permeiam a implementação da PNSI LGBT no município do Rio de Janeiro contribui para demonstrar como outros municípios brasileiros podem lidar com possíveis entraves e obstáculos presentes no seu próprio cotidiano. Além de também auxiliar os movimentos civis organizados de proteção da população LGBT a agirem, subsidiando-os com informação, e conhecimento técnico-político, a respeito dos contextos que possam surgir como entraves para o acesso a saúde integral dos LGBT de cada um dos seus municípios.

Também se buscou evidenciar como a população LGBT percebe seu acesso e atendimento à saúde, a partir da perspectiva da própria população, dos gestores e dos profissionais de saúde das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro, porta de entrada para a saúde pública carioca, tomando como base para essa análise o primeiro eixo do Plano Operativo da PNSI LGBT que trata sobre o acesso da população LGBT à atenção integral à saúde. Foi frutífera a compreensão das demandas de saúde e dos agravos existentes identificados no público LGBT, em especial nas lésbicas e mulheres bissexuais, e pessoas travestis e transexuais. Entretanto, o levantamento bibliográfico demonstrou a necessidade de ampliar e aprofundar ainda mais o que já é conhecido a respeito, principalmente em relação aos homens gays e homens transexuais, para que assim possa-se produzir conhecimento capaz de nortear estratégias muito mais eficazes para o atendimento em saúde LGBT.

Embora os diferentes aspectos da política, que vêm sendo postos em prática pelos profissionais de saúde, foi possível identificar a ausência de desdobramentos práticos em relação a PNSI LGBT, promovidos pelos gestores da secretaria estadual e municipal de saúde, como a criação de protocolos de fluxo de processos e a ampliação de ações de formação continuada dos profissionais da estratégia saúde da família, principalmente daqueles responsáveis pela ligação da população com os espaços do cuidado de saúde. Foi presente, dentro da literatura, questões que evidenciaram o papel da PNSI LGBT na defesa de direitos, na redução das desigualdades, no enfrentamento das adversidades, na promoção à saúde da população LGBT, e para a construção de outras políticas públicas, ou mesmo aprimoramento das já existentes.

Nas entrevistas, percebeu-se narrativas dúbias, tanto vindas de usuários como dos profissionais de saúde, que podem ser discriminatórias ou se transformarem em empecilhos para a promoção do acesso à saúde da população LGBT. Entretanto, os achados demonstraram haver diferentes formas de motivação dessas narrativas discriminatórias, que estão muitas vezes implícitas nas ações dos profissionais de saúde

e na compreensão dos usuários. Também se notou o interesse de profissionais de saúde em promover uma inclusão da população LGBT nos serviços, seja através de uma perspectiva de igualdade, ou do exercício do direito à saúde, ou até mesmo da compreensão da necessidade de desenvolverem estratégias e ações voltadas para esse público.

Os profissionais de saúde e usuários entrevistados percebem que o processo de discriminação não atinge a todos da mesma forma, sendo mais agressivos para uns do que para outros, especialmente os efeminados, aqueles com menor “passabilidade”, e as pessoas trans. Foi possível perceber que há um certo grau de desconhecimento, por ambas as partes, a respeito da oferta dos serviços incluídos pela portaria do processo transexualizador no SUS.

Em relação à população trans, verificou-se nas narrativas dos profissionais de saúde e usuários que o desrespeito ao seu nome social é apenas a ponta de outros entraves enfrentados na busca por cuidado em saúde. Além do desconhecimento de profissionais a respeito de suas demandas, as pessoas trans ainda enfrentam a burocratização do sistema de saúde, pautado pelo binarismo de gênero, que constantemente não reconhece a sua existência.

Os dados obtidos também apontam que entre os profissionais de saúde há aqueles que, a despeito de usarem o nome social, não respeitam o pronome de gênero adequado quando tratam com o público trans. Identificou-se também que os recursos (financeiros, materiais, humanos e políticos) disponíveis no SUS estão longe de atender as demandas dos homens trans. A heteronormatividade promove a invisibilidade das identidades de gênero das pessoas travestis e transexuais, tendo potencial de comprometer o acesso à saúde da população LGBT. Porém, há entre os profissionais, iniciativas de promoção de acolhimento capazes de construir espaços de saúde livres de discriminação, e que não sejam pautados pela heteronormatividade.

Entre as narrativas dos profissionais de saúde entrevistados, despertou a atenção o processo gestacional de mulheres lésbicas que, apesar de encontrarem amparo para realização do pré-natal e parto nos equipamentos públicos de saúde, não são atendidas por políticas públicas para o processo de planejamento familiar e técnicas de Reprodução Assistida pelo SUS, sendo um indicativo de um problema maior vivenciado por todas as pessoas LGBT na construção de suas famílias.

Entre os LGBT entrevistados, esteve presente a percepção de que eles são previamente identificados, pelos profissionais de saúde, como portadores do vírus HIV,

sendo esta percepção um estigma ainda persistente na sociedade. Como apontado nas narrativas e percebido entre os dados da literatura, os profissionais de saúde desconhecem as necessidades da população LGBT, não estando preparados para elas. Em vista disso, os profissionais de saúde acabam por negar a existência de barreiras para o acesso à saúde dessa população, a partir de uma perspectiva equivocada de que a igualdade universal no acesso seria suficiente e sinônimo de equidade.

Outra questão presente foi a reclamação feita pelos usuários a respeito da centralização dos serviços do processo transexualizador na capital, pontuando a necessidade da descentralização do serviço, com a possibilidade da oferta da hormonioterapia por endocrinologistas em outras regiões do Estado, através de protocolos que possam ser aplicados e acompanhados, não apenas pelos endocrinologistas lotados no serviço de referência do processo transexualizador.

Destaca-se que, assim como as mulheres lésbicas e bissexuais, os homens gays e bissexuais com “passabilidade” conseguem transitar melhor nos espaços de saúde, entretanto aqueles indivíduos identificados com marcadores sociais estigmatizantes do senso comum acabam por sofrer discriminação nos serviços de saúde, muitas vezes promovidas por outros usuários e alguns integrantes das equipes de saúde. Já as mulheres lésbicas e bissexuais, como também narrado, além do receio de exporem suas sexualidades, elas também enfrentam a ausência da produção de conhecimento e de estratégias de cuidado em saúde eficazes que estejam disponíveis no sistema público de saúde. Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde sejam mais bem capacitados para o atendimento e a oferta de serviços de saúde para a população LGBT. No escopo geral, percebe-se uma necessidade do sistema de saúde se preparar adequadamente para atender a população LGBT, para além das questões relativas ao corpo biológico das pessoas.

Em relação à participação da população LGBT no controle social, destaca-se a necessidade de incentivar a participação nesses espaços de saúde, para que a população LGBT possam levar suas demandas para dentro desses espaços, rompendo barreiras como o receio da quebra de sigilo médico e o medo da discriminação. É preciso reconhecer que os profissionais de saúde, majoritariamente, estão engajados em proteger e evitar situações de desconforto para a população LGBT, porém, carecem de suporte e capacitação para isso. Adicionalmente, nas entrevistas realizadas nesta pesquisa, os profissionais de saúde e os usuários apontaram a preocupação de que as profilaxias PrEP e PEP estejam sendo utilizadas para a realização de sexo desprotegido

frequente, e não ocasional, e que a população LGBT possa estar lançando mão dessas estratégias de prevenção com propósito de praticar sexo de risco conscientemente.

