

Ministério da Saúde

**FIUCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Michele de Oliveira Soares

## **Assistência à saúde bucal na população LGBTQIA+**

Rio de Janeiro

2022

Michele de Oliveira Soares

**Assistência à saúde bucal na população LGBTQIA+**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Vania Reis Girianelli.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Oral health care in the LGBTQIA+ population.

S676a Soares, Michele de Oliveira.  
Assistência à saúde bucal na população LGBTQIA+ / Michele de Oliveira Soares. -- 2022.  
54 f.

Orientadora: Vania Reis Girianelli.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.  
Bibliografia: f. 46-50.

1. Direitos Humanos. 2. Minorias Sexuais e de Gênero. 3. Saúde Bucal. 4. Enquadramento Interseccional. 5. Pessoas LGBTQIA+. I. Título.

CDD 617.601

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Glauce de Oliveira Pereira - CRB-7-5642  
Biblioteca de Saúde Pública

Michele de Oliveira Soares

**Assistência à saúde bucal na população LGBTQIA+**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 6 de outubro de 2022.

**Banca Examinadora**

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jaqueline Gomes de Jesus  
Instituto Federal de Educação – Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vania Reis Girianelli (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2022

## RESUMO

No século XX a odontologia passou por diversos avanços, inicialmente um modelo de saúde higienista, centrado na doença, que precisou se alinhar a uma nova prática odontológica proposta pelo movimento da Reforma Sanitária. O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), e seus princípios doutrinários e organizacionais, demandou uma reorganização e reestruturação das ações e serviços de saúde bucal, rompendo com práticas obsoletas e técnicas pouco resolutivas que não correspondiam às necessidades da sociedade. Esse estudo surge pela ausência de informação sobre a saúde bucal da população LGBTQIA+ e pelo desmonte da PNSB. O objetivo é analisar a assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+, sob a perspectiva do usuário. Foi realizada uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo transversal descritivo para conhecer a utilização e dificuldade de assistência à saúde bucal dessa população. Responderam ao questionário *online* 359 pessoas, sendo elegíveis 329 (91,9%). Dessas 38,0% eram gays, 23,4% lésbicas e 13,4% transgêneros(as). A maioria tinha entre 18 e 39 anos (73,3%) e negros(as) (51,4%). A prevalência de assistência nos cinco anos anteriores a entrevista foi alta (93,7%), em particular nos seis meses anteriores a entrevista (44,7%). A prevalência entre brancos(as) e negros(as) foi similar, mas na população transgênera foi a prevalência mais baixa (88,6%), principalmente nos últimos seis meses (18,2%). Apenas 18,8% dos(as) participantes do estudo foram atendidos na rede pública, mas foi proporcionalmente maior entre os(as) transgêneros(as) (45,5%). A minoria informou ter tido dificuldade de assistência (24,9%), mas foi proporcionalmente maior entre a população transgênera (54,5%), que também teve mais discriminação (13,6%), especialmente por LGBTfobia. A dificuldade de acesso à assistência foi particularmente devido a morosidade ou impossibilidade de agendamento (40,2%) e financeira (22,0%). A perda dentária também foi proporcionalmente maior entre transgêneros(as) (61,4%;  $p = 0,040$ ). A principal causa informada pelos(as) participantes foi cárie, doença periodontal ou abscesso (29,8%), seguido de má higiene oral, falta de cuidado ou interrupção do tratamento (19,9%). Dentre os que tiveram perda dentária (151), 72,8% foi de menos de cinco elementos (72,8%). A maioria dos(as) participantes informou preferir ser atendido por profissional LGBT (69,0%). A autopercepção da saúde bucal para maioria dos(as) participantes do estudo foi boa ou muito boa (53,2%), bem como para cisgêneros(as) (57,5%), lésbicas (61,0%) e negros(as) (43,7%); mas para os(as) transgêneros(as) foi ruim ou muito ruim (45,5%). O estudo contribuiu de forma inédita por contemplar a saúde bucal da população LGBTQIA+. A carência de estudos em outros países e ausência de pesquisas

nacionais, reforça e evidencia a invisibilidade na formação profissional e pesquisas em saúde. Premente a promoção e proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero que auxiliará no enfrentamento às desigualdades sociais inerentes à saúde da população LGBTQIA+.

Palavras-chave: direitos humanos; pessoas LGBTQIA+; saúde bucal; interseccionalidade.

## ABSTRACT

In the 20th century, dentistry underwent several advances, initially a hygienist health model, centered on disease, which had to align itself a new dental practice proposed by the Sanitary Reform movement. The consolidation process of the Unified Health System (SUS), and its doctrinal and organizational principles, demanded a reorganization and restructuring of oral health actions and services, breaking with obsolete practices and unresolving techniques that did not correspond to the needs of society. This study arises from the lack of information on the oral health of the LGBTQIA+ population and the dismantling of the PNSB. The objective is to analyze the oral health care of the LGBTQIA+ population, from the user's perspective. Descriptive cross-sectional research was carried out to know the use and difficulty of oral health care in this population. A total of 359 people responded to the online questionnaire and 329 (91.9%) were eligible. Of these, 38.0% were gay, 23.4% lesbian and 13.4% transgender. Most were between 18 and 39 years old (73.3%) and black (51.4%). The prevalence of assistance in the five years prior to the interview was high (93.7%), particularly in the six months prior to the interview (44.7%). The prevalence among whites and blacks was similar, but in the transgender population it was the lowest prevalence (88.6%), mainly in the last six months (18.2%). Only 18.8% of the study participants were seen in the public network, but it was proportionally higher among transgender people (45.5%). The minority reported having difficulty with assistance (24.9%), but it was proportionally higher among the transgender population (54.5%), who also experienced more discrimination (13.6%), especially for LGBTphobia. The difficulty in accessing assistance was particularly due to delays or impossibility of scheduling (40.2%) and financial (22.0%). Tooth loss was also proportionally higher among transgender people (61.4%;  $p = 0.040$ ). The main cause reported by the participants was caries, periodontal disease or abscess (29.8%), followed by poor oral hygiene, lack of care or interruption of treatment (19.9%). Among those who had tooth loss (151), 72.8% had less than five elements (72.8%). Most participants reported preferring to be attended by an LGBT professional (69.0%). The self-perception of oral health for most study participants was good or very good (53.2%), as well as for cisgenders (57.5%), lesbians (61.0%) and blacks (43.7%); but for transgender people it was bad or very bad (45.5%). The study contributed in an unprecedented way by contemplating the oral health of the LGBTQIA+ population. The lack of studies in other countries and the absence of national research reinforces and highlights the invisibility of professional training and health research. There is an urgent need

to promote and protect the right to free sexual orientation and gender identity, which will help to tackle the social inequalities inherent to the health of the LGBTQIA+ population.

Keywords: human rights; LGBT persons; oral health; intersectionality.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação da população elegível. Brasil, 2022....	35
Figura 2. Identidade de gênero da população transgênera, Brasil, 2022.....	36

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022.....	36
Tabela 2.	Características sociodemográficas da população participante do estudo. Brasil, 2022.....	38
Tabela 3.	Características sociodemográficas da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022.....	39
Tabela 4.	Prevalência de utilização de assistência à saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022.....	40
Tabela 5.	Características da assistência à saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022.....	41
Tabela 6.	Principal motivo do atendimento em saúde bucal dos participantes do estudo. Brasil, 2022.....	42
Tabela 7.	Dificuldades de assistência à saúde bucal dos participantes do estudo. Brasil, 2022.....	42
Tabela 8.	Motivo da perda dentária dos participantes do estudo. Brasil, 2022.....	43
Tabela 9.	Autoavaliação da saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMDCA	Conselho Municipal da Criança e do Adolescente
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETIS	Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GLTB	Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBT	Lésbica, Gay, Bissexual, Transexual
LGBTQIA+	Lésbica, Gay, Bissexual, Transexual, Travesti, Queer, Intersexual, Assexual
MS	Ministério da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PIA	Programa Inversão da Atenção
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais

PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPA	Plano Plurianual
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RABS	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RET-SUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UFF	Universidade Federal Fluminense

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	14
2.1	OBJETIVO GERAL .....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	15
<b>4</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
4.1	HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA.....	16
4.2	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL .....	18
4.3	DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ .....	21
4.4	POLÍTICA DE SAÚDE LGBTQIA+ E O ACESSO À SAÚDE BUCAL .....	26
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	32
5.1	TIPO DE ESTUDO .....	32
5.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO E ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS.....	32
5.3	VARIÁVEIS .....	32
5.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	33
<b>6</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	34
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	35
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	41
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	45
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46
	<b>ANEXO 1 QUESTIONÁRIO</b> .....	51
	<b>ANEXO 2 DADOS COMPLEMENTARES</b> .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o cuidado em saúde, o acesso à medicina praticada no período colonial no Brasil, era exclusividade da burguesia e do clero. Pessoas marginalizadas e escravizadas, diante à necessidade de sobrevivência e resistência às condições desumanas e precárias que eram submetidas, recorriam ao cuidado em saúde através das mãos de curandeiras, parteiras, sangradores, barbeiros (PIMENTA; 2003).

Barbeiros faziam barba, mas muitos também sangravam, aplicavam ventosas e realizavam pequenas cirurgias, dentre elas extrações dentárias. Atividade de baixo prestígio social, geralmente praticada por pessoas marginalizadas, por exemplo, negros escravizados ou alforriados (PEREIRA; 2012).

No século XX a odontologia passa por diversos avanços, inicialmente um modelo de saúde higienista, com práticas odontológicas iatrogênicas, mutiladoras e centrada na doença. Que gerou discussão sobre a necessidade de alinhar um novo modelo de prática odontológica às propostas do movimento da Reforma Sanitária (FORATORI JUNIOR; 2021).

O processo de consolidação do SUS e seus princípios doutrinários e organizacionais como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL; 2004a). Isto demandou uma reorganização e reestruturação das ações e serviços de saúde bucal, rompendo com práticas obsoletas e técnicas pouco resolutivas que não correspondiam às necessidades da sociedade (BRASIL; 2008).

Em 2004 o Ministério da Saúde publicou as diretrizes da PNSB – Brasil Sorridente- com objetivo de organizar a atenção à saúde bucal no SUS, propiciando um novo processo de trabalho através da produção do cuidado em todos os níveis da atenção (BRASIL; 2004a).

O acesso ao serviço de saúde pública da população LGBTQIA+ está assegurado na Constituição Federal (BRASIL; 1988). E reiterado com o princípio da universalidade do SUS (BRASIL; 1990).

Mudanças no cenário político nacional, no entanto, comprometeram conquistas de anos de luta. Perdas progressivas com o desmonte do SUS; o neoliberalismo e o fascismo, fortalecido através de *fakenews*; e outras artimanhas colocam em risco a democracia e os direitos alcançados. O desmonte do SUS através do desfinanciamento, terá impacto direto na implementação de políticas públicas, logo a da população LGBTQIA+ (STEVANIM; 2019).

A publicação do Projeto SB Brasil 2020 (BRASIL; 2021a), que objetiva a avaliação do perfil epidemiológico em saúde bucal da população brasileira, impossibilita identificar pessoas LGBTQIA+ nos questionários da pesquisa. Nas informações gerais para todas as ida-

des e grupo etário, não foram incluídas identidade gênero e orientação sexual; somente o binarismo feminino e masculino.

