

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Danielle Cristine Alves Rodrigues Pereira

PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS LGBTI+, QUE INTEGRAM MOVIMENTOS SOCIAIS,
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO

Rio de Janeiro
2023

Danielle Cristine Alves Rodrigues Pereira

PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS LGBTI+, QUE INTEGRAM MOVIMENTOS SOCIAIS,
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, pertencente a linha de pesquisa Políticas Públicas, Planejamento e Gestão do Trabalho, da Educação e da Saúde como requisito parcial, para a obtenção do grau de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcio Sacramento de Oliveira.

Rio de Janeiro
2023

Catálogo na Fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

P436p Pereira, Danielle Cristine Alves Rodrigues
 Percepções de usuários LGBTI+, que integram
 movimentos sociais, sobre o cuidado em saúde na
 atenção básica no município do Rio de Janeiro /
 Danielle Cristine Alves Rodrigues Pereira. - Rio
 de Janeiro, 2023.
 136 f.

 Orientador: Marcio Sacramento de Oliveira.
 Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
 Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz,
 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,
 2023.

 1. Saúde Pública. 2. Atenção Primária à Saúde.
 3. Minorias Sexuais e de Gênero. 4. Diversidade,
 Equidade, Inclusão. 5. Movimentos Sociais.
 I. Oliveira, Marcio Sacramento de. II. Título.

CDD 362.1

Danielle Cristine Alves Rodrigues Pereira

PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS LGBTI+, QUE INTEGRAM MOVIMENTOS SOCIAIS,
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, pertencente a linha de pesquisa Políticas Públicas, Planejamento e Gestão do Trabalho, da Educação e da Saúde como requisito parcial, para a obtenção do grau de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 30 de junho de 2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcio Sacramento de Oliveira (EPSJV/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Sergio Ricardo de Oliveira (EPSJV/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira (DSC/UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus e a Jesus por me ensinarem que o verdadeiro sentido do amor consiste em entender que ele não maltrata, não procura seus interesses, não se alegra com a injustiça, mas se alegra com a verdade. O amor verdadeiro, nunca perece.

À minha família, especialmente meu esposo e filhos, pelos momentos delicados que vivi durante algumas fases do mestrado. Eles sempre estiveram ao meu lado, me apoiando, respeitando meus silêncios e colaborando com carinho para que eu pudesse avançar. Agradeço aos meus pais, irmãos e amigos/as que compreenderam, com carinho, quando eu indicava, tanto em minha foto de perfil quanto no status do WhatsApp, a mensagem “offline para assuntos pessoais, em estudo”.

Sou grata ao meu orientador Marcio de Oliveira Sacramento pela empatia, acolhimento e, sobretudo, pelas provocações, pois elas contribuíram para o meu crescimento acadêmico. Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) que, através de seu corpo docente de excelência – a quem também registro meus agradecimentos –, me acolheu e me deu todo o apoio que eu precisava como aluna para chegar até este momento.

À Carla Pacheco Teixeira, minha grande mestra, coordenadora acadêmica adjunta nacional do PROFSAÚDE, uma das melhores gestoras com quem tive a oportunidade de aprender e depois partilhar experiências como liderada; ela acreditou em mim e sempre me incentivou a buscar mais conhecimento.

À Maria Cristina Rodrigues Guilam, coordenadora acadêmica nacional do PROFSAÚDE, um exemplo de profissionalismo e dedicação, que, juntamente com Carla, foi uma grande incentivadora e colaboradora para que eu pudesse cursar o mestrado.

À Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo, assessora do PROFSAÚDE, uma querida que contribuiu significativamente para a minha entrada no mestrado.

À Daniel Canavese de Oliveira, uma das minhas referências na temática, um grande companheiro, que se mostrou, a todo o tempo, um ponto de aconchego e apoio.

À Fernando Lefevre, criador da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, obrigada pela paciência e generosidade reservadas para contribuir com o meu amadurecimento acadêmico.

Um agradecimento especial aos/as docentes que aceitaram participar da minha banca e, a todas as pessoas que participaram da pesquisa, pela confiança e por dividir comigo um pouco de seu tempo. Posso afirmar que aprendi muito a cada encontro.

*O opressor não seria tão forte se não tivesse cúmplices
entre os próprios oprimidos.*

Simone de Beauvoir

RESUMO

A equidade no cuidado nos serviços de saúde, representa um desafio constante no atendimento à população LGBTI+ na Atenção Básica, especialmente na Clínica da Família, que é o foco desta pesquisa. Entende-se que muitas conquistas para a mudança desse cenário devem-se à atuação ampla e ao protagonismo dos movimentos sociais LGBTI+ na construção das políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Considerando isso, este estudo objetivou analisar a percepção de usuários LGBTI+, que integram movimentos sociais, sobre o cuidado em saúde na Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro. A técnica utilizada para a análise foi o Discurso do Sujeito Coletivo, baseado na Teoria das Representações Sociais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas que seguiram um roteiro semiestruturado. No total, foram entrevistadas trinta pessoas nos meses de março e abril de 2023. Identificaram-se entraves e barreiras desde a portaria até o atendimento médico, que impactam o cuidado com equidade para esta população. O desrespeito à identidade de gênero e à orientação sexual, a negação ao direito de uso do nome social, as perguntas invasivas, o desconhecimento de profissionais sobre atendimentos e especificidades da população LGBTI+, especialmente de lésbicas, pessoas transgêneros e intersexo e, a falta de acolhimento e de sensibilidade, foram as principais barreiras identificadas para o cuidado com equidade. Na percepção das pessoas entrevistadas para melhorar o atendimento e o cuidado em saúde é necessário implementar programas de capacitação para todos/as os/as profissionais desde a recepção até o/a médico/a, promover um ambiente de saúde respeitoso e acolhedor, aperfeiçoar e estimular o uso da ouvidoria e manter um canal de comunicação aberto e constante, que possibilite a colaboração com ativistas e a comunidade LGBTI+, aproveitando a estrutura e os recursos de instituições importantes, como a Coordenadoria da Diversidade Sexual da Prefeitura do Rio (CEDS-Rio) e o Programa Rio sem LGBTfobia.

Palavras-chave: Atenção Básica, Cuidado, Equidade, População LGBTI+, Movimentos Sociais.

ABSTRACT

Equity in care in health services represents a constant challenge in caring for the LGBTI+ population in Primary Care, especially in the Family Clinic, which is the focus of this research. It is understood that many achievements for changing this scenario are due to the broad action and protagonism of social movements LGBTI+ in the construction of public health policies, such as the National Policy for Comprehensive Health for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals. Considering this, this study aimed to analyze the perception of LGBTI+ users, who are part of social movements, about health care in Primary Care in the city of Rio de Janeiro. The technique used for the analysis was the Discourse of the Collective Subject, based on the Theory of Social Representations. Data collection was performed through interviews that followed a semi-structured script. In total, thirty people were interviewed in the months of March and April 2023. Obstacles and barriers were identified, from the entrance to medical care, which impact equitable care for this population. Disrespect for gender identity and sexual orientation, denial of the right to use a social name, invasive questions, professionals' lack of knowledge about care and specificities of the LGBTI+ population, especially lesbians, transgender and intersex people, and the lack of welcoming and sensitivity were the main barriers identified for equitable care. In the perception of the people interviewed, in order to improve health care and assistance, it is necessary to implement training programs for all professionals, from reception to the doctor, to promote a respectful and welcoming health environment, to improve and encourage the use of the ombudsman and maintain an open and constant communication channel, which enables collaboration with activists and the LGBTI+ community, taking advantage of the structure and resources of important institutions, such as the Coordination of Sexual Diversity of the Municipality of Rio (CEDS-Rio) and the Rio without LGBTphobia Program.

Keywords: Primary Care, Care, Equity, LGBTI+ Population, Social Movements.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Ancoragens
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATGEP	Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa
CD	Compact Disc
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Clínica da Família
CTSLGBTRJ	Comitê Técnico de Saúde LGBT do Estado do Rio de Janeiro
DSC	Discurso do sujeito coletivo
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EICs	Extração das ideias centrais
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPSJV-FIOCRUZ	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio- Fiocruz
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GACLGBT	Grupo Arco-Íris de Cidadania LGBT
GGB	Grupo Gay da Bahia
GPV-RJ	Grupo Pela VIDDÁ do Rio de Janeiro
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
ICDSC	Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo
IE-CHs	Identificação das expressões chave
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTI+	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexual e Intersexo+
LULA	Luiz Inácio Lula da Silva
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
MOVS	Movimentos Sociais
MSLGBTI+	Movimento Social LGBTI+
OSS	Organização Social de Saúde
PBSH	Programa Brasil sem Homofobia
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPLGBT	Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
RI	Representantes institucionais
RS	Representações sociais
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SLI	Silicone Líquido Industrial
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
VS	Vigilância em saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

❖ Figuras

- Figura 1 – Políticas Públicas para LGBTI+ no governo Federal: avanços e retrocessos 28
- Figura 2 – Mapa das Áreas Programáticas da cidade do Rio de Janeiro, conforme distribuição por bairros 42

❖ Gráficos

- Gráfico 1 – Distribuição percentual da identidade de gênero de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidada, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022- 2023 52
- Gráfico 2 – Distribuição percentual da orientação afetivo- sexual de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidada, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022- 2023 54
- Gráfico 3 – Distribuição percentual das características sexuais de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidada, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023 55
- Gráfico 4 – Distribuição percentual da idade de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidada, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023 56
- Gráfico 5 – Distribuição percentual da cor ou raça de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidada, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022- 2023 57
- Gráfico 6 – Distribuição percentual da escolaridade mais alta de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidada, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023 59
- Gráfico 7 – Distribuição percentual da renda de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidada, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023 60
- Gráfico 8 – Distribuição percentual do estado civil de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidada, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023 62
- Gráfico 9 – Distribuição percentual do movimento social de inserção de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidada, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023 63

Gráfico 10 – Distribuição percentual do tempo de atuação no movimento social de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023.....	64
Gráfico 11 – Distribuição percentual de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, atendidos/as nas Clínicas da Família, segundo Áreas Programáticas, 2022-2023	67
Gráfico 12 – Distribuição percentual da frequência à Clínica da Família de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2023	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Bairros onde se localizam as Clínicas da Família que atendem os/as 30 participantes da pesquisa, segundo Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro	67
Tabela 2 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 5	70
Tabela 3 – Frequência da Ideia Central do Discursos do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 6	75
Tabela 4 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 7	82
Tabela 5 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 8	87
Tabela 6 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 9	90
Tabela 7 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 10	95
Tabela 8 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 11	101
Tabela 9 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 12	105

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO	20
3.1 IDENTIDADE DE GÊNERO	21
3.2 ORIENTAÇÃO AFETIVO-SEXUAL	23
3.3 SEXO BIOLÓGICO E CARACTERÍSTICAS SEXUAIS	23
3.4 GÊNERO	25
4 POLÍTICAS PÚBLICAS E MOVIMENTO LGBTI+, EQUIDADE, BARREIRAS DE ACESSO E CUIDADO EM SAÚDE	26
4.1 POLÍTICAS DE SAÚDE, MOVIMENTO SOCIAL LGBTI+ E SEU PROTAGONISMO NO SUS	26
4.2 EQUIDADE, DEMANDAS E BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTI+	32
4.3 O CUIDADO DA POPULAÇÃO LGBTI+ NA ATENÇÃO BÁSICA	36
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
5.1 TIPO DE PESQUISA	42
5.2 LOCAL DA PESQUISA	42
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	43
5.4 CARACTERIZAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS, CUJOS/AS PARTICIPANTES INTEGRARAM A PESQUISA	44
5.5 COLETA DE DADOS E REGISTRO	45
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	48
5.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	50
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
6.1 O PERFIL QUANTO ÀS IDENTIDADES	52
6.2 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	55
6.3 O PERFIL QUANTO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL	63
6.4 PERCEPÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO E O CUIDADO À SAÚDE	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE A	131
APÊNDICE B	135

1 INTRODUÇÃO

A luta pela consolidação da saúde e da dignidade da pessoa não é um fenômeno recente. A Declaração Universal de Direitos Humanos, aprovada pela ONU em 1948, declara que todos os indivíduos têm direito ao bem-estar pessoal e familiar, incluindo o direito à saúde para todos (UNESCO, 1998).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, documento fundamental na estrutura jurídica e social do país, estabelece os princípios da proteção institucional da saúde. Ela solidifica este direito como uma garantia de todos os cidadãos e estabelece como responsabilidade do Estado assegurar o acesso à saúde em todo o território nacional (DAROS, 2016).

A importância da saúde como dever do Estado reforça que ela deve ser associada, entre outros, à universalidade, igualdade, equidade (CARVALHO, 2013) e à dignidade da pessoa humana (UNESCO, 1998), portanto, todos os seres humanos, independentemente de suas orientações sexuais e identidades de gênero, são sujeitos com o direito de desfrutar plenamente dos serviços de atendimento à saúde, inclusive à saúde sexual e reprodutiva, sem discriminação por sua orientação sexual ou identidade de gênero (PRINCÍPIOS DE YOGIAKARTA, 2007).

Diante disso, o esforço nacional e internacional para garantir o direito à saúde, no Brasil, os movimentos sociais de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros¹ e intersexo+ (MSLGBTI+) têm se alinhado às mobilizações globais desde antes da década de 1970, conforme Abers e Bulow (2011) relatam. Entretanto, esses movimentos ganharam impulso apenas a partir da década de 1980, com a eclosão da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Nessa época, a doença foi intensamente associada pela sociedade aos homossexuais e aos seus comportamentos (BRASIL, 2016; SAMPAIO, 2018; SILVA; ALVES, 2019).

Diversos estudos apontam, que o protagonismo dos MSLGBTI+, resultou em avanços significativos na implementação ou ajuste de políticas voltadas à diversidade e às necessidades dessa população. Um exemplo disso é a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT² (PNSIPLGBT), instituída pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 2.836,

¹Terminologia usada para descrever pessoas que transitam entre os gêneros, cuja identidade de gênero transcende as definições convencionais de sexualidade (ABGLT, 2010). De acordo com Lanz (2015), travestis e transexuais são transgênero por definição. A opção em utilizar a terminologia em dados momentos do texto se deu, pois existem questões comuns às travestis, mulheres trans, homens trans e transmasculinos como o desrespeito à identidade de gênero e ao uso do nome social. As questões específicas serão discutidas conforme cada identidade.

² A PNSIPLGBT e alguns documentos referenciados, dada a época em que foram produzidos, utilizam a sigla LGBT para referenciar essa população, porém, devido a constante atualização conceitual, a complexidade e a diversidade dos grupos que integram essa população, será usada a sigla LGBTI+. De acordo com Reis (2018), o símbolo + refere-se à inclusão de outras orientações sexuais, identidades e expressões de gêneros não contemplados à época nos referidos documentos.

de 1º de dezembro de 2011. Ao instituir a PNSIPLGBT, o MS reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero como DSS, assim como as condições de saúde desfavoráveis dessa população e, a necessidade de implementar ações voltadas à redução das iniquidades em saúde cometidas contra pessoas LGBTI+ (BRASIL, 2013b).

Estudos apontam que, apesar de haver pressupostos legais, como a própria PNSIPLGBT, pessoas LGBTI+ não conseguem usufruir integralmente de seus direitos no cuidado dispensado nos serviços e nas ações de saúde, pois dependem de uma transformação sociocultural relacionada ao modo como são vistas e tratadas, devido às representações recaídas sobre as suas práticas sexuais e sobre o seu modo de vida (CARDOSO; FERRO, 2012; LIONÇO, 2008).

Além disso, as múltiplas disparidades no cuidado em saúde, vivenciadas e experimentadas com recorrência em seu cotidiano, se constituem como barreiras que corroboram para que a população LGBTI+ se afaste dos equipamentos de saúde ou deixe de buscar os cuidados básicos em saúde (COSTA-VAL *et al.*, 2022).

No que se refere à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais a pesquisa realizada por Facchini e Barbosa (2006) revela que os principais motivos que as levam à menor procura dos serviços de saúde são: a discriminação, o despreparo dos profissionais de saúde para atendê-las – quando se assumem como homo ou bissexuais, por conta das especificidades que esse grupo populacional apresenta – e, a negação do risco em relação às infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Em relação à saúde integral de homens gays, embora a incidência de HIV e IST seja maior nesse grupo populacional, questões de saúde como a depressão e a ansiedade decorrentes da homofobia, o abuso de substâncias e, os transtornos alimentares são outras necessidades que levam essas pessoas a procurar serviços de saúde (LOPES JUNIOR *et al.*, 2020).

Sobre a saúde de mulheres trans e travestis, o uso de hormônios femininos por iniciativa própria, sem nenhum rigor ou orientação médica, tem sido correlacionado a ocorrência de mortes ou sequelas importantes derivadas de acidente vascular cerebral e infarto (BRASIL, 2013b). Um estudo nacional publicado no ano de 2020, relata o caso de óbito em paciente transexual por uso do Silicone Líquido Industrial (SLI) em glúteos e coxas e, conclui que seu uso para fins estéticos e alteração da forma corporal é altamente desaconselhável e constitui um crime contra a saúde pública, conforme previsto no Código Penal (MENDES *et al.*, 2020). Isso porque o uso impróprio do produto, pode levar a efeitos nocivos e potencialmente fatais, como ilustrado neste relato de caso. Com relação a homens trans, segundo a cartilha Saúde do Homem Trans e Pessoas Transmasculinas (2018) a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para adequação

sexual os levam a iniciar por conta própria o uso de hormônios masculinos, que podem causar aumento da agressividade, infertilidade transitória ou permanente, aumento da pressão arterial, aumento do peso, entre outros. Ainda sobre a saúde da população transgênero, um estudo realizado no nordeste brasileiro por Cortes *et al.* (2020) demonstrou o (des)acesso dessa parcela da população aos serviços de saúde, motivado pela falta de capacitação dos profissionais da saúde frente à diversidade humana, como por exemplo, o desrespeito à identidade de gênero e ao uso do nome social no atendimento.

Na discriminação em consequência das características sexuais que afetam pessoas intersexo, a falta de visibilidade é tão grande, que torna difícil ou até impossível a avaliação de sua situação, e a dimensão e os limites da discriminação na qual estão sujeitas. Isso decorre do estigma que ainda é atribuído aos corpos com características sexuais que não se enquadram na dualidade menino/menina, homem/mulher, macho/fêmea, consideradas as únicas “apropriadas” e “aceitáveis”. Constata-se que a intervenção cirúrgica corretiva forçada, frequentemente decidida pelos pais, quando estas ainda são crianças, segue orientação médica (COSTA; SANTOS, 2021; SALEIRO, 2022). Todavia, equivale a uma forma evidente de anular a liberdade de escolha do indivíduo em relação à sua autodeterminação (COSTA; SANTOS, 2021; SANTOS; CARDIN, 2019), obrigando-os a se submeter a uma mutilação sexual em seu próprio corpo, sem consentimento informado, mesmo tendo a ciência de que sofrerá as consequências dessa cirurgia pelo resto da vida (COSTA; SANTOS, 2021). Um outro fator importante de ressaltar, é que a repressão da expressão pública da identidade de gênero e da orientação sexual de pessoas intersexo, conseqüentemente se constituem como um entrave para que essas pessoas se organizem coletivamente (SALEIRO, 2022).

A Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, quando cria o Sistema Único de Saúde (SUS), garante importantes avanços nos atendimentos de saúde à população. No SUS, a Atenção Básica (AB) é a forma central de expansão da oferta pública de serviços à população (MOROSINI; FONSECA, 2017) e a principal porta de entrada em um determinado território, portanto, se constitui como nível de atenção orientada dentre outros, pelos princípios da coordenação do cuidado, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

A efetivação da AB à saúde, se associa com a estruturação do SUS como um sistema universal, público e dotado de qualidade (GIOVANELLA, 2018) onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) se mostra potencialmente rica por se tratar de um campo onde o cuidado em saúde é produzido por uma equipe multiprofissional, destinado a uma população em um território definido (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O cuidado em saúde é uma ação integral que compreende a saúde como o direito de

ser, considerando que os sujeitos são diferentes, portanto, sendo necessário o respeito às relações de etnia, gênero e raça, bem como as suas necessidades específicas (PINHEIRO, 2009) e tem correlação direta com a efetivação dos princípios de dignidade e de cidadania, incluídos na defesa dos direitos humanos (UNESCO, 1998).

Corroborando com o exposto, as motivações e justificativas na escolha do objeto procedem de dois fatos: O primeiro, da minha formação profissional. Como Assistente Social, assumi o compromisso de atuar em defesa dos direitos humanos, da ampliação da cidadania, e sobretudo de me posicionar em favor da equidade e da justiça social, princípios fundamentais que regem o Código de Ética do Assistente Social³.

O segundo, decorre do campo de prática, quando atuei durante sete anos (2011-2018) na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), onde tive a oportunidade de integrar o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT do Estado do Rio de Janeiro (CTSLGBTRJ). Compôr o CTSLGBTRJ possibilitou exercícios de trocas, escutas e construções coletivas, além de ampla discussão junto à representantes dos MSLGBTI+, gestores e profissionais de saúde, sobre a implantação e implementação da PNSILGBT no estado do Rio de Janeiro e nos respectivos municípios, estes últimos, através da AB.

Em encontros promovidos pelo CTSLGBTRJ, como reuniões, oficinas e seminários, foi possível identificar nas falas recorrentes de representantes dos MSLGBTI+ e da sociedade civil, situações de preconceito, discriminação e de atendimentos nada dignos, que contrariavam o princípio da equidade que tem como premissa o reconhecimento que, embora todos/as tenham os mesmos direitos à saúde, nem todos/as acessam e utilizam da mesma forma tais direitos. Isso tornava evidente, o quanto o despreparo de profissionais decorrente da desinformação, ou da parca informação acerca da PNSIPLGBT e das demandas específicas da população LGBTI+, impactavam na prestação de cuidados adequados a essa população, quando demandavam atendimento na AB, especialmente nas CF. Essa inquietação me despertou o interesse em pesquisar mais sobre o assunto, me trazendo até o mestrado.

Consoante ao exposto, os discursos de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde⁴ (APS) sobre o cuidado da população LGBTI+, analisados por Costa e Val (2022) revelam que, embora muitos profissionais tenham algum conhecimento sobre a abordagem da população

³ Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 17 maio 2023.