Como um todo, as narrativas revelaram a existência de conflitos éticos não percebíveis enquanto tal, seja pelos profissionais de saúde ou pelos usuários LGBT. Esses conflitos estão presentes em situações não vivenciadas pelo restante da população heteronormativa, mas sim pelo público LGBT em virtude de sua sexualidade e identidade de gênero, e ocorrem como pleitos de justiça, igualdade ou equidade.

Os conflitos éticos existem sempre que a garantia do direito à saúde da população LGBT precisa ser reafirmada e defendida, seja pelo profissional da saúde ou mesmo pelo usuário LGBT, o que não ocorre com a população heteronormativa. Da mesma forma, os conflitos éticos também estão presentes quando não é garantido ao usuário LGBT a igualdade no acesso e no atendimento à saúde da mesma forma que é ofertada as demais pessoas. Ou até mesmo quando, apesar dos LGBT terem seu direito a saúde e a igualdade garantidos, a equidade em saúde para o atendimento das suas demandas se encontra ameaçada, situação que ocorre sempre que suas especificidades e necessidades individuais não são respeitadas.

Por isso, como já exposto, é necessária uma atualização dos códigos de ética profissionais para que eles possam, assim, abarcar questões da prática e do cotidiano não atingidas pelos atuais documentos deontológicos. Assim, poderá ser propiciado aos profissionais de saúde uma reflexão ainda mais crítica sobre as normalizações e patologizações dos indivíduos, que têm como pano de fundo posições conservadoras da sociedade ou mesmo o fundamentalismo religioso, mesmo que baseados em um discurso científicista. Dessa forma a bioética pode auxiliar os profissionais de saúde a melhor compreenderem os contextos sociais em que eles e os usuários LGBT estão inseridos, além de ofertar uma gama de conhecimentos para análise, reflexão, e superação das barreiras e dos obstáculos que constantemente são enfrentados pela população LGBT no acesso e atendimento em saúde.

Pode-se perceber que na última década, não obstante as conquistas em diferentes campos sociais, foi através do Poder Judiciário que os principais avanços das políticas públicas para a população LGBT se transformaram em alicerces de sustentação e manutenção do que já vinha sendo feito pelos poderes executivos em diferentes níveis. As recentes mudanças políticas vivenciadas socialmente, principalmente em relação ao projeto de país escolhido nas urnas na eleição de 2018, puderam demonstrar que o arcabouço de políticas públicas, que vinham sendo construídas desde o Brasil sem

Homofobia (2004) estaria ameaçado, caso as recentes decisões do STF em prol da população LGBT não tivessem sido tomadas, antes que os interesses governamentais tivessem sido alterados.

Como já era temido há muito tempo por alguns autores e militantes do movimento LGBT, políticas como o nome social, o respeito da identidade de gênero e da orientação sexual, a promoção do acesso com equidade à saúde, e até mesmo o direito à terapia hormonal e às cirurgias do processo transexualizador poderiam ter sido revistas, retrocedidas ou até mesmo extinguidas. Adicionalmente, ações voltadas ao combate à epidemia de HIV e AIDS dentro da população LGBT, como a PrEP e a PEP poderiam ter percorrido outros caminhos.

Mesmo considerando todos os entraves existentes, em diferentes graus, de acordo com a percepção demonstrada pelos participantes desse estudo a PNSI LGBT está sendo implementada dentro dos serviços de saúde, no que compete ao eixo do acesso preconizado em seu Plano Operativo. Entretanto, para sua plena efetivação, é preciso aprimorar a comunicação e a divulgação dessa política, tanto para o público LGBT como para os profissionais de saúde. Para isso, são necessárias estratégias capazes de promover e garantir o direito à saúde da população LGBT, rompendo a perspectiva equivocada de que a igualdade universal no acesso seria suficiente e sinônimo de equidade.

Como propostas e na perspectiva de desdobramentos dessa pesquisa, vê-se a necessidade da criação de estratégias infralegais, ou seja, atos normativos secundários que auxiliem os profissionais em relação ao processo de atendimento das demandas da população LGBT, estabelecendo assim diretrizes gerais para o atendimento dessas populações, principalmente com a criação de fluxos e protocolos de encaminhamento do público trans, assim como para a atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais. Faz-se necessário estudos a respeito da pertinência da criação de espaços de promoção de saúde voltados para o público LGBT pois, talvez no que compete a discussão de gênero, sexualidade e cuidado em saúde, possa ser propício um espaço de acolhimento, escuta, e fala dessa população.

Independentemente do arcabouço legal de proteção já garantido, é necessário a implementação de estratégias de melhoria dos sistemas de comunicação, de referência e contrarreferência dos serviços de saúde, para que assim o respeito ao nome social das pessoas travestis e transexuais possa ser garantido. Também são imperativas a ampliação das ações de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, que

devem preferencialmente ser promovidas em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde, CEDS, e pelas organizações de defesa da população LGBT.

Embora reconheça-se a existência de situações de preconceito nas Clínicas da Família, é perceptível que há predisposição dos profissionais de saúde em acolher a população LGBT e superar esse cenário. Nesse sentido, seria propício a criação de estratégias de mobilização e incentivo para que a população LGBT busque ainda mais pelos serviços de saúde, e que promovam o aumento da sua participação nos espaços de promoção de saúde e no controle social. Assim, as demandas do público LGBT poderiam ser evidenciadas e os esforços necessários para atendê-las seriam envidados pelos profissionais de saúde. Em um primeiro momento, haverá resistência pelos mais diferentes motivos, porém, o que se pode observar é que há um conjunto de forças maiores, tanto entre os profissionais de saúde quanto entre os usuários LGBT de superar as barreiras existentes.

Considerando o exposto neste estudo, o histórico de vanguarda do município do Rio de Janeiro na criação de políticas públicas para a população LGBT no Brasil, e aos moldes do já criado *Programa de Atenção Integral à Saúde da População de Transexuais e Travestis na Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*, indica-se aqui a criação do “Programa Municipal de Saúde Integral da População LGBTQIA+” no município do Rio de Janeiro.

A criação desse programa, além de instituir um marco legal, ainda inexistente, da PNSI LGBT na rede municipal de saúde, possibilitaria a ampliação da cobertura da PNSI LGBT para além das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atingindo outros públicos hoje ainda descobertos por essa política, como os *queers*, intersexuais, assexuais e os outros indivíduos que seguem invisibilizados pela sigla “LGBT” presente na política nacional. Dessa forma, o Rio de Janeiro seria novamente pioneiro na promoção da saúde dos públicos que hoje reivindicam, no cenário social, o reconhecimento de suas identidades sexuais e de gênero.

Em outra frente, é necessário que as temáticas de ética, gênero e sexualidade sejam inseridas e mais bem trabalhadas nos currículos de formação dos profissionais de saúde, sejam aqueles formados em nível médio, técnico ou superior, para que assim os novos profissionais formados, ao chegarem no sistema de saúde, também sejam agentes promotores de mudança social e somem-se com aqueles existentes no serviço. Por fim, espera-se que esta Tese possa contribuir com a melhoria da saúde da população LGBT carioca, fluminense e brasileira.