Sendo assim, teremos uma avaliação epidemiológica em saúde bucal que irá subsidiar o planejamento nacional onde a população LGBTQIA+ continuará invisibilizada.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+, sob a perspectiva do usuário.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a) Descrever as características sociodemográficas e econômicas dessa população.
- b) Estimar a prevalência de utilização de assistência à saúde bucal nos últimos cinco anos.
- c) Descrever a autoavaliação da saúde bucal da população LGBTQIA+.
- d) Identificar as dificuldades e discriminação na assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+.
- e) Comparar a utilização e as dificuldades de assistência por raça, identidade de gênero, orientação sexual e características socioeconômicas.

### 3 JUSTIFICATIVA

A relevância do estudo se dá pela ausência de informação sobre a saúde bucal da população LGBTQIA+ e o desmonte da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

A importância do acesso e garantia da saúde bucal brasileira vem sendo pensada e construída há mais de 30 anos, desde a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986, após a Conferência Nacional de Saúde.

A PNSB tem enfoque no cuidado universal, mas de forma generalizada, com a organização em Linhas de Cuidado em ciclos de vida e grupo etário. (BRASIL; 2004). Não fica explícita nas publicações que constroem a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RABS) a transversalidade - princípio da Política Nacional de Humanização (BRASIL; 2015) - com as políticas e programas para populações específicas.

O projeto técnico SB BRASIL 2020 que se trata da PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: “que tem como objetivo avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira em 2021 e 2022 para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao SUS, bem como manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância a saúde da PNSB” (BRASIL; 2020). Serão avaliadas, nesta pesquisa, a caracterização demográfica e socioeconômica das famílias e informações sobre o domicílio. De que famílias estão falando?

O estudo buscou identificar as dificuldades sinalizadas por pessoas LGBTQIA+ quanto o acesso ao serviço público de saúde bucal, assim como dar visibilidade às singularidades desse usuário a fim de qualificar a Rede de Atenção à Saúde Bucal do Estado do Rio de Janeiro.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA

Contextualizar o acesso à saúde, especificamente a saúde bucal, se faz necessário mergulhar no Atlântico, testemunha do sequestro de pessoas do Continente Africano. Memórias salgadas da subjugação de um povo aos colonizadores europeus. (AKOTIRENE, 2019). No cais, como mercadorias, pessoas negras eram avaliadas e negociadas tendo como um dos critérios o aspecto e qualidade dos dentes, da boca.

Diante a necessidade de sobrevivência e resistência às condições desumanas e precárias que foram submetidos, o saber e conhecimento ancestral repassado pela oralidade e prática - junto ao saber indígena - permitiu o cuidado em saúde através das mãos de curandeiras, parteiras, sangradores e barbeiros (PIMENTA; 2003).

A odontologia praticada era basicamente extração dentária e sem anestesia. Técnicas rudimentares, instrumental inadequado e higiene precária. Os médicos (físicos) e cirurgiões, evitavam exercer essa prática com o argumento que as mãos poderiam ficar pesadas prejudicando as intervenções delicadas. O uso na anestesia iniciou em 1847 por inalação de éter e com clorofórmio em 1848 (PEREIRA; 2012).

Em 1820, o cirurgião-mor José Correia Picanço, endereçou um ofício aos vereadores do Senado da Câmara da Corte, demonstrando quem praticava as atividades e justificando porque os escravos deveriam ser aceitos no exercício das artes de sangrar e de tirar dentes:

Pelo regimento do cirurgião-mor do reino não se acha acautelada a proibição de exame de escravos para que possam sangrar, sarjar, lançar ventosas e sanguessugas, e tirar dentes. Por isso admiti a exame o preto Vicente, escravo de Anacleto José Coelho. Não achei razão para, pelo meu juízo, deixar de assim o obrar, quando, considerando que, vivendo em um país onde os homens ingênuos, livres e libertos senegam ao exercício de muitas ocupações, de modo que não há suficiente número de sujeitos nelas peritos para ocorrer à necessidade pública, julguei deveria mais atender a esta do que a qualquer outra consideração, e tanto mais porque as artes de que se trata têm mais de mecânicas do que de liberais (PIMENTA; 1998).

No século XVII, através da Carta Régia, houve exames aos cirurgiões e barbeiros. Exercer as atividades de sangrador e barbeiro sem licença, gerava multa. Barbeiros faziam barba, mas muitos também sangravam, aplicavam ventosas e realizavam pequenas cirurgias, dentre elas extrações dentárias. Atividade de baixo prestígio social, geralmente praticada por pessoas marginalizadas, por exemplo, negros escravizados ou alforriados (PEREIRA; 2012).

Para uma melhor fiscalização, no século XVIII, o cirurgião-mór foi substituído pela Real Junta de Proto-Medicato. Constituída de sete deputados, médicos ou cirurgiões, com a

função de exame e expedição de cartas e licenciamento das pessoas que tirassem dentes. Ocorreu também a criação do Plano de Exames para aperfeiçoamento das formalidades e dos exames. A palavra dentista é citada pela primeira vez no Brasil (PEREIRA; 2012).

No início do século XIX é abolida a Real Junta do Proto-Medicato. O físico-mór ficou responsável pelo controle do exercício de Medicina e Farmácia e o cirurgião-mór passou a controlar as funções realizadas pelos sangradores, dentistas, parteiras, dentre outras. Ainda neste século, dentistas da França, e posteriormente dos Estados Unidos, vieram para o Brasil atender a nobreza, trazendo conhecimento da odontologia mundial (PEREIRA; 2012).

Em 25 de outubro de 1884, o império desvincula a odontologia da medicina e determina a formação de um curso anexo. No dia 25 de outubro comemora-se o dia do Cirurgião Dentista (CD) (PEREIRA; 2012). Desde então a arte de tirar dentes passa a ser oficializada, surgem as Faculdades de Odontologia, formando CD, tornando-se uma atividade da elite e para a elite. Práticos e barbeiros passam a ser criminalizados (PIMENTA; 2003).

Dando mais um salto no tempo, onde a saúde pública era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, e fornecia atendimento somente aos trabalhadores formais e seus dependentes. O acesso à saúde era exclusivo aos trabalhadores. Pessoas sem emprego formal não tinham acesso à saúde pública, recorriam então ao sistema privado. A relevância do trabalho realizado nas clínicas odontológicas, entretanto, “não era suficientemente capaz de produzir a saúde bucal em termos populacionais, visto que a saúde resulta de uma gama de fatores/determinantes bio-psíquico-sociais que vão além das variáveis biológicas” (FORATORI JUNIOR; 2021, p. 2).

Um modelo de saúde higienista se estabeleceu, com práticas odontológicas iatrogênicas, mutiladoras, mecanicista, neoliberal, centrado na doença e no monopólio do CD. O que gerou uma discussão sobre a necessidade de alinhar um novo modelo de prática odontológica às propostas do movimento da Reforma Sanitária (FORATORI JUNIOR; 2021).

Os modelos assistenciais na saúde bucal brasileira se dividiram em: Odontologia Sanitária e Sistema Incremental, Odontologia Simplificada e Odontologia Integral, e Programa Inversão da Atenção (PIA) (BRASIL; 2008, p. 10):

**Odontologia Sanitária e Sistema Incremental:**

Modelo que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico. Marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, mas, com abrangência predominante a escolares de 6-14 anos. Introduz algumas

medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos.

#### Odontologia Simplificada e Odontologia Integral:

Instituído ao final dos anos 70, enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar.

#### Programa Inversão da Atenção (PIA):

Sua principal característica baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática, buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. Estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Contava, para isto, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da “cura” para “controle” e ênfase no auto-controle, em ações de caráter preventivo promocional.

## 4.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

O processo de consolidação do SUS e seus princípios doutrinários e organizacionais - universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social - demandou uma reorganização e reestruturação das ações e serviços de saúde bucal (BRASIL; 2004a). Essa reorganização rompeu com práticas obsoletas, técnicas pouco resolutivas, iatrogênicas, mutiladoras, centrada na doença que não correspondiam às necessidades da sociedade (BRASIL; 2008).

Em 2004 o MS publicou as diretrizes da PNSB – Brasil Sorridente (BRASIL; 2004a) com objetivo de organizar a atenção à saúde bucal no SUS, propiciando um novo processo de trabalho através da produção do cuidado em todos os níveis da atenção. O processo do fazer deve ser compreendido no local onde ocorre, ou seja, no espaço da micropolítica onde convergem os saberes e fazeres entre usuários e profissionais.

A construção da PNSB resultou de um longo processo de deliberações da I e II Conferência Nacional de Saúde (CNS), com proposições geradas em congressos de odontologia e coordenações estaduais de saúde bucal. A primeira CNSB, realizada em 1986, logo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, teve como foco principal a redemocratização e apoio a cons-

tituinte, e quando foi proposta a inserção da saúde bucal no SUS, por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal baseado em diretrizes da área (BRASIL; 1986).

A II CNSB ocorreu em 1993, com grande representação de delegados e participantes, em uma difícil conjuntura, devido ao projeto neoliberal em curso no país. As discussões permearam o perigo da revisão Constitucional pelo Congresso, o que significaria um duro golpe nas conquistas obtidas na atual Constituição. O agudo quadro sanitário, incluindo as doenças bucais, possibilitou a aprovação de diretrizes e estratégias políticas como: a Saúde Bucal como direito de cidadania, um novo modelo de atenção à saúde, recursos humanos, financiamento e o controle social. De fato, consolidando a inserção da Saúde Bucal no SUS (BRASIL; 1993).

A III CNSB, e última, ocorreu após dez anos em função das demandas sociais e o resultado do inquérito nacional de saúde bucal, realizado em 2003, que estimou mais de 30 milhões de desdentados no país. Nessa conferência é reconhecida dívida social na área da Saúde Bucal, provocando um processo ascendente de discussão, com participação de cerca de 90 mil pessoas de diversos setores governamentais, sociedade civil e movimentos populares. A saúde bucal passa a ser um indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades (BRASIL; 2004c):

As propostas votadas e aqui relatadas vêm contribuir para a superação de um grande desafio: o de construção de um Plano Nacional de Saúde que reflita os reais anseios de nossa população sobre suas condições de vida com saúde, em que a atenção em saúde bucal deve estar inserida como uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor Saúde do atual governo. Temos agora um instrumento legítimo, amplamente respaldado pela participação dos diversos segmentos do Controle Social, que reflete a verdade das grandes diversidades de nosso imenso e corajoso Brasil, e que por sua legitimidade representativa deve, a partir de agora, balizar todas as implementações de políticas públicas na área da Saúde Bucal. Para os participantes da 3.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) e para o povo brasileiro, a edição deste Relatório Final significa o início da parte mais árdua da tarefa: transformá-lo em realidade. Transformá-lo em um cotidiano de soluções, em desafios vencidos, em novas perspectivas para superarmos a perversidade das diferenças de acesso para nossa população. Ao Controle Social, permanece a tarefa de transformar o direito constitucional à saúde bucal em políticas públicas, consolidadas nesta 3.<sup>a</sup> CNSB e na 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, bem como realizar a ampla divulgação deste Relatório Final, para a implementação do SUS que queremos, também para a Saúde Bucal (BRASIL; 2004c, p. 5-6).

A PNSB propõe estar em permanente processo de elaboração, considerando o perfil epidemiológico e sanitário, a diversidade regional e cultural através do resultado de pesquisas Nacionais de Saúde Bucal e a permanente discussão nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional garantindo a participação e controle social (BRASIL; 2004a).

Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação. O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal (BRASIL; 2004a, p. 3).