⁴ “A APS é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros” (STARFIELD, 2002, p. 28). O conceito utilizado tanto aqui, quanto em outros momentos específicos se dá com a finalidade de manter a fidelidade da fonte, pois a pesquisa adota o conceito de Atenção Básica.

LGBTI+, a construção das formas de cuidado não acolhem verdadeiramente as diferenças, pois não há um engajamento efetivo desses/as profissionais.

Cabe ressaltar que “[o]s serviços de saúde, sobretudo os da Atenção Básica, são prioritariamente espaços de acolhimento das necessidades de saúde da população. Acolher necessidades está atrelado a estar aberto para reconhecer e respeitar o outro na sua diversidade e totalidade.” (BRASIL, 2016, p. 45). A literatura demonstra que durante anos, esse público foi invisibilizado por ser considerado moralmente poluído ou sem valor social (MELLO *et al.*, 2012). Miskolci *et al.* (2022, p. 3819) reflete que “[s]e o acesso ao cuidado é fundamental, também cabe reconhecer que as violências e suas consequências se configuram como principais desafios de saúde da população LGBTI”.

É fundamental que essa população tenha um atendimento respeitoso e com equidade e que seja cuidada quando demande atendimento nas CF, para que o quadro vivenciado diariamente em outros setores da sociedade, de cerceamento e negação de direitos, não seja reproduzido no SUS, potencializando o sofrimento e aumentando o risco de morte para essas pessoas.

Para melhor compreensão do tema abordado, este trabalho está dividido em quatro partes. A primeira parte apresenta conceitos sobre a diversidade sexual e de gênero, para apoiar uma visão ampla do/a leitor/a sobre o tema. A segunda parte demonstra como se dá a formulação das políticas públicas no Brasil voltadas à promoção da saúde da população LGBTI+, contextualiza historicamente a trajetória e o protagonismo do MSLGBTI+ através das instâncias de participação social, como conselhos, fóruns, conferências e audiências públicas e aponta os avanços e retrocessos das políticas públicas no governo nos últimos anos. Além disso, essa parte também evidencia, como o princípio da equidade apresenta correlações importantes com a defesa das necessidades, diversidades e especificidades da população LGBTI+ na saúde e como isso colabora para a reduzir as barreiras de acesso quando essas pessoas buscam atendimento nas CF, e por fim, traz discussões acerca dos maiores desafios para o estabelecimento do cuidado integral destinado a pessoas LGBTI+ nas CF. A terceira parte discorre sobre os caminhos percorridos na realização deste trabalho, portanto, discorre sobre a metodologia utilizada no processo de construção, a coleta e análise dos dados. A quarta parte apresenta os resultados e as discussões das entrevistas realizadas. Portanto, traz uma caracterização do perfil das pessoas participantes quanto as identidades, a sociodemografia, a participação social e por fim, revela a percepção dessas pessoas quanto ao atendimento e o cuidado em saúde que recebem, quando buscam atendimento na CF ou em outra unidade de AB.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as percepções de usuários LGBTI+, que integram movimentos sociais, sobre o cuidado em saúde na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil de usuários LGBTI+, atendidos pelas Clínicas da Família, quanto às identidades, a sociodemografia e a participação social;
- Identificar possíveis entraves e dificuldades no atendimento que possam se constituir em barreiras para o estabelecimento de um cuidado com equidade ofertados à população LGBTI+;
- Mapear as percepções da população LGBTI+ em relação ao cuidado, às necessidades, às potencialidades e às boas experiências observadas/vivenciadas, no que se refere a atuação de profissionais nas Clínicas da Família.

3 DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO

A sexualidade em algumas culturas demonstra ser um grande tabu e um tema sensível a discussões, dada a capacidade de polarização de opiniões em relação ao assunto.

Segundo Ciasca, Hercowitz, Lopes Junior (2021) a sexualidade é um elemento fundamental da existência humana que engloba diversos conceitos como corpo, sexo, identidades, expressão de gênero e papéis, orientação sexual, prazer, erotismo, intimidade e reprodução, que além de ser vivenciada e manifestada por meio de pensamentos, fantasias, anseios, comportamentos e práticas, é inspirada pela inter-relação de fatores políticos, econômicos, jurídicos, biopsicossociais e culturais, espirituais e, religiosos.

Sobre os dois últimos fatores supracitados, embora o Brasil apresente uma grande diversidade religiosa, falar sobre essa temática é um imenso desafio, isso porque o país está sob uma forte influência de leis e doutrinas cristãs ortodoxas, que suprimem determinados ensinamentos em templos e espaços religiosos e, isso corrobora para a expropriação de conhecimentos acerca do assunto na sociedade, nas famílias, nas escolas e, conseqüentemente, nos equipamentos de saúde.

Uma pesquisa publicada por Garcia e Maciel (2008) na Revista Brasileira Revista Psicologia: Teoria e Prática, sobre a influência da religião na busca e na idealização do futuro cônjuge entre grupos religiosos brasileiros, evangélicos ou protestantes, entre 18 e 25 anos, membros de igrejas evangélicas históricas revela que, essa influência não se limita apenas à sexualidade, mas se estende ao projeto de vida do jovem na família e na sociedade. A pesquisa demonstra ainda que todas as pessoas entrevistadas consideram a importância do celibato até o casamento se consumar legalmente, o que segundo os autores “indica a prática de valores condizentes com o ensino religioso que se tem nas questões ligadas ao relacionamento romântico e sexual” (GARCIA; MACIEL, 2008, p.103).

Na sociedade brasileira, a hegemonia binária nas questões da sexualidade e de gênero continuam a ser uma realidade, portanto, os papéis de gênero são tradicionalmente definidos de acordo com o modelo de casamento monogâmico, heterossexual e paternalista, em que o homem figura como o provedor da família, e a mulher muitas vezes tem a sua liberdade sexual restringida (CAMELO, 2019).

O binômio homem/mulher, macho/fêmea corrobora para o não reconhecimento de outras possibilidades de identidade e de gênero, sendo praticamente impossível a sua superação e, isso impacta no trato às pessoas na saúde. Ressalta-se que não é a pretensão desta exposição fazer algum juízo de valor de cunho religioso, ou atacar a liberdade de consciência, de expressão

e de crença do/a leitor/a previstos na Constituição Federal de 1988. A proposta, ao contrário, é colaborar para que profissionais que atuam na área da saúde se aproximem da temática e, à luz do conhecimento, se cerquem de informações a respeito das demandas da população LGBTI+, colaborando para um SUS mais universal, integral e equânime.

É necessário refletir que ainda que toda ciência tenha um aspecto moral, negar a existência de outras identidades no ato do atendimento prestado a quem demanda os cuidados em saúde, não exime a responsabilidade do/a profissional de zelar pelo bem-estar, pela valorização da vida e pelo respeito à dignidade humana dessas pessoas, enquanto seres humanos, quando necessitam de cuidados em saúde, uma vez que, como dispõe o inciso XLI do artigo 5º da Carta Magna, é passiva de punição, qualquer discriminação atentatória aos direitos e liberdades fundamentais.

Para Sena, Sousa, Brito (2018) a sexualidade humana é fundamentalmente formada por três componentes: **identidade de gênero, orientação sexual e sexo biológico**. Com a finalidade de ilustrar pedagogicamente e de maneira seminal as possibilidades envolvidas nessa complexa interação, será feita uma exposição conceitual destes três componentes, para melhor compreensão sobre o que de fato cada conceito representa no universo da sexualidade humana.

3.1 IDENTIDADE DE GÊNERO

A identidade de gênero é como a pessoa se percebe e se reconhece em relação ao gênero feminino ou masculino, ou ao gênero que transita entre essas duas definições, ou ainda fora desse contexto binário que é hegemônico, enquanto pessoa trans/travesti ou não binária; independe do sexo biológico e, pode ou não estar em concordância com o gênero designado ao nascimento (ABGLT, 2010; CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021; PRINCÍPIOS DE YOGIAKARTA, 2007). Apresenta-se a seguir, alguns conceitos⁵ referentes à identidade de gênero à luz das referências supracitadas.

- **Cisgênero ou Cis:** Pessoa que se identifica em todos os aspectos com o gênero atribuído ao nascer. Muitas pessoas pensam que cisgênero é sinônimo de heterossexualidade e que transgênero está ligado à homossexualidade. No entanto, a orientação sexual não está correlacionada com identidade de gênero. Uma pessoa

⁵ A pesquisadora reconhece que existem outras identidades de gênero porém optou por fazer um recorte nas que integram o roteiro de entrevista que preconiza esta pesquisa, por compreender que as eleitas são as mais correlacionadas e recorrentes ao contexto brasileiro.

transgênero pode ser heterossexual, assim como uma pessoa cisgênero pode ser homossexual.

- **Transexual ou Trans:** Pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo designado ao nascimento, que pode ou não recorrer a tratamentos hormonais ou a cirurgia para realizar a readequação sexual⁶; portanto, mulher Trans é aquela que, ao nascer, teve atribuída a si sexo e gênero masculinos, partindo do reconhecimento de sua genitália; enquanto homens Trans, partem do mesmo princípio, lhes sendo atribuído, ao nascer, sexo e gênero femininos. É relevante destacar que a transexualidade não é uma doença mental, um distúrbio, nem uma doença contagiosa (JESUS, 2012) e, que pessoas transexuais experimentam e vivenciam dores cotidianamente, que culminam em sofrimentos físicos, psíquicos e socioculturais, por conta da não adequação de sexo e gênero à sua identidade de gênero;
- **Transmasculino:** Pessoa com identidades múltiplas não produzidas apenas por homens trans. São também produzidas por pessoas não-binárias que se identificam com as transmasculinidades. Muitas pessoas que se identificam com a transmasculinidade ou até mesmo com as masculinidades, não se identificam, dentro do “rótulo” de homens (BRASIL, 2019; PEÇANHA *et.al*, 2021);
- **Travesti:** Pessoa que nasceu com sexo masculino, que tem a identidade de gênero feminina e que na sociedade se identifica com a identidade de gênero travesti, portanto, desejando ser assim reconhecida. A identidade de pessoas travestis por ser feminina, no trato a estas pessoas, deve-se utilizar artigos e pronomes no feminino (a travesti, ela) e não no masculino (o travesti, ele). Isso independe de sua aparência ser mais ou menos feminina ou masculina, porque não se trata unicamente de quem está vendo, mas de quem está declarando. Ressalta-se que as travestis cuja identidade de gênero é feminina, podem demandar a hormonioterapia, intervenções cirúrgicas⁷, uso de silicone, cirurgias plásticas e até mesmo a cirurgia de redesignação sexual, mas isso não é uma regra;

⁶ Desde o ano de 2008, o SUS oferece cirurgias de readequação sexual com base na Portaria nº 457 do MS. Atualmente, são dez serviços de referência em todo o Brasil credenciados pelo MS. No Rio de Janeiro, o processo transexualizador é coordenado pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto e, a porta de entrada da pessoa na rede do SUS ocorre através das CF e postos de saúde. Disponível em: <https://www.urologiauerj.com.br/2018/09/27/servico-de-urologia-do-hupe-e-o-unico-no-estado-do-rio-de-janeiro-credenciado-pelo-ministerio-da-saude-ms-a-realizar-cirurgia-de-transexualizacao/>. Acesso em: 07 abr. 2023.

⁷ “A respeito de todas essas transformações, muitas das quais irreversíveis, as travestis não se definem como mulheres. Isto é, apesar de viverem o tempo todo vestidas como mulher, referindo se umas às outras por nomes femininos, e sofrendo dores atroztes para adquirir formas femininas, as travestis não desejam extrair o pênis e não pensam em ‘ser’ mulher” (KULICK, 2008, p. 21-22).

- **Pessoa não binária:** Pessoas que se encontram fora do binômio masculino-feminino, homem-mulher, incluindo aquelas que não se descrevem como homem nem como mulher, mas algo entre ambos, como um terceiro gênero.

3.2 ORIENTAÇÃO AFETIVO-SEXUAL

A orientação sexual é uma tendência involuntária de uma pessoa de se sentir sexual, emocional ou afetivamente atraída por pessoas do gênero oposto, de mais de um gênero ou do mesmo gênero. Já a atração afetiva significa o interesse em manter vinculação e compartilhamento de carinhos (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021).

Abaixo estão listadas as cinco orientações afetivo-sexuais dominantes, mas vale lembrar que elas não são as únicas⁸. Há uma série de outras possibilidades (ABGLT, 2010).

- **Homossexual:** Pessoa atraída sexualmente, emocionalmente ou afetivamente por pessoas do mesmo gênero;
- **Bissexual:** Pessoa atraída sexualmente, emocionalmente ou afetivamente por pessoas de mais de um gênero;
- **Pansexual:** Pessoa atraída emocionalmente, fisicamente ou sexualmente por outras pessoas independente do gênero;
- **Assexual:** Pessoa que não é atraída nem sente desejo sexual por outras pessoas, mas que pode ser atraída afetivamente e/ou romanticamente por elas;
- **Heterossexual:** Pessoa atraída por um gênero diferente do seu.

Outro fator relevante de se destacar é que mesmo sendo a orientação sexual e a identidade de gênero experiências sólidas e estáveis, algumas pessoas vivenciam-nas de maneira fluida, ou seja, pode haver mudança ao longo do tempo (DIAMOND; DICKENSON; BLAIR, 2017; GATO, 2022).

3.3 SEXO BIOLÓGICO E CARACTERÍSTICAS SEXUAIS

O sexo biológico refere-se às características biológicas com base nas quais um recém-nascido é classificado ao nascer, segundo a anatomia dos seus órgãos genitais, seus

⁸ Para informações sobre outros tipos de orientação afetivo-sexual, acesse: <https://cdd.org.br/noticia/saude-publica/tipos-de-sexualidade/>.

cromossomos e seus hormônios. Esta classificação sugere, de imediato, que a pessoa pode ser do sexo feminino ou masculino. Durante as consultas médicas de pré-natal, muitas vezes é possível visualizar a forma dos genitais (pênis e testículos ou vulva) do bebê por meio de ultrassonografias, o que dá origem ao anúncio: é um menino ou uma menina. Esse padrão binário de classificação (menino/menina; macho/fêmea; homem/mulher) estabelecido antes mesmo do nascimento de uma pessoa gera uma série de expectativas sociais que se ancoram em uma interpretação binária do gênero (GATO, 2022). Contudo, não necessariamente todas as características físicas em um indivíduo estão alinhadas com uma anatomia exclusivamente ou essencialmente feminina ou masculina (OKA; LAURENTI, 2018). Esse é o caso de pessoas intersexo, cujas características sexuais não correspondem ao que as normas médicas ou as expectativas sociais preveem para corpos masculinos ou femininos, sofrendo assim com estigmas e discriminações (GATO, 2022).

Neste sentido, o sexo biológico “abrange diversas características, tanto observáveis (por exemplo, órgãos genitais externos) quanto não observáveis (por exemplo, gônadas, cromossomas sexuais, órgãos reprodutores internos)” (GATO, 2022, p. 10). Consoante ao exposto, pode-se então categorizar o sexo biológico, cientificamente, como masculino, feminino ou intersexo, conforme ilustrado a seguir (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021; REIS, 2018).

- **Sexo feminino:** Indivíduo que, ao nascer, apresenta cromossomos XX, vagina, mamas, ovários e produção predominante de hormônios femininos;
- **Sexo Masculino:** Indivíduo que, ao nascer, apresenta cromossomos XY, pênis, testículos e produção predominante de hormônios masculinos;
- **Intersexo⁹:** Indivíduo que possui características sexuais atípicas ou congênitas que não se enquadram nas definições médicas e sociais tradicionais para corpos femininos ou masculinos. Essas características podem resultar em experiências de risco, estigmatização, discriminação e preconceito (INTERSEX HUMAN RIGHTS AUSTRALIA, 2021).

Em relação às características sexuais, estas referem-se a características físicas específicas de um indivíduo, associadas ao seu sexo e englobam os órgãos genitais, outras características anatômicas e reprodutivas, cromossomos, hormônios e as características físicas secundárias que se manifestam durante a puberdade (PRINCÍPIOS DE YOGIAKARTA, 2007).

⁹ Disponível em <https://ihra.org.au/18106/what-is-intersex/>. Acesso em: 10 maio 2023.

3.4 GÊNERO

O que exatamente significa quando falamos de gênero? Definir gênero é um desafio considerável, pois é um conceito amplo que engloba significados arraigados em dimensões biológicas, sociais e históricas, abrangendo papéis, comportamentos, responsabilidades, entre outros aspectos. Os padrões de identidade de gênero estabelecem modelos de masculinidade e feminilidade, bem como experiências subjetivas. O gênero é uma categoria social atribuída a um corpo sexuado e está intimamente ligado aos aspectos estruturais e ideológicos envolvidos nas interações entre os sexos. É um componente fundamental das relações sociais, baseadas nas distinções percebidas entre os sexos e, é uma maneira de atribuir significado às relações de poder (HERCOWITZ, *et.al*, 2021).

De forma sucinta, Ciasca, Hercowitz, Lopes Junior (2021) salientam que existem duas concepções de gênero: o designado ao nascimento e o gênero em si. O primeiro é atribuído quando a pessoa nasce e, tem seu sexo genital ou cromossômico identificado. O segundo é socialmente estruturado e, historicamente construído sobre o que é ser homem/macho ou mulher/fêmea em diferentes épocas e sociedades. De acordo com a perspectiva das Ciências Sociais e da Psicologia, isso significa que “homens e mulheres são produtos da realidade social e não decorrentes da anatomia de seus corpos.” (BRASIL, 2009, p. 39).

Ao abordar a população LGBTI+, é fundamental discutir o gênero, pois ele organiza as relações familiares, de trabalho e amizades. Segundo Gato (2022), sempre que indivíduos ou grupos não agem ou se comportam de acordo com as normas de gênero estabelecidas na sociedade em que vivem, eles podem enfrentar situações de estigmatização, discriminação e exclusão social.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS E MOVIMENTO LGBTI+, EQUIDADE, BARREIRAS DE ACESSO E CUIDADO EM SAÚDE

4.1 POLÍTICAS DE SAÚDE, MOVIMENTO SOCIAL LGBTI+ E SEU PROTAGONISMO NO SUS

A política pública (PP) como campo intelectual e disciplinar, nasce nos Estados Unidos (EUA), a partir de uma ruptura com a tradição europeia, cujos estudos e pesquisas nessa área eram concentrados em analisar o Estado e suas instituições e, não a produção dos governos. Enquanto na Europa, a PP desdobra de trabalhos que baseiam as suas teorias no papel do Estado e do governo, que é quem produz a política pública, nos EUA quando a área surge na academia, não faz conexões com os fundamentos teóricos do papel do Estado, mas muda diretamente para uma ênfase no estudo do comportamento do governo (SOUZA, 2006).

Faz-se necessário enfatizar a diferença entre Estado e Governo para estabelecer um entendimento coerente e consistente com os objetivos do texto. De acordo com HÖFLING (2001), o Estado pode ser compreendido como um conjunto de instituições permanentes, a exemplo disso, destacam-se as instituições legisladoras, os tribunais, o exército e outras que não formam necessariamente um todo, mas que permitem a ação do governo; e Governo, como um conjunto de programas e projetos propostos por políticos, organizações da sociedade civil, entre outros atores destinados para a sociedade, que configura a direção política de um governo, quando assume e desempenha as funções de um determinado Estado por um período de tempo.

No Brasil, os MSLGBTI+ possuem uma atuação essencial na defesa dos direitos da população LGBTI+, principalmente na questão da saúde. A luta coletiva de tais movimentos, foi decisiva para pressionar e impulsionar o Estado a acolher as demandas dessa população. No decorrer dos anos de 1980, como tratam Kauss *et al.* (2021), com os casos de HIV/Aids que foram fortemente correlacionados aos gays, muitos ativistas se mobilizaram em responder de forma comunitária às demandas de saúde dessa população. Entende-se portanto, que essas mobilizações coletivas da população homossexual masculina, foram fundamentais para reunir ações e, apoio financeiro de várias instituições e, trouxeram ganhos não apenas para as demandas defendidas pelos homossexuais, mas também por grupos que tinham outras identidades sexuais e de gênero, como lésbicas, travestis e transexuais (GOMES, 2022).

Ao começo de sua estruturação, o MSLGBTI+ buscava uma mudança cultural nos valores sexuais. Com o tempo, passa a se preocupar com os direitos humanos, pontuando a

dignidade humana no centro das lutas políticas emancipatórias. Após a luta contra a epidemia de HIV/Aids e a redemocratização do Brasil, a interação entre a sociedade civil e o Estado se intensificou, o que acabou levando o movimento de ativistas a uma participação maior dentro do Estado (PEREIRA, 2016), ao qual se inclui a gestão das políticas públicas.

É importante ressaltar que os movimentos sociais (MOVS) nascem da ausência de reconhecimento de uma identidade coletiva no contexto social, político e econômico e, pauta as suas reivindicações em prol das necessidades de inclusão, de visibilidade e, da constituição de uma identidade pública coletiva. Do ponto de vista de formação de um movimento, entende-se que, diferente do sujeito, o grupo é capaz de amplificar a visibilidade da identidade dos indivíduos, consolidando interações, negociações e demandas (VIANNA, 2015).

Nas últimas décadas, o MSLGBTI+ tem atuado com protagonismo nas reivindicações em instâncias de participação social, a partir da inserção da sociedade civil organizada nas Conferências de Políticas Públicas LGBTI+ (FEITOSA, 2019).

Todavia, ainda que tenha havido uma expansão acentuada no debate público sobre questões relacionadas à identidade de gênero e orientação sexual no Brasil, o país ainda sofre com retrocessos e perda de direitos, e a violência simbólica, física e institucional enfrentada pela população LGBTI+ (PEREIRA, 2022).