**REFERÊNCIAS**

- ALBUQUERQUE, G. et al. Acesso aos serviços de saúde por lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros: revisão sistemática da literatura. *BMC International Health and Human Rights*, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.
- ALBUQUERQUE, G. et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 98, p. 516-524, 2013.
- ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, n. 14, p. 380-407, 2013.
- ALMEIDA, M. V. Do feminismo a Judith Butler. Conferência, Ciclo “Pensamento Crítico Contemporâneo”, *Le Monde Diplomatique / Fábrica Braço de Prata*, 5 de Abril de 2008. Disponível em: < <https://miguelvaledalmeida.net/wp-content/uploads/2008/05/butler-pensamento-critico1.pdf> > Acesso em: 28/05/2021.
- ABGLT, Associação Brasileira De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Guia de Advocacy no Legislativo para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): Teoria e Ações Práticas nos Níveis Municipal, Estadual e Federal. Curitiba, ABGLT, 2007.
- AYRES J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERENIA D., FREITAS C. M. Promoção da Saúde: conceitos e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção em saúde: modelos e práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 18, sup. 2, p. 11-23, 2009.
- BARAL, S. D. et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*, v. 13, n. 3, p. 214-222, 2013.
- BASTOS, F. I. et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. *Medicine*, v. 97, n. 1 Suppl, 2018.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Princípios de ética biomédica. Edições Loyola, 2002.
- BENTO, B. O que é transexualidade. São Paulo: Brasiliense. 181 p. 2008.
- BENTO, B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2655-2664, 2012.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1.944, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem / Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2.836, Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos 3 [PNDH3]. Brasília: SEDH/PR, 2010.

BRASIL. Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/ape/esus> > Acesso em: 28/05/2021.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4 Rev. Saúde Pública, 2002 supl, ago. 2002.

CANESQUI, A. M. Assistência médica e saúde e reprodução humana. In: *Textos NEPO. Núcleo de Estudos da População*. Nº 13. 163p. Campinas-SP, 1987.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARMONA, A. M.; PRADO, M. A. M. O universal e o particular na política LGBT: tensões e diálogos na esfera pública. *abraps.org.br*. Acesso em, v. 5, n. 08, 2013.

CARRARA, S. Discrimination, policies, and sexual rights in Brazil. *Cadernos de saúde pública*, v. 28, n. 1, p. 184-189, 2012.

CARVALHO, C. S.; CALDERARO, F.; SOUZA, S. J. O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas": (in) visibilidade e direitos. *Revista Psicologia Política*, v. 13, n. 26, p. 111-127, 2013.

CARVALHO, V. A. O acesso à saúde integral da população LGBT e suas famílias: uma revisão integrativa da literatura. Monografia apresentada a Grupo Hospitalar Conceição para obtenção do grau de Especialista núcleo Psicologia ênfase Saúde da Família e Comunidade. Porto Alegre; s.n; 2016.

CESNIK, V. M.; ZERBINI, T. Ações educacionais em sexualidade para profissionais de saúde: uma revisão de literatura. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v. 34, n. 1, p. 161-172, 2017.

CHERPAK, G. L.; SANTOS, F. C. Avaliação da abordagem médica da sexualidade em idosos com dor crônica. *Einstein*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 178-184, 2016.

CHILDRESS, J. F. A principle-based approach. In: *A companion to Bioethics*. Ed. KUHSE, Helga; SINGER, Peter. Blackwell Publishing Ltd., Oxford: 1998.

CONDE, M. C. F. O Movimento Homossexual Brasileiro, sua trajetória e seu papel na ampliação do exercício da cidadania. Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás: UFG, 2004. 173.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução N° 175, Dispõe sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, entre pessoas de mesmo sexo. DJE/CNJ n° 89/2013, de 15/05/2013, p. 2. Disponível em: < <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/1754> >. Acesso em 20/05/2021.

CORRÊA, M. C. D. V. ARÁN, M. Tecnologia e normas de gênero: contribuições para o debate da bioética feminista. *Revista Bioética*, 16 (2): 191 – 206. 2008.

CORRÊA-RIBEIRO, R.; IGLESIAS, F.; CAMARGOS, E. F. O que médicos sabem sobre a homossexualidade? Tradução e adaptação do Knowledge about Homosexuality Questionnaire. *Einstein (São Paulo)*, v. 16, n. 3. 2018.

COSTA, A. B. et al. HIV-related healthcare needs and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *AIDS and Behavior*, v. 22, n. 8, p. 2534-2542, 2018.

COSTA, E. M. F.; MENDONÇA, B. B. Clinical management of transsexual subjects. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 58, n. 2, p. 188-196, 2014.

DAHL, R. Sobre a democracia. Brasília: Editora UNB, 2001.

DE MARTINO JANNUZZI, P. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. *Revista de Administração Pública*, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002.

DULLIUS, W. R.; MARTINS, L. B.; CESNIK, V. M. Systematic review on health care professionals' competencies in the care of LGBT+ individuals. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v. 36, p. e180171, 2019.

FARAH, M. F. S. Gênero e Políticas Públicas. *Revista: Estudos Feministas*. Florianópolis, UFSC, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, n. 09. 2009.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: a vontade de saber [tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque]. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 152 p. 2001.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza da Costa e J. A. Guilhon Albuquerque. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FRANÇA, A. N. M. Movimentos Sociais e o Programa Rio Sem Homofobia: uma trajetória de luta por políticas públicas e o reconhecimento da cidadania LGBT no Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas em Direitos Humanos – NEPPDH –, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018. 155 f.

FRANCO, L. N. Políticas públicas no Brasil voltadas para a população LGBT: reflexos que o Movimento enfrenta com relação à sociedade civil. 2017. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Relações Internacionais) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

FRANKLIN, T. A. et al. Bioética da proteção na acessibilidade à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. *Rev. enferm. UFPE on line*, v. 10, n. 9, p. 3483-3488. 2016.

FREIRE, E. C. et al. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros. *Saúde em debate*, v. 37, p. 477-484, 2013.

GIONGO, C. R.; MENEGOTTO, L. M. O.; PETERS, S. Travestis e Transexuais Profissionais do Sexo: Implicações da Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 32, n. 4, p. 1000-10013. 2012

GOMES, R. NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de saúde pública*, v. 23, p. 565-574, 2007.

GRAU, J. M. La patologización de la transexualidad: un mecanismo legitimador de nuestro sistema dual de género. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, n. 18 (1), p. 65-79, 2013.

GRINSZTEJN, B. et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *The lancet HIV*, v. 4, n. 4, p. e169-e176, 2017.

HEILBORN, M. L. De que gênero estamos falando?. *Sexualidade, Gênero e Sociedade*, ano 1, n. 2, CEPESC/IMS/UERJ. 1994.

HOAGLAND, B. et al. High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV Infection: the PrEP Brasil demonstration project. *Journal of the International AIDS Society*, v. 20, n. 1, p. 21472, 2017.

JALIL, E. M. et al. HIV testing and the care continuum among transgender women: population estimates from Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of the International AIDS Society*, v. 20, n. 1, p. 21873, 2017.

LAMBLET, L. C. R.; DA SILVA, R. J. C. Prevalence and types of rectal douches used for anal intercourse among men who have sex with men in Brazil. *BMJ Open*, v. 7, n. 5, 2017.

LAQUEUR, T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 374 p. 2001.

LAURENTINO, A. C. N. Políticas públicas de saúde para população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ). – Rio de Janeiro-RJ, 2015.

LEITE JR., J. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias “travesti e “transexual” no discurso científico*. 1ª ed. São Paulo: Annablume/FAPESP. 240 p. 2011.

LOPES A. D.; LICHTENSTEIN, A. Willian Osler. *Rev Med. São Paulo*, v. 86, n. 3, p. 185-188, 2007.