A PNSB é norteada por dez pressupostos, a saber: qualificação da atenção básica com qualidade e resolutividade, articulação em rede, integralidade nas ações individuais e coletivas de saúde bucal para promoção, prevenção e recuperação da saúde da população adscrita e a qualquer usuário em situação de urgência, diagnóstico das situações de saúde-doença por meio da abordagem familiar e com subsídio epidemiológico, construção de sistemas de formação para o planejamento local com indicadores de saúde bucal para avaliação das ações, centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporação da Saúde da Família, educação permanente às equipes de saúde bucal (ESB), financiamento para desenvolvimento das ações e definir uma agenda de pesquisa científica (BRASIL; 2004a).

A reorganização da assistência à saúde bucal envolve o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, entre outras atividades a serem realizadas no território. A ESB, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), deve ser composta por cirurgião dentista (CD), auxiliar em saúde bucal (ASB) e ou técnico em saúde bucal (TSB) para ampliação do acesso da população aos serviços odontológicos. Essa organização visa um olhar ampliado em saúde implicando no cuidado e no processo saúde-doença, almejando a transformação dos profissionais para essa nova perspectiva e também para o trabalho em equipe multidisciplinar, na estratégia das Linhas do Cuidado, no âmbito da PNAB (BRASIL; 2004a).

O conceito de Atenção Primária em Saúde (APS) surgiu na Declaração de Alma-Ata. No Brasil, o MS tem denominado Atenção Primária como Atenção Básica (AB). A melhor compreensão pode ser possível a partir do conhecimento de seus princípios orientadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade ou abrangência, e a coordenação (STARFIELD, 2002).

A integralidade do cuidado pressupõe uma rede progressiva de cuidados odontológicos, com a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), criação dos laboratórios de prótese dentária, bem como ações preventivas como a fluoretação das águas (BRASIL; 2008). Para garantia da integralidade da atenção é imprescindível o acesso aos serviços de média e alta complexidade, porém a AB é um eixo estratégico no processo de organização e coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). O objetivo da RAS

é prestar atenção integral qualificada e resolutiva que atenda às reais necessidades da população, sendo a APS sua ordenadora.

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível. A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS (BRASIL; 2015, p.27).

Diante da nova forma de organização de serviços de saúde, o MS publicou o documento “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde” a fim de contribuir com a operacionalização da RABS e orientar o processo de organização do trabalho tendo em vista as boas experiências da APS (BRASIL; 2018). Ele versa sobre a inserção da ortodontia preventiva e interceptativa pela ESB na AB, sobre sugestão de protocolos de referência e contrarreferência da AB e do CEO e ampliação do rol de especialidades na relação mínima obrigatória para os CEOs. Aborda também a especialidade Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) e a construção e ampliação da odontologia em ambiente hospitalar (BRASIL; 2018). “A publicação converge no sentido de construir, adequar e aprimorar os instrumentos necessários à efetivação da ampliação do espectro de atuação da Saúde Bucal no âmbito do SUS” (BRASIL; 2018, p. 12).

#### 4.3 DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO LGBTQIA+

Vivemos em uma sociedade com o padrão cisheteronormativo e binário: feminino e masculino, homens e mulheres definidos de acordo com os órgãos sexuais. Essa construção, no entanto, não é biológica, é social:

Sexo é biológico, gênero é social, construído pelas diferentes culturas. E o gênero vai além do sexo: O que importa, na definição do que é ser homem ou mulher, não são os cromossomos ou a conformação genital, mas a auto-percepção e a forma como a pessoa se expressa socialmente (JESUS; 2012, p. 8).

Utilizar conceitos e termos inclusivos são fundamentais: “Escrever ou falar conforme um vocabulário reconhecido pelas pessoas representadas é essencial para valorizar a cidadania” (JESUS; 2012, p.13).

Sexo: classificação biológica das pessoas como machos ou fêmeas, baseada em características orgânicas como cromossomos, níveis hormonais, órgãos reprodutivos e genitais.

Gênero: classificação pessoal e social das pessoas como homens ou mulheres. Orienta papéis e expressões de gênero. Independe do sexo...

[...] Identidade de gênero: gênero com o qual uma pessoa se identifica, pode ou não conciliar com o gênero que lhe foi atribuído quando do seu nascimento...

[...] Orientação sexual: Atração afetivo-sexual por alguém. Sexualidade. Diferente do senso pessoal de pertencer a algum gênero...

[...] Cisgênero: ... pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado ao nascimento.

Transgênero: Conceito “guarda-chuva” que abrange o grupo diversificado de pessoas que não se identificam, em graus diferentes, com comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento (JESUS; 2012, p. 13-14).

LGBT - Acrônimo de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Eventualmente algumas pessoas utilizam a sigla GLBT, ou mesmo LGBTTT, incluindo as pessoas transgênero/*queer*. No Chile é comum se utilizar TLGB, em Portugal também se tem utilizado a sigla LGBTTTQI, incluindo pessoas *queer* e intersexuais. Nos Estados Unidos se encontram referências a LGBTTTQIA (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Travestis, Transexuais, *Queer*, Intersexuais e Assexuais) (JESUS; 2012, p. 30).

Assim como as pessoas, a terminologia LGBT está em evolução, visando a inclusão; mas siglas diferentes podem ser utilizadas de acordo com o contexto ou posicionamento de quem a usa. A sigla LGBTQIA+ é a mais utilizada atualmente, e é uma abreviatura de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgênero, *Queer*, Intersexuais ou Intersexo, Assexuais, e outras mais possibilidades de existências.

O conceito fundamental de cidadania é o de pertencimento a um corpo político, um grupo político. Um laço metafórico que liga e protege o cidadão através de um Estado. Em todas as culturas e comunidades existem sistemas de pertencimento, portanto a cidadania é uma forma eurocêntrica, ocidental de falar destas questões (SANTOS; 2018).

Outra tensão é a dualidade entre direitos humanos e direitos de cidadania. O cidadão é alguém protegido pelo Estado. O conceito de proteção nos direitos humanos é mais difuso, apesar dos tribunais e instâncias internacionais, não tem o mesmo grau de densidade dos direitos de cidadania. “Será que os direitos de cidadania são apenas direitos humanos de primeira qualidade, digamos assim, uma qualidade reforçada em relação aos direitos humanos?” (SANTOS; 2018, p. 252).

A cidadania e o direito de cidadania, são entendidos como a forma mais rica de proteção social, política e legal, e normalmente discutida no contexto dos que pertencem. Ao

seu lado estão os que não pertencem, os excluídos. O próprio conceito na tradição eurocêntrica é excludente (SANTOS; 2018):

As epistemologias do Sul, correspondem a um conjunto de procedimentos epistemológicos de validação do conhecimento que assenta nas práticas dos grupos sociais que têm sofrido sistematicamente as injustiças do capitalismo, patriarcado e do colonialismo, portanto, é essa orientação epistemológica que, na questão da cidadania, nos vai levar a analisar a cidadania a partir da perspectiva daqueles que não a têm (p.255).

O conceito de cidadania do Estado moderno, não é algo concedido como caridade por uma entidade superior, é um direito que se tem a ter direito (SANTOS; 2018). Toda essa construção assenta numa sociologia das ausências, na existência de não cidadãos. Boaventura de Sousa Santos (2018) salienta que há três tipos de não cidadãos. O primeiro são os não humanos, ou seja, só são cidadãos os humanos vivos. Parece ser um critério óbvio e incluyente, mas sob a ótica das epistemologias do sul, significa que antepassados não tem direitos, assim como as gerações futuras, porque não estão vivos. O segundo critério de exclusão é o de incomensurabilidade, sendo Deus como incomensuravelmente superior e a natureza como incomensuravelmente inferior. Concepções que criam hierarquias abissais e fazem com que essas entidades fiquem à disposição. Acreditando ou não, colocam tanto Deus quanto a natureza a disposição para ser destruída ou cultivada, isto é, formas de disponibilidade total. O terceiro, um conjunto ou grupo de sub-humanos que são inferiores, e por ser inferior, tem mais deveres que direitos. Boaventura analisa dois exemplos de sub-humanidades: a mulher que enfrenta várias formas de dominação, como o colonialismo, capitalismo e patriarcado; e o colonizado considerado selvagem e primitivo, como base a justificativa de inferioridade ao colonizador.

Os sub-humanos resistem travando lutas sociais. As mulheres não conseguiram a plena humanidade e cidadania no coração da proteção social e política. O colonialismo, mesmo após a independência, continuou sob outras formas de opressão. O racismo é extremamente resistente à lógica de cidadania, está implícita uma inferioridade de base.

“Quanto mais brilhante é a concepção de humanidade, mais facilmente justifica que alguns não sejam humanos” (SANTOS; 2018, p. 269).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), primeira do século XX e precursora de outras, como os Princípios de Yogyakarta sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero (PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA; 2007), reconhece apenas dois sujeitos jurídicos: o indivíduo e o Estado (SANTOS; 2018). Quando a DUDH foi adotada várias comunidades e nações não tinham Estado, pessoas de diversas regiões do mundo não eram iguais perante a

lei. Os direitos coletivos não foram contemplados, logo a tensão entre direitos individuais e coletivos resulta na luta de grupos sociais.

No tempo do individualismo burguês e em plena vigência da linha abissal, a DUDH tornava invisíveis às exclusões do outro lado da linha abissal. Eram tempos em que o sexismo e o racismo eram parte do senso comum; a orientação sexual era tabu; a dominação de classe, uma questão interna de cada país; e o colonialismo era ainda forte como agente histórico, apesar da independência Índia. Com o passar do tempo, o sexismo, o racismo, o colonialismo e outras formas de dominação de classe foram reconhecidas como promotoras de violações de direitos humanos (SANTOS; 2018, p. 298).

O individualismo é um conceito ocidental centrado no direito do indivíduo. “Os direitos coletivos existem para eliminar ou minorar a insegurança e a injustiça suportadas pelos indivíduos que são discriminados como vítimas sistemáticas da opressão apenas por serem o que são, e não por fazerem o que querem” (SANTOS; 2018, p. 299). Outras sociedades entendem que o indivíduo e o coletivo estão atrelados, conectados. Grande parte do continente africano, por exemplo, na tradição Bantu, define essa encruzilhada como Ubuntu, que significa: eu sou porque tu és (SANTOS; 2018).

A Constituição Federal (BRASIL; 1988) incluiu grande parte das reivindicações de diferentes movimentos sociais e de compromissos assinados em tratados internacionais, servindo de base para elaboração de novas leis (CARRARA; 2012). As leis que viabilizam o acesso aos direitos da população LGBTQIA+ ainda são embrionárias, entretanto, com a ação dos movimentos sociais mobilizados e articulados, conquistaram avanços em algumas áreas. Dentre elas, o reconhecimento legal das relações afetivas (BRASIL; 2011a, 2011b), o uso do nome social (BRASIL; 2016a) e o acesso às políticas de saúde específicas (BRASIL; 2011c, 2013).

O termo Transfeminismo surge no contexto do movimento intelectual e político da população transgênero norte-americana, para representar a interseção entre as múltiplas identidades e identificação possíveis do sujeito. Na América latina este termo prosseguiu nas rodas de discussão feministas e sobre gênero e nos respectivos grupos nas redes sociais (JESUS; 2014).