Na elaboração de políticas públicas de saúde para a população LGBTI+, a formulação e implementação dessas políticas depende também da participação e articulação dos MOVS – ainda que tradicionalmente se barre o espaço desses movimentos e agentes. Portanto, é preciso conceber a pessoa LGBTI+ como um sujeito social, dotada de cidadania, que deve ser incluída na comunidade social (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Alguns marcos históricos demonstram a relevância de grupos LGBTI+ na indução da política de saúde LGBTI+ enquanto uma política pública, tais como: o processo de redemocratização, a Reforma Sanitária, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde são aprovadas as bases do SUS e, a promulgação da Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 pontua a saúde como direito de todos e, dever do Estado (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

Já no decurso do século XXI, as práticas de promoção de cidadania e direitos humanos provocam uma alteração de paradigma nas políticas de saúde, com a consolidação de projetos institucionais de defesa da diversidade, bem como avanços e retrocessos das políticas públicas para LGBTI+ no governo federal, como se observa na Figura 1.

Figura 1 – Políticas Públicas para LGBTI+ no governo Federal: avanços e retrocessos



Fonte: Adaptado de PEREIRA, 2022; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a.

A figura 1 demonstra que no governo LULA (2003-2011), se pode vislumbrar o período de ampliação nas políticas públicas voltadas à população LGBTI+ como um tempo histórico, onde as demandas dos MSLGBTI+ apontam para possíveis resultados decorrentes da inserção de tais propostas na agenda pública (VIANNA, 2015), e, os direitos dessa população se constituem como um lócus interventivo do Estado (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

No ano de 2003, Lula concede à Secretaria de Direitos Humanos o status de Ministério e, conforme demonstrado na linha do tempo acima, no ano de 2004, cria o programa Brasil Sem Homofobia, com vistas a combater a violência e a discriminação e, promover a cidadania homossexual, conforme trata Vianna (2015). Estruturam-se, portanto, práticas de contraponto à homofobia, à violência física, verbal e simbólica e, de proteção jurídica das identidades de gênero. A criação desse programa ocorre em vista das mobilizações, com o resgate das necessidades históricas do MSLGBTI+. Criam-se parcerias com ONGs e universidades, mediante o suporte do MS, e do Programa Nacional de AIDS, visando o fomento à diversidade sexual (VIANNA, 2015). Neste mesmo ano, o MS cria a Secretaria de Gestão Participativa (SGP) com o compromisso de expandir a participação dos MOVS na tríade gestora do SUS, de modo a ampliar os espaços de ausculta na construção de ações de saúde.

Em 2006, o MS reestrutura a SGP através do decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, que passa a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa¹⁰ (SGEP). A esta compete tanto a formulação e implementação da política de gestão democrática e participativa do SUS, quanto o fortalecimento da participação social.

Outra iniciativa importante do governo, foi a criação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (2009) que preconiza a mobilização do poder público e da sociedade civil com vistas a consolidar um pacto democrático que, culmina na criação do Conselho Nacional LGBT, com composição paritária de representantes governamentais e da sociedade civil (BRASIL, 2009).

Na saúde, a instituição da PNSIPLGBT (2011) é um avanço indiscutível no que tange às políticas de saúde voltadas à população LGBTI+, uma vez que traz ao Estado, o reconhecimento de que a “LGBTIfobia¹¹” é um determinante social da saúde.

Em conformidade com a Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011, da Comissão

¹⁰ Sob a governabilidade do Ministério da Saúde, a SGEP coordena políticas estratégicas e incentiva ações voltadas para a gestão democrática do SUS.

¹¹ Do ponto de vista conceitual, o termo LGBTIfobia pode ser utilizado para designar o preconceito e a discriminação contra as diversas identidades sexuais e de gênero (GATO, 2022).

Intergestores Tripartite¹², e, conforme trata Melo *et al.* (2020), a Resolução nº 26 de 2017 que dispõe sobre o Plano Operativo (PO) da PNSIPLGBT no âmbito SUS, apresenta estratégias à todas as esferas de gestão, para enfrentar as iniquidades e desigualdades em saúde, com foco na população LGBTI+ e, vistas a consolidar o SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013b); porém, há uma necessidade de contrapor o fundamentalismo religioso que avança no país, violando a laicidade do Estado e promovendo o desrespeito aos direitos humanos.

O PO está inserido na dinâmica do SUS e, todos os processos são organizados de acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011¹³. Para orientar o seu desenvolvimento, as estratégias, as ações e as metas estão em consonância com o Plano Plurianual¹⁴ (PPA) uma vez que tanto a criação do SUS, bem como o direito universal à saúde e à equidade, trouxeram ao Estado, o dever de financiar, regular e coordenar o Sistema (DANTAS, 2020).

Embora todo esse movimento rumo a promoção da equidade em saúde, a PNSIPLGBT precisa enfrentar, principalmente as distorções estruturais do SUS, além de assumir o desafio de superar as inúmeras desigualdades em saúde no Brasil (FERREIRA; NASCIMENTO, 2022). Segundo Araújo e Pontes (2017), estima-se que mais de 60% da população nacional é dependente dos serviços do SUS com relação aos cuidados primários. Quando se fala em cuidados secundários e terciários, o número sobe para 90%, o que demonstra a essencialidade da prestação pública de saúde no país.

O SUS, como asseveram Barbosa, Berigo e Assis (2020), possui a finalidade de prestar assistência aos indivíduos mediante a efetivação de práticas e estratégias que envolvam a prevenção de enfermidades, a promoção e a recuperação no campo da saúde. Tal sistema está estruturado por normas, diretrizes e princípios que guiam as suas realizações com ênfase nos princípios da universalidade, equidade e integralidade

Infelizmente, o preconceito ainda está arraigado na sociedade e fomenta a atuação

¹² Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, estados, DF e municípios. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>. Acesso em: 28 mar. 2023.

¹³ Decreto que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>. Acesso em: 28 mar. 2023.

¹⁴ O Plano Plurianual (PPA) é o instrumento de planejamento governamental de médio prazo, previsto no artigo 165 da Constituição Federal que estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública organizado em programas, estruturado em ações, que resultam em bens e serviços para a população. Informação disponível em: [https://www.economia.gov.br/planejamento/plano-plurianual.html#:~:text=O%20Plano%20Plurianual%20\(PPA\)%20%C3%A9,bens%20e%20servi%C3%A7os%20para%20a](https://www.economia.gov.br/planejamento/plano-plurianual.html#:~:text=O%20Plano%20Plurianual%20(PPA)%20%C3%A9,bens%20e%20servi%C3%A7os%20para%20a). Acesso em: 28 mar. 2023.

institucional do Estado, demarcando retrocessos ocorridos em 2019, com o início do governo Jair Bolsonaro (Figura 1).

A respeito disso, ainda que exista um histórico de defesa dos direitos da população LGBTI+, preconizado na Constituição Federal e nas premissas do SUS, em janeiro de 2019, o governo Bolsonaro revisou um manual elaborado pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais (DDAHV) e defendeu que tais políticas “desrespeitam” a instituição da família (MELO *et al.*, 2020).

De forma crítica, observa-se que enquanto a tendência mundial é de queda na taxa de crescimento dos casos de HIV/Aids, o Brasil segue tendência oposta, registrando aumento de casos. Por consequência, compreende-se que o referido governo contribuiu para a extensão dessa vulnerabilidade, ao tratar as políticas de combate ao HIV/Aids como pauta moral (MELO *et al.*, 2020).

Ademais, verifica-se que a posição do governo supracitado, vai contra o acesso à atenção integral à saúde da população LGBTI+; contra a promoção e monitoramento da saúde; contra a Educação Popular em Saúde e, combate a mobilização, expressão e participação social dos movimentos e ações de saúde para a população LGBTI+ (MELO *et al.*, 2020). Uma constatação substancial acerca do exposto, é que em novembro de 2019, ocorre o ato de impedir a realização do Congresso Internacional LGBTI+, com o argumento de que tal reunião consistiria em uma afronta legal aos bons costumes (MELO *et al.*, 2020). Portanto, verifica-se que “os serviços de saúde ainda são marcados pelo preconceito, desconhecimento das especificidades dessa população e pela heteronormatividade institucional” (TAUYR, 2019).

Na área da saúde, isso se reflete em diversas etapas do acesso e manutenção da saúde pela população LGBTI+ (CASTRO *et al.*, 2022).

Nesse quadro, é urgente reforçar que o acesso ao SUS, constitui prática de igualdade e direitos humanos, principalmente por considerar a participação de LGBTI+ no meio institucional de proposição e acesso a tais políticas (GOMES *et al.*, 2018).

De fato, as pessoas LGBTI+ permanecem marginalizadas e, suas experiências são marcadas por retrocessos institucionais, que corroboram para reiterar o conjunto de práticas discriminatórias que cercam a ação individual, coletiva e institucional da sociedade atual.

Ressalta-se, que as políticas e os direitos dessas pessoas, implicam em uma grande ruptura na forma como as questões de sexo e gênero são encaradas no campo da saúde.

Essas mudanças, são resultado de intenso diálogo entre MOVIS, formuladores de políticas públicas, profissionais de saúde e outros que buscam gerar uma nova política nesse campo. Todavia, esse caminho também é assinalado por ambiguidade, silêncio e estranhamento

(FERREIRA; NASCIMENTO, 2022).

É relevante ratificar, que o direito social à saúde está protegido pelo Princípio de Proibição do Retrocesso Social, logo, qualquer prática institucional que vise retirar direitos dessa população por parte do Estado, é inconstitucional. Tal premissa se funda na Carta de 88 e nas mobilizações da comunidade LGBTI+, no qual pontua-se a mobilização pela “autoaceitação dos diversos gostos e corpos, pela luta do reconhecimento e da garantia que essa população busca em ver seus direitos assegurados e assim não mais negados.” (DUTRA; SILVA, 2009, p. 87).

O que não se pode perder de vista, é que a organização e gestão do SUS e, a implementação das diretrizes constitucionais de participação social, implicam em transformações significativas no desenho institucional da ação governamental, como trata Lucchese (2003). Para Ferreira e Nascimento (2022), é necessário promover uma ampla mudança nos modelos de políticas públicas, principalmente na saúde, em vista do fortalecimento dos valores democráticos e plurais.

Portanto, entende-se que o MSLGBTI+ se constitui mediante uma vasta rede de protagonistas e, distintos posicionamentos políticos, para articular demandas e reivindicações, na qual são construídos programas e políticas públicas no campo da saúde que demarcam tais avanços.

Torna-se fundamental enfatizar que as políticas, programas e ações voltadas para a saúde da população LGBTI+ constituem um necessário movimento de resistência, em tempos de múltiplas agressões, ademais a fragilidade institucional já existente nesse campo.

A luta pela implementação das políticas voltadas à população LGBTI+, enquanto uma população estruturalmente e historicamente vulnerabilizada, oprimida e discriminada, por mais que não seja recente, parece sempre estar começando, dado os constantes avanços e retrocessos vivenciados no campo dos direitos. Diante disso, é importante levantar a bandeira da saúde, mediante o desenho de arranjos organizacionais, éticos, políticos e sociais diversos, que permitam o acesso à saúde e o cuidado para essas pessoas (FERREIRA; NASCIMENTO, 2022).

4.2 EQUIDADE, DEMANDAS E BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTI+

A equidade trata de um conceito que coloca em pauta, o reconhecimento que, embora todos tenham os mesmos direitos à saúde, nem todos acessam e utilizam da mesma forma tais direitos. Isso evidencia que algumas populações estão em condições de maior

vantagem/vulnerabilidade que outras, portanto, havendo a necessidade de se corrigir tais disparidades (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

O ponto de partida para pensar equidade em saúde para a população LGBTI+, são as Políticas de Promoção da Equidade (PPE). As PPE resultam de três processos históricos relevantes no país: as manifestações e reivindicações dos MSLGBTI+ desde antes da década de 1970, a concretização da democracia pós-ditadura e, o compromisso do governo em garantir tanto os direitos humanos, quanto o acesso universal dos grupos em situação de vulnerabilidade aos serviços de saúde (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

De maneira a integrar as demandas da população LGBTI+ como uma Política de Atenção Integral à Saúde, a criação da SGEP, foi um importante passo para a operacionalização das PPE no SUS, uma vez que as PPE têm o “objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos estão mais expostos que outros, que resultam de determinantes sociais da saúde como [...] as homofobias [...]” (BRASIL, 2013a, p. 6).

Porém, mesmo considerada um avanço, do ponto de vista da inclusão da participação popular e do controle social no SUS, a gestão do Governo Federal, assumida a partir de 01 de janeiro de 2019, fez mudanças no MS em sua totalidade, o que culmina num processo de reestruturação, que leva, através do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, à extinção da SGEP. Esse movimento representa um prejuízo imenso à participação popular na gestão do SUS, uma vez que a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) evidencia, dentre outras diretrizes: a valorização de diferentes formas de participação popular e do controle social nos processos de gestão do SUS, a ampliação de espaços que fomentem a escuta da sociedade no que tange ao Sistema único de Saúde e, o fortalecimento de formas coletivas de participação e resolução de demandas (BEZERRA *et al.*, 2012). Além disso, a Lei nº 8.142 de 1990, dispõe sobre a participação popular no SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, como proposto na Reforma Sanitária (VIACAVA *et al.*, 2018).

Na esfera da saúde coletiva, a persistência da desigualdade, implica na continuidade de iniquidades que devem ser combatidas a partir de práticas sociais e institucionais. No campo das políticas públicas, ocorre a articulação do MS e do SUS, em prol da equidade, com atenção às vulnerabilidades que permeiam os DSS (BRASIL, 2013a). “Em geral, o princípio de equidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde.” (ESCOREL, 2008, p. 206).

Ao considerar as políticas de saúde como uma política social, é necessário reconhecer os direitos da população devido a sua cidadania e, vinculação tanto ao território nacional, quanto

ao Estado brasileiro. Cardoso e Ferro (2012), apontam que o MS reconhece a complexidade do processo de discriminação e exclusão que permeiam a vida da população LGBTI+ e, os obstáculos e desigualdades que afetam a concretização de direitos fundamentais como o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento. O reconhecimento da reprodução de opressões sociais dentro dos espaços institucionais de concretização do direito à saúde, é um primeiro passo em prol da equidade.

As más experiências vivenciadas cotidianamente, afetam pessoas LGBTI+ e causam um hiato entre ter o direito, buscá-lo e conseguir acessá-lo. Ainda que se identifique um arsenal jurídico de reconhecimento em prol das pessoas LGBTI+ na saúde, persistem cenários de desigualdade. De acordo com Langdon, Kavanagh e Bushell (2022), no que tange à saúde, os indivíduos LGBTI+ possuem barreiras adicionais em relação à população em geral; por exemplo, existem taxas maiores de obesidade em mulheres lésbicas e bissexuais e, de vírus HIV em homens que fazem sexo com homens, assim como altas taxas de depressão, ansiedade e outros transtornos de humor em toda a comunidade LGBTI+.

Além disso, de acordo com o relatório “Injustice at Every Turn” (IAET), em uma pesquisa com mais de 6.000 pessoas transgêneros norte-americanas, verificou-se que 19% receberam negativa de acesso a cuidados de saúde em vista de sua identidade de gênero, como pontuam Langdon, Kavanagh e Bushell (2022).

Em relação à educação, as escolas costumam ser ambientes hostis contribuindo para que alunos/as LGBTI+ se sintam inseguros/as e ameaçados/as. Na verdade, o bullying baseado nas características sexuais, na orientação sexual e identidade de gênero foi reconhecido como um problema global que viola os direitos humanos da juventude LGBT e que enfraquece o bem-estar biopsicossocial e o sucesso acadêmico de pessoas que não se percebem dentro das normas e padrões do meio escolar em que convive (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, 2013).

Logo, retratam os autores Pillay, Ntetmen e Nel (2022) que é essencial construir espaços institucionais de defesa da equidade para a população LGBTI+ no campo da educação, incluindo a formação de profissionais capazes de proporcionar uma abordagem integral e centrada na pessoa, contrapondo as práticas de racismo, machismo, a preeminência da cis heteronormatividade e até mesmo da sorofobia¹⁵.

¹⁵ De acordo com Filho e Vieira (2021), a sorofobia pode ser compreendida como um conjunto de crenças irracionais, discriminatórias e temores sem fundamento que estão relacionados ao HIV/Aids que acarretam episódios de violência institucional, física, psicológica e política, não apenas contra populações soropositivas, como também contra grupos sociais considerados em situação de maior vulnerabilidade quanto à pandemia de HIV/Aids.

Quando se junta aos setores básicos, saúde e educação, a segurança pública também revela necessidades de caráter transversal a tais políticas públicas, com vistas a reduzir a violência na qual a população LGBTI+ é vítima. O relatório da “pesquisa Discriminação e violência contra a população LGBTQIA+” demonstra, segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, que, no ano de 2022, houve um expressivo crescimento de agressões, homicídios e estupros cometidos contra essas pessoas porém, a subnotificação dos casos, através dos registros de ocorrências nas delegacias e, as poucas fontes de dados oficiais no Brasil se constituem um grande entrave na elaboração de políticas públicas que previnam os riscos e as vulnerabilidades a que esta população está cotidianamente exposta.

De acordo com Vieira *et al.* (2019) os desafios para a equidade no acesso à saúde da população LGBTI+ envolve pensar os espaços de ensino, graduação e residência – ou seja, o campo da formação em saúde – e as dificuldades existentes para tratar do tema de gênero. Além da falta de uma disciplina específica que aborde essa perspectiva, impera também o conservadorismo de professores e alunos – sendo que estes, são predominantemente das classes média e alta, brancos, heterossexuais e cisgêneros, o que os leva a manter o *status quo*.

Como pontuam Langdon, Kavanagh e Bushell (2022), no hall dos desafios para a promoção da equidade à comunidade LGBTI+ no ambiente de saúde, também está o enfrentamento ao preconceito dentro desses espaços institucionais.

Cabe destacar que as pessoas LGBTI+ não seguem os padrões de sexualidade e de gênero, e em vista disso sofrem com a invisibilização, o estigma, a discriminação e a violência social e institucional. Observam-se inúmeras violações de direitos a essas pessoas e movimentos de reiterada exclusão social que ocasionam sofrimento, aumentam os índices de adoecimento e até mesmo implicam em morte prematura dos indivíduos dessa comunidade (COSTA-VAL *et al.*, 2022).

No Brasil, as intersecções entre sexo, gênero e sexualidade são caminhos de diálogo extremamente difíceis, haja vista uma sociedade mentalmente e socialmente organizada e apoiada no binarismo (homem/mulher; menino/menina) e na heteronormatividade¹⁶. Nessa perspectiva, Cardoso e Ferro (2012), destacam que devido à identidade sexual não heteronormativa, a população LGBTI+ acaba tendo seus direitos humanos básicos sob ataque e, muitas vezes, encontra-se em situação de vulnerabilidade pelo desrespeito às suas demandas de

¹⁶ Termo criado em 1991 pelo teórico americano Michael Warner na tentativa de dar conta de uma nova ordem social. Esse sistema exige que todos indivíduos – independente de sexualidade – organizem suas vidas conforme o modelo da heterossexualidade, onde o indivíduo é atraído amorosa, física e afetivamente por pessoas do sexo/gênero oposto. (adaptado de GÊNERO, 2009).

saúde que não são atendidas.

Compreende-se a importância, na concretização da equidade, na estruturação de serviços de saúde em prol da diversidade de gênero e na dignidade da pessoa LGBTI+ consolidando práticas de atendimento que sejam acolhedoras e sem preconceitos, uma vez que não é possível tratar do vocábulo “equidade” no ordenamento jurídico-social nacional, sem considerar as demandas de saúde de pessoas LGBTI+ quanto aos cuidados de saúde.

4.3 O CUIDADO DA POPULAÇÃO LGBTI+ NA ATENÇÃO BÁSICA

A partir de 1988, após a luta de diversos setores da sociedade pela democracia e pela saúde, as diretrizes e os princípios que norteiam o SUS são aprovados, passando então a saúde, a integrar a Seguridade Social. Neste sentido, o acesso a saúde deixa de ser uma questão de Previdência Social, onde os serviços médicos e a cobertura previdenciária estavam facultados apenas a trabalhadores/as segurados/as e, passa a ser um direito social garantido, reconhecido através da responsabilização do Estado, que deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assegurando a universalidade dos benefícios a todos e todas, independentemente de sua contribuição (BRASIL, 1990; VIACAVA *et al.*, 2018).

Ao SUS objetiva-se “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990) nos territórios, por meio da AB, onde o atendimento deve respeitar seus princípios básicos, levando em consideração as particularidades, o engajamento cultural bem como os fatores que determinam o estado de saúde da população.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) advém da experiência de diversos atores envolvidos no desenvolvimento e consolidação de um sistema de saúde historicamente unificado, como MOVS, população, trabalhadores/as e gestores/as tripartites do governo. A Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que institui a PNAB, em consonância com a regulamentação vigente do SUS, define a organização das Redes de Atenção à Saúde¹⁷ (RAS) como estratégia, para que ocorra um cuidado integral voltado para as necessidades de saúde da população e, destaca a AB como a porta de entrada preferencial do sistema, o primeiro ponto de atenção, com a precípua função de organizar o fluxo e o contrafluxo de pessoas,

¹⁷ São arranjos que organizam serviços de saúde e ações com densidades tecnológicas variadas, que quando conectados por sistemas de apoio técnico, logístico e gerencial garantem a integralidade do cuidado. Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017.

produtos e informações em todos os pontos de atenção da saúde (BRASIL, 2017).

Considerando então, a AB como o ambiente de acolhimento imediato à população, fica claro que é onde integralidade do cuidado, como princípio que norteia o SUS, tem mais possibilidade de ser realizada por meio da proposição e implementação de atividades voltadas para o cuidado¹⁸ amplo (TRAVASSOS; ALMEIDA; MARTINS, 2021).

Na cidade do Rio de Janeiro, a coordenação do cuidado em saúde é realizado pelas CF e pelos Centros Municipais de Saúde (CMS), unidades de AB que atendem a população de forma territorializada. As CF, são unidades de saúde onde atuam equipes de saúde da família compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde (CARNUT, 2017). A divisão desses/as profissionais nas CF, ocorre por equipes responsáveis pela sua área ou local de moradia. Quando chega na unidade, o/a usuário/a é acolhido/a por um/a profissional de sua equipe e orientado/a de acordo com a sua necessidade.