MATTA, G. C. *Universalidade. Separata de: Dicionário da educação profissional em saúde. Atenção Primária à Saúde*, 2009.

MEIRELLES, A. D. C. *Programa Rio Sem Homofobia: Análise da parceria inédita entre o governo e a militância LGBT fluminense*. Monografia de conclusão do curso de Graduação em Comunicação Social/ Jornalismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Rio de Janeiro, 2012

MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex., salud soc. (Rio J.)*, n. 9, p. 7-28, 2011/12 2011.

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

MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Sociedade e Estado*, v. 27, n. 2, p. 289-312, 2012.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MONTENEGRO, L. A. A. Travestis e mulheres transexuais: aspectos epidemiológicos, sociais e políticos na forma de andar a vida. 2019. 123 f. Tese de Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

MORETTO, R. A.; MANSUR, O. F. C.; ARAÚJO JÚNIOR, J. Humanismo e tecnicismo na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 22, n. 4, p. 19-25, 1998.

MOTTA, J. I. J. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 73-86, 2016.

NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. 1, p. 112-121, 2015.

OLIVEIRA, A. D. S.; NERY, I. S.. Mulheres que fazem sexo com mulheres: atitudes e práticas sobre prevenção ao HIV/AIDS. *Rev. enferm. UFPI*, p. 10-17, 2016.

OSIS, M. J. M. D. Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP. 1994.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32. 1998.

PAZ, D.; AMAZONAS, M. C. L. DE A.; MEDRADO, B. Revisão da Literatura Sobre Homofobia: Escolhas, Argumentos e Exercício Reflexivo em Pesquisa. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 40, n. Psicol. cienc. prof., 2020 40, 2020.

PELÚCIO, L. Eu me cuido, mona: saúde, gênero e corporalidade entre travestis que se prostituem. Seminário Homofobia, Identidades e Cidadania GLBTTT. Universidade Federal de Santa Catarina, 5 e 6 de setembro, 2007.

PEREIRA, E. O. et al. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos?. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. ág. 51-67, 2017.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. L. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PEREIRA, M. M. Da saúde pública à homofobia: spillover e as transformações nas reivindicações do movimento LGBT em interações com o Estado. *Revista Psicologia Política*, v. 17, n. 38, p. 141-165, 2017.

PETRY, A. R. Mulheres transexuais e o Processo Transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. 2, p. 70-75, 2015.

PINTO, T. P. et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00113316, 2017.

PIRES, B. G.; LAURENTINO, A. C. N.; SILVA, C. N. (org.). ALIANÇA NACIONAL LGBTI+. Mapeamento de Políticas Públicas LGBTI+ no Estado do Rio de Janeiro. Relatório Final da Pesquisa de Mapeamento do Projeto Observatório de Políticas Públicas LGBTI+ no Estado do Rio de Janeiro/Aliança Nacional LGBTI+ & Grupo Arco-Íris de Cidadania LGBT, 2021. 192p.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1509-1520, 2017.

PRADO, E. A. J.; SOUSA, M. F. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. ág. 69-80, 2017.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Yogyakarta, Indonésia. 39 p. 2006. Disponível em: < [www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf) > Acesso em: 28/05/2021.

REIS, T. (org.). Manual de Comunicação LGBTI+. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI/GayLatino, 2018.

RIO DE JANEIRO. Guia da Diversidade LGBT: saúde, atendimento e legislação. Coordenadoria Especial de Diversidade Sexual e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9492017/4238301/GuiadaDiversidade.pdf> Acesso em: 28/05/2021.

ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2517-2526, 2016.

ROHEN, F. A obsessão da medicina com a questão da diferença entre os sexos. In.: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARRARA, Sérgio (org.). Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 183-196

RUBIN, G. S. O Tráfico de Mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo. Recife: SOS Corpo. 1993.

RUFINO, A. C. et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, p. e2017499, 2018.

RUSSO, J. A. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. Separata de: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARRARA, Sérgio (org). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 95-114.

SAFFIOTI, H. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A.O. & BRUSCHINI, C. (orgs.). *Uma questão de gênero*. São Paulo/Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1992.

SAMPAIO, J. V.; GERMANO, I. M. P. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 290-300, 2014.

SANTOS, A. R. et al. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGTB. *Revista Bioética*, v. 23, n. 2, p. 400-408, 2015.

SCOTT, J. W.. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Revista Educação e Realidade*. Vol. 16, n. 2, p. 71-99. 1995.

SEHNEM, G. D. et al. (Des) preparo técnico-científico para o cuidado às travestis: percepções de enfermeiras (os). *Rev. enferm. UFSM*, p. 1-12, 2017.

SILVA, C. G.; PAIVA, V.; PARKER, R. Juventude religiosa e homossexualidade: desafios para a promoção da saúde e de direitos sexuais. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, p. 103-117, 2013.

SILVA, G. W. S. et al. Diversidade sexual e homofobia: o conhecimento de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, p. 3725-3739, 2016.

SILVA, Jonatan W. S. B. et al. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. *Espaço. saúde (Online)*, p. 140-149, 2017.

SILVA, Joseane B. F. et al. Evolução histórica das políticas públicas para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no estado da Paraíba. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 1096-1102, 2017.

SILVA-SANTISTEBAN, A. et al. HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges. *Journal of the International AIDS Society*, v. 19, p. 20799, 2016.

SIMPSON, K. *Transexualidade e Travestilidade na Saúde in Brasil*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à gestão Participativa. *Transexualidade e Travestilidade na Saúde/ Ministério da Saúde*.

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SINGER, P. *Ética Prática*. Tradução: Álvaro Augusto Fernandes. Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. Sociedade Portuguesa de Filosofia. Ed. Gravidica Publicações LTDA. Lisboa, 2000.

SOLL, B. M. et al. Gender incongruence: a comparative study using ICD-10 and DSM-5 diagnostic criteria. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 40, p. 174-180, 2017.

SOUSA, D.; IRIART, J. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. e00036318, 2018.

SOUSA, P. J.; FERREIRA, L. O. C.; SÁ, J. B. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2239-2251, 2013.

SOUZA, M. H. T. et al. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 2277-2286, 2014.

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

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.275. Plenário, Decisão Disctrito Federal: STF, 1 março 2018. Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15339649246&ext=.pdf> >. Acesso em 20/05/2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.277. Plenário, Decisão Disctrito Federal: STF, 5 maio 2011. Disponível em: < <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=628635> >. Acesso em 20/05/2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.543. Plenário, Decisão Disctrito Federal: STF, 11 maio 2020. Disponível em: < <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=753608126> >. Acesso em 20/05/2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão nº 26. Plenário, Decisão Disctrito Federal: STF, 13 junho 2019. Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344606459&ext=.pdf> >. Acesso em 20/05/2021.

TAQUETTE, S. R. et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, p. 1717-1725, 2005.

TAQUETTE, S. R. *Homossexualidade e adolescência sob a ótica da saúde*. EdUERJ, 2015.

TAQUETTE, S. R.; BORGES, Luciana. Pesquisa qualitativa para todos. Editora Vozes, 2021.

TEDESCO, S.; LIBERMAN, F. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade?. O Mundo da Saúde, v. 32, n. 2, p. 254-260, 2008.

VELOSO, V. G.; MESQUITA, F.; GRINSZTEJN, B. Pre-exposure prophylaxis for men and transgender women who have sex with men in Brazil: opportunities and challenges. Journal of the International AIDS Society, v. 18, p. 20010, 2015.