Mais raramente conhecido como feminismo transgênero, o transfeminismo pode ser definido como uma linha de pensamento e de prática feminista que, em síntese, rediscute a subordinação morfológica do gênero (como construção psicossocial) ao sexo (como biologia), condicionada por processos históricos, criticando-a como uma prática social que tem servido como justificativa para a opressão sobre quaisquer pessoas cujos corpos não estão conformes à norma binária homem/pênis e mulher/vagina, incluindo-se aí: homens e mulheres transgênero; mulheres cisgênero histerectomizadas e/ou mastectomizadas; homens cisgênero orquiectomizados e/ou masculados; e casais heterossexuais com práticas e papéis afetivossexuais divergentes dos tradicionalmente atribuídos, entre outras pessoas. O transfeminismo é uma categoria do feminismo em construção, a qual emerge como resposta teórica e política à falha do feminismo de base essencialista, comumente biológica, em

reconhecer o gênero como uma categoria distinta da de sexo, o que reforça estereótipos sobre os corpos (p 243).

Em construção recente nos horizontes teóricos e éticos, no Brasil, o transfeminismo necessita de pessoas hábeis que reconheçam e apreendam com o sofrimento e as realidades sofridas. “O transfeminismo não é aprendido apenas com leitura, se as palavras não pulsam nas veias de quem as lê” (JESUS; 2015, p.20).

Particularmente, não considero que os gêneros serão abolidos apenas discursivamente, por textos científicos, artigos ou manifestos. Por isso advogo que as políticas identitárias podem abarcar a diversidade das expressões de gênero, sem hierarquizações. Nesse sentido, é provável que o modelo transfeminista do meio termo, seja mais viável hoje. Sabe-se lá como será no futuro com outras práticas sociais (JESUS, 2015, p.21).

Interseccionalidade, termo idealizado por Kimberlé Crenshaw, para realçar o paradigma sobre condições estruturais do racismo, sexismo e violências em mútua relação, que se sobrepõem, e discriminam mulheres negras. O padrão colonial moderno responsável por promover racismos e sexismos institucionais (AKOTIRENE; 2019).

A inalterabilidade do feminismo branco, movimento antirracista e instâncias de direitos humanos, se deve ao fato destes, absolutamente, encontrarem dificuldades metodológicas práticas na condução das identidades interseccionais. Sensibilidade analítica – a interseccionalidade impede reducionismo na política de identidade – elucida as articulações das estruturas modernas coloniais que tornam a identidade vulnerável, investigando contextos de colisões e fluxos entre estruturas, frequência e tipos de discriminações interseccionais (AKOTIRENE; 2019, p. 59).

A reiteração do caráter interacional das opressões e a valorização das vivências de pessoas trans são elementos herdados do feminismo negro, que “reavaliou as políticas feministas brancas a partir de uma perspectiva afrocêntrica, subsidiou uma crítica basilar ao feminismo tradicional que propiciou o desenvolvimento de outros feminismos, ditos interseccionais, incluindo o feminismo transgênero” (JESUS; 2014, p. 250).

O feminismo negro dialoga concomitantemente entre/com as encruzilhadas, digo, avenidas identitárias do racismo, cisheteropatriarcado e capitalismo. O letramento produzido neste campo discursivo precisa ser aprendido por (LGBT), pessoas deficientes, indígenas, religiosas do candomblé e trabalhadoras. Visto isto, não podemos mais ignorar o padrão global basilar e administrador de todas as opressões contra mulheres, construídas heterogeneamente nestes grupos, vítimas das colisões múltiplas do capacitismo, terrorismo religioso, cisheteropatriarcado e imperialismo (AKOTIRENE; 2019, p. 23).

#### 4.4 POLÍTICA DE SAÚDE LGBTQIA+ E O ACESSO À SAÚDE BUCAL

O acesso ao serviço de saúde pública da população LGBTQIA+ está assegurado na Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação...” (BRASIL; 1988). E reiterado com o princípio da universalidade do SUS, que assegura: “a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais” (BRASIL; 1990).

O Programa Brasil sem Homofobia (BRASIL; 2004b) foi o resultado de uma longa trajetória, desde os anos 80, com forte articulação entre Sociedade Civil e Governo Federal; tendo como objetivo a garantia de direitos humanos a Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB). Ele foi um verdadeiro marco histórico na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diversidade, tendo como finalidade a integração interministerial para elaboração e implementação de novos parâmetros de políticas públicas inclusivas (BRASIL; 2004b).

O Programa estabelece metas e em seu Plano de Ação VI que aborda o Direito à saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários, e propõe:

Formalizar o Comitê Técnico de saúde GLTB, do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a estruturação de uma Política Nacional de Saúde para essa população. A agenda de trabalho desse Comitê considerará, entre outras, as propostas apresentadas pelo movimento homossexual, em que se destacam: atenção especial à saúde da mulher lésbica em todas as fases da vida; atenção a homossexuais vítimas de violência, incluindo a violência sexual; atenção à saúde dos homossexuais privados de liberdade; promoção da saúde por meio de ações educativas voltadas a população GLTB; estabelecimento de parceria e participação de usuários GLTB e do movimento organizado na definição de políticas de saúde específicas para essa população; discussão com vista na atualização dos protocolos relacionados às cirurgias de adequação sexual; atenção à saúde mental da população. Apoiar a implementação de condições para produção e acesso ao conhecimento científico sobre saúde e sobre outros aspectos da população GLTB por meio de: Desenvolvimento de estratégias para a elaboração e execução de estudos que permitam obter indicadores das condições sociais e de saúde da população GLTB; implementação de Centros de Informação (observatórios) que possam gerenciar estudos de saúde sobre e para a população GLTB com capacidade de processamento, análise e divulgação de informações desta natureza; estabelecimento de canais de divulgação das informações científicas de saúde existentes e produzidas; estabelecimento de um canal com função de Ouvidoria, por meio do Disque-Saúde do MS, para recebimento e encaminhamento de denúncias sobre situações de discriminação ocorridas na rede de saúde. Apoiar os investimentos na formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento à população GLTB, procurando garantir acesso igualitário pelo respeito à diferença da orientação sexual e do entendimento e acolhimento das especificidades de saúde desta população (BRASIL; 2004b, p. 23-24).

Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), norteada pelo princípio da universalidade e por uma organização pensada em linhas de cuidado (criança, adolescente, adulto, idoso...), estabeleceu:

[...] a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar. Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento (BRASIL; 2004b, p.3).

Incorporar a saúde da família foi uma importante estratégia na reorganização da Atenção Básica (AB), e é um dos pressupostos da PNSB (BRASIL; 2006a). A transversalidade da saúde LGBTQIA+, no entanto, está inserida nessas linhas de cuidado? E que família estão abordando?

A PNSB tem como princípios norteadores as ações de Gestão Participativa, Ética, Acesso, Acolhimento, Vínculo e Responsabilidade profissional (BRASIL; 2004a). Em relação ao acolhimento propõe:

[...] desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade biopsicossocial, pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade (p. 5).

Ao longo do processo de redemocratização e construção do SUS, ocorreram três Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), mas apenas na última, realizada em 2004, a 29ª proposta confere visibilidade aos grupos vulneráveis e cita gênero pela primeira vez em uma publicação institucional de Saúde Bucal:

Buscar incessantemente o princípio da universalização e integralidade em todas as especialidades odontológicas no desenvolvimento da Política de Atenção à Saúde Bucal, implementando estratégias específicas, de acordo com as necessidades de média e alta complexidade em odontologia, para grupos étnicos e socialmente vulneráveis segundo classe, gênero, condição social e ciclo de vida (idosos, gestantes, bebês, população rural e urbana, trabalhadores, pacientes com necessidades especiais, pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas) implantando ações educativas voltadas à saúde bucal do bebê, dirigidas aos pais, monitores de creche e cuidadores de crianças, incluindo ações no pré-natal (BRASIL; 2004c, p.30).

O Ministério da Saúde (MS), em 2006, publicou A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente (BRASIL; 2006b). Essa Carta foi aprovada no CNS em 2009. No que tange a saúde da população LGBTQIA+, convém destacar:

Art. 4º: Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

[...]

Parágrafo único: É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo: - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas (BRASIL; 2006b).

Visando ampliar o acesso da população, em particular as mais vulneráveis, foi lançado em 2008 o programa Mais Saúde – Direito de Todos (BRASIL; 2008). O programa foi estruturado em oito eixos de intervenção que possibilitam articular a dimensão social e econômica da saúde: Promoção da Saúde, Atenção à Saúde, Complexo industrial e de inovação em saúde, Força de trabalho em saúde, Inovação de gestão, Participação e o controle social, Cooperação entre os países e Saneamento. Todos os eixos apresentavam diretrizes e metas físicas e financeiras, com previsão orçamentária plurianual até 2011.

O eixo Promoção da Saúde apresentou metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com destaques para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros (BRASIL; 2008). Também apresentou incentivos financeiros para as equipes da ESF implantar, entre outras ações, a avaliação de saúde bucal nas escolas.

O eixo Atenção à Saúde contemplou ações e recursos específicos para aumentar o número ESB, visando ampliar a cobertura da população na AB de 41% para 70%, bem como a saúde bucal: Também ampliou em 28%, os recursos federais para o custeio das ESB.

Importante destacar que O Mais Saúde é um exemplo de Programa norteado pelos princípios do SUS, com planejamento das micropolíticas, previsão orçamentária, controle e avaliação. Ele apresenta os principais elementos para implementação de políticas públicas.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais foi instituída em 2011 com objetivo de promover a saúde integral dessa população, buscando eliminar a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (BRASIL; 2011c, 2013).

Os objetivos específicos da Política Nacional mantêm o enfoque na saúde sexual e reprodutiva, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/Aids, e saúde mental. Quando aborda garantia do princípio da integralidade, fica implícita a transversalidade do cuidado em saúde bucal. Entretanto, diante a dificuldade de acesso aos serviços, dar visibilidade e expli-

tar a importância desse cuidado é fundamental, bem como realizar pesquisas sobre a saúde bucal da população LGBTQIA+, para fortalecer o acesso universal (BRASIL; 2013).

Em 2016, ocorreu um grande avanço na sociedade brasileira com a adoção do uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional (BRASIL; 2016a). Posteriormente, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) também expande a adoção do nome social para funcionários e usuários (CNJ; 2018).

Desde então, mudanças no cenário político nacional tem comprometido conquistas de anos de luta, através de construção coletiva e democrática. O que nos parecia garantido, demonstrou nossa fragilidade enquanto cidadão pleno de direitos. Perdas progressivas de direitos trabalhistas e o desmonte do SUS têm ocorrido. O neoliberalismo e o fascismo fortalecido através de *fakenews* e outras artimanhas colocam em risco a democracia e os direitos alcançados.

Em 2016 o PNSB - Brasil Sorridente “muda” sua natureza política, é reduzido a um programa de odontologia do governo federal. A Nova Política Nacional de Atenção Básica fortalece o desmonte da PNSB com financiamento de equipes da ESF sem ESB. A possibilidade de planejamento municipal sem a inclusão da saúde bucal não fica explícita, nem se há obrigatoriedade da manutenção das ESB como parte das equipes multiprofissionais. Um possível retrocesso em curso com adoção de modelo de atenção com ações curativo-mutiladoras e metas por contagem de procedimento (BRASIL; 2017b).

O novo regime fiscal, instituído com a Emenda Constitucional 95, estabelece um teto para as despesas primárias até 2036, com o objetivo de formar superávits primários para pagamento de juros e amortização da dívida pública, ou seja, um congelamento por 20 anos (BRASIL; 2016b). Diante disso, os gastos sociais ficariam desvinculados das receitas, mesmo que haja aumento da arrecadação federal. Menezes e colaboradores (2019) estimam uma perda de recursos federais para o SUS de 800 bilhões a mais de 2 trilhões.

Ademais, perversa reforma trabalhista permite o trabalho em condições insalubres durante a gravidez e fase de lactação, liberação da terceirização de qualquer atividade, dentre outras atrocidades. Tais decisões terão impacto no aumento de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL; 2017a).