Nas unidades de saúde com modelo de ESF, o cadastramento das famílias é realizado na residência pelo/a Agente Comunitário de Saúde (ACS), mas caso não ocorra visita e o/a cidadão/a necessite atendimento, poderá se cadastrar diretamente na CF, conforme orienta o Portal Digital Carioca¹⁹.

A ESF foi criada como programa em março de 1994 e, define as dimensões das práticas de saúde brasileiras de acordo com a territorialidade, população e ações a serem dispostas nas localidades/territórios. Ela desempenha um papel importante no contato inicial com a população, relacionamento longitudinal²⁰ e coordenação do cuidado; quando resolutive, significa a expansão do acesso às necessidades dos/das usuários/as (PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019).

Essa lógica promove uma maior aproximação entre a comunidade e a equipe de saúde e, visa valorizar o indivíduo para além de sua doença em termos de integralidade e, continuidade do cuidado a partir das reais necessidades de saúde das pessoas (ROMANO, 2008; TRAVASSOS; ALMEIDA; MARTINS, 2021). Tem-se então, que o acolhimento qualitativo às

¹⁸ Entende-se por coordenação do cuidado: a elaboração, o acompanhamento e a organização do fluxo de usuários entre os pontos de atenção das RAS e, atuação como centro de comunicação entre os múltiplos pontos de atenção, com a responsabilidade pelo cuidado de usuários em qualquer um destes pontos de maneira horizontalizada, contínua e integrada, com vistas a produção de gestão compartilhada da atenção integral (BRASIL, 2017).

¹⁹ Disponível em: <https://carioca.rio/servicos/atendimento-em-unidades-de-atencao-primaria-em-saude/>. Acesso em: 1º maio 2023.

²⁰ Implica na continuidade de uma relação de cuidado, onde vínculos e deveres se desenvolvem ao longo do tempo entre profissionais e usuários, de forma durável e consistente, com acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde e, de outros fatores que afetam a vida das pessoas, para evitar perdas de referências e diminuir os riscos de iatrogenia por desconhecimento da história de vida e falta de coordenação do cuidado (BRASIL, 2017).

demandas e necessidades da população, é extremamente importante para que as pessoas tenham confiança e retornem para a continuar o cuidado.

Ocorre que, a população LGBTI+ como um dos grupos atendidos na AB pela ESF, está imersa em processos persistentes de silenciamento e, precarização dos modos de vida de pessoas que não atendem ao padrão social cisheteronormativo. A LGBTfobia presente em diferentes espaços, alcança as instituições de saúde, que perpetuam uma política de morte ao negar ou ignorar as necessidades específicas dessa população. As políticas de saúde do governo brasileiro apresentam negligência no contexto da emergência das pautas da comunidade, contribuindo para a mortalidade dessa população (SENNÁ, 2020).

Existe uma ausência na definição da violência contra pessoas LGBTI+ e uma subnotificação dessas ocorrências que dificultam o seu combate. Ainda assim, persistem os processos discriminatórios e violentos contra essa comunidade, aprofundando cenários de violação dos direitos humanos, tal como o direito à não discriminação e à dignidade, que compromete também o direito à saúde (LIONÇO, 2008).

Observa-se com frequência a ocorrência de relatos sobre atendimentos em saúde e processos de ensino-aprendizagem, onde persistem exames físicos inadequados, a coleta de informações inapropriadas e as experiências de cuidado permeadas de violência à população LGBTI+. Nesse panorama, os serviços de saúde são pouco acolhedores para essas pessoas e as políticas públicas perdem efetividade (LOPES JUNIOR *et.al.*, 2020).

Cuidar não deve ser apenas um senso de dever, mas também uma resposta empática a uma determinada situação. Tal capacidade de empatia, de se colocar no lugar do outro, de se aproximar dele, que diferencia um profissional “cuidadoso” de alguém que apenas se importa. Essas pessoas “cuidadasas” se preocupam com aqueles/as que são objeto de seus cuidados e que, por sua vez, se sentem verdadeiramente importantes para alguém (ZOBOLI, 2003). Independente do profissional ou do cenário, é necessário atuar com empatia.

De fato, como evidencia Hillman (2022), a população LGBTI+, em vista de sua vulnerabilidade social, possui um risco maior de empobrecimento, de depressão, de isolamento social, de tal modo que enfrentam a ausência do cuidado. Observa-se que o regramento cultural e social pautado pela heterossexualidade, pelo cisgenderismo e pelo endosexismo²¹ integram o

²¹ A endonormatividade ou o endosexismo refere-se à suposição de que todos os corpos podem ser claramente classificados como masculinos ou femininos. Tais pressupostos definem normas sociais que excluem e tornam invisíveis aqueles que não se enquadram nelas. Exemplo: Se você nasceu menina, você se identifica como mulher (identidade) e gosta de homens, você é uma mulher cis heterossexual. Se você nasceu criança, mas você se sente mulher (identidade) e gosta de homem (orientação sexual), você é uma mulher trans heterossexual (CARBÓ; ADIEGO; GRAU, 2022, tradução nossa).

conjunto de causas que influenciam na continuidade das desigualdades de saúde.

Essa interpretação é reiterada por Pillay, Ntetmen e Nel (2022) que aduz que profissionais de saúde e pesquisadores em vários contextos – incluindo no escopo das experiências internacionais – evidenciam como hospitais, universidades, organizações não-governamentais, plataformas de políticas públicas estão permeadas por um viés de heterocisnormatividade, que demonstra uma categorização rígida e, o aprofundamento de desigualdades.

Estudos têm revelado o despreparo dos/as trabalhadores/as da ESF e, outros desafios para ofertar cuidados adequados para LGBTI+ (NEGREIROS *et al.*, 2019; PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019). Entre os desafios identificados por esses autores estão: a formação dos profissionais de saúde, o desconhecimento das políticas públicas e redes de apoio voltadas ao atendimento da comunidade LGBTI+, o preconceito e a discriminação. A alegação mais utilizada por médicos/as da ESF em relação às lacunas referentes ao cuidado integral à saúde de pessoas LGBTI+, é o desconhecimento das demandas específicas dessa população, o que se contrapõe ao que preconiza a PNSIPLGBT, em relação a necessidade de a orientação sexual e a identidade de gênero permearem a prática profissional e as atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) no SUS (BRASIL, 2013b).

Pillay, Ntetmen e Nel (2022) pontuam que é necessário construir no panorama global, uma filosofia afirmativa para os cuidados de saúde, para contrapor as ações negativas verificadas em várias regiões. Afirma-se, nesse cenário, a tutela dos direitos humanos na esfera do Direito Internacional exigindo principalmente, a formação de competências dos provedores de cuidados de saúde.

Ademais, pontuam Siqueira, Hollanda e Motta (2017) compreende-se a importância da formulação de políticas equitativas no escopo de um arranjo institucional, envolvendo os órgãos responsáveis pelo campo da saúde no país. É preciso fortalecer políticas públicas de natureza transversal, incorporar ações para grupos vulneráveis e aumentar o escopo da participação social na formulação de políticas de cuidado integral à saúde.

É essencial construir estratégias que promovam o acesso à cidadania e a saúde pela população LGBTI+, considerando o desenvolvimento de competências culturais que permitam abordar as demandas específicas dessa comunidade dentro das próprias instituições de saúde, promovendo o tratamento igualitário e contrapondo a expansão do preconceito e da discriminação.

As instalações de saúde devem ser pensadas para proporcionar segurança a essa comunidade, evidenciando o disposto na Agenda 2030 da ONU, na qual estão as metas em prol

do Desenvolvimento Sustentável, que inclui a promoção do bem-estar para todos/as, integrando as minorias sexuais em todo o mundo, pontuam Pillay, Ntetmen e Nel (2022).

Em relação ao bem-estar e a inclusão das minorias sexuais, pessoas trans, tendem a evitar procurar atendimento de saúde quando estão doentes (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2019) e isso é algo preocupante. Estudos revelam que essas pessoas, especialmente jovens, têm maior susceptibilidade a piores condições de saúde mental e são predispostas a desenvolver depressão, autoflagelação, ansiedade, e comportamento suicida (CORRÊA *et al.*, 2020; GOMES, 2022; LEITE; MEDEIROS, 2021). Além disso, homens trans e pessoas transmasculinas relatam que evitam ir ao(à) ginecologista com medo ou receio de sofrerem constrangimento, preconceito ou violência durante as consultas (NASCIMENTO, 2020). Soma-se à estigmatização visual, o desrespeito ao uso do nome social, que é um dos maiores entraves que dificultam o acesso de travestis e transexuais aos serviços de saúde (ROCON, 2018; ROCON, 2019).

Na base dessa violência estão também as lésbicas e bissexuais. O estereótipo relacionado às mulheres, também se constitui uma realidade constante. Uma mulher é classificada como homossexual por profissionais de saúde, tendo como ponto de partida a sua expressão verbal, o seu modo de agir e de vestir, conseqüentemente, isso corrobora para a invisibilizar a sua prática sexual, deixando evidente o preconceito que sustenta a violência simbólica (TRAVASSOS; ALMEIDA; MARTINS, 2021). Neste sentido, lésbicas, por desconforto ou medo de sofrer discriminação, não expõem suas dúvidas sobre a sexualidade nos atendimentos com profissionais de saúde, procuram menos os serviços, realizam com menor frequência exames preventivos de câncer de colo uterino (BENTO, 2021) e, acabam ficando expostas a prevalência de HIV/Aids e outras IST, algo que é evitável, se houver estratégias que aproximem essas mulheres das unidades de AB e Saúde da Família e, dos ambulatórios de ginecologia (TRAVASSOS; ALMEIDA; MARTINS, 2021).

A subjetividade ideal do homem perfeito, heterossexual, másculo, forte, provedor, aquele que é viril e que não chora, que não demonstra a afetividade, impacta na saúde de gays, que muitas vezes em decorrência do preconceito internalizado pela não adequação a esses padrões, são acometidos de baixa autoestima, desencadeando episódios depressivos, culpa, insegurança, medo, entre outros (CARDOSO; FERRO, 2012).

Sobre pessoas intersexo, nos Estados Unidos, a organização não governamental Human Rights Watch (HRW) produziu um documento que expõe a coação realizada por alguns médicos americanos, a fim de que os responsáveis submetam seus filhos a procedimentos cirúrgicos visando a “normalização” sexual (PIRES, 2015). A intersexualidade carece de debate das

ciências sociais em torno dos limites entre a vida e a cultura. Concernente a isso, em certas nações africanas, como o Quênia, bebês intersexo são assassinados ao nascer, pois são considerados malditos²².

As demandas e especificidades e, os desafios da população LGBTI+ exigem preparo, e a falta de qualificação profissional pode perpetuar o preconceito e a discriminação, levando a uma assistência de má qualidade e ao aumento de doenças e seus fatores de risco (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2019).

As práticas preconceituosas e discriminatórias, aliadas ao despreparo de profissionais em atuar com estes grupos e com suas especificidades, faz com que raramente tais pessoas manifestem algo sobre a sua sexualidade. Estudos mostram que de cada cinco pessoas LGBTI+, uma não revela sua orientação sexual ao profissional de saúde durante a consulta (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2019).

O preconceito e o medo de sofrer discriminação, afasta pessoas LGBTI+ da saúde e, isso implica na descontinuidade do cuidado e, conseqüentemente num envelhecimento nada saudável. É preciso levar em consideração que, para ser efetivo, o trabalho profissional deve superar os desafios e obstáculos que dificultam o atendimento.

Em relação ao cuidado a pessoas LGBTI+ o “esperado é um caminhar na rede de serviços que seja seguro, sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência” (MALTA *et.al*, 2004, p. 441) à essa heterogeneidade de corpos, que apresenta diversidades em relação às identidades e gêneros. Torna-se também imperativo, desenvolver uma cultura de respeito aos direitos humanos e de promoção de cuidado a essa diversidade. É sabido que essa mudança estrutural e cultural não é fácil de ser revertida, que é um processo gradativo de avanço, porém com todos os limites postos, é possível vislumbrar um horizonte, a partir do avanço das políticas públicas de saúde, mesmo com toda deficiência e precariedade.

²² No Quênia, pais autorizam parteiras a matarem crianças intersexo por serem vistas como maldição para família e vizinhos. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/internacional-39852313>. Acesso em: 05.jun 2023.

5 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

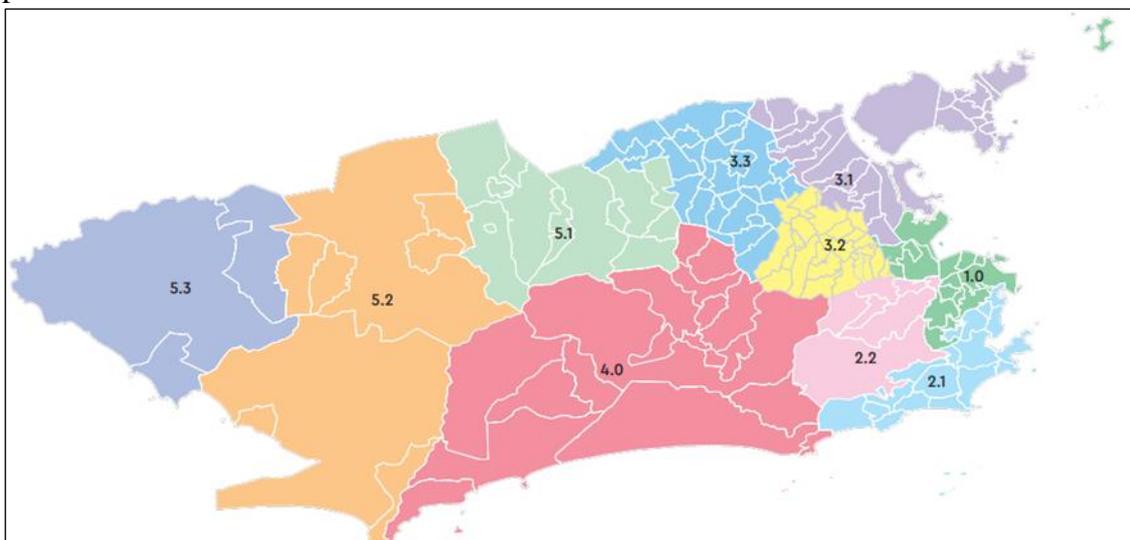
5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2001, p. 14), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e nos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Município do Rio de Janeiro (MRJ), situado na região de saúde Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e, que para fins de planejamento em saúde, conforme a regionalização do SUS, se limita territorialmente com outros onze municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica. O município está dividido em cinco Áreas Programáticas (APs) (Figura 2), as quais são utilizadas para orientar a gestão da saúde na cidade. Cada uma dessas áreas possui características socioeconômicas distintas que influenciam diretamente os padrões de adoecimento e mortalidade de suas respectivas populações.

Figura 2 – Mapa das Áreas Programáticas da cidade do Rio de Janeiro, conforme distribuição por bairros



Fonte: SORANS, 2022.

A AP1 abrange a região do Centro, a AP2 inclui a zona Sul e a grande Tijuca, a AP3 abarca a zona Norte, a AP4 engloba a baixada de Jacarepaguá, e a AP5 cobre a zona Oeste.

Do ponto de vista da disponibilidade de serviços de saúde para a população, de acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2022 a 20225, o MRJ dispõe de 128 CF, 105 Centros Municipais de Saúde e, 1.174 equipes de Saúde da Família financiadas (eSF). Ademais, dos 6.775.561 habitantes, 5.261.501 estão abrangidos pela ESF²³, o que representa uma cobertura da atenção básica à saúde de 77,82% da população total do município (E-GESTOR AB, 2023). Há cobertura em todas as APs, aspectos que evidenciam o MRJ como um campo propício para a pesquisa.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Participaram desta pesquisa indivíduos LGBTI+ integrantes dos MSLGBTI+: Grupo Pela Vidda do Rio de Janeiro (GPV-RJ), Grupo Arco-Íris de Cidadania LGBT (GAICLGBT), Grupo Transrevolução (GTV), Grupo Conexão G de Cidadania LGBT de Favelas (GCONEXÃO G) e, Liga Transmasculina Carioca João W. Nery (LTCJWN), atuantes na área delimitada para a pesquisa. Foram incluídas pessoas autodeclaradas LGBTI+, residentes no MRJ por pelo menos 12 meses, usuárias do SUS, maiores de 18 anos, e que tenham sido atendidas em qualquer CF do MRJ nos últimos 12 meses.

Os critérios de exclusão para a participação na pesquisa abrangiam pessoas que não se identificavam como LGBTI+ e, aquelas que não eram membros de MSLGBTI+ citados na pesquisa. Também foram excluídas da amostra, pessoas que não residiam no MRJ por pelo menos de 12 meses e, que não utilizavam o SUS para os seus cuidados à saúde. Da mesma forma, foram excluídas da amostra, pessoas menores de 18 anos e aquelas que não foram atendidas em qualquer CF do MRJ nos últimos 12 meses. Por fim, todas as pessoas que se recusaram a participar da pesquisa ou que, em algum momento do processo, retiraram seu consentimento, também foram excluídas.

A amostra desta pesquisa, formada por conveniência, totalizou 30 participantes, todos/as integrantes dos MSLGBTI+ que integram a pesquisa. Na medida em que os/as participantes se apresentavam, foram realizadas as entrevistas e, contabilizados os/as integrantes de cada grupo populacional.

²³ Ver: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>. Acesso: 16 maio 2023.

Os MSLGBTI+ então, contribuíram da seguinte forma: cinco participantes do GTV, seis participantes do GAICLGBT, GCONEXÃO G e GPV-RJ e, sete participantes da LTCJWN, de modo a valorizar a diversidade e a representatividade na amostra.

A coleta dos dados foi encerrada quando a amostra se demonstrou saturada, totalizando o número estipulado de entrevistas para cada grupo. É importante ressaltar que, embora a pesquisa reconheça que socialmente ou em seu cotidiano, pessoas LGBTI+, sejam crianças ou jovens menores de 18 anos, enfrentam situações de preconceito, discriminação e negação de direitos, as respostas foram restritas a indivíduos maiores de 18 anos. Isso ocorre porque, do ponto de vista bioético, crianças e adolescentes são considerados grupos em situação de vulnerabilidade, já que não possuem a capacidade de tomar decisões maduras e, estão sujeitos à autoridade de pais ou responsáveis legais (SANTOS et al., 2017).

5.4 CARACTERIZAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS, CUJOS/AS PARTICIPANTES INTEGRARAM A PESQUISA

O GPV- RJ²⁴ foi fundado em 24 de maio de 1989, pelo escritor Herbert Daniel e se constitui como o primeiro grupo fundado no Brasil por pessoas vivendo com HIV e aids, seus amigos e familiares e atua na valorização, integração e dignidade das pessoas vivendo com HIV no Rio de Janeiro.

O GAICLGBT²⁵ é uma organização não-governamental fundado em 21 de maio de 1993, que funciona regularmente na cidade do Rio de Janeiro. Sua agenda é voltada para lésbicas, gays, bissexuais, travestis, mulheres transexuais, homens trans e pessoas intersexo, e atua como enfoque na cidadania, promoção dos direitos humanos e de uma cultura de paz, combate à violência, justiça social, prevenção e atenção em IST, HIV/Aids, Hepatites Virais, entre outras questões.

O GTV²⁶ é um grupo comunitário de solidariedade que atua desde 2009, dedicado a discutir a questão Trans e promover através de seus projetos, os direitos e a qualidade de vida dessas pessoas.

O GCONEXÃO G²⁷ é uma organização da sociedade civil, fundada em março de 2006, originada de um Grupo de Jovens que resolveu realizar ações de reflexões sobre a

²⁴ Disponível em: <http://www.pelavidda.org.br/site/index.php/quem-somos>. Acesso em: 29 set. 2022.

²⁵ Disponível em: https://www.arco-iris.org.br/?page_id=83. Acesso em: 29 set. 2022.

²⁶ Disponível em: <https://pt-br.facebook.com/transrevolucao>. Acesso em: 29 set. 2022.

²⁷ Disponível em: <https://pt-br.facebook.com/GrupoConexaoG/>. Acesso em: 29 set. 2022.

homossexualidade em favelas, com o foco na temática dos Direitos Humanos e na Promoção da Saúde da população LGBT Moradoras de Favelas, relativas à cidade do Rio de Janeiro.

A LTCJWN²⁸ é uma organização não-governamental fundada em fevereiro de 2019, com foco em atividades de acolhimento, para identificação de demandas nacionais e, criação de políticas públicas direcionadas para transmasculinidades no Brasil.

5.5 COLETA DE DADOS E REGISTRO

O convite para a participação na pesquisa foi feito pela própria pesquisadora. Para colaborar na identificação de potenciais MSLGBTI+ e participantes, foi realizado um levantamento prévio junto GAICLGBT. A eleição do GAICLGBT para a prévia se deu, devido à proximidade da pesquisadora com a instituição, proveniente de trabalhos realizados pelo CTSLGBTRJ, onde representantes do grupo atuavam em conjunto com a mesma, em eventos promovidos pela SES-RJ.

Esse levantamento possibilitou o mapeamento dos MSLGBTI+ com atuação na área delimitada para a pesquisa e, a elaboração de uma agenda de contatos com os/as devidos/as representantes institucionais (RI) que posteriormente foram contatados/as individualmente pela pesquisadora via telefone, para agendamento de uma apresentação presencial da pesquisa. Para facilitar a aproximação com potenciais participantes, foi solicitado aos/às RI, a apresentação da pesquisadora em assembleia ou reunião, onde a mesma fez uma exposição acerca do projeto de pesquisa, seguida de um convite à participação. Na ocasião, foram disponibilizados o seu contato telefônico e seu e-mail, para que os/as que manifestassem espontaneamente interesse em participar, posteriormente a procurasse para a assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) e agendamento das entrevistas.

Os/as possíveis participantes da pesquisa foram contatados/as individualmente por telefone pela pesquisadora, de modo a garantir que terceiros não tivessem acesso à sua identificação e nem à visualização de seus dados de contato. Os contatos para o convite cessaram quando o tamanho da amostra estipulado saturou.