VENTURA, M. Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios. Saúde e Direitos Humanos, p. 87-100, 2010

VITULE, C.; MACHIN, R.; COUTO, M. T. Práticas reprodutivas lésbicas: reflexões sobre genética e saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 4031-4040, 2017.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G.L. (org.). O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica. 127 p. 1999.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TCLE – Profissionais de Saúde



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz




---

Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e  
Saúde Coletiva - PPGBIOS

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado para fazer parte do projeto de pesquisa “Análise do processo e dos conflitos éticos na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro”, sob a responsabilidade do pesquisador Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino, doutorando do Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ, Fiocruz, UERJ, UFF), orientado pela Profa. Dra. Stella Regina Taquette.

Esta pesquisa pretende analisar o processo de implementação, e os conflitos éticos envolvidos, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro-RJ, para isso será realizada revisão sistemática da bibliografia acadêmica e institucional sobre o tema, além de entrevistas com profissionais, gestores, e usuários LGBT dos serviços de saúde pública no município do Rio de Janeiro. Você está sendo convidado a participar por compor o grupo "Profissionais de Saúde" lotado em pelo menos uma equipe da atenção básica e especializada de equipamentos públicos, de cada uma das dez Áreas Programáticas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Sua participação é voluntária, não remunerada, não implicará em gastos pessoais e se dará por meio de entrevista. Ressaltamos que a presente pesquisa e sua participação não apresentam riscos significativos, entretanto é possível a recordação de situações agradáveis e/ou desagradáveis no atendimento público. Se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração por sua participação, e caso ocorram, eventuais despesas poderão ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa. O pesquisador responsável compromete-se a tornar público os resultados analisados da pesquisa, inclusive de forma consolidada, nos meios acadêmicos e científicos, sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes, e qualquer identificação será alterada para preservar seu sigilo, porém, dependendo de qual lugar hierárquico e/ou função que ocupe, não poderemos garantir que sua identificação não seja deduzida ou revelada por leitores, posteriormente ao término do trabalho.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço institucional do IMS/UERJ, localizado na Rua São Francisco Xavier, 524, Bloco E, 7º andar, Maracanã, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20550-013; pelo correio eletrônico: [cezarnogueira@hotmail.com](mailto:cezarnogueira@hotmail.com); pelos telefones: (21) 98366-4935 / 92000-3356; ou ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa do IMS/UERJ, localizado no mesmo endereço do IMS/UERJ acima, na sala 7003, ou pelo e-mail: [cep.ims.uerj@gmail.com](mailto:cep.ims.uerj@gmail.com) ou telefone: (21) 2334-0235 r. 211; ou o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, sala 401, Centro do Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20031-040; telefone 2215-1485, e-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br).

#### Consentimento Pós-informação

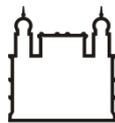
Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo e assino este TCLE em duas vias de igual teor, sendo uma delas minha e a outra do pesquisador.

Assinatura do participante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável

## APÊNDICE B - TCLE – Gestores



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**

**uff**  
 Universidade  
 Federal  
 Fluminense



Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e  
 Saúde Coletiva - PPGBIOS

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado para fazer parte do projeto de pesquisa “Análise do processo e dos conflitos éticos na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro”, sob a responsabilidade do pesquisador Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino, doutorando do Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ, Fiocruz, UERJ, UFF), orientado pela Profa. Dra. Stella Regina Taquette.

Esta pesquisa pretende analisar o processo de implementação, e os conflitos éticos envolvidos, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro-RJ, para isso será realizada revisão sistemática da bibliografia acadêmica e institucional sobre o tema, além de entrevistas com profissionais, gestores, e usuários LGBT dos serviços de saúde pública no município do Rio de Janeiro. Você está sendo convidado a participar por compor o grupo "Gestores" responsável por pelo menos um equipamento público da atenção básica e/ou especializada, de cada uma das dez Áreas Programáticas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Sua participação é voluntária, não remunerada, não implicará em gastos pessoais e se dará por meio de entrevista. Ressaltamos que a presente pesquisa e sua participação não apresentam riscos significativos, entretanto é possível a recordação de situações agradáveis e/ou desagradáveis no atendimento público. Se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração por sua participação, e caso ocorram, eventuais despesas poderão ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa. O pesquisador responsável compromete-se a tornar público os resultados analisados da pesquisa, inclusive de forma consolidada, nos meios acadêmicos e científicos, sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes, e qualquer identificação será alterada para preservar seu sigilo, porém, dependendo de qual lugar hierárquico e/ou função que ocupe, não poderemos garantir que sua identificação não seja deduzida ou revelada por leitores, posteriormente ao término do trabalho.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço institucional do IMS/UERJ, localizado na Rua São Francisco Xavier, 524, Bloco E, 7º andar, Maracanã, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20550-013; pelo correio eletrônico: [cezarnogueira@hotmail.com](mailto:cezarnogueira@hotmail.com); pelos telefones: (21) 98366-4935 / 92000-3356; ou ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa do IMS/UERJ, localizado no mesmo endereço do IMS/UERJ acima, na sala 7003, ou pelo e-mail: [cep.ims.uerj@gmail.com](mailto:cep.ims.uerj@gmail.com) ou telefone: (21) 2334-0235 r. 211; ou o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, sala 401, Centro do Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20031-040; telefone 2215-1485, e-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br).

#### Consentimento Pós-informação

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado. Diante do exposto, expressei minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo e assino este TCLE em duas vias de igual teor, sendo uma delas minha e a outra do pesquisador.

Assinatura do participante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável

## APÊNDICE C - TCLE – Usuários



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva - PPGBIOS

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado para fazer parte do projeto de pesquisa “Análise do processo e dos conflitos éticos na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro”, sob a responsabilidade do pesquisador Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino, doutorando do Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ, Fiocruz, UERJ, UFF), orientado pela Profa. Dra. Stella Regina Taquette.

Esta pesquisa pretende analisar o processo de implementação, e os conflitos éticos envolvidos, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro-RJ, para isso será realizada revisão sistemática da bibliografia acadêmica e institucional sobre o tema, além de entrevistas com profissionais, gestores, e usuários LGBT dos serviços de saúde pública no município do Rio de Janeiro. Você está sendo convidado a participar por compor o grupo "Usuários", neste grupo serão entrevistados usuários dos equipamentos públicos de saúde que não sejam liderança ou militante do Movimento LGBT organizado, e se autoidentifiquem como lésbica, gay, bissexual, travesti, ou transexual, que serão abordados de forma aleatória em locais de frequência da população LGBT.

Sua participação é voluntária, não remunerada, não implicará em gastos pessoais e se dará por meio de entrevista. Ressaltamos que a presente pesquisa e sua participação não apresentam riscos significativos, entretanto é possível a recordação de situações agradáveis e/ou desagradáveis no atendimento público. Se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração por sua participação, e caso ocorram, eventuais despesas poderão ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa. O pesquisador responsável compromete-se a tornar público os resultados analisados da pesquisa, inclusive de forma consolidada, nos meios acadêmicos e científicos, sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes, e qualquer identificação será alterada para preservar seu sigilo, porém, dependendo de qual lugar hierárquico e/ou função que ocupe, não poderemos garantir que sua identificação não seja deduzida ou revelada por leitores, posteriormente ao término do trabalho.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço institucional do IMS/UERJ, localizado na Rua São Francisco Xavier, 524, Bloco E, 7º andar, Maracanã, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20550-013; pelo correio eletrônico: [cezarnogueira@hotmail.com](mailto:cezarnogueira@hotmail.com); pelos telefones: (21) 98366-4935 / 92000-3356; ou ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa do IMS/UERJ, localizado no mesmo endereço do IMS/UERJ acima, na sala 7003, ou pelo e-mail: [cep.ims.uerj@gmail.com](mailto:cep.ims.uerj@gmail.com) ou telefone: (21) 2334-0235 r. 211; ou o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, sala 401, Centro do Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20031-040; telefone 2215-1485, e-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br).