Em meio a este cenário e com o objetivo de possibilitar maior autonomia aos gestores da saúde no gerenciamento financeiro dos recursos transferidos da União, o MS alterou as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS (BRASIL; 2017c). Dentre as mudanças, a nova normativa esta-

belece que o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais entes federados na modalidade fundo a fundo, passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL; 2017c). Essa alteração proporciona ao gestor municipal maior flexibilidade na alocação de recursos, mas é uma brecha para o descumprimento do Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Na contramão de deliberações das Conferências e dos Conselhos de Saúde, logo, da participação e controle social no SUS (CNM; 2018).

A Programação Anual de Saúde (PAS) que contemple a saúde LGBTQIA+ será cumprida? O gestor irá entender como prioritária a saúde desta população?

Adicionalmente, o Programa Previne Brasil estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS que organiza um modelo misto, constituído pelos componentes: Capitação ponderada: pagamento por pessoa cadastrada; Pagamento por desempenho: resultados de indicadores alcançados; e Incentivo para ações estratégicas (BRASIL; 2019). A transferência de recursos condicionada ao número de pessoas cadastradas implica na redução de repasse para os municípios. Anteriormente o repasse era calculado de acordo como número de habitantes, estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Vincular o repasse de recursos ao cumprimento de metas e indicadores poderá causar impacto financeiro aos municípios (STEVANIM; 2019).

Os indicadores pactuados para 2020 foram: pré-natal, saúde da mulher, imunização, saúde da criança e condições crônicas (BRASIL; 2021b).

Neste manual serão trabalhados especificamente os indicadores que compuseram a avaliação de desempenho do ano de 2020, a saber: (i) proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação; (ii) proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; (iii) proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; (iv) cobertura de exame citopatológico; (v) cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; (vi) percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e (vii) percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. Como visto, para o ano de 2020 foram priorizados indicadores no âmbito do pré-natal, saúde da mulher, imunização, saúde da criança e condições crônicas. Os dados de saúde utilizados para cálculo dos indicadores são coletados principalmente no Si-sab, mas também são extraídos de outras bases nacionais como o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) (p.23).

Procedimento e atendimento centrado na doença não assegura a integralidade do cuidado em saúde. O desmonte do SUS através do desfinanciamento, terá impacto direto na implementação de políticas públicas, em particular para a população LGBTQIA+ (STEVANIM; 2019).

A publicação do Projeto SB Brasil 2020, que objetiva a avaliação do perfil epidemiológico em saúde bucal da população brasileira, impossibilita identificar pessoas LGBTQIA+ nos questionários da pesquisa. Nas informações gerais para todas as idades e grupos etários, não foram incluídas identidade gênero e orientação sexual; somente o binarismo feminino e masculino (BRASIL; 2021a).

O Projeto SB Brasil 2020 irá avaliar o perfil epidemiológico em saúde bucal da população brasileira em relação às condições mais prevalentes a fim de proporcionar ao MS e às instituições do SUS informações para o planejamento de políticas e programas de promoção, prevenção e assistência em saúde bucal, nas esferas nacional, estaduais e municipais. O Objetivo geral é avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira em 2021 e 2022 para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao SUS, bem como manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância a saúde da PNSB (p. 9-10).

Teremos uma avaliação epidemiológica em saúde bucal que irá subsidiar o planejamento nacional onde a população LGBTQIA+ continuará invisibilizada.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo transversal descritivo para conhecer a utilização e dificuldade de assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+. No estudo transversal a unidade de análise é o indivíduo, oriundo de uma população e período bem definidos, visando dar um corte no fluxo histórico do evento de interesse, de forma a descrever suas características. A coleta de dados é realizada num único momento, para todas as variáveis de interesse, previamente estabelecidas (ALMEIDA FILHO e BARRETO; 2014).

### 5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Foram elegíveis para o estudo as pessoas LGBTQIA+, que responderam ao questionário semiestruturado *online*, utilizando o Google Forms (Anexo 1). Os participantes foram acessados por e-mail e/ou grupo de WhatsApp, através de carta convite (Anexo 2), utilizando a técnica de bola de neve, sendo os contatos iniciais os alunos dos cursos do DIHS, oriundos de diversos estados do país. Também foi divulgado o link para acesso a pesquisa nos movimentos sociais.

Foi estimada uma amostra de 385 participantes. O cálculo da amostra baseou-se em tamanho mínimo para população infinita, considerando 95% do nível de confiança, 5% de erro máximo e 50% da frequência a ser avaliada (LUIZ; MAGNANINI, 2009).

### 5.3 VARIÁVEIS

O questionário abordou as características socioeconômicas e demográficas (orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, escolaridade, ocupação situação conjugal, idade, município de residência) dos participantes do estudo, bem como discriminação, autoavaliação e utilização de assistência à saúde bucal nos últimos cinco anos, e as dificuldades vivenciadas.

#### 5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi calculada a prevalência de utilização da assistência à saúde bucal na população estudada e respectivo intervalo de confiança de 95%, bem como o percentual de cada categoria das demais variáveis. O teste qui-quadrado de Pearson foi calculado para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre os estratos, com correção de Yates quando necessário. Os dados foram exportados para o programa Excel e analisados no programa estatístico R versão 3.4.3.

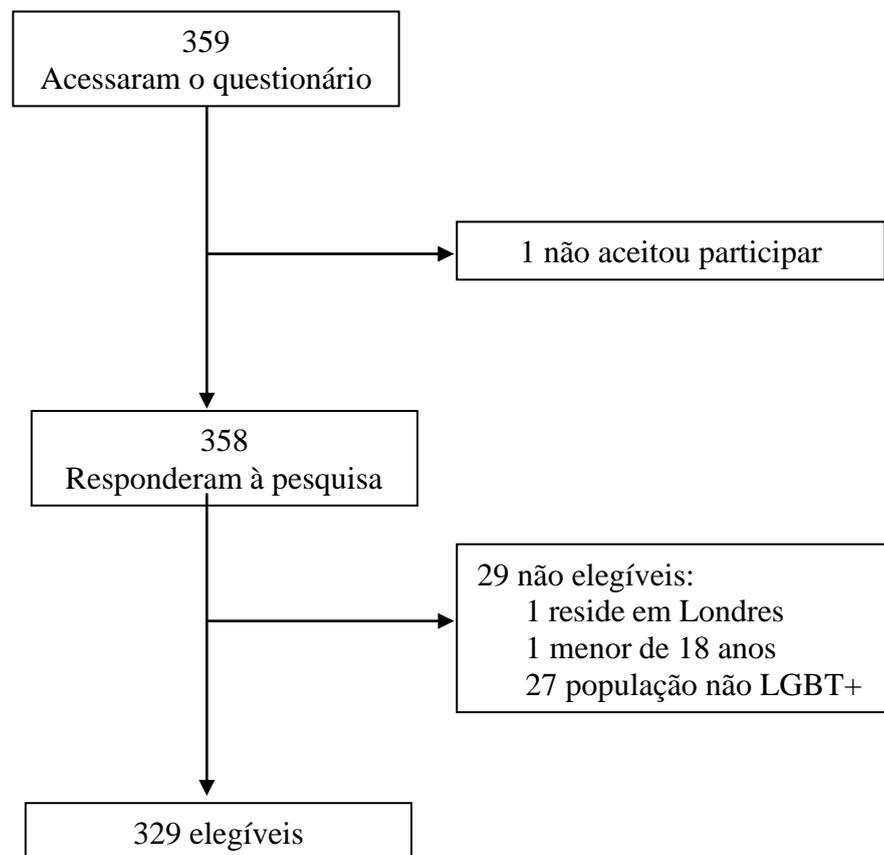
## **6 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa (CAAE: 54050321.8.0000.5240) foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública, número 5.196.679, emitida em 10 de janeiro de 2022.

## 7 RESULTADOS

Acessaram o questionário 359 pessoas, porém, um(a) não aceitou participar e 29 não foram elegíveis (Figura 1). Dos 329 (91,9%) elegíveis para o estudo, 125 (38,0%) eram gays, 77 (23,4%) lésbicas e 44 (13,4%) transgêneros(as) (Tabela 1). Dentre os transgêneros(as) a maioria era heterossexual (36,4%) ou bissexual (34,1%). Homem transexual correspondeu a 52,3% dos participantes transgêneros (Figura 2).

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação da população elegível. Brasil, 2022



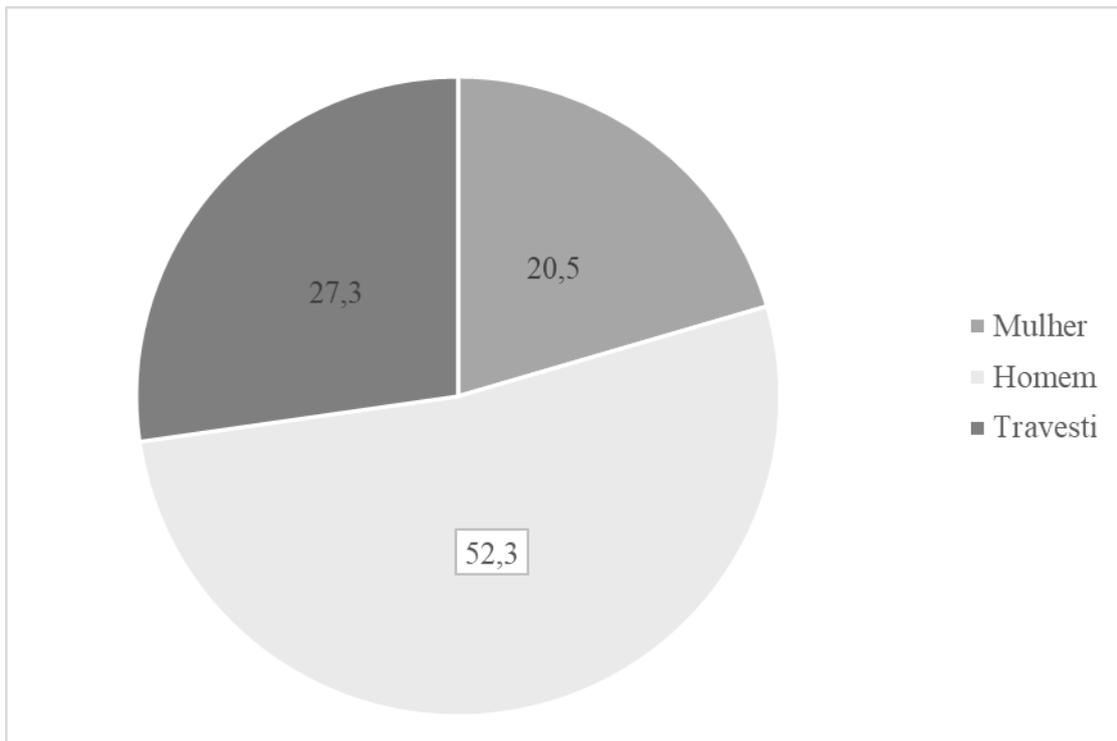
Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1. Características da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022

Orientação sexual	Total		Identidade de gênero			
			Cisgênero(a)		Transgênero(a)	
	N	%	N	%	N	%
Lésbica	77	23,4	76	26,7	1	2,3
Gay	125	38,0	121	42,5	4	9,1
Bissexual	89	27,1	74	26,0	15	34,1
Assexual	3	0,9	2	0,7	1	2,3
Outro	19	5,8	12	4,2	7	15,9
Heterossexual	16	4,9	-	-	16	36,4
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria.