Ao contatar a pessoa convidada a participar da pesquisa, a pesquisadora fez uma breve contextualização explicando sinteticamente os termos previstos no RCLE, tais como: o porque a pessoa foi convidada a participar da pesquisa, que instituição está envolvida nessa pesquisa,

²⁸ Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/desfazendo-genero/2021/TRABALHO_COMPLETO_EV168_MD_SA_ID_13122021113038.pdf. Acesso: 5 maio 2023.

quem é a pesquisadora e seu orientador, quais os objetivos envolvidos na pesquisa, como se dará a sua forma de participação, a confidencialidade dos dados, os possíveis riscos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural e os benefícios que os resultados poderão trazer, contribuindo dentre outros, para a formulação de propostas que melhorem os cuidados em saúde ofertados a população LGBTI+ na AB do MRJ.

A pesquisa foi devidamente encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética da ESPJV/FIOCRUZ, sob o número CAEE 64925422.0.0000.5241 e, as entrevistas iniciaram após a aprovação na referida instituição.

Assim que aceito o convite, as entrevistas foram agendadas mediante contato telefônico e realizadas individualmente, no período de março a abril de 2023, de maneira presencial. A participação se deu de forma voluntária, não trouxe bônus remuneratórios e esteve condicionada à concordância dos/as participantes em assinar o RCLE (Apêndice A).

A opção pela realização das entrevistas pessoalmente se deu prioritariamente devido a motivos como a sensibilidade do tema e, possível minimização de problemas técnicos recorrentes em atividades virtuais, como falhas na conexão de dados, imagens dessincronizadas com o áudio, microfones falhando e entradas de pessoas não autorizadas na entrevista, colocando em risco a confidencialidade e a quebra do sigilo das informações.

A entrevista seguiu um roteiro semiestruturado (Apêndice B) constituído pelos seguintes blocos: (I) Perfil quanto às identidades, (II) Perfil sociodemográfico, (III) Perfil quanto a participação social (IV), Informações sobre o atendimento e o cuidado em saúde. O roteiro foi elaborado com perguntas fechadas e abertas. A opção pelas perguntas fechadas se deu pois as pessoas participantes devem responder apenas uma dentre as alternativas apresentada e, segundo Gerhardt (2009) isso favorece a padronização e uniformidade dos dados coletados no questionário, em comparação com perguntas abertas.

Já na opção pela perguntas abertas, as pessoas entrevistadas tiveram a oportunidade de se expressar livremente e de ponderar sobre o assunto perguntado, fundamentando as suas respostas, a partir de suas vivências, experiências e percepções. Ao debater sobre questões abertas e fechadas, Sheatsley (1983) argumenta que a principal vantagem da questão aberta é que o/a entrevistado/a não é condicionado/a pelo ponto de vista do/a entrevistador/a ao formular sua resposta e, que a resposta, reflete o que é mais relevante na percepção do entrevistado.

A fase da coleta de dados aconteceu em três etapas:

- ✓ **1ª etapa: pré-teste do roteiro de entrevista:** a entrevista foi realizada inicialmente, com seis potenciais participantes da pesquisa. O pré-teste pretendia aferir o instrumento aplicado e evidenciar possíveis falhas existentes quanto ao conteúdo (se

as perguntas eram inconsistentes ou incoerentes, se eram complexas e de linguagem ambígua ou de difícil compreensão), quanto a relevância (se de fato as perguntas se mostravam adequadas a responder aos objetivos da pesquisa) e a ética (se as perguntas resguardavam a segurança, o direito e a dignidade da pesquisadora, mas principalmente dos/as participantes da pesquisa). Caso nessa etapa fosse considerada a revisão do roteiro, as entrevistas seriam excluídas da análise, o instrumento seria revisto, readequado e encaminhado por emenda ao CEP, para aprovação e posterior aplicação no estudo;

- ✓ **2ª etapa: validação do roteiro de entrevista:** após o pré-teste concluído, o instrumento se mostrou adequado a responder às indagações a que se propôs, e foi validado quanto ao conteúdo, relevância e ética com potenciais participantes da pesquisa;
- ✓ **3ª etapa: entrevistas com os/as demais participantes incluídos/as na pesquisa:** as vinte e quatro entrevistas restantes, foram realizadas na sede do GAICLGBT, GCONEXÃO G, GPV-RJ, GTV e, outras no laboratório do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/ Fiocruz) conforme a disponibilidade de agenda da pesquisadora e dos/das participantes. Todas as entrevistas ocorreram em salas reservadas, com acesso restrito à pesquisadora e ao/a participante. Os espaços foram previamente agendados junto a cada instituição, de modo a garantir a execução da atividade, e resguardar o sigilo e a confidencialidade das declarações feitas.

O registro dos dados obtidos foi feito através de um gravador de áudio/voz, mediante a autorização do/a entrevistado/a, pois entende-se que esse tipo de captação da informação traz como vantagem o depoimento completo da entrevista, sem que haja perda de conteúdo na hora da transcrição. Ademais, esse tipo de registro confere maior fidelidade às falas das pessoas entrevistadas, rapidez na coleta dos dados e a possibilidade de reprodução a qualquer tempo em que haja necessidade em rever algum trecho da entrevista.

Para resguardar o anonimato das pessoas participantes, cada uma foi designada pela letra P (participante) e numerada de 1 a 6, conforme as ordens de cessão das entrevistas, exceto as pessoas participantes do GTV, cuja numeração seguiu a ordem de 1 a 5 e do grupo LTMJWN cuja ordem foi de 1 a 7.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após o encerramento das entrevistas gravadas, os dados quantificáveis apurados, foram transcritos e sistematizados em planilha de Excel. Os dados qualitativos foram transcritos em arquivo de Word, de modo a facilitar a composição do corpus textual para a elaboração do DSC.

A organização dos resultados foi feita em quatro blocos, conforme o roteiro aplicado nas entrevistas. A discussão foi estruturada, de modo a possibilitar a compreensão do perfil das pessoas LGBTI+ participantes da pesquisa quanto as identidades, quanto a sociodemografia, e quanto a participação social e, o mapeamento de suas percepções sobre o cuidado, quando demandaram atendimento nas CF onde são atendidas.

Portanto, no primeiro bloco, que concerne ao perfil quanto as identidades, foram selecionadas as seguintes variáveis para o levantamento dos dados: identidade de gênero, orientação afetivo-sexual e características sexuais.

No segundo bloco, que trata do perfil sociodemográfico, as variáveis elencadas foram: idade, cor ou raça, escolaridade mais alta, renda, estado civil e profissão.

No terceiro bloco, que se refere ao perfil quanto a participação social, foram elencados os cinco MSLGBTI+ integrantes da pesquisa. Neste bloco, as pessoas responderam a alternativa referente ao movimento que estão inseridas e, o seu tempo de atuação no mesmo.

No quarto bloco, haviam doze perguntas abertas, distribuídas da seguinte forma: as quatro primeiras perguntas, abordaram questões sobre o tipo de serviço que as pessoas buscam predominantemente ou prioritariamente, a utilização (ou não) da CF ou de outros serviços que não encontram na rede pública, a frequência à Clínica, o bairro onde ela se localiza e, o período que receberam o último atendimento (mês/ano).

As oito perguntas da sequência, possibilitaram as pessoas participantes falar sobre o atendimento recebido nas CF, compartilhando suas vivências e experiências em relação cuidado em saúde, o que inclui possíveis entraves e dificuldades, barreiras para um cuidado com equidade e, boas experiências que tiveram em relação a prática de profissionais, quando demandaram atendimento na sua CF de referência.

A técnica utilizada para análise foi o discurso do sujeito coletivo (DSC) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003), com base na Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Jodelet (2001) e Moscovici (2003). A opção pela utilização do DSC se deu, pois segundo Lefevre e Lefevre (2006, p. 519) essa é “uma proposta explícita de reconstituição de um ser ou entidade empírica coletiva, opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular”.

Essa técnica consiste em analisar o material coletado em pesquisas, extraindo de cada depoimento as ideias centrais em relação a determinado fenômeno, agrupando-as em categorias com o objetivo de obter o pensamento coletivo. A “aplicação da técnica do DSC a um grande número de pesquisas empíricas no campo da saúde e também fora dele (banco de DSCs) tem demonstrado sua eficácia para o processamento e expressão das opiniões coletivas.” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006, p. 517).

O caminho trilhado até a construção do DSC compreendeu as seguintes etapas: 1) Identificação das expressões chave²⁹ (IE-CHs); 2) Extração das ideias centrais³⁰ (EICs); 3) Agrupamento das respostas individuais ou agrupadas³¹ e, 4) Construção do DSC³².

A representação social, como se entende do exposto por Jodelet (2001) trata de um modo de conhecimento que é socialmente produzido e difundido, detém um viés prático e se direciona à estruturação de uma realidade comum a um conjunto social. Considera-se também que as representações sociais (RS) integram componentes afetivos, mentais, sociais que dizem respeito à esfera da cognição, da linguagem e da comunicação, que consideram a realidade material, social e ideal (JODELET, 2001). Moscovici (2003), complementa essa noção com a concepção de que o sujeito, no escopo da TRS, é posto como aquele que extrai categorias de pensamento da sociedade.

Bertoni e Galinkin (2017) exprimem os sentidos da TRS por Moscovici, ressaltando que para ele, as RS constituem uma modalidade de conhecimento que nasce da comunicação entre os sujeitos e, advém do pensamento cotidiano, especialmente da integração entre o social e o individual.

Nesse sentido, encontra-se o nexo entre a TRS de Jodelet (2001) e Moscovici (2003) e a sua contribuição na análise do DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006) visto que esse último implica em um arcabouço de ferramentas que possibilitam a construção do pensamento coletivo. O pensamento coletivo é posto aqui como a expressão da realidade empírica que se ressalta na forma de discursos oriundos dos sujeitos coletivos (LEFEVRE; LEFEVRE; MARQUES, 2009). Em síntese, o que o DSC faz, é resgatar ou reconstruir as RS como o realizaria um intérprete.

²⁹ Consiste em identificar fragmentos contínuos ou não do discurso individual que revelam com maior clareza o que o indivíduo quis dizer, de fato, com a sua resposta.

³⁰ Consiste em extrair das ideias centrais (EICs) de cada depoimento, a partir da IE-CHS a síntese da (s) informação(ões) mais importante(s) que o indivíduo quer passar, consideradas como ideias centrais do(s) depoimento(s).

³¹ Consiste em obter através das IE-CHs e das EICs, as ideologias, valores, crenças, entre outros que estão embutidos no discurso do/a entrevistado/a como se fosse uma afirmação qualquer, também chamada de ancoragens (ACs).

³² Consiste na reunião num só discurso síntese, de discursos que a partir de ECHs têm a mesma ideia central ou ancoragem enunciados na primeira pessoa do singular, sugerindo que a coletividade fala como um sujeito-indivíduo. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

Não se trata das RS em si, mas da reconstituição de algumas das camadas das RS na forma de discurso ou signo interpretante, como tratam Lefevre e Lefevre (2006).

Face ao exposto, o que se indagou e se pretendeu responder, percorre, necessariamente, a complexidade das interações sociais, no que concerne compreender como percebem e o que pensam, representam e comunicam na coletividade, os usuários LGBTI+ que integram movimentos sociais, sobre o cuidado em saúde que recebem na AB do MRJ, tendo como recorte, as CF. Portanto, a pesquisa se propôs a responder a seguinte pergunta: Na percepção de usuários LGBTI+ que integram os MSLGBTI+, as CF no MRJ prestam um cuidado com equidade e respeito à diversidade às pessoas dessa população quando demandam atendimento? O ponto de partida para análise, foi a compreensão de que as CF se constituem um local de responsabilidade e potência no cuidado em saúde, oferecido às pessoas nos territórios.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para garantir a confidencialidade, os locais onde aconteceram as entrevistas resguardaram acesso restrito ao(à) participante e à pesquisadora, o que proporcionou privacidade durante a coleta dos dados. Foi empreendido junto ao/a participante o compromisso de respeitar os seus valores sociais, morais, religiosos, culturais e éticos na perspectiva de uma abordagem humanizada, acolhedora e de escuta ativa.

A devolutiva dos resultados da pesquisa será assegurada através da apresentação e, interpretação dos achados do estudo feito pela pesquisadora, numa assembleia ou reunião dos MSLGBTI+, com os/as participantes, após divulgação ampla e prévia da pauta, desde que todos/as concordem e estejam cientes que ao participar de qualquer um dos eventos, dada a natureza dos mesmos, não será possível manter a confidencialidade de sua identidade.

Para facilitar o diálogo, será disponibilizada, assim que habilitada ao compartilhamento, a dissertação em mídia de *Compact disc* (CD) para aproximação dos/as participantes com o conteúdo.

A resolução nº 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais define como "Risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Os riscos que este estudo podia trazer para os/as participantes eram mínimos, porém podiam decorrer danos de caráter emocional e psicológicos por envolver a exposição de sentimentos, elementos e narrativas de suas histórias de vida. Portanto, foi explicado a cada

participante que havia uma possibilidade de qualquer uma das questões abordadas na entrevista, trazer algum desconforto ou constrangimento no ato da exposição; alterações de autoestima provocadas por memórias que causaram dor ou sofrimento e, que ao relatar fosse preciso reviver; receio de ser discriminado/a ou estigmatizado/a; medo ou vergonha de não saber responder a questões sensíveis ou da quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional.

Entretanto, de modo a evitar e/ou reduzir os efeitos e danos decorrentes dessas condições adversas, a pesquisadora se comprometeu em acolher, escutar e respeitar as falas, sentimentos e expressões do/da participante, esclarecendo que o/a mesmo/a tinha garantido o direito de pausas e, a liberdade de não responder as perguntas, podendo interromper, deixar de participar da entrevista ou retirar sua autorização em qualquer momento, sem que houvesse nenhum tipo de penalização ou, uma vez que esse é um direito que lhe é reservado.

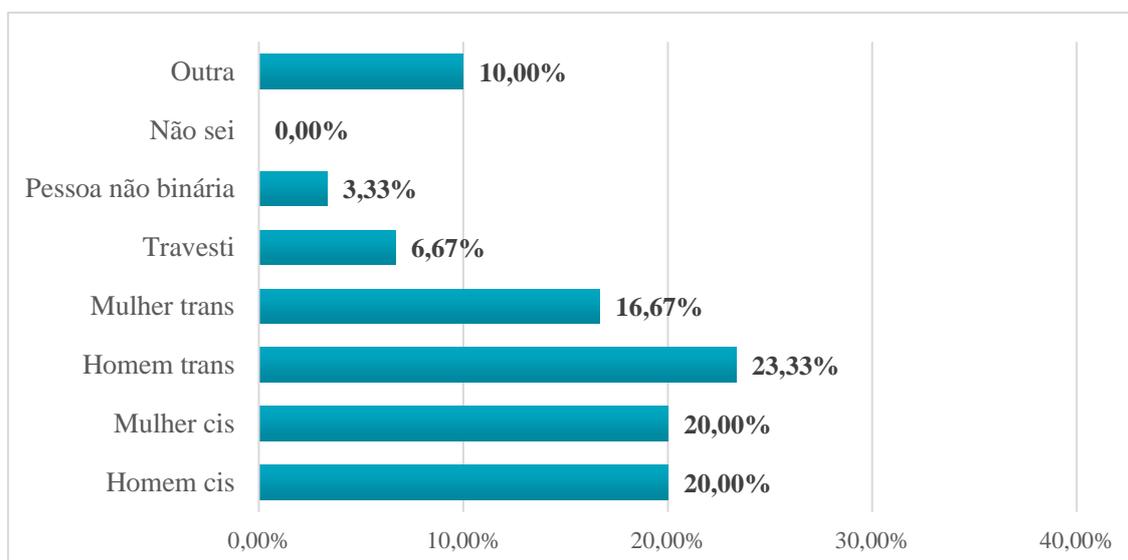
Foi explicado a cada participante, que esta pesquisa através dos resultados obtidos pode trazer alguns benefícios individuais e, para os demais grupos que compõem a população LGBTI+ como: o fortalecimento do protagonismo pessoal e de outras pessoas LGBTI+ em relação as suas demandas e especificidades a partir do lugar de fala, vivência e percepção enquanto usuários/as e integrantes dos MSLGBTI+ e, a formulação de propostas que melhorem os cuidados em saúde ofertados à população LGBTI+ nas CF do MRJ, a partir do estímulo de novas práticas de profissionais que atuam nos territórios.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O PERFIL QUANTO ÀS IDENTIDADES

O primeiro resultado apresentado nesse bloco diz respeito a identidade de gênero das trinta pessoas participantes da pesquisa. Para coletar os dados referentes a identidade de gênero das mesmas (Gráfico 1) foi feita a seguinte pergunta: Em relação à sua identidade de gênero, como você se declara: homem cis, mulher cis, homem trans, mulher trans, travesti, pessoa não-binária, não sei ou outra?

Gráfico 1 – Distribuição percentual da identidade de gênero de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022- 2023



Fonte: Elaboração própria.

Conforme o Gráfico 1, percebe-se que 56,67%³³ das pessoas participantes da pesquisa são trans, sendo 23,33% homens trans, 16,67% mulheres trans e, 6,67% travestis, portanto, o perfil majoritário da pesquisa é de pessoas transgêneros.

O segundo maior percentual, é de pessoas declaradas cis, totalizando 40%, sendo 20% homem cis e 20% mulher cis. Com menor percentual estão as pessoas não binárias, revelando 3,33% do total de respostas.

³³ Sendo o total de homens trans, mulheres trans e travestis, 46,6%, acrescidos de 10% da alternativa “outra”, cujas identidades respondidas foram: travestigênera, transmasculino não binário e transmasculino bissexual que juntas somaram 10%. A opção pela soma se deu, a partir da compreensão que o termo “trans” é usado como o conceito de “guarda-chuva”, e contempla inúmeras identidades que não são cis (TODXS, 2020).

Convém realçar que, os dados coletados proporcionam uma visão geral da diversidade de identidades de gênero entre as pessoas participantes da pesquisa. Entretanto, é importante destacar que essas identidades de gênero não são rígidas, nem universalmente aplicáveis, pois são influenciadas por uma variedade de fatores, incluindo culturais, sociais e pessoais.

Com base nos resultados, percebe-se que a distribuição das identidades de gênero das pessoas participantes, reflete a complexidade e a diversidade do espectro de gênero. Isso reafirma a necessidade de abordagens inclusivas e sensíveis ao gênero nos cuidados de saúde, particularmente na AB, para melhor atender às necessidades específicas desses indivíduos.

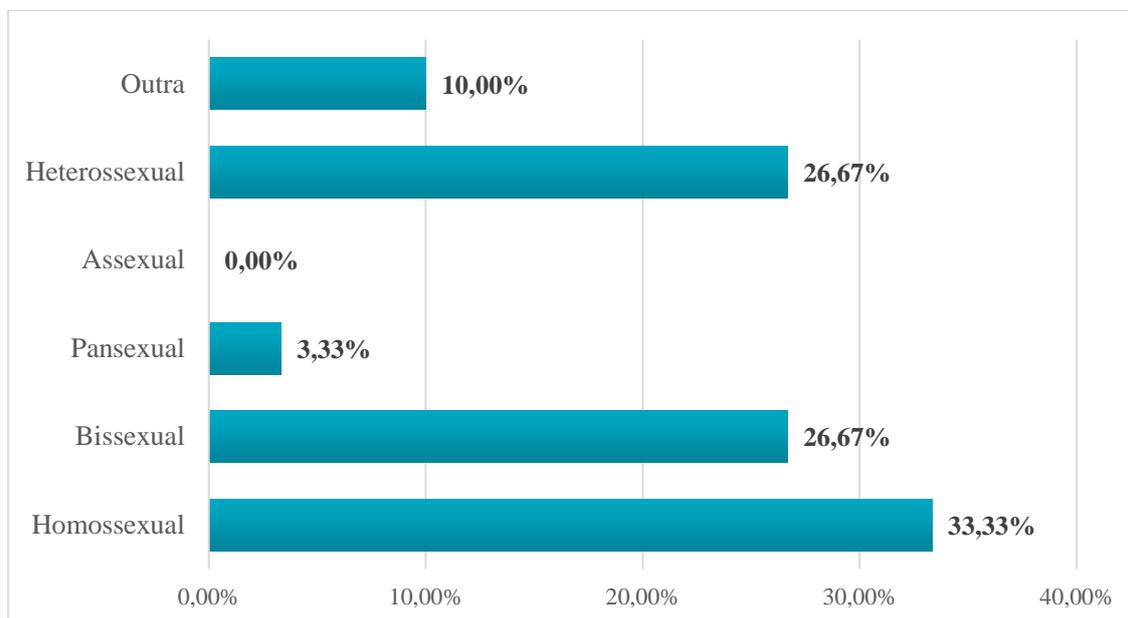
A literatura mostra que a identidade de gênero e a orientação sexual que não são hegemônicas, são fatores que geram inequidades e, portanto, devem ser levadas em conta ao planejar iniciativas de saúde (MISKOLCI *et.al*, 2022). Portanto, compreendê-las é crucial para desenvolver estratégias que promovam uma saúde equitativa e inclusiva.

Ademais, é relevante destacar, que essa distribuição das identidades de gênero pode não ser representativa de toda a população LGBTI+ no MRJ, visto que a amostra foi selecionada por conveniência e abrange apenas pessoas que fazem parte dos MSLGBTI+ selecionados para a pesquisa. Assim, recomenda-se que pesquisas futuras ampliem a amostragem, para incluir uma maior variedade de indivíduos LGBTI+ de diferentes contextos.

Em suma, a inclusão das diversas identidades de gênero na pesquisa enriquece a compreensão sobre a percepção dos cuidados em saúde entre a população LGBTI+, contribuindo para a elaboração de políticas de saúde mais inclusivas e eficientes.

O segundo resultado concerne à orientação afetivo-sexual (Gráfico 2); portanto foi feita a seguinte pergunta às pessoas, para a extração desse dado: Em relação a sua orientação afetivo-sexual você se declara: homossexual, bissexual, pansexual, assexual, heterossexual ou, outra?

Gráfico 2 – Distribuição percentual da orientação afetivo- sexual de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022- 2023



Fonte: Elaboração própria.