### Consentimento Pós-informação

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado. Diante do exposto, expressei minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo e assino este TCLE em duas vias de igual teor, sendo uma delas minha e a outra do pesquisador.

Assinatura do participante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável

**APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista com Profissionais de Saúde**

Com relação ao Eixo de Acesso da política:

- a. O que você pensa sobre o acesso dos LGBT aos serviços de saúde do SUS?
- b. Quais são as ações, atividades ou programas realizados para o atendimento da população LGBT?
- c. Como é a participação dos LGBT no controle social e nos conselhos/conferências de saúde do local que você trabalha?

Durante o atendimento dos usuários LGBT:

- d. Conhecer a orientação/expressão sexual influencia no atendimento do usuário?
- e. Qual a importância de se conhecer a identidade de gênero do usuário para o atendimento na saúde?
- f. Quais as principais demandas/queixas de saúde dos usuários LGBT?
- g. O que poderia ser feito para atender às demandas/queixas de saúde desses usuários?

## APÊNDICE E - Roteiro de Entrevista com Gestores de Equipamentos Públicos de Saúde

Com relação ao Eixo de Acesso da política:

- a. O que você pensa sobre o acesso dos LGBT aos serviços de saúde do SUS?
- b. Quais são as ações, atividades ou programas realizados para o atendimento da população LGBT?
- c. Como é a participação dos LGBT no controle social e nos conselhos/conferências de saúde do local que você trabalha?

Durante o atendimento dos usuários LGBT:

- d. Conhecer a orientação/expressão sexual influencia no atendimento do usuário?
- e. Qual a importância de se conhecer a identidade de gênero do usuário para o atendimento na saúde?
- f. Quais as principais demandas/queixas de saúde dos usuários LGBT?
- g. O que poderia ser feito para atender às demandas/queixas de saúde desses usuários?

**APÊNDICE F** - Roteiro de Entrevista com Usuários LGBT dos equipamentos de saúde

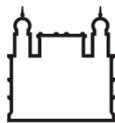
Com relação ao Eixo de Acesso da política:

- a. O que você pensa sobre o acesso dos LGBT aos serviços de saúde do SUS?
- b. Quais são as ações, atividades ou programas realizados para o atendimento da população LGBT?
- c. Como é a participação dos LGBT no controle social e nos conselhos/conferências de saúde?

Durante o atendimento dos usuários LGBT:

- d. Conhecer a orientação/expressão sexual influencia no atendimento do usuário?
- e. Qual a importância de se conhecer a identidade de gênero do usuário para o atendimento na saúde?
- f. Quais as principais demandas/queixas de saúde dos usuários LGBT?
- g. O que poderia ser feito para atender às demandas/queixas de saúde desses usuários?

## APÊNDICE G - Formulário de Perfil de Profissional de Saúde



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**

**uff**  
 Universidade  
 Federal  
 Fluminense




---

Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e  
 Saúde Coletiva – PPGBIOS

Projeto de pesquisa “Análise do processo e dos conflitos éticos na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro”

Formulário de Perfil de Profissional de Saúde

Entrevista \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Qual a sua formação Acadêmica/Graduação?

\_\_\_\_\_ / Ano de formação: \_\_\_\_\_ / Instituição: \_\_\_\_\_

Você possui alguma Pós-graduação?

Não       Especialização/Residência       Mestrado       Doutorado

Qual: \_\_\_\_\_ /

Ano de formação: \_\_\_\_\_ / Instituição: \_\_\_\_\_

Qual Bairro da Cidade do Rio de Janeiro fica a unidade de saúde que você trabalha?

\_\_\_\_\_ Há quanto tempo você trabalha aqui?: \_\_\_\_\_

Em qual região da cidade esse bairro fica?

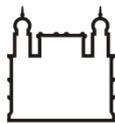
Zona Norte     Zona Oeste     Zona Sul     Centro

Você já recebeu alguma formação ou capacitação sobre a temática LGBT?

Não       Sim

Caso sim, por qual instituição?: \_\_\_\_\_ e em que ano?: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE H - Formulário de Perfil de Gestor(a)



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**




---

Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e  
 Saúde Coletiva – PPGBIOS

Projeto de pesquisa “Análise do processo e dos conflitos éticos na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro”

Formulário de Perfil de Gestor (a)

Entrevista \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Qual a sua formação Acadêmica/Graduação?

\_\_\_\_\_ / Ano de formação: \_\_\_\_\_ / Instituição: \_\_\_\_\_

Você possui alguma Pós-graduação?

Não     Especialização/Residência     Mestrado     Doutorado

Qual: \_\_\_\_\_ /

Ano de formação: \_\_\_\_\_ / Instituição: \_\_\_\_\_

Qual Bairro da Cidade do Rio de Janeiro fica a unidade de saúde que você trabalha?

\_\_\_\_\_ Há quanto tempo você trabalha aqui?: \_\_\_\_\_

Em qual região da cidade esse bairro fica?

Zona Norte     Zona Oeste     Zona Sul     Centro

Você já recebeu alguma formação ou capacitação sobre a temática LGBT?

Não     Sim

Caso sim, por qual instituição?: \_\_\_\_\_ e em que ano?: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE I - Formulário de Perfil de Usuário



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**




---

Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e  
 Saúde Coletiva – PPGBIOS

PROJETO DE PESQUISA “ANÁLISE DO PROCESSO E DOS CONFLITOS ÉTICOS NA  
 IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT NO MUNICÍPIO  
 DO RIO DE JANEIRO”

FORMULÁRIO DE PERFIL DE USUÁRIO

ENTREVISTA

\_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENTRE OS SEGMENTOS ABAIXO, COMO VOCÊ SE IDENTIFICA?

- ( ) GAY                      ( ) LÉSBICA    ( ) BISEXUAL ( ) TRAVESTI   ( ) TRANSEXUAL  
 ( ) OUTRO, QUAL: \_\_\_\_\_

QUAL BAIRRO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO VOCÊ MORA?

\_\_\_\_\_

EM QUAL REGIÃO DA CIDADE ELE FICA?

- ( ) ZONA NORTE        ( ) ZONA OESTE        ( ) ZONA SUL    ( ) CENTRO

COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO EM SAÚDE VOCÊ É:

- ( ) USUÁRIO DO SUS APENAS  
 ( ) USUÁRIO DO SUS E POSSUI/USA PLANO DE SAÚDE  
 ( ) USUÁRIO DO SUS E DE ATENDIMENTO PARTICULAR/PRIVADO  
 ( ) USUÁRIO DE PLANO DE SAÚDE APENAS  
 ( ) USUÁRIO DE ATENDIMENTO PARTICULAR/PRIVADO

DE 2012 ATÉ HOJE, QUANTAS VEZES VOCÊ PROCUROU ALGUM ATENDIMENTO EM  
 SAÚDE?

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE J - Modelo de Carta de Anuência**

(CABEÇALHO)

Nome e logo da Instituição onde será realizada a pesquisa, ou seja, instituição que concedeu a anuência para realização do estudo em suas dependências.