Figura 2. Identidade de gênero da população transgênera. Brasil, 2022



Fonte: Elaboração própria.

Os(as) participantes tinham predominantemente entre 18 e 39 anos (73,3%); eram negros(as) (51,4%); com ensino superior incompleto ou mais elevado (69,6%); residentes da região Sudeste (79,6%), principalmente do estado do Rio de Janeiro (62,9%); e servidores público ou em ocupação de nível médio, técnico e superior (43,8%) (Tabela 2). A população transgênera foi proporcionalmente maior do que a cisgênera quanto a raça/cor negro(a) (65,9%;  $p = 0,028$ ); ensino médio ou inferior (68,2%;  $p < 0,001$ ); residente na região Norte (25,0%;  $p < 0,001$ ), particularmente do estado do Amazonas (20,5%); e desempregado(a) (15,9%;  $p < 0,001$ ) (Tabela 3). Já entre as lésbicas, tinham proporcionalmente mais residentes da região Nordeste (19,5%;  $p < 0,001$ ), especialmente do estado da Bahia (18,2%), e ademais populações eram mais jovens (77,4%;  $p = 0,004$ ).

A prevalência de assistência à saúde bucal nos cinco anos anteriores a entrevista foi alta (93,7%; IC95%: 89,7% – 95,3%), sendo proporcionalmente menos para população transgênera (88,6%; IC95%: 76,0% – 95,1%) do que cisgênera (93,7%; IC95%: 90,2% – 96,0%). A maior parte dos(as) participantes tiveram assistência à saúde bucal nos últimos seis meses (44,7%; IC95%: 39,4% - 50,1%) (Tabela 4). Não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de utilização entre lésbicas e as demais orientações sexuais ( $p = 0,184$ ) e nem quanto a raça/cor da pele ( $p = 0,993$ ). A população transgênera, entretanto, a última vez que foi ao dentista ocorreu majoritariamente há 2 anos ou mais (40,9%;  $p < 0,001$ ).

A assistência à saúde bucal ocorreu principalmente na rede particular (50,5%), mas entre transgêneros(as) a assistência foi proporcionalmente maior no setor público do que entre cisgêneros(as) (45,5%;  $p < 0,001$ ) (Tabela 5). A maioria não informou o motivo da consulta (27,1%), mas o principal motivo foi assistência preventiva, como revisão, rotina, prevenção ou limpeza (26,6%) (Tabela 6). A minoria informou ter tido dificuldade de assistência (24,9%), mas foi proporcionalmente maior entre a população transgênera (54,5%/  $p < 0,001$ ), que também teve mais discriminação (13,6%;  $p < 0,001$ ) (Tabela 5), especialmente porLGBTfobia. A dificuldade de acesso à assistência foi particularmente devido a morosidade ou impossibilidade de agendamento (40,2%) e financeira (22,0%) (Tabela 7).

A perda dentária também foi proporcionalmente maior entre os(as) transgêneros(as) (61,4%;  $p = 0,040$ ) (Tabela 5). A principal causa informada pelos(as) participantes foi cárie, doença periodontal ou abscesso (29,8%), seguido de má higiene oral, falta de cuidado ou interrupção do tratamento (19,9%) (Tabela 8). Dentre os que tiveram perda dentária (151), 72,8% foi de menos de cinco elementos dentários (72,8%).

A maioria dos(as) participantes informou preferir ser atendido por profissional LGBT (69,0%) (Tabela 5).

No que tange a autoavaliação da saúde bucal (Tabela 9), a população cisgênera informou ser boa ou muito boa (57,5%), enquanto a população transgênera ruim ou muito ruim (45,5%;  $p < 0,001$ ).

Tabela 2. Características sociodemográficas da população participante do estudo. Brasil, 2022

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Faixa etária		
18 a 39 anos	241	73,3
40 anos ou mais	88	26,7
Raça/cor		
Branco	156	47,4
Negro	169	51,4
Amarelo ou indígena	4	1,2
Escolaridade		
Até ensino fundamental completo	12	3,6
Ensino Médio Incompleto ou completo	88	26,7
Ensino Superior Incompleto ou mais elevado	229	69,6
Região de Residência		
Norte	22	6,7
Nordeste	28	8,5
Sudeste	262	79,6
Sul	7	2,1
Centro-oeste	10	3,0
Profissão		
Servidor(a) público, ocupação de nível médio, técnico ou superior	144	43,8
Estudante e/ou estagiário(a)	42	12,8
Outras ocupações	104	31,6
Aposentado(a)	8	2,4
Autônomo(a)	10	3,0
Desempregado(a)	21	6,4
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3. Características sociodemográficas da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022

Características	Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Faixa etária										
18 a 39 anos	207	72,6	34	77,3	0,064	46	59,7	195	77,4	0,004
40 anos ou mais	78	27,4	10	22,7		31	40,3	57	22,6	
Raça/cor da pele										
Branca	143	50,2	13	29,5	0,028	32	41,6	124	49,2	0,297
Negra	140	49,1	29	65,9		44	57,1	125	49,6	
Amarela ou indígena	2	0,7	2	4,5	-	1	1,3	3	1,2	-
Escolaridade										
Até ensino fundamental completo	3	1,1	9	20,5	<0,001*	3	3,9	9	3,6	0,401
Ensino Médio Incompleto ou Completo	67	23,5	21	47,7		16	20,8	72	28,6	
Ensino Superior Incompleto ou mais elevado	215	75,4	14	31,8		58	75,3	171	67,9	
Região de Residência										
Norte	11	3,9	11	25,0	<0,001*	1	1,3	21	8,3	<0,001*
Nordeste	25	8,8	3	6,8		15	19,5	13	5,2	
Sudeste	233	81,8	29	65,9		58	75,3	204	81,0	
Sul	7	2,5	0	0,0		0	0,0	7	2,8	
Centro-oeste	9	3,2	1	2,3		3	3,9	7	2,8	
Profissão										
Servidor(a) público, ocupação de nível médio, técnico ou superior	139	48,8	5	11,4	<0,001*	42	54,5	102	40,5	0,108
Estudante e/ou estagiário(a)	37	13,0	5	11,4		3	3,9	39	15,5	
Outras ocupações	81	28,4	23	52,3		23	29,9	81	32,1	
Aposentado(a)	6	2,1	2	4,5		2	2,6	6	2,4	
Autônomo(a)	8	2,8	2	4,5		2	2,6	8	3,2	
Desempregado(a)	14	4,9	7	15,9		5	6,5	16	6,3	
<b>Total</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

\*Aproximação do qui-quadrado pode estar incorreta.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4. Prevalência de utilização de assistência à saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Última vez que foi ao dentista	Total*			Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p <sup>‡</sup>	Lésbicas		Demais		p <sup>‡</sup>	Branca		Negra		p <sup>‡</sup>
	N	%	IC95%	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
até 6 meses	147	44,7	39,4 - 50,1	139	48,8	8	18,2		35	45,5	112	44,4		71	45,5	75	44,4	
6 meses até 1 ano	52	15,8	12,3 - 20,1	39	13,7	13	29,5		10	13,0	42	16,7		26	16,7	25	14,8	
1 ano até 2 anos	52	15,8	12,3 - 20,1	47	16,5	5	11,4	<0,001	19	24,7	33	13,1	0,184	24	15,4	27	16,0	0,993
2 anos até 3 anos	35	10,6	7,8 - 14,4	28	9,8	7	15,9		6	7,8	29	11,5		15	9,6	19	11,2	
3 anos até 4 anos	11	3,3	1,9 - 5,9	6	2,1	5	11,4		2	2,6	9	3,6		5	3,2	6	3,6	
4 anos até 5 anos	9	2,7	1,5 - 5,1	8	2,8	1	2,3		1	1,3	8	3,2		5	3,2	4	2,4	
5 anos ou mais	23	7,0	4,7 - 10,3	18	6,3	5	11,4		4	5,2	19	7,5		10	6,4	13	7,7	
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>		<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>		<b>156</b>	<b>100,0</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Fonte: Elaboração própria.

\*Inclui população amarela e indígena.

‡As categorias de 4 até 5 anos e de 5 anos ou mais foram agrupadas para permitir a análise.

Tabela 5. Características da assistência à saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Características	Total*		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		p	Branco(a)		Negro(a)		p	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%		
Tipo de Consulta																		
Público	62	18,8	42	14,7	20	45,5		11	14,3	51	20,2		18	11,5	43	25,4		
Plano de Saúde ou Convênio	95	28,9	90	31,6	5	11,4	<0,001	22	28,6	73	29,0	0,587	48	30,8	47	27,8	0,007	
Particular	166	50,5	147	51,6	19	43,2		40	51,9	126	50,0		86	55,1	77	45,6		
Outro	6	1,8	6	2,1	0	0,0	-	4	5,2	2	0,8	-	4	2,6	2	1,2	-	
Dificuldade de assistência																		
Sim	82	24,9	58	20,4	24	54,5	<0,001	18	23,4	64	25,4	0,835	30	19,2	49	29,0	0,055	
Não	247	75,1	227	79,6	20	45,5		59	76,6	188	74,6		126	80,8	120	71,0		
Sofreu discriminação																		
Sim	11	3,3	5	1,8	6	13,6	<0,001	1	1,3	10	4,0	0,436	3	1,9	7	4,1	0,190	
Não	318	96,7	280	98,2	38	86,4		76	98,7	242	96,0		153	98,1	162	95,9		
Perda de dente																		
Sim	151	45,9	124	43,5	27	61,4	0,040	40	51,9	111	44,0	0,277	54	34,6	94	55,6	<0,001	
Não	178	54,1	161	56,5	17	38,6		37	48,1	141	56,0		102	65,4	75	44,4		
Preferência de atendimento por profissional LGBT																		
Sim	227	69,0	192	67,4	35	79,5		54	70,1	173	68,7		99	63,5	125	74,0		
Indiferente	93	28,3	86	30,2	7	15,9	0,124	20	26,0	73	29,0	0,704	53	34,0	40	23,7	0,115	
Não	9	2,7	7	2,5	2	4,5		3	3,9	6	2,4		4	2,6	4	2,4		
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>156</b>	<b>100,0</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	

Fonte: Elaboração própria.

\*Inclui população amarela e indígena.