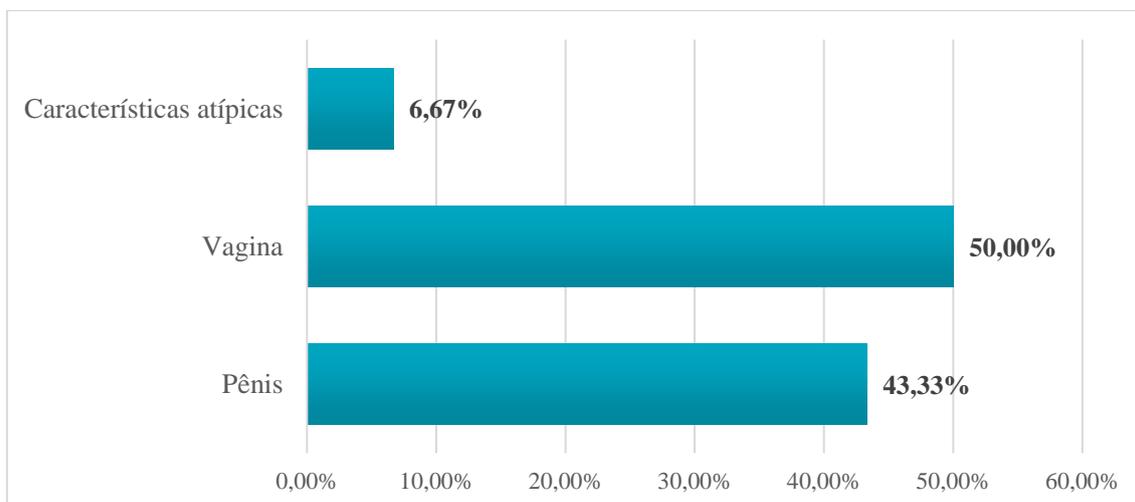
O gráfico 2 aponta maior representatividade de pessoas autodeclaradas homossexuais. Do total de pessoas respondentes, 43,33%³⁴ revelaram ser homossexual, sendo 16,66% gays, 16,66% lésbicas. Em segundo lugar, igualmente com 26,67%, estão as pessoas que se declararam bissexual e heterossexual respectivamente. A orientação com menor número de pessoas respondentes foi a pansexual, com 3,33% das respostas.

Concluindo, o terceiro e último resultado desse primeiro bloco, para identificar as características sexuais das pessoas participantes (Gráfico 3) foi feita a seguinte pergunta: Em relação às suas características sexuais, você é uma pessoa que nasceu com pênis, vagina ou características ambíguas³⁵?

³⁴ Sendo ao total de lésbicas e gays acrescido 10% da alternativa “outra”, cujas orientações respondidas foram: homem trans homossexual e, pessoa não-binária homossexual.

³⁵ De modo a manter a fidelidade da pergunta primariamente feita na entrevista, foi mantido aqui o termo “ambíguas” porém, foi identificado um equívoco da pesquisadora no que concerne a inserção dessa alternativa utilizada para verificar as características sexuais de pessoas intersexo. O termo “ambíguas” se mostra inadequado uma vez que pode reforçar a necessidade destas pessoas se adequarem ao típico padrão binário de corpos masculinos ou femininos, portanto, o termo adequado é “características sexuais atípicas ou congênitas”, ou seja, um fenótipo genital que não é claramente nem feminino nem masculino. Como o fato só foi percebido a partir da manifestação de uma das últimas pessoas entrevistadas (intersexo), não houve tempo hábil de correção no instrumento, já que o mesmo já havia sido validado e quase todas as entrevistas realizadas. Entretanto, em respeito a essa ponderação, foi feita uma retificação posterior no roteiro da entrevista semiestruturada (Apêndice B) e onde a pesquisadora leu às pessoas entrevistadas a alternativa “ambíguas”, na transcrição dos dados e na análise serão considerados os termos adequados e atualizados.

Gráfico 3 – Distribuição percentual das características sexuais de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023



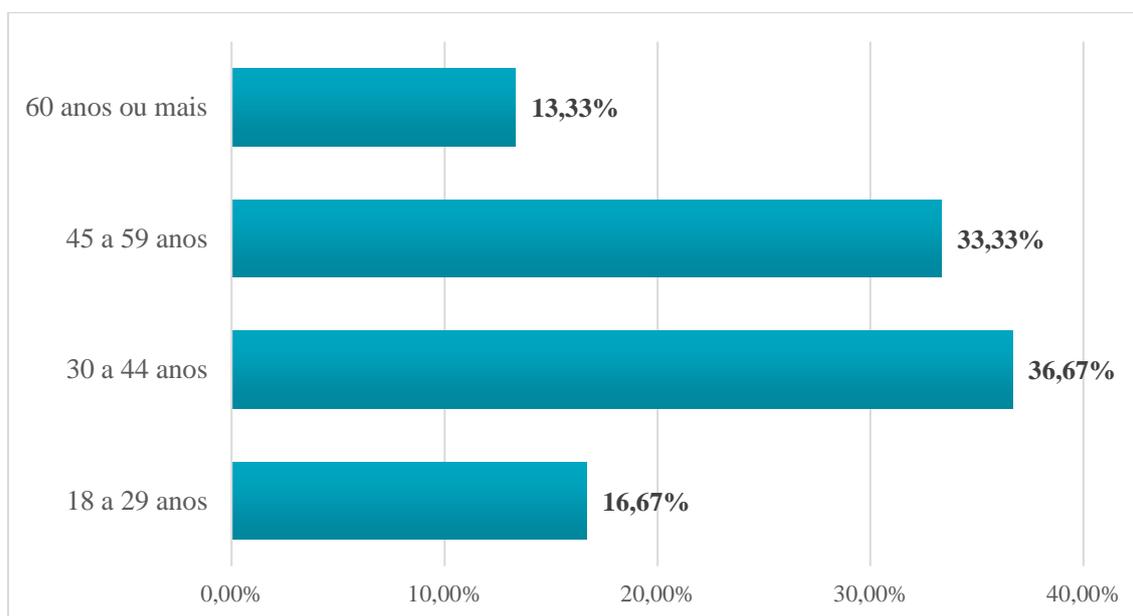
Fonte: Elaboração própria.

A apuração das respostas (Gráfico 3) revela que 50% pessoas declararam ter nascido com vagina; 43,33% com pênis e 6,67% com características atípicas ou congênitas (intersexo).

6.2 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

O primeiro resultado apresentado nesse bloco é a idade das pessoas participantes (Gráfico 4). Para coletar essa informação foi feita a seguinte pergunta: Qual a sua idade: 18 a 29 anos, 30 a 44 anos, 45 a 59 anos ou 60 anos ou + (60+)?

Gráfico 4 – Distribuição percentual da idade de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023



Fonte: Elaboração própria.

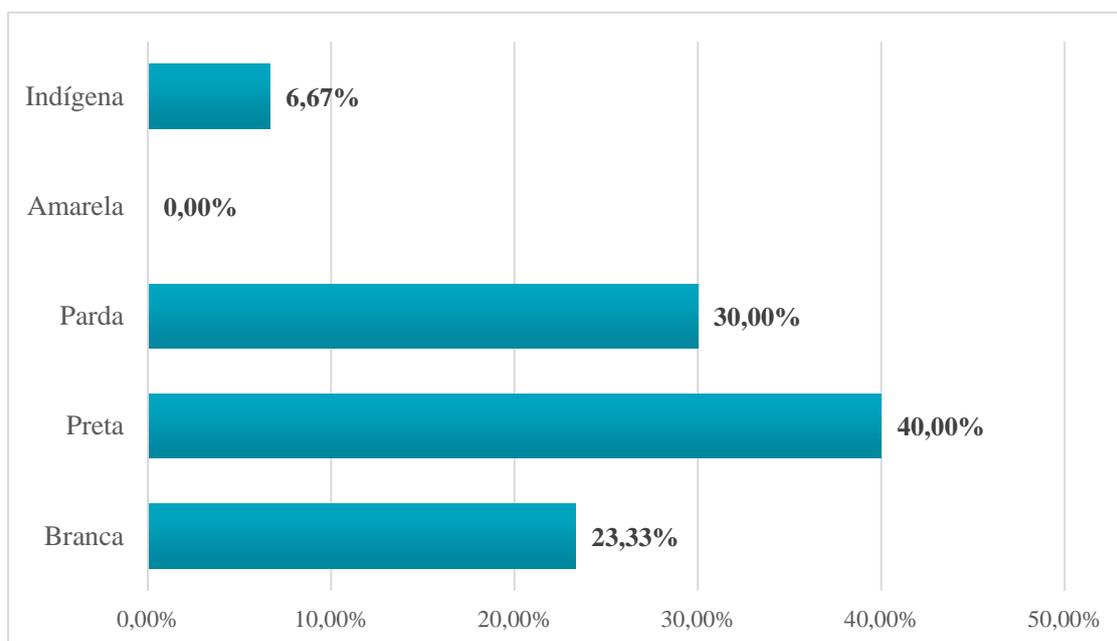
O gráfico 4 revela um perfil mais maduro das pessoas participantes da pesquisa. Do total de respostas coletadas nas entrevistas, 36,67% das pessoas, estão entre 30 a 44 anos e 33,33% entre 45 a 59 anos. Os menores grupos são os de pessoas jovens, entre 18 a 29 anos e o de pessoas com 60+ e, registraram respectivamente, 16,67% e 13,33% do total de respondentes.

Sobre a população LGBTI+ jovem e idosa, a *pesquisa nacional por amostra da população LGBTI+*, realizada pelo grupo Todxs (2020, p.25) reflete: “No Brasil, ser LGBTI+ com 18 anos é o mesmo que o ser com 70 anos?”. Essa ponderação é importante pois demonstra que a vivência e as experiências de pessoas LGBTI+ nas diferentes faixas etárias tem distintas conotações e traz possíveis impactos que sobrevirão sobre elas, na medida em que a idade avança.

Especialmente em relação às pessoas idosas, nesta fase da vida, que é particularmente desafiadora, é importante destacar a alta taxa de solidão, a falta de suporte social e a dependência de serviços sociais e de saúde, que muitas vezes não estão preparados para atender às necessidades dessas pessoas (GATO, 2022; HILLMAN, 2022). Além disso, observa-se que existe uma previsão legal insuficiente, e a normativa existente, não contrapõe de forma efetiva, o enfrentamento dos estigmas, da discriminação e das disparidades econômicas, sociais, mentais e físicas que alcançam esse grupo social, como pontua Hillman (2022).

Outro ponto a ser compreendido nesse bloco, é o perfil étnico-racial das pessoas LGBTI+ participantes da pesquisa (Gráfico 5). Para tal, foi feita a seguinte pergunta: Qual a sua cor ou raça³⁶: branca, preta, parda, amarela ou indígena?

Gráfico 5 – Distribuição percentual da cor ou raça de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022- 2023



Fonte: Elaboração própria.

As pessoas LGBTI+ estão inseridas na população brasileira e, conhecer o perfil étnico-racial delas é relevante para compreender determinados marcadores sociais da diferença³⁷ a que estão suscetíveis. Em termos de cor ou raça, as pessoas são classificadas segundo o IBGE como brancas, pretas, pardas, amarelas ou indígenas.

De acordo com Zamboni (2014) particularmente, cada categoria dessa classificação remete a uma posição social específica, tem uma história e atribui certas características que são comuns aos indivíduos que nelas estão agrupados.

A população brasileira estimada³⁸ em 2021, segundo o IBGE, era de 213,3 milhões de habitantes. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios³⁹ revelou que 47,0% dos brasileiros

³⁶ No ato da pergunta, foi explicado que as alternativas de resposta disponíveis, tinham por base a autodeclaração, conforme os parâmetros de classificação utilizados pelo IBGE.

³⁷ Referem-se a “sistemas de classificação que organizam a experiência ao identificar certos indivíduos com determinadas categorias sociais” (ZAMBONI, 2014, p. 13).

³⁸ Ver: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31461-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2021>. Acesso em: 5 maio 2023.

³⁹ Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>. Acesso em: 19 maio 2023.

se declararam como pardos, 43,0% como brancos, 9,1% como pretos e, pouco menos de 1% indígenas.

Os resultados apurados com participantes da pesquisa (Gráfico 5) revelam que 40% das pessoas se declararam como preta, 30% como parda, 23,33% se declaram brancas e, 6,67% indígenas. Observada a composição étnico-racial da população brasileira é possível perceber que majoritariamente ela é composta por pessoas pretas e pardas (56,1%) o que corrobora com o perfil da amostra da pesquisa, em relação a essa mesma população, cujo percentual étnico-racial somando pretos e pardos é de 70%.

E por que importa conhecer a cor de pessoas LGBTI+? O que isso tem a ver com equidade e cuidado em saúde? Há de se refletir que o Brasil é um país estruturalmente violento, decorrente de um processo histórico pautado na marginalização e na estigmatização de determinadas populações de um modo particular, a exemplo dessas, a população negra.

Pesquisas realizadas pelo IBGE, incluindo a primeira edição Desigualdade Social por Cor ou Raça no Brasil (2019) e a Síntese de Indicadores Sociais (2021) revelam o acesso desigual de diferentes grupos populacionais, em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica como pretos, pardos e indígenas, a bens e serviços garantidos constitucionalmente, como saúde, educação, trabalho e renda, moradia, etc.

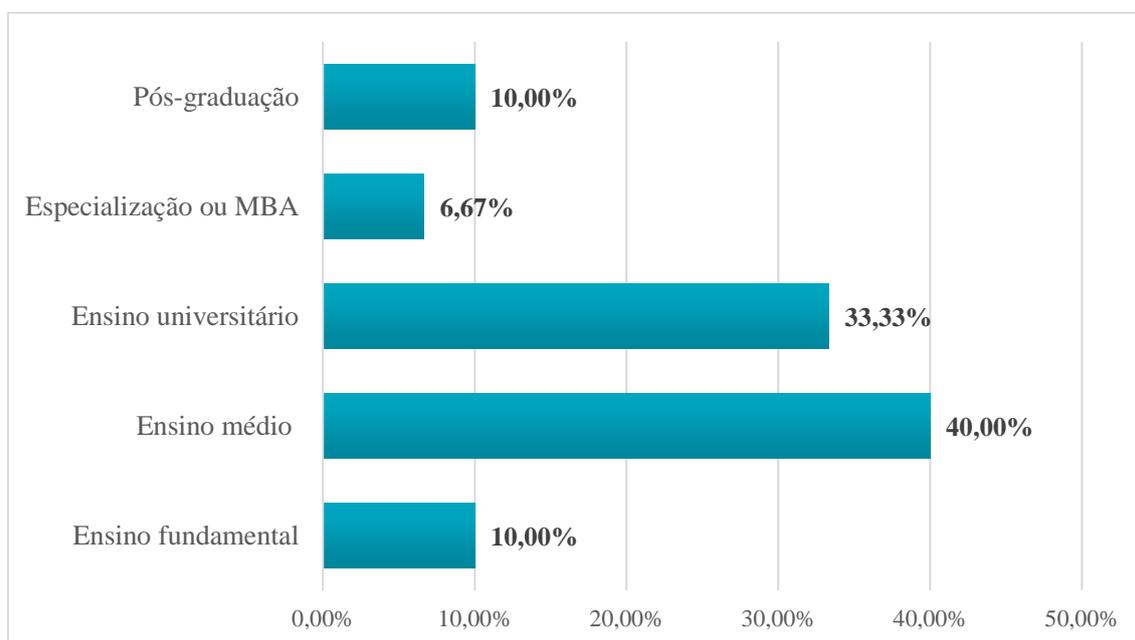
Além disso, o relatório mortes violentas de LGBT+ no Brasil, elaborado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) (2021) revela que em relação ao perfil das vítimas de mortes violentas, 28% eram brancas, 25% pardas, 16% pretas. Segundo Salvaterra, Pacheco e Alves (2012) entre os principais fenômenos sociais que têm impactos diretos sobre a saúde da população fluminense está a violência, em especial contra a população negra. Nesse sentido, é fundamental enfrentar questões étnico-raciais desfavoráveis a grupos que historicamente são discriminados na saúde, como LGBTI+, pretos e pardos; isso porque várias violências são cometidas cotidianamente contra tais pessoas na sociedade brasileira.

A comunidade LGBTI+ carece de dados oficiais que possam subsidiar políticas públicas sobre os seus direitos, incluindo não apenas a LGBTIfobia, mas também dados demográficos, sociais, econômicos e culturais (SOUZA; JUNQUEIRA; REIS, 2020).

Portanto, sem investimentos em ações que promovam a equidade e o cuidado em saúde será praticamente impossível desfazer o cenário de desigualdade identitário racial em que operam as violências e negações de direitos em relação a pessoas pretas e pardas/LGBTI+ nos serviços de saúde no Brasil e no MRJ.

Na sequência, para identificar o nível de escolaridade das pessoas que participaram da pesquisa foi feita a seguinte pergunta: Qual a sua escolaridade mais alta⁴⁰ (Gráfico 6): ensino fundamental 1 incompleto, ensino fundamental 1 completo, ensino fundamental 2 incompleto, ensino fundamental 2 completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino universitário incompleto ou trancado, ensino universitário incompleto e cursando, ensino universitário completo, especialização ou MBA completo, mestrado completo ou doutorado completo?

Gráfico 6 – Distribuição percentual da escolaridade mais alta de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023



Fonte: Elaboração própria.

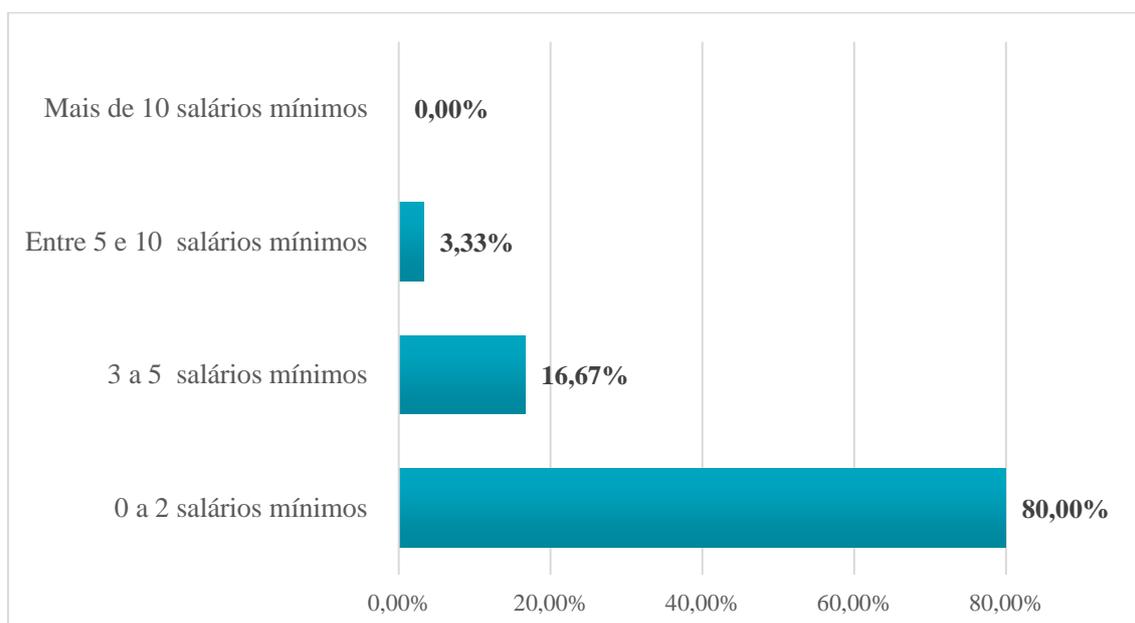
Em relação a escolaridade mais alta, o gráfico revela que 40% das pessoas cursaram o ensino médio, sendo que 75% possuem o ensino médio completo e 25% o ensino médio incompleto. Observa-se que 33,33% das pessoas, responderam que cursaram ou estão cursando o ensino universitário, destas, 20% possuem o ensino universitário incompleto ou trancado, 30% possuem o ensino universitário incompleto e cursando e, 50% possuem o ensino universitário completo. A pesquisa revela ainda que 10% das pessoas respondentes possuem Especialização ou MBA completo, 10% possuem o ensino fundamental, sendo 66,7% o fundamental 1 e, 33,33% o fundamental 2. Os mesmos percentuais anteriores, se aplicam a pós-graduação, onde

⁴⁰ De modo a trazer melhor compreensão ao/a leitor/a em relação às variáveis, foi realizado um agrupamento gráfico. Qualquer dúvida em relação aos percentuais por variável podem ser esclarecidas no decorrer da análise.

10% declaram ter mestrado ou doutorado completo, sendo 66,7% as que possuem mestrado e 33,33% as que possuem o doutorado.

Para compreender o perfil da população LGBTI+ que participou da pesquisa quanto a renda (Gráfico 7) foi feita a seguinte pergunta: Qual a sua renda⁴¹ atual: 0 a 2 salários-mínimos, 3 a 5 salários-mínimos, entre 5 e 10 salários-mínimos ou mais de 10 salários-mínimos?

Gráfico 7 – Distribuição percentual da renda de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023



Fonte: Elaboração própria.

Os resultados do Censo Demográfico 2010 demonstram que ainda há uma desigualdade de renda em todas as cidades do Brasil, em umas mais, em outras menos.

No país, de acordo com os últimos levantamentos demográficos, ocorreram reduções consecutivas na pobreza e extrema pobreza entre 2000 e 2010. O índice de indivíduos em situação de pobreza, em 2000 era de 27,9% e, em 2010 caiu para 15,2%. Em relação à pobreza extrema, o país apresentou, nesses mesmos anos, respectivamente, 12,48% e 6,62% de pessoas vivendo nessa situação (Censos 2000, 2010).

Apesar da leitura dos dados censitários apresentados apontar uma tendência de melhoria em relação a renda da população brasileira, Melo *et al.* (2021) pontuam que a realidade observada nos últimos anos, revela que a má distribuição de renda, ainda é um dos motivos que mais marcam o alto índice de disparidade econômica no país. Corroborando com o autor, a

⁴¹ Importante ressaltar que no ato da pergunta, foi informado às pessoas, que considerassem o salário-mínimo referente ao mês de março de 2023, cujo valor era de R\$ 1.302,00.