**Carta de Anuência  
DECLARAÇÃO**

Eu “**NOME DO RESPONSÁVEL**”, na qualidade de responsável pelo(a) “**NOME DA INSTITUIÇÃO**”, autorizo a realização, nas dependências desta instituição, da pesquisa intitulada “**Análise do processo e dos conflitos éticos na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município do Rio de Janeiro**”, sob a responsabilidade do pesquisador **Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino**, doutorando do Programa em Associação de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ, Fiocruz, UERJ, UFF), orientado pela **Profa. Dra. Stella Regina Taquette**; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética do “Instituto de Medicina Social, da Universidade Estadual do Rio De Janeiro” para a referida pesquisa.

Local, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**ASSINATURA** \_\_\_\_\_  
(carimbo da Instituição)

**IMPORTANTE!!!** A carta de anuência ou declaração de concordância das instituições participantes e coparticipantes (locais onde será realizada a pesquisa) devem apresentar nome completo e legível, assinatura, e carimbo do responsável técnico qualificado ou do gestor responsável pela instituição.

**APÊNDICE K** - Formulário de análise/registo de artigos

(REVISÃO BIBLIOGRÁFICA)

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT

1- QUAL É A REVISTA E O ANO DA PUBLICAÇÃO?

2- PALAVRAS-CHAVES DO ARTIGO;

3- SOBRE O QUE É O ARTIGO, QUAL O OBJETO/OBJETIVO?

4- QUEM É O PÚBLICO INVESTIGADO?

5- QUE TIPO DE METODOLOGIA É USADA (QUALI, QUANTI, OU OS DOIS)?

6- QUAIS E COMO, OS PRINCIPAIS TERMOS LGBT SÃO ABORDADOS (GÊNERO; SEXUALIDADE; ORIENTAÇÃO SEXUAL; DESPATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE; LGBTFOBIA; PRECONCEITO INSTITUCIONALIZADO; “PASSABILIDADE”)?

7- COMO O ARTIGO CARACTERIZA A SAÚDE LGBT, QUAIS CONCEITOS USA?

8- CITA A PNSI LGBT E COMO A RELACIONA;

9- QUE TIPOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS SÃO RELATADOS?

10- QUAIS OS PRINCIPAIS AGRAVOS DE SAÚDE SÃO RELATADOS, E EM QUAL PÚBLICO?

11- QUAIS AS SOLUÇÕES PROPOSTAS?

12- QUAIS AS NUANCES ESPECÍFICAS DE CADA ARTIGO?

## APÊNDICE L – Códigos de descrição para análises das entrevistas

Tese Doutorado

Emitido por cezarnogueira



### Códigos Árvore

Nome	Fontes	Refs
Acesso ao serviço de saúde	0	0
Acesso/utilização do serviço de saúde	15	17
Percepções a respeito do acesso	71	137
Vínculo com o profissional de saúde	28	57
Nome social	47	96
Representação LGBT no serviço de saúde	4	5
Estigma, medo, preconceito	44	100
Participação social	60	76
Atendimento à saúde da população LGBT	0	0
Atendimento e a Orientação Sexual	10	10
Importância da Orientação Sexual	31	41
Indiferença da Orientação Sexual	40	51
Atendimento e a Identidade de Gênero	16	17
Visibilidade das pessoas Trans	36	51
Invisibilidade das pessoas Trans	23	25
Demandas por serviços, exames, procedimentos	31	45
Descentralização de serviços/atendimento	22	33
Demandas específicas de cada segmento	36	56
Saúde LGBT relacionada à IST/HIV/Aids	55	111
Conflitos éticos percebidos	0	0
Direito à saúde/justiça	11	21
Princípio da igualdade	26	30
Princípio da equidade	7	10
Propostas	0	0
Voluntarismo vs estratégias coordenadas de Governo	16	19
Capacitação profissional	26	35
Desenvolvimento/melhoria da Política	10	11
Outras	41	50
Percepção da Política LGBT	57	89

**ANEXOS****ANEXO A - Portaria nº 2.836. Institui Política Nacional de Saúde Integral LGBT<sup>38</sup>**

**Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro**

**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).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o direito à saúde garantido no art. 196 da Constituição Federal;

Considerando o Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, especialmente o disposto no art. 13, que assegura ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS;

Considerando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2009;

Considerando o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT, da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR), que apresenta as diretrizes para a elaboração de políticas públicas;

Considerando as determinações da 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008) acerca da inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde;

Considerando a diretriz do governo federal de reduzir as desigualdades sociais por meio da formulação e implantação de políticas e ações pertinentes;

Considerando a prioridade na implantação de políticas de promoção da equidade, garantidas no Plano Plurianual (PPA) e nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde;

---

<sup>38</sup> Adaptado da publicação: 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)

Considerando a necessidade de promover a articulação entre as ações dos diversos órgãos do Ministério da Saúde e das demais instâncias do Sistema Único de Saúde, na promoção de ações e serviços de saúde voltados à população LGBT;

Considerando que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;

Considerando que o desenvolvimento social é condição imprescindível para a conquista da saúde;

Considerando que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde;

Considerando que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias direcionadas à população LGBT (lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia) devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

Considerando a existência de dados que revelam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais;

Considerando a necessidade de atenção especial à saúde mental da população LGBT;

Considerando a necessidade de ampliação do acesso ao Processo Transexualizador, já instituído no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de ampliação das ações e serviços de saúde especificamente destinados a atender às peculiaridades da população LGBT; e

Considerando a necessidade de fomento às ações de saúde que visem à superação do preconceito e da discriminação, por meio da mudança de valores, baseada no respeito às diferenças, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos:

I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;

- VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;
- IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;
- X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;
- XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;
- XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;
- XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;
- XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;
- XV - buscar no âmbito da saúde complementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;
- XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;
- XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;
- XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;
- XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;
- XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;
- XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;
- XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;
- XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e
- XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT.

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

- I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

- II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;
- III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;
- IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;
- V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;
- VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;
- VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;
- VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e
- IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social.

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde:

- I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Estados e Municípios;
- II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social;
- IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT;
- V - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio;
- VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS;
- VIII - elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais;
- IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS;
- X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância

em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS;

XI - promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos;

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

XIII - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e

XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde.

Art. 5º Compete aos Estados:

I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual;

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos Municípios;

IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs);

V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos Estados e Municípios;

VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VIII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

IX - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e

X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde.

Art. 6º Compete aos Municípios:

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;

III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos.

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos Estados e Municípios.

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Alexandre Rocha Santos Padilha  
Ministro da Saúde

**ANEXO B** - Resolução nº 2. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da PNSI LGBT, no âmbito do Sistema Único de Saúde<sup>39</sup>



**Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro  
Comissão Intergestores Tripartite**

**RESOLUÇÃO Nº 2, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2011**

Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e os arts. 30, inciso I, e 32, inciso I, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e

Considerando a prioridade na implantação de políticas de promoção da equidade, garantidas no Plano Plurianual (PPA) e nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o qual dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, em especial o disposto no art. 13, que assegura ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.836/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do SUS (Política Nacional de Saúde Integral LGBT); e

Considerando a deliberação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 24 de novembro de 2011, resolve:

Art. 1º Esta Resolução institui o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do SUS, com o objetivo de apresentar estratégias para as gestões federal, estadual, distrital e municipal do SUS no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, com foco na população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Art. 2º O Plano Operativo de que trata o art. 1º é estruturado em 04 (quatro) eixos estratégicos:

I - acesso da população LGBT à atenção integral à saúde;

II - ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT;

III - educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; e

IV - monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

---

<sup>39</sup> Adaptado da Resolução CIT/MS nº 2, de 6 de dezembro de 2011.  
Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0002\\_06\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0002_06_12_2011.html)

Art. 3º Os eixos estratégicos definidos no art. 2º desta Resolução serão observados na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população LGBT.