Tabela 6. Principal motivo do atendimento em saúde bucal dos participantes do estudo. Brasil, 2022

<b>Motivo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Revisão/Rotina/Prevenção/Limpeza	87	26,4
Clarear os dentes	7	2,1
Restauração(obturação)	21	6,4
Tratamento endodôntico (canal)	13	4,0
Dor de dente	4	1,2
Dor e/ou sangramento gengival	11	3,3
Dor muscular ou próxima ao ouvido	4	1,2
Mau hálito	3	0,9
Colocar aparelho ortodôntico	28	8,5
Colocar prótese (dentadura/coróa/ponte/implante)	30	9,1
Extraír (arrancar) dente	25	7,6
Outro	7	2,1
Não informado	89	27,1
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 7. Dificuldades de assistência à saúde bucal dos participantes do estudo. Brasil, 2022

<b>Dificuldade vivenciada</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ausência de material	1	1,2
Ausência de profissional	6	7,3
Financeira	18	22,0
Morosidade e ou impossibilidade de agendamento/regulação	33	40,2
Iatrogênia/mau atendimento/dificuldade com procedimento	6	7,3
Plano odontológico:sem plano/dificuldade de agendamento/sem cobertura	5	6,1
Preconceito/falta de acolhimento	5	6,1
Suspensão de atendimento eletivo durante pandemia	4	4,9
Não informado	4	4,9
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 8. Motivo da perda dentária dos participantes do estudo. Brasil, 2022

<b>Motivo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Iatrogenia/má orientação profissional	8	5,3
Acidente	9	6,0
Agressão	3	2,0
Hormonização	1	0,7
Cárie/doença periodontal/abcesso	45	29,8
Indicação ou falta de tratamento ortodôntico/bruxismo/agenesia	9	6,0
Dificuldade financeira	13	8,6
Dificuldade de acesso ao serviço	8	5,3
Dificuldade de acesso ao serviço ou negligência na infância/adolescência	9	6,0
Medo/trauma/baixa estima/depressão	5	3,3
Má higiene oral/falta de cuidado/interrupção do tratamento	30	19,9
Uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	5	3,3
Gestação	1	0,7
não informado	5	3,3
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 9. Autoavaliação da saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Auto-avaliação da saúde bucal	Total*		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		P	Branco(a)		Negro(a)		P
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Boa ou muito boa	175	53,2	164	57,5	11	25,0		47	61,0	128	50,8		93	59,6	80	47,3	
Regular	97	29,5	84	29,5	13	29,5	<0,001	22	28,6	75	29,8	0,137	42	26,9	55	32,5	0,071
Ruim ou muito ruim	57	17,3	37	13,0	20	45,5		8	10,4	49	19,4		21	13,5	34	20,1	
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>156</b>	<b>100,0</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Fonte: Elaboração própria.

\*Inclui população amarela e indígena.

## 8 DISCUSSÃO

A prevalência de utilização da assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+, entre os participantes do estudo, foi alta nos últimos cinco anos (93,7%), em particular nos seis meses anteriores a entrevista (44,7%). A prevalência entre brancos(as) e negros(as) foi similar, mas a população transgênera, que representou apenas 13,4% dos participantes, apresentou uma prevalência mais baixa (88,6%), principalmente nos últimos seis meses (18,2%). Os(as) participantes transgêneros(as) também apresentaram proporcionalmente menor escolaridade, residiam na região Norte e estavam desempregados(as) do que os(as) demais ( $p < 0,001$ ). No inquérito nacional realizado em 2013, mais de 40% dos entrevistados relataram ter consultado dentista no último ano (SOUSA et al.; 2019, BASTOS et al.; 2019, BORDIN et al.; 2020). A consulta regular ao dentista foi informada por 63,7% com maior variação em relação a escolaridade, sendo 36,6% entre os(as) sem instrução e 85,5% com mais de onze anos de estudo; mas ser negro(a), residir na região Norte ou Nordeste e pertencer a menor classe social também apresentou maior chance de nunca ter ido ao dentista ou realizar acompanhamento irregular (GALVÃO et al., 2022).

Apenas 18,8% dos(as) participantes do estudo foram atendidos na rede pública, mas foi proporcionalmente maior entre os(as) transgêneros(as) (45,5%). Inquérito realizado em 2013, entretanto, identificou que 11,0% dos(as) entrevistados(as) tinham sido atendidos no Sistema Único de Saúde (BORDIN et al.; 2020).

A dificuldade de assistência também tem sido maior entre os(as) transgênero(as) (54,5%) do que os(as) demais (20,4%); bem como ter sofrido discriminação, 13,6% e 1,8% respectivamente. As pessoas transgêneras têm mais dificuldade no acesso aos serviços e também evitam procurar cuidados em saúde por medo de discriminação (CALAZANS et al.; 2021). A maioria dos(as) participantes informou preferir ser atendido(a) por profissional LGBTQIA+ (69,0%), principalmente entre os(as) transgêneros (as) (79,5%) e negros(as) (74,0%); mas as diferenças entre as proporções não foram estatisticamente significativas ( $p \geq 0,115$ ), provavelmente pelo pequeno tamanho de amostra na categoria que não tem preferência.

Cabe ainda enfatizar que pessoas transgênera passam por diversas dificuldades em meio a sociedade em que estão inseridas, visto que, sua travestilidade e transexualidade estão expostas em seu corpo. Louro (2018) aponta para a construção social de uma matriz binária e heterossexual que conforma padrões sexuais e de gênero. A insegurança inerente às normas de gênero, mostram que essas pessoas são menosprezadas e estão à margem da

sociedade, onde não existe garantia de direitos e sua própria humanidade é negada. Isso ecoa em diversos âmbitos, inclusive da saúde (BUTLER, 2003).

Já os(as) cisgêneros(as) possuem mais facilidade em não revelar sua orientação sexual aos profissionais de saúde, e, portanto, menos vulneráveis a discriminação pela suposição de serem heterossexuais, a exemplo lésbicas (GOMES; 2015, CALAZANS et al.; 2021).

Nesse sentido, a população LGBTQIA+ evita frequentar serviços de saúde, adia ou abandona tratamentos clínicos e de prevenção em decorrência de experiências negativas (RUSSEL; MORE, 2016). Em estudo de revisão integrativa Varotto e colaboradores (2022) concluíram que a população LGBTQIA+ possui menor acesso aos serviços de saúde bucal e há uma falta de preparo formal dos alunos de graduação para o atendimento. Ademais, discriminações recorrentes no âmbito institucional, predispõe essa população ao risco de doenças e transtornos como depressão, ansiedade, má alimentação, perda de peso e em especial o descuido com a higiene. Fatores que, somados, afetam múltiplas facetas, e também repercutem na saúde bucal. Estudo realizado em Ontário, no Canadá, identificou que 43,9% da população transgênera não obteve sucesso no atendimento da saúde, apresentando um percentual três vezes menor do que as pessoas cisgêneras e heterossexuais, e também tiveram uma pior avaliação dos serviços de saúde (GIBLON; BAUER, 2017). Estudo realizado nos Estados Unidos também identificou que a população transgênera tende a ter mais medo e ansiedade em relação ao tratamento odontológico, que se correlaciona à alta prevalência de discriminação e mal atendimento vivenciado (HEIMA et al.; 2017).

Tal situação fica evidente com o alto percentual dos(as) participantes que já tiveram perda dentária (45,9%), principalmente entre os(as) transgêneros(as) (61,4%) e negros(as) (55,6%). Estudos internacionais, entretanto, sinalizam que doenças periodontais e o aumento de cáries não possuem diferenças quando comparados com a população heterossexual, ou seja, o que difere é autopercepção inerente à saúde bucal (VAROTTO, et al., 2022).

A autopercepção da saúde bucal para maioria dos(as) participantes do estudo foi boa ou muito boa (53,2%), bem como para cisgêneros(as) (57,5%), lésbicas (61,0%) e negros(as) (43,7%); mas para os(as) transgêneros(as) foi ruim ou muito ruim (45,5%). Estudo realizado com base no inquérito de 2013 identificou que a prevalência de autopercepção positiva da saúde bucal foi de 67,4% e que a autopercepção negativa era mais elevada na população com renda menor que um salário mínimo, analfabetos(as) e

trabalhos precários ou elementares (SOUSA et al.; 2019). Já Bordin e colaboradores (2020) constatou que a autopercepção negativa da saúde bucal está principalmente relacionada à dificuldade de se alimentar, avaliação negativa da última consulta odontológica, autopercepção negativa da saúde em geral e não adoção de medidas odontológicas preventivas, como fio dental e revisão de rotina.

Estudo sobre hábito de vida saudável, como autocuidado, não fumar, beber moderadamente, praticar atividade física entre outros, constatou, entretanto, que mulheres lésbicas e bissexuais aceitam menos tais hábitos quando comparadas a mulheres cisgênera heterossexuais. Já homens transgêneros apresentaram maior chance do que mulheres transgênera e pessoas cisgêneras heterossexuais. Não houve diferença na proporção de tais hábitos, homens cisgênero heterossexuais, gays e bissexuais (PADILHA et al.; 2021).

Uma limitação do estudo é que os(as) participantes da pesquisa apresentaram alta escolaridade e se concentraram nos grandes centros urbanos, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, população que tende a ter mais acesso à informação, serviços e renda; não representando a realidade da maioria da população LGBTQIA+. Importante destacar, contudo, que mesmo nessa bolha a população transgênero e/ou negra tiveram os piores resultados.

Em contrapartida o estudo contribui com o tema por incluir de forma inédita a saúde bucal da população LGBTQIA+, contemplando identidade de gênero e orientação sexual, enquanto a pesquisa nacional não incluiu nem mesmo a perspectiva binária, feminino e masculino (BRASIL, 2021a). Adicionalmente, o estudo também incluiu a população de lésbicas, dando maior visibilidade a essa população tão negligenciada e invisibilizada nos estudos e pesquisas em saúde; buscando atender a reivindicação da identidade lésbica na reorganização de políticas públicas de saúde (JESUS, et al., 2015).

Há uma quantidade insuficiente de produção científica sobre a temática de saúde bucal LGBTQIA+, e sua maioria de produção internacional. A carência de estudos em outros países e ausência de pesquisas nacionais, reforça e evidencia a invisibilidade na formação profissional e pesquisas em saúde (ELIASON; 2011, VAROTTO et al.; 2022).

Discriminações e obstáculos para o acesso aos serviços de saúde são recorrentes. A sociedade patriarcal e heteronormativa estigmatiza, discrimina e exclui a população LGBTQIA+ em decorrência de uma cultura que se dedica essencialmente a heterossexualidade e por esse motivo as desigualdades em saúde vem crescendo de forma significativa (GUIMARÃES et al.; 2017).

A população LGBTQIA+ enfrenta barreiras em seu cotidiano quando o assunto é

saúde. Há uma dificuldade em encontrar profissionais da área que entendam as reais necessidades dessa população, tratam com discriminação, atrasam ou até mesmo renunciam ao atendimento deixando de resguardar a esses sujeitos o direito à saúde (FERREIRA et al.; 2022).

A procura dessa população pelos serviços de saúde, se imbuem dentro de uma perspectiva de negação, violência, negligência e invisibilidade; sendo uma questão estrutural associada a falta de políticas públicas. O não reconhecimento e a falta de atenção se fundamenta prospectivamente no patriarcalismo, sexismo, machismo além do preconceito que afeta todas as relações sociais, ou seja, ocupam todos os espaços incluindo instituições educacionais e da saúde (GUIMARÃES et al.; 2017; FERREIRA et al.; 2017).

Imprescindível que os profissionais sejam capacitados sobre a temática, o que viabiliza uma visão menos estigmatizada e mais próxima das reais necessidades. A educação permanente em saúde torna-se o principal recurso a ser utilizado para o reconhecimento, planejamento e execução de ações voltadas população LGBTQIA+ (SOUZA; 2021).

Logo, é urgente desenvolver e avaliar uma proposta de educação permanente para a equipe de saúde bucal, buscando identificar e acolher populações em vulnerabilidade, e que permita refletir sobre o combate as variadas formas de discriminação. De forma a promover a proteção do direito à livre orientação sexual e de gênero para a saúde integral dos mesmos, além de resguardar os direitos humanos e de cidadania; conforme previsto, mas não executado (BRASIL; 2011c).

Nesse sentido, promover a prática de uma saúde que não se limite ao tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, ou seja, saúde integral baseada na equidade, que auxiliará no enfrentamento às desigualdades sociais inerentes à saúde da população LGBTQIA+ (BRASIL; 2011c, MELLO et al.; 2011, OLIVEIRA; 2021).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+ teve como objetivo analisar a saúde bucal da mesma, contribuindo de forma inédita com a inclusão de identidade de gênero e orientação sexual em estudo nacional de saúde bucal. Mesmo em participantes com maior escolaridade e nos grandes centros urbanos a população transgênera e negra teve os piores resultados. Demonstrando que raça, gênero e sexualidade influenciam diretamente no acesso ao cuidado em saúde, logo que o enfoque interseccional é imprescindível para organização do serviço.