Oxfam Brasil⁴² (2021), que é uma organização da sociedade civil brasileira criada com a finalidade de construir um Brasil mais equitativo e com menor disparidade social, revela que 43% da renda nacional é concentrada nas mãos dos 10% mais ricos da população brasileira.

Analisando o Gráfico 7 é possível verificar que a renda da maior parcela das pessoas que participou da pesquisa está abaixo da renda média do brasileiro⁴³. Do total de respondentes, 80% recebem de 0 a 2 salários-mínimos.

Não cabe aqui uma discussão mais aprofundada porém, é provável que se os dados forem interseccionados com outras variáveis, como cor ou raça, identidade de gênero e orientação afetivo-sexual⁴⁴, essas taxas podem mudar. Isso porque em relação a cor ou raça, pesquisas revelam, que à medida que a renda aumenta, a proporção de indivíduos de cor preta e parda diminui, enquanto a de indivíduos brancos aumenta (SOUZA; JUNQUEIRA; REIS, 2020).

O mesmo ocorre quanto à identidade de gênero. Quando se fala em pessoas trans, Souza, Junqueira e Reis (2020) refletem que há uma grande porcentagem dessas pessoas que tem como fonte de renda a prostituição, o que as coloca em situação de grande vulnerabilidade social, de trabalho e de saúde. Ainda sobre a orientação afetivo-sexual, a pesquisa feita pelo IBGE (2022) revela que, homossexuais ou bissexuais estão entre os que têm nível superior (3,2%) e maior renda (3,5%).

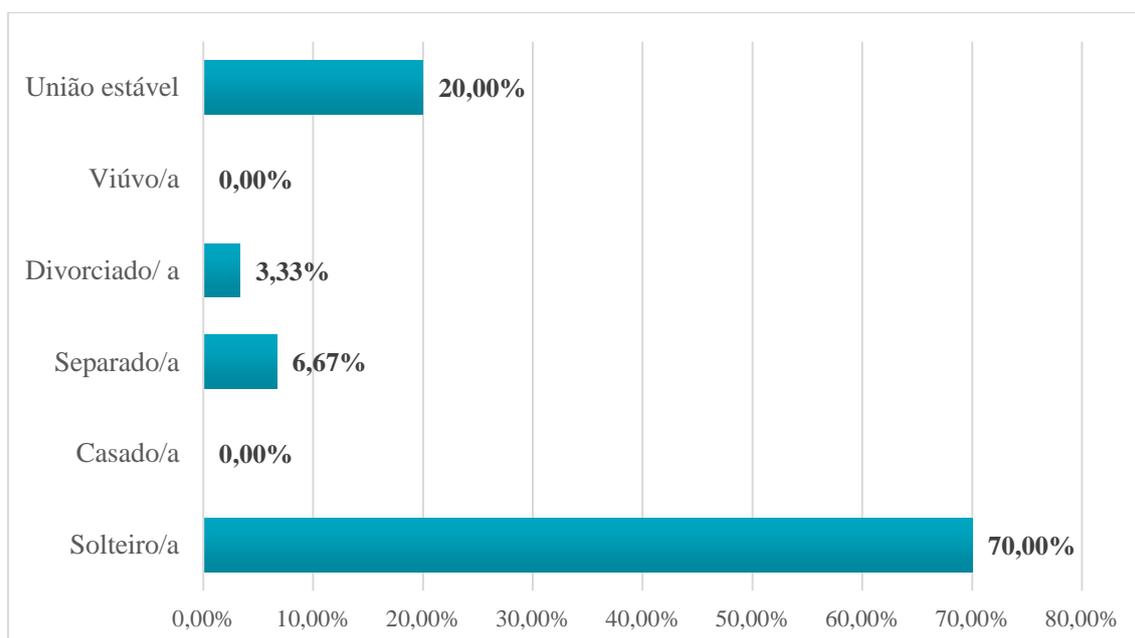
De igual modo, para conhecer sobre o estado conjugal (Gráfico 8) das pessoas que participaram da pesquisa, foi feita a seguinte pergunta: Qual o seu estado civil?

⁴² Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/blog/entenda-as-causas-da-desigualdade-social-e-como-afeta-a-populacao/>. Acesso em: 13 maio 2023.

⁴³ De acordo com o IBGE, o valor da renda média dos brasileiros, no valor de R\$ 2.880, se manteve estável no 1º trimestre de 2023. Ver: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/economia/sal%C3%A1rio-dos-brasileiros-cresce-apanas-no-nordeste-em-2023-diz-ibge-1.1034415>. Acesso em: 10 maio 2023.

⁴⁴ Não há como se aprofundar nessa discussão já que existem limitações e pontos que necessitam ser problematizados como o próprio tamanho da amostra e a interseccionalidade, não sendo este o foco dessa discussão.

Gráfico 8 – Distribuição percentual do estado civil de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023



Fonte: Elaboração própria.

Observa-se, conforme revela o gráfico 8, que 70% das pessoas estavam solteiras quando entrevistadas. Em relação as demais pessoas, 20% estavam em união estável, 6,67% estavam separadas e 3,33% se encontravam divorciadas.

Conjectura-se, que o alto percentual de pessoas solteiras, possa ter correlação com a faixa etária, já que a pesquisa revela que quase 54% das pessoas entrevistadas, estão na faixa etária de 18 a 44 anos (conforme citado no Gráfico 4); ou seja, são relativamente jovens, o que pressupõe investimento na formação voltada ao mercado de trabalho, levando-as a almejar o casamento, após alcançarem a estabilidade profissional.

A pesquisa também buscou identificar a natureza do ofício das pessoas. Para tal, foi feita a seguinte pergunta: Qual a sua profissão⁴⁵?

As profissões⁴⁶ relatadas foram: assistente administrativo, profissional do sexo, advogado/a, técnica em enfermagem ativa, psicólogo/a, auxiliar de portaria, assessor parlamentar, coordenadora de projetos, agente promotor de cidadania, fotógrafo, porteiro, assistente social, atendente, tecnólogo em eventos, técnica em enfermagem aposentada, artista

⁴⁵ Dada a diversidade de respostas a essa pergunta, as mesmas serão descritas em forma de texto para melhor detalhamento, levando em conta as profissões relatadas pelas pessoas respondentes.

⁴⁶ Sendo 3 pessoas do total da amostra assistente administrativo/a; 2 pessoas do total da amostra profissional do sexo, 2 advogado/a, 2 técnica em enfermagem ativa e 2 psicólogo/a e, as demais, contabilizou-se 1 pessoa de cada profissão.

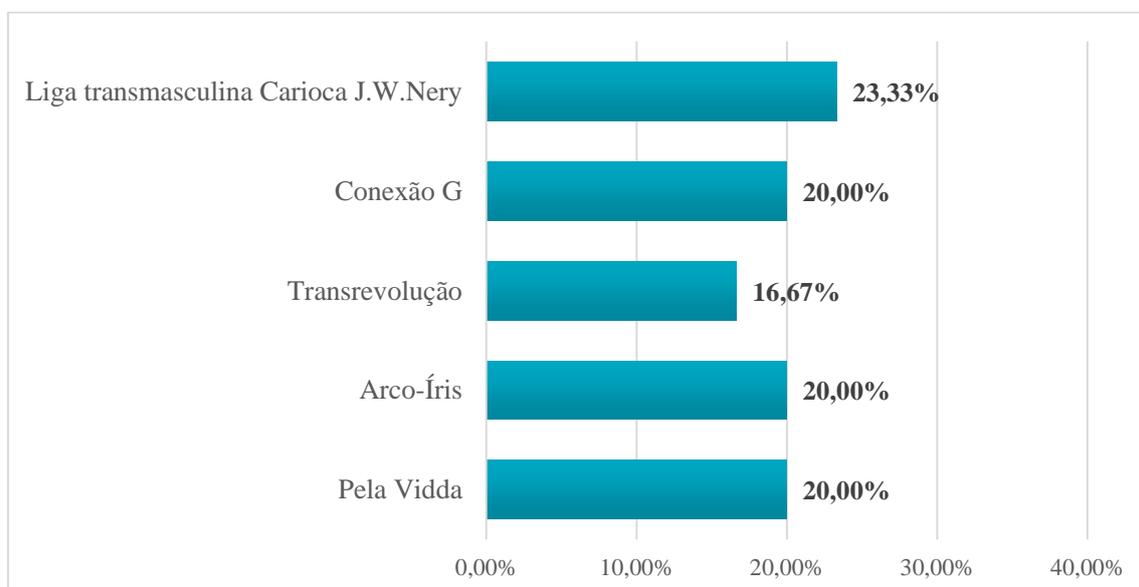
plástico, manicure, dentista aposentada, cabelereira, motoboy, publicitário, sociólogo, açougueiro e do lar.

6.3 O PERFIL QUANTO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Não é possível estipular uma fórmula singular de atuação dos MOVVS, haja vista que esses grupos são heterogêneos, defendem causas diversas e apresentam demandas distintas, conforme a sua localização geográfica e o período histórico em que se encontram. Contudo, existem determinados traços que podem ser listados como maneiras habituais de funcionamento desses movimentos, como: a estruturação em torno de uma agenda comum, a atuação em redes, a criação de iniciativas coletivas que funcionam como resistência à marginalização e exclusão e, sobretudo, a luta pela inclusão social (GOHN, 2011).

Neste sentido, o primeiro resultado nesse bloco refere-se à inserção das pessoas participantes nos MSLGBTI+ que integram a pesquisa (Gráfico 9) para tal, foi feita a seguinte pergunta: qual o movimento social que você está inserido/a?

Gráfico 9 – Distribuição percentual do movimento social de inserção de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023



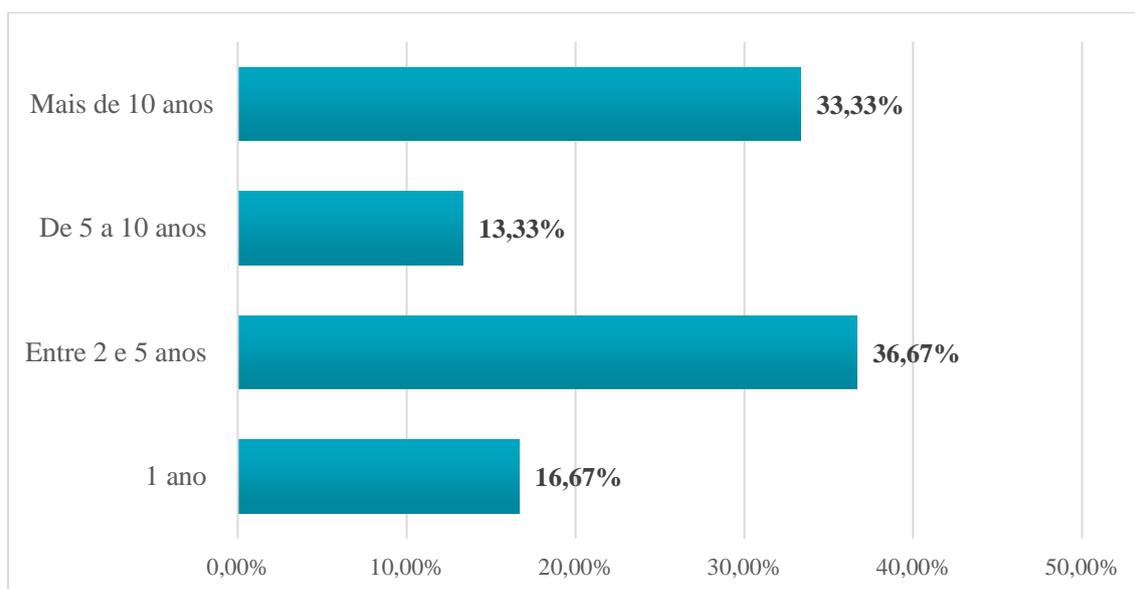
Fonte: Elaboração própria.

Em relação a inserção das pessoas participantes nos MSLGBTI+ que integram a pesquisa, o Gráfico 9 apresenta os seguintes resultados: 23,33% das pessoas estão inseridas na Liga Transmasculina Carioca João W. Nery; 20 % estão inseridas no Pela Vidda, 20% estão

inseridas no Arco-Íris, 20% estão inseridas no Conexão G e 16,67% estão inseridas no Transrevolução.

Além da inserção, buscou-se também conhecer o tempo em que as pessoas atuam nesses MOVS (Gráfico 10). Portanto, foi feita a seguinte pergunta: qual o seu tempo de atuação nesse movimento social?

Gráfico 10 – Distribuição percentual do tempo de atuação no movimento social de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2022-2023.



Fonte: Elaboração própria.

O tempo de atuação das pessoas participantes da pesquisa no movimento social é variado; 36,67% responderam que atuam entre 2 e 5 anos, 33,33% atuam mais de 10 anos, 16,67% atuam 1 ano e, 13,33% atuam de 5 a 10 anos.

Observa-se que, se de um lado os dados revelam que há um alto índice de pessoas LGBTI+ engajadas dentro dos movimentos, com longos anos de atuação, de outro, novas representações estão surgindo e se organizando conforme as demandas mais contemporâneas.

Conclui-se considerando que o estudo permitiu traçar o perfil de usuários LGBTI+, atendidos pelas CF no MRJ, como predominantemente pessoas transgêneros, homossexuais, nascidas com vagina, com idade entre 30 a 44 anos, negras, com ensino médio completo, renda entre 0 a 2 salários-mínimos, solteiras, em maior parte assistente administrativo/a, integrantes do GTV, GAICLGBT, GCONEXÃO G, GPV-RJ, LTCJWN, com tempo de atuação entre 2 e 5 anos.

6.4 PERCEPÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO E O CUIDADO À SAÚDE

Neste quarto e último bloco, foram tratados tópicos relacionados ao atendimento e ao cuidado em saúde, com o objetivo de mapear as percepções individuais das pessoas LGBTI+ que participaram da pesquisa. Essas percepções foram expressas de forma representativa, como coletividade, levando em conta que essas pessoas compõem uma comunidade heterogênea, cuja riqueza reside em sua diversidade.

É importante destacar que as perguntas foram elaboradas de maneira propositiva, de modo a valorizar as vivências e experiências de pessoas LGBTI+, uma vez que frequentemente elas são ignoradas e enfrentam diversas barreiras para terem seus direitos à saúde respeitados, simplesmente por causa de sua identidade de gênero ou orientação sexual.

Neste sentido, as quatro primeiras perguntas deste bloco (1 a 4) se debruçaram em coletar informações sobre a dinâmica que envolve o atendimento em saúde que as pessoas LGBTI+ buscam (tipo predominantemente ou prioritariamente, utilização da CF, localização do equipamento e período de acesso). Os dados coletados foram analisados conforme as sequências progressivas de questões relacionadas ao perfil (blocos 1 ao 3).

➤ **Atendimento**

O primeiro resultado nesse bloco, concerne ao tipo de atendimento procurado pelas pessoas que participaram da pesquisa. Para o levantamento desse dado, foi feita a seguinte pergunta: Você busca predominantemente ou prioritariamente o seu atendimento na rede pública ou também é atendido/a na rede privada? Caso você seja atendido/a na rede privada, que serviços você busca lá que não encontra na rede pública?

A pesquisa apurou que do total das pessoas participantes, 53,33% buscam predominantemente ou prioritariamente o seu atendimento na rede pública e, 46,67% na rede pública e privada. Das pessoas que declararam buscar atendimento na rede privada, 50% procuram consultas com médicos especialistas⁴⁷, 42,9% procuram tanto consulta com médicos especialistas quanto exames laboratoriais e, 7,1 % procuram exames de imagem, como

⁴⁷ As principais especialidades médicas relatadas foram: dermatologia e nutrição, urologia, proctologia, ginecologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, cardiologia, psiquiatria e, psicologia. Em relação a psicologia, a cabe ressaltar que embora citada neste trecho, de modo a ilustrar uma demanda específica por serviços especializados, pondera-se que o/a psicólogo/a não está inserido/a na categoria médica. Segundo a Resolução CFP nº 010/05, é dever fundamental dos psicólogos “Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente.” Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 15 maio 2023.

mamografia.

Cabe uma ressalva em relação às pessoas que também buscam atendimento na rede privada. De acordo com elas, esse tipo de demanda não ocorre por causa de um serviço não encontrado na rede pública, uma vez que estão disponíveis, muito menos em virtude da incapacidade dos serviços de saúde públicos em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos/as usuários/as, mas por causa do tempo de espera longo, decorrente entre a data da solicitação e a realização das consultas e exames em geral, o que por vezes se torna um problema, principalmente em relação às pessoas que demandam o processo de tratamento hormonal, uma vez que os hormônios precisam ser administrados de forma correta, contínua e cuidadosa.

Considerando a importância de levantar informações sobre a utilização das CF ou de outro serviço público de saúde utilizado pelas pessoas participantes bem como conhecer a localização territorial na qual tais equipamentos estão localizados, foi feita a seguinte pergunta às pessoas: você utiliza a Clínica da Família? Se sim, em que bairro se localiza a Clínica da Família que você é atendido/a? Se não, que outro serviço público de saúde você utiliza? Em que bairro se localiza?

Os resultados apontam que 96,7% das pessoas LGBTI+ participantes da pesquisa, utilizam a CF como referência de atendimento em saúde e 3,33% afirmaram não utilizar, pois todos os seus atendimentos são realizados pela Fundação Oswaldo Cruz.

Tendo em vista esse percentual preponderante de pessoas LGBTI+ que utilizam a CF, é importante comentar que ao abordar o tema da saúde no Brasil, é necessário levar em conta as pessoas que possuem entrada no SUS, o qual se encontram em uma situação estrutural e financeira inferior, se comparado à rede privada (MELO *et al.*, 2021). Nesse quadro, entende-se que o SUS cumpre um importante papel em prol da efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade com a atuação dos profissionais de atenção à medicina de família e comunidade (VIEIRA *et al.*, 2019).

A pesquisa também revelou os bairros onde se localizam as CF que atendem as pessoas LGBTI+ participantes. Importante trazer à memória que os bairros do MRJ estão divididos em 5 APs. Os dados foram sistematizados (Tabela 1) de maneira a facilitar a correlação entre bairros e APs, considerando como já fora dito, que há cobertura da AB em todas as APs do município e que cada área compartilha traços sociais e econômicos que influenciam os padrões de enfermidades e óbitos em dada localidade/território.

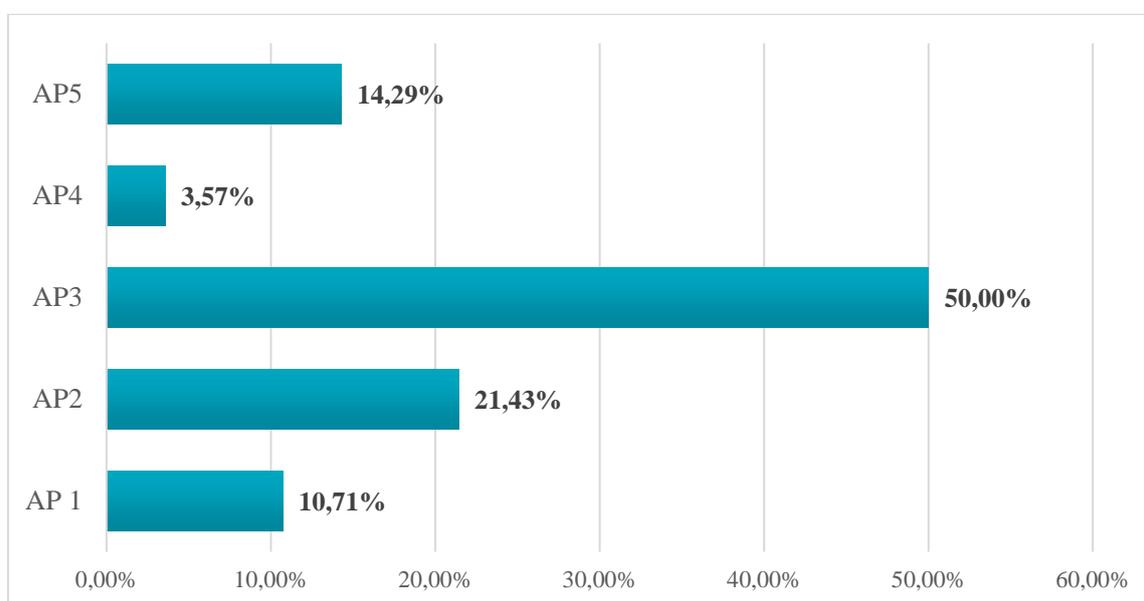
Tabela 1 – Bairros onde se localizam as Clínicas da Família que atendem os/as 30 participantes da pesquisa, segundo Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro

BAIRROS	APs
Centro, Paquetá	1
Andaraí, Catete, Praça da Bandeira, Tijuca, Vila Isabel	2
Abolição, Bonsucesso, Campinho, Inhaúma, Maré, Méier, Nova Holanda, Penha, Penha Circular	3
Praça Seca	4
Bangu, Campo Grande, Magalhães Bastos, Santíssimo	5

Fonte: Elaboração própria com base na Secretaria Municipal de Saúde (PMS, 2013).

A partir dos resultados apresentados na Tabela 1, é possível observar que os bairros onde se localizam as CF que prestam atendimento e cuidado às pessoas participantes da pesquisa, estão inseridos em classificação decrescente, na AP3, AP2 e AP5 respectivamente. Da mesma forma, os menores quantitativos de bairros, se localizam igualmente na AP1 e AP4. De modo complementar, em um segundo passo, procedeu-se a partir das respostas sistematizadas por bairro, a determinação do percentual de pessoas atendidas nas CF, segundo as APs (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Distribuição percentual de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, atendidos/as nas Clínicas da Família, segundo Áreas Programáticas, 2022-2023



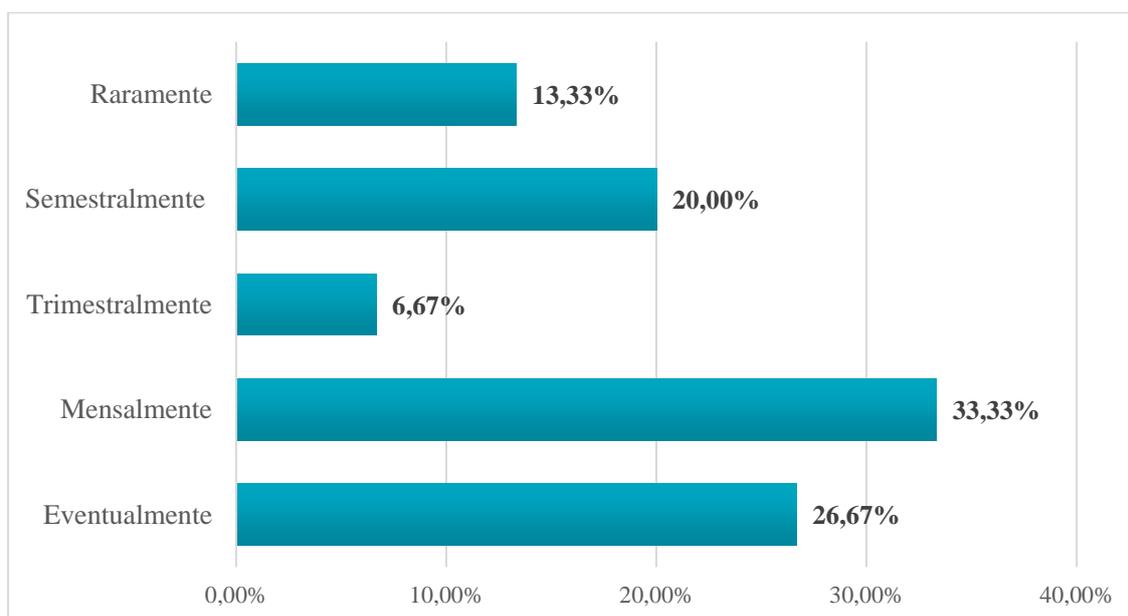
Fonte: Elaboração própria.

Conforme o Gráfico 11, a área programática com maior número de atendimentos é a AP3, que compreende a zona Norte do MRJ. Do total de pessoas que participaram da pesquisa, 50% são atendidas em CF localizadas nessa APs. Na sequência está a AP2, que compreende a

zona Sul e grande Tijuca, com 21,43% de pessoas atendidas e, em último lugar está a AP4, que compreende a baixada de Jacarepaguá, totalizando 3,57% de pessoas atendidas.

Outro resultado analisado na pesquisa, foi a frequência de atendimento das pessoas participantes às CF (Gráfico 12). Para obter esse dado, foi feita a seguinte pergunta a elas: Com que frequência você frequenta a Clínica da Família onde é atendido/a?

Gráfico 12 – Distribuição percentual da frequência à Clínica da Família de 30 participantes LGBTI+ que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, 2023



Fonte: Elaboração própria.

O Gráfico 12 demonstra um percentual variado de frequência à CF, onde 33,33% frequentam o equipamento de saúde mensalmente, 26,67% eventualmente e, 13,33% raramente.

Um dado a se pensar é que se 96,7% das pessoas participantes da pesquisa utilizam a CF como referência de atendimento em saúde, porque a frequência regular dessas pessoas ao equipamento não é maior?

Em relação a essa questão, pondera-se que ida de uma pessoa à CF pode ser temporária e necessária para resolver um problema pontual, ou contínua para um acompanhamento mais sistemático das questões de saúde. No entanto, ao falar da população LGBTI+, é necessário levar em conta, que a frequência dessas pessoas a esse equipamento de saúde pode ter correlação direta com o acolhimento e com o respeito que recebem quando chegam no local. A exemplo disso, o constrangimento que travestis passam logo na recepção quando não atendidas ao solicitarem o uso do nome social, além de causar obstáculos para a efetivação do acesso ao cuidado em saúde (FERREIRA *et al.*, 2018) corrobora para que se torne frequente que essas pessoas deixem de

procurar atendimento em saúde e abandonem tratamentos (ROCON *et al.*, 2016). Estima-se também, que essa variação poderá ser melhor elucidada adiante, quando serão discutidos os cuidados em saúde destinados à população LGBTI+, segundo a percepção das pessoas que participaram da pesquisa, inseridas nestes segmentos.

Por fim, em relação ao mês de atendimento, 63,30% das pessoas relataram ter sido atendidas no ano de 2023, sendo: 52,6% atendidas em março, 31,6 % em fevereiro e 15,80% em janeiro. Do percentual de 30% de pessoas que relataram terem sido atendidas em 2022, 50% foram atendidas em dezembro, 25% em novembro e 25% em outubro. Quanto as demais pessoas, 6,7% relataram não lembrar do mês que foram atendidas.

➤ **Cuidado em saúde**

Os sujeitos que são reiteradamente expulsos da categoria de cidadania e humanidade se encontram em suas dores e algo novo acontece: transformam-se em sujeitos coletivos. (BENTO, 2021, p. 20).

As oito perguntas seguintes (5 a 12), representadas respectivamente pelas tabelas 2 a 9, foram elaboradas com a finalidade de identificar através das narrativas dos sujeitos individuais, vivências e experiências que possibilitem mapear as suas percepções sobre o cuidado em saúde, viabilizando assim, a construção da expressão da coletividade. Para tal, foi utilizada a técnica do DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003), com base na TRS, proposta por Jodelet (2001) e Moscovici (2003). Cabe lembrar que a TRS, proposta por Serge Moscovici (2003), é uma abordagem teórica que tenta entender como as pessoas constroem, disseminam e utilizam o conhecimento social em sua vida cotidiana. As representações sociais são formas de conhecimento, socialmente elaboradas e compartilhadas, com um objetivo prático, que contribuem para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, como assinalam também Wachelke e Camargo (2007). Jodelet (2001) complementa compreendendo a RS como uma forma de entendimento que é gerada e disseminada pela sociedade, tem uma orientação prática e visa organizar uma realidade compartilhada por um grupo social.

Para a elaboração do DSC referente a pergunta 5 (Tabela 2) foi feito o seguinte questionamento: Quando você busca atendimento na Clínica da Família ou em outra unidade da Atenção Básica onde é atendido/a, o que espera que aconteça? A Tabela 2, ilustra a Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo (ICDSC) referente a pergunta supracitada.

Tabela 2 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidua, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 5

Dimensão Temática/Pergunta	Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo	Frequência	Frequência relativa (%)
Quando você busca atendimento na Clínica da Família ou em outra unidade da Atenção Básica onde é atendido/a, o que espera que aconteça?	Bom Atendimento, Respeito, Dignidade e Primazia	17	56,6
	Respeito à Identidade de Gênero	11	36,6
	Eficiência, Confiabilidade e Escuta no Atendimento	1	3,3
	Respeito ao Sigilo no Atendimento	1	3,3

Fonte: Elaboração própria com base em Costa (2015).

A ICDSC que obteve maior frequência e originou o DCS referente a pergunta 5 foi:

DSC 1- Bom Atendimento, Respeito, Dignidade e Primazia

Espero um bom atendimento e, respeito como qualquer pessoa tem que ser respeitada; chegar, entrar na fila como qualquer outra pessoa e ter um tratamento digno e humano. Que as pessoas realmente me acolham, escutem a minha demanda, o que eu tô precisando e, respeitem a minha especificidade. Que aquele profissional ou aquela profissional faça de fato um atendimento de excelência.

Este DSC refere-se à expectativa da pessoa, de ser tratada com o mesmo respeito e dignidade que qualquer outra, quando procura atendimento médico. Que seja acolhida, tenha suas demandas ouvidas, sua especificidade respeitada e um atendimento com primor.

Nota-se que um bom atendimento não se trata de um tratamento privilegiado ou sobreposto aos direitos de outras populações, pelo fato de pertencer a população LGBTI+, mas do respeito ao seu direito como o de qualquer outra pessoa, de receber um tratamento digno, acolhedor, sigiloso e com humanidade. Esse discurso é endossado pela premissa do terceiro princípio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011) que estabelece que todo indivíduo tem direito a um atendimento acolhedor, humanizado e sem qualquer tipo de discriminação.

Ressalta-se, que a escuta na saúde é importante, pois o/a profissional da AB é quem tem o primeiro contato com o que demanda a população, acolhendo as suas necessidades imediatas. Segundo Capozzolo (2003) na consulta individual há uma interação pessoal entre profissionais e usuários, o que se difere em relação a qualidade, ao que ocorre num trabalho que é coletivo. Esse contato é um momento singular de atuação, tanto na avaliação diagnóstica, quanto na intervenção sobre o processo de adoecimento, no entanto, Shihadeh *et al.* (2021) destaca que alguns profissionais da área de saúde não têm tendência a um olhar ampliado e

acolhedor e escuta sensível, deixando passar despercebidas situações de constrangimento e violência institucional, que conseqüentemente impedem que esses indivíduos recebam tratamento inicial, fragilizando dessa forma, à atenção básica, especialmente quanto aos princípios doutrinários do SUS: a Integralidade, a Equidade e a Universalidade.

O DSC em pauta é endossado pela fala: “Um bom atendimento, um atendimento de acordo com as especificidades, o respeito né a essa minha especificidade enquanto uma mulher lésbica [...]” (P 04 Arco-Íris).

Observa-se que, a fala de P 04 Arco-Íris, demarca a expectativa de receber um atendimento que leve em conta as suas especificidades enquanto mulher lésbica. Isso porque, se de um lado, autores, a exemplo de Jesus *et al.* (2021) afirma que, um bom atendimento deve ser ofertado a partir da compreensão das particularidades dos usuários e, da identificação das necessidades e especificidades relacionadas com a saúde destes indivíduos, de outro, relatos descrevem experiências desagradáveis no atendimento médico prestado às lésbicas, sobretudo em consultas ginecológicas, o que resulta na menor aderência a exames de mamografia de rotina, autoexame das mamas e ao exame citopatológico para detecção de câncer cervical (BENTO, 2021).

Além disso, a literatura aponta que o atendimento destinado às lésbicas ainda evidencia certas fragilidades. Corroborando com Bento (2021), Facchini e Barbosa (2006) relatam que aproximadamente 40% das mulheres lésbicas ou bissexuais não compartilham sua orientação sexual durante as consultas médicas. Das que compartilham, 28% afirmam que o atendimento é mais rápido, enquanto 17% relatam que não são solicitados exames considerados necessários por elas. O relatório também evidencia que a taxa de cobertura para exames preventivos de Papanicolau em mulheres heterossexuais, a cada três anos, foi de 89,7%, enquanto para mulheres lésbicas e bissexuais essa taxa cai para 66,7%.

Outrossim, comportamentos no ambiente profissional que discriminam com base na orientação sexual ou na identidade de gênero criam barreiras emocionais e simbólicas que distanciam mulheres lésbicas dos cuidados à saúde, atrasando o diagnóstico e o tratamento em um local apropriado e no momento certo (SILVA *et al.*, 2021).

O que se compreende, é que, pessoas LGBTI+ no geral, em especial aqui se fala, as mulheres lésbicas, cuja orientação sexual é associada a ótica heterossexista⁴⁸ nas instituições,

⁴⁸ O sistema ideológico, conhecido como heterossexismo, parte, portanto, do pressuposto de que todos são heterossexuais e, mais do que isso, há uma promoção constante, por parte das instituições e dos indivíduos, de garantir que a heterossexualidade seja sempre considerada superior diante das outras formas de se vivenciar a sexualidade (SANTANA; RASERA, 2018).

sofrem mais, em decorrência das relações de poder entre os sexos e as formas em que vivenciam a sua sexualidade (SANTANA; RASERA, 2018). Importante destacar que, o preconceito contra pessoas não heterossexuais permanece promovendo desigualdade por meio de dois processos. Primeiro, porque se assume que todas as pessoas são heterossexuais, excluindo as pessoas não heterossexuais, tornando-as invisíveis na maioria das situações. Segundo, porque permite que, quando pessoas com uma orientação não heterossexual se tornem visíveis, sejam alvo de discriminação (GATO, 2022). Portanto, compreende-se perfeitamente o quão legítima e válida é a fala de P 04 Arco-Íris para o contexto apresentado.

Importa também trazer ao conjunto das discussões, os demais DSC gerados, dada a relevância da temática e a riqueza do conteúdo coletado e sistematizado. Então, o segundo DCS originado, referente à pergunta 5 foi:

DSC 2- Respeito à Identidade de Gênero

Então, a primeira coisa que eu espero que aconteça é o respeito ao meu gênero, por quê? Porque o que acontece mais, é a gente chegar e, mesmo com o nome retificado né, com toda a readequação civil nos documentos, a gente ainda chega na Clínica da Família e independente, inclusive de mostrar a documentação, que seja o cartão SUS, que seja uma identidade já totalmente retif- é...requalificada, o que acontece mais, é as pessoas olharem pra mim e veem que eu tenho peito e já deduzirem que eu sô seja uma mulher cis; então assim, eu espero, que essa pessoa que está ali no primeiro atendimento, saiba como se dirigir a mim. Eu tenho assim, relatos de pessoas trans, isso não só homens trans, mas travestis, mulheres trans que não foram respeitadas nos seus pronomes, desde o primeiro atendimento né. Errar o pronome uma vez, tudo bem, mas se você percebe que é recorrente, como uma forma de provocação, aí fica chato.

Ratificando o referido DCS, soma-se a fala:

Esperava ser bem atendida pelo que eu sou, pelo pronome que eu gosto e isso não acontece lá. Lá os profissionais ainda não tão preparado pra... receber a população LGBTI+, eles ficam em dúvida do gênero do que eles veem, do que eles acham, então eles nunca sabem atender a gente adequadamente (P03 Transrevolução).

O DSC 2 expressa a esperança da pessoa, de que sua identidade de gênero seja respeitada pelos/as profissionais de saúde, independentemente de como elas possam ser percebidas à primeira vista.

Note no discurso, que mesmo diante de seus documentos readequados civilmente quanto ao prenome e ao gênero, quando chegam na CF, pessoas transgêneros vivenciam práticas de intolerância, desrespeito e violação aos seus direitos, em relação ao seu nome e à sua identidade de gênero.

Sobre a violação de tais direitos, salienta-se que um grupo de especialistas de 25 países

se reuniu em 2006 para desenvolver um conjunto preliminar de "princípios jurídicos internacionais sobre a aplicação do direito internacional a violações de direitos humanos baseadas em orientação sexual e identidade de gênero, a fim de trazer maior clareza e coerência às obrigações de direitos humanos dos Estados". Isso deu início aos Princípios de Yogyakarta (2007), que foram adotados por unanimidade naquela reunião e, estabelecem a obrigação primária dos Estados, de implementar os direitos humanos relacionados à orientação sexual e à identidade de gênero (LAMOUNIER, 2018). Logo, ainda que se vejam situações como as descritas acima, deve-se considerar o dever social, ético e jurídico de reconhecimento da pessoa humana e, de sua identidade e gênero.

Um ponto em comum entre o DSC 2 e a fala de P03 Transrevolução, é a evidente expectativa de um bom atendimento, frustrada em decorrência de como esse atendimento se dá. Observa-se segundo os relatos, que o inadequado uso dos pronomes de tratamento, principalmente em relação às pessoas transgêneros, decorre por conta da forma como essas pessoas são vistas por profissionais de saúde nesses espaços. Portanto, considera-se que, pessoas com identidades de gênero diferentes da cisheteronormatividade, podem enfrentar ainda mais obstáculos para obter atendimento de saúde, sendo sujeitas a preconceito e discriminação mais evidentes (ROCHA; SAMPAIO, 2022).

O terceiro DCS originado a partir da ICDSC referente à pergunta 5 foi:

DSC 3- Eficiência, Confiabilidade e Escuta no Atendimento

Que façam os exames que me pedem e, eu tenha o esclarecimento do problema que eu tô tendo no momento. Espero também que o médico não falte, porque geralmente tá agendado com um mês de antecedência. Às vezes acontece de eu chegar lá, e querer ser ouvido/a, né, porque tem muito esse papel da escuta, eu acredito muito nisso, e depois da pandemia então, que ficou todo mundo meio doidinho da ideia e, nesse doidinho tô me incluindo nisso, é... acho que às vezes tem faltado essa parte da escuta dentro das unidades de saúde.

Este DSC se refere à expectativa da pessoa, de que os/as profissionais de saúde realizem os exames necessários e forneçam um esclarecimento claro sobre o problema de saúde que está enfrentando. Além disso, espera-se que o/a médico/a não falte às consultas, que geralmente são agendadas com um mês de antecedência, pois as pessoas às vezes só precisam ser ouvidas, principalmente após o período pós-pandêmico, onde o distanciamento social alterou os padrões de comportamento da sociedade, e segundo a percepção desta pessoa, “todo mundo ficou meio doidinho da ideia”. A narração é concluída, demonstrando a sensação da pessoa, de que parece estar faltando uma escuta efetiva aos/as pacientes nas unidades de saúde.

Por fim, mas não menos importante, o último DSC gerado a partir da ICDSC é:

DSC 4- Respeito ao Sigilo no atendimento

Bom, que o sigilo no atendimento seja respeitado. A gente vê que, em algumas Clínicas da Família por serem próximas aos locais onde as pessoas vivem, isso acaba não sendo respeitado, inclusive na questão de HIV, que às vezes as pessoas por essa obrigatoriedade de serem atendidas em uma Clínica de Família próxima de suas casas, encontram muita gente conhecida e, ainda tem todo um estigma do HIV, então é complicado! Tem pessoas que acabam buscando atendimento em outra Clínica da Família, em outros lugares à distância de suas residências.

Esse tema destaca a importância do sigilo no atendimento médico, especialmente em CF localizadas perto da residência da pessoa, onde a possibilidade de encontrar conhecidos/as pode ser maior. Isso é particularmente importante, quando se trata de questões sensíveis, como o diagnóstico de HIV/Aids.

Sobre o assunto, vale enfatizar, que o sigilo e a preservação da privacidade, são valores éticos consagrados nas profissões de saúde, denotando a obrigação de proteger e manter em segredo, as informações de terceiros, obtidas durante o desempenho das atividades laborativas. Esses princípios são fundamentais para estabelecer a confiança necessária na relação entre profissional e paciente (VILLAS-BÔAS, 2015). No entanto, a declaração aludida aponta, que a vulnerabilidade no resguardo da privacidade no contexto do atendimento em algumas CF, é um obstáculo relevante na busca aos serviços, ocasionando afastamento da população LGBTI+, que, por receio de discriminação e preconceito, principalmente pelo estigma decorrente do HIV/Aids, optam por buscar atendimentos distantes de suas residências, para realização de testes, exames e acompanhamento da saúde sexual.

Outro ponto importante da discussão, se refere ao preconceito ou discriminação vivenciado ou presenciado pelas pessoas participantes da pesquisa, nas CF onde ocorrem seus atendimentos.

Para a elaboração do DSC referente a pergunta 6 (Tabela 3) foi feito o seguinte questionamento: Você já vivenciou ou presenciou algum tipo de preconceito ou discriminação cometidos contra pessoas LGBTI+ na Clínica da Família onde você é atendido/a ? Fale um pouco sobre isso. A Tabela 3, ilustra a Frequência da ICDSC referente a pergunta supracitada.

Tabela 3 – Frequência da Ideia Central do Discursos do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidua, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 6

Dimensão Temática/Pergunta	Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo	Frequência	Frequência relativa (%)
Você já vivenciou ou presenciou algum tipo de preconceito ou discriminação cometidos contra pessoas LGBTI+ na Clínica da Família onde você é atendido/a ? Fale um pouco sobre isso.	Experiências Pessoais de Discriminação	12	40,0
	Nunca Vivenciou ou Presenciou	10	33,3
	Relatos de Transfobia e Discriminação contra outras Pessoas LGBTI+	6	20,0
	Falta de Respeito à Autonomia da Paciente	1	3,3
	Interseccionalidade de Discriminação	1	3,3

Fonte: Elaboração própria com base em Costa (2015).

A ICDSC que obteve maior frequência e originou o DCS referente a pergunta 6 foi:

DSC 1- Experiências Pessoais de Discriminação

Sim, eu mesmo já fui vítima de discriminação, eu tava no, meu início de... transição hormonal e procurando saber, quais meios existiam pra que eu pudesse dar entrada nesse tipo de atendimento, então, quando eu fui perguntar pra agente comunitária, não souberam dizer, não respeitaram meus pronomes e meu nome também na época, ele não tava requalificado, então eu tinha até perguntado como que eu podia incluir o nome social no cartão do SUS, não souberam me responder, foi uma gritaria danada porque não sabiam nem o que que era nome social direito; assim, não faziam ideia, parecia que eu tava falando coisa de outro universo, outro planeta e aí foi uma situação muito constrangedora, porque eu só fiz uma pergunta e aí surgiram calos entre as agentes comunitárias, foi um constrangimento danado. Não gosto muito de falar porque é dolorido, porque assim, você tá lá e, tá em busca de um atendimento ao qual a pessoa não quer saber se você está doente; eu já ouvi enfermeiros falar – ah, mas é homem! Começa ali na recepção, depois quando vai lá pra dentro, eles não tem essa conscientização de hormonização, se a gente passar mal por causa de um hormônio, eles não tão preparado e, eles não tão preparado, então é muita discriminação.

O DSC em questão refere-se a casos em que o/a entrevistado/a enfrentou preconceito ou discriminação com base em sua identidade de gênero quando demandou atendimento em sua CF de referência. Situações como as relatadas acima, demonstram que a população transgênero enfrenta desafios em relação aos cuidados em saúde, relacionados com os processos de transição, que são específicos das pessoas trans, dada a dificuldade de profissionais em compreender as especificidades dessa população.

Uma pesquisa sobre as representações sociais dos profissionais de saúde sobre transexualidade, indica a falta de conhecimento do complexo fenômeno que abrange a

diversidade sexual e de gênero, em virtude da presença de diversas facetas que o constituem. Além disso, a transexualidade foi equivocadamente associada à homossexualidade. Esse mesmo estudo revela que, mais da metade dos/as profissionais afirmam que atenderam uma pessoa transgênero, pelo menos uma vez ao longo de sua carreira. No entanto, essa informação é intrigante e, ao mesmo tempo, paradoxal, pois não se tem conhecimento de como esses/as profissionais reconheceram a pessoa em questão (SANTOS; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2014).

O DSC 1 da pergunta em pauta, corrobora com o DCS 1 da pergunta 5, no que tange ao despreparo de profissionais para atender essa população, fato que pode acarretar constrangimento