Art. 4º A operacionalização do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT será norteadada pela articulação intra e intersetorial e pela transversalidade no desenvolvimento de políticas públicas e da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Art. 5º No âmbito do Ministério da Saúde, caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular-se com os demais órgãos e entidades governamentais para elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação do Plano Operativo de que trata esta Resolução.

Art. 6º Compete à gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - definir estratégias e plano de ação para implementação do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual e conduzir a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

II - promover a inclusão do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Estadual de Saúde e no respectivo Plano Plurianual (PPA).

Art. 7º Compete à gestão municipal do SUS:

I - definir estratégias e plano de ação para implementação do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito municipal; e

II - promover a inclusão do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais.

Art. 8º À gestão distrital do SUS compete os direitos e obrigações reservadas às gestões estadual e municipal do SUS.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA  
Ministro de Estado da Saúde

BEATRIZ DOBASHI  
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ANTONIO CARLOS FIGUEREDO NARDI  
Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

## ANEXO C - Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT<sup>40</sup>

Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT 2012/2015. Em conformidade à Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011 da Comissão Intergestores Tripartite.

O Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem como objetivo apresentar estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

A operacionalização deste plano se norteia pela articulação intra e intersetorial e a transversalidade no desenvolvimento de políticas públicas e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

A Política define os princípios, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional. Portanto, trata-se de uma política transversal com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo e, na qual a articulação com as demais políticas do Ministério da Saúde se torna imprescindível.

Devem ser considerados os seguintes conceitos para orientar o desenvolvimento deste plano:

**Região de Saúde:** espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508/2011).

**Mapa da Saúde:** Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (Decreto nº 7.508/2011).

Portanto, o plano insere-se na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, considerando que a integralidade das ações depende da atuação de equipes interdisciplinares, prestando serviços de forma contínua às pessoas no seu contexto e atuando na qualidade de vida, na promoção da saúde, na prevenção, vigilância em saúde, na atenção básica e atenção especializada, incluindo, as ações de urgências e emergências.

As estratégias operacionais, ações e metas contidas neste Plano estão em consonância com o Plano Plurianual (PPA) 2012–2015 e visam cumprir os seguintes objetivos:

- Garantir e ampliar o acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais às ações e aos serviços de saúde com qualidade;
- Incluir os temas orientação sexual e identidade de gênero nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;
- Ampliar a participação das representações destas populações nos conselhos estaduais e municipais de saúde e em outros espaços de gestão participativa;
- Identificar, combater e prevenir situações de preconceito, discriminação, violência e exclusão nos serviços de saúde;

---

<sup>40</sup> Adaptado da publicação: 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)

- Garantir a utilização dos quesitos orientação sexual e identidade de gênero na produção de informações para a definição de prioridades e tomada de decisão;
- Identificar as necessidades de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades.

O Plano Operativo encontra-se estruturado em quatro eixos estratégicos e incluem ações que incidem sobre os diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade social em saúde que acometem a população LGBT, são eles:

#### Eixo 1: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde

Este eixo trata da adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a promoção de equidade em saúde de grupos em condições de vulnerabilidade; instituição de espaços de promoção de equidade em saúde; produção de informação e comunicação em saúde; desenvolvimento de estratégias voltadas para a implementação de ações intersetoriais, com interfaces nas questões de saúde desta população, por meio da articulação com os órgãos cor-responsáveis; estímulo à participação do movimento social LGBT nos conselhos e conferências de saúde, respeitando-se a Lei nº 8.142/90; aperfeiçoamento dos sistemas de informação, inserindo os quesitos orientação sexual e identidade de gênero e a realização de estudos e pesquisas sobre a situação de saúde dessa população; enfrentamento do preconceito e da discriminação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos serviços de saúde; garantia do uso do nome social de travestis e transexuais nos serviços de saúde, de acordo com a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde (Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde); desenvolvimento de estratégias para que a gestão, na rede de atenção do SUS instalada, da atenção primária à alta complexidade, possa qualificar os profissionais de saúde para atender as especificidades da população LGBT; desenvolvimento de estratégias que construam abordagens e intervenções específicas para a população LGBT na rede ampliada de Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Ações propostas/articuladas:

1. Qualificação do atendimento adequado à população LGBT, considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, e as Políticas de Saúde, garantindo a integralidade da atenção.
2. Ampliação do Processo Transsexualizador em mais quatro serviços, em articulação com gestores estaduais e municipais de saúde.

Todos estes processos estão sendo organizados de acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, com destaque para o que preceitua o art. 13º:

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

#### Eixo 2: Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT

Este eixo trata do aperfeiçoamento dos instrumentos de vigilância em saúde, inserindo os quesitos orientação sexual e identidade de gênero e o desenvolvimento de estratégias para qualificar a informação em saúde, no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, incluindo o recorte étnico-racial e territorial, para a definição de prioridades e a tomada de decisão; desenvolvimento de estratégias para monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, incluindo o recorte étnico-racial e territorial; desenvolvimento de estratégias de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Ações propostas/articuladas:

1. Qualificação da violência pela condição de orientação sexual e identidade de gênero no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), por meio de articulação com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), para dar visibilidade à violência sofrida pela população LGBT;
2. Qualificação dos indicadores em saúde, considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, e as Políticas de Saúde.

Eixo 3: Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT

Este eixo trata de ações e estratégias que visam garantir a educação em saúde para gestores(as) e profissionais de saúde, voltadas para o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia e território e das especificidades em saúde da população LGBT; ações e estratégias que visam garantir educação em saúde para o controle social de conselheiros(as) de saúde e lideranças sociais, voltadas para o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia e território e das especificidades em saúde da população LGBT; inclusão de ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território. Ações propostas/articuladas:

1. Inserção das temáticas referentes à saúde LGBT nos processos de educação permanente dos(as) gestores(as) e profissionais de saúde do SUS;
2. Produção de materiais e estratégias educativas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população LGBT;
3. Fomento ao desenvolvimento de pesquisas com foco nas prioridades em saúde da população LGBT;
4. Inserção da temática LGBT no Módulo de Educação a Distância (EAD), para cursos de formação voltados para profissionais de saúde e UnasUS;
5. Inserção da temática LGBT nos cursos de Educação a Distância (EAD) para conselheiros(as) de saúde e lideranças sociais, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS);
6. Articulação para garantir que estratégias como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 26 de novembro de 2007), o Programa Telessaúde Brasil – Telessaúde (Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 3 de março de 2010) considerem as questões desta política.

Eixo 4: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT

O monitoramento e a avaliação devem ocorrer com base nas ações acima propostas, considerando as prioridades e metas dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme orientado pelo Decreto nº 7.508/ 2011 e pactuado no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) e Plano Plurianual (PPA) 2012–2015.

Os indicadores de monitoramento e avaliação devem estar baseados na morbimortalidade e no acesso destas populações à atenção integral à saúde.

Cabe destacar que, para cada eixo, estão definidos recursos financeiros correspondentes, os quais estão inseridos no PPA 2012–2015, nos programas e ações da Secretaria-Executiva (SE), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).