As dificuldades sinalizadas por essa população advêm de múltiplos sistemas de opressões estruturais, que não as reconhece enquanto sujeitos em decorrência de uma cultura patriarcal, heterossexual, cisgênera e branca.

A carência de estudos em outros países e ausência de pesquisas nacionais reforça e evidencia a invisibilidade na formação profissional e de pesquisas em saúde. Nessesentido, é imprescindível que os profissionais sejam capacitados sobre a temática, o que viabiliza uma visão menos estigmatizada e mais próxima das reais necessidades. A educação permanente em saúde torna-se o principal recurso a ser utilizado para o reconhecimento, planejamento e execução de ações voltadas a essa população. Premente a promoção e proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero que auxiliará no enfrentamento às desigualdades sociais inerentes à saúde de pessoas LGBTQIA+.

## REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. 2. ed. São Paulo, SP: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 151 p.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Org.). **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2014.
- BASTOS, T. F. *et al.* Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2019, v. 22, n. Suppl 02.
- BORDIN, D. *et al.* Caracterização da condição percebida de saúde bucal na população adulta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020, v. 25, n. 9., pp. 3647-3656.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília, DF.
- BRASIL. Lei n.º 8080, 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**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Bucal: Relatório Final**. Brasília, DF, 10-12 de outubro de 1986.
- BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal: Saúde Bucal é direito de cidadania**. Brasília – DF, 25-27 de Setembro de 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília, 2004b.
- BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Bucal – Acesso e qualidade superando a exclusão social**. Brasília – DF, 29 de julho a 1.º de agosto de 2004c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Portaria n.º 675/GM/2006. Revogada pela Portaria n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4.277, de 5 de janeiro de 2011**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2011a.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 132** - Rio de Janeiro. Brasília: Supremo Tribunal Federal. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

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. 32 p. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. DECRETO Nº 8.727, DE 28 DE ABRIL DE 2016: **Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional**. 2016a.

BRASIL. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. 2016b

BRASIL. Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017. **Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n. 6.019, de 3 de janeiro de 1974, n. 8.036, de 11 de maio de 1990, e n. 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho**. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n 6 de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 2.279, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB Brasil 2020 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Projeto Técnico.** Brasília, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BUTLER, J. O Parentesco é Sempre Heterossexual? **Cadernos Pagu.** p. 219-260, 2003.

CALAZANS, C. KALICHMAN, A.; SANTOS, M. R.; PINHEIRO, T. F. *In: Necessidades de saúde: demografia, panorama epidemiológico e barreiras de acesso. In: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Org.). Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado interdisciplinar.* Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021. p. 82-91.

CARRARA, S. Discrimination, policies, and sexual rights in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 184-189, 2012.

CNM. Confederação Nacional de Municípios. **Mudanças no Financiamento da Saúde.** Brasília, 2018.

ELIASON, M. J.; DIBBLE, S. L.; ROBERTSON, P. A. Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) physicians' experiences in the workplace. **Journal of homosexuality**, San Francisco, v. 58, n. 10, p. 1355-1371, 2011.

FERREIRA, B. O.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F. Diversidade de Gênero e Acesso ao Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saúde.** 2017;31(1):1-10.

FERREIRA, A. P. *et al.* Evidências científicas sobre o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQI+: Revisão de escopo. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e229111032519-e229111032519, 2022.

FORATORI JUNIOR, G. A. Brasil Sorridente - reconhecendo a história para reforçar a constante luta pela equidade em Odontologia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021.

GALVÃO, M. H. R. *et al.* Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2022, v. 27, n. 06, pp. 2437-2448.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17352021>.

GIBLON, R. BAUER, GR. Health care availability, quality, and unmet need: A comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada. **BMC Health Serv Res.** 2017;17(1):283.

GOMES, R. *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1997-2006, 2018.

GUIMARÃES, R. C. P. *et al.* Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**. 2017; 11(1), 121-139.

GUIMARÃES, R. C. P. *et al.* Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**. 2017; 11(1), 121-139. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327>.

HEIMA M, HEATON LJ, NG HH, ROCCOFORTE CC. Dental fear among transgender individuals - a cross sectional survey. **Spec Care Dent**. 2017;37(5):212-22.

JESUS, J. G. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos / Jaqueline Gomes de Jesus**. Brasília: Autor, 2012. 24 p.

JESUS, J. G. Gênero sem essencialismo: feminismo transgênero como crítica do sexo. **Universitas Humanística**, 78, 241-258, 2014. 258 p.

JESUS, J. G. (org.). **Transfeminismo: teorias & práticas**. Rio de Janeiro: Editora Metanoia, 2ª ed., 2015. 206 p.

MENEZES, APR; MORETTI, B; R, AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate** v. 43, nº Especial 5, p. 58-70, 2019.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

LUIZ, R.R; MAGNANINI, M.M.F. O tamanho de amostra em investigações epidemiológicas. In: MEDRONHO RA, et al. (org). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A.; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca da universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**. 2011; 9, 7-28.

OLIVEIRA, C. P. **Aproximando a equipe de saúde bucal do cuidado às populações vulnerabilizadas**. TCC (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Curso de Odontologia. Porto Alegre, p. 30. 2021.

PADILHA, W. A. R.; CRENITTE, M. R. F.; LOPES JUNIOR, A. Prevenção e cuidados das doenças crônicas. In: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Org.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado interdisciplinar**. Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021. p. 346-356.

PEREIRA, W. 2012. Uma História da Odontologia no Brasil. **História e Perspectivas**, Uberlândia (47): 147-173, jul./dez. 2012.

PIMENTA, T. S. Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-1828). 1998 **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2.

PIMENTA, T. S. Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. **Cadernos CEDES** [online]. 2003, v. 23, n. 59.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. Tradução Jones Freitas, 2007.

RUSSELL, S.; MORE, F. Addressing health disparities via coordination of care and interprofessional education: lesbian, gay, bisexual, and transgender health and oral health care. **Dent Clin North Am**. 2016;60(4):891-906.

SANTOS, B. V. **Na oficina do sociólogo artesão: aulas 2011-2016**. seleção, revisão e edição Maria Paula Meneses, Carolina Peixoto. São Paulo: Cortez, 2018. 405 p.

SOUSA, J. L. *et al.* Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 2019, v. 35, n. 6.

SOUZA, O. S. L. **Desafios no acolhimento à população LGBT nos serviços do Sistema Único de Saúde do município de Caicó, RN: um estudo sobre a atuação dos profissionais da atenção primária**. TCC (Especialização Atenção Básica) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Caicó, p. 36. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO e Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEVANIM, L. F. O SUS é uma revolução. **RADIS**. v. 207, p. 19-25, dez, 2019.

VAROTTO, B. L. R. *et al.* População LGBTQIA+: o acesso ao tratamento odontológico e o preparo do cirurgião dentista-uma revisão integrativa. **Revista da ABENO**, v. 22, n. 2, p. 1542-1542, 2022.

**ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO**

## 1. Descrição da pesquisa

Você concorda em participar da pesquisa? ( ) Sim [Acesso a seção 2] ( ) Não [Envio sem acesso ao questionário]

## 2. Dados pessoais:

2.1 Município de Residência: \_\_\_\_\_

2.2 Estado de Residência: \_\_\_\_\_

2.3 Idade: \_\_\_\_\_

2.4 Gênero: ( ) Travesti ( ) Mulher cisgênero ( ) Mulher transexual  
( ) Homem cisgênero ( ) Homem transexual  
( ) Outro

2.5 Orientação Sexual: ( ) Lésbica ( ) Gay ( ) Bissexual ( ) Heterossexual  
( ) Assexual ( ) Outro

2.6 Cor/Raça/Etnia: Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela

2.7 Curso/série ou ano escolar mais elevado concluído com aprovação:

- ( ) Não estudou
- ( ) Ensino Fundamental - 1º segmento (1º grau inicial ou primário) Incompleto
- ( ) Ensino Fundamental - 1º segmento (1º grau inicial ou primário) Completo
- ( ) Ensino Fundamental - 2º segmento (1º grau ou ginásio) Incompleto
- ( ) Ensino Fundamental - 2º segmento (1º grau ou ginásio) Completo
- ( ) Ensino Médio (2º grau ou colegial) Incompleto
- ( ) Ensino Médio (2º grau ou colegial) Completo
- ( ) Ensino Superior Incompleto
- ( ) Ensino Superior Completo
- ( ) Especialização
- ( ) Mestrado
- ( ) Doutorado

2.8 Estuda atualmente: ( ) Não ( ) Sim

2.9 Trabalha atualmente: ( ) Não ( ) Sim

2.10 Profissão: \_\_\_\_\_

## 3 Autoavaliação da saúde bucal:

3.1. Como avalia a sua saúde bucal (dentes e gengivas):

( ) Muito Ruim ( ) Ruim ( ) Regular ( ) Boa ( ) Muito Boa

3.2. Necessita de atendimento odontológico atualmente:

( ) Sim ( ) Não [**Pula para seção 5**]

#### 4 Atendimento odontológico

4.1. Qual o motivo principal para o atendimento odontológico:

- Revisão/Rotina/Prevenção/Limpeza
- Dor de dente
- Dor e/ou sangramento gengival
- Mau hálito
- Extrair (arrancar) dente
- Restauração (obturação)
- Tratamento endodôntico (canal)
- Dor muscular ou próxima ao ouvido
- Colocar prótese (dentadura/coroa/ponte/implante)
- Colocar aparelho ortodôntico
- Clarear os dentes
- Outro

#### 5 Perda de dente

5.1 Já perdeu algum dente?

- Sim  Não [**Pula para seção 7**]

#### 6 Motivo da perda de dente

6.1 Quantos? \_\_\_\_\_

6.2 Qual o principal motivo que considera que causou a perda do(s) dente(s)?

---

#### 7 Acesso/uso de serviço de saúde bucal:

7.1 Última vez que foi em uma consulta odontológica:

- Até 6 meses
- 6 meses até 1 ano
- 1 ano e até 2 anos
- 2 anos até 3 anos
- 3 anos até 4 anos
- 4 anos até 5 anos
- 5 anos ou mais

7.2 Tipo de Consulta:

- Público
- Plano de Saúde ou Convênio
- Particular
- Outro

7.3 Teve alguma dificuldade para realizar o atendimento?

- Sim  Não [**Pula para seção 9**]

#### 8 Dificuldade para realizar atendimento

8.1 O que ocorreu?

---

---

---

---

---

8.2 Houve discriminação no atendimento?  
( ) Sim ( ) Não [**Pula para seção 10**]

9 Discriminação

9.1 O que ocorreu?

---

---

---

---

---

10 Atendimento por profissional LGBTQIA+

10.1 Gostaria de ser acolhido(a)(e)/assistido(a)(e) por profissional LGBTQIA+?

( ) sim ( ) não ( ) indiferente

**[Envio do questionário]**

## ANEXO 2 – DADOS COMPLEMENTARES

Tabela 10. Características da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022

Orientação sexual	Transgênero(a)					
	Travesti		Mulher		Homem	
	N	%	N	%	N	%
Lésbica	0	0,0	1	11,1	0	0,0
Gay	2	16,7	1	11,1	1	4,3
Bissexual	6	50,0	0	0,0	9	39,1
Assexual	0	0,0	0	0,0	1	4,3
Outro	2	16,7	1	11,1	4	17,4
Heterossexual	2	16,7	6	66,7	8	34,8
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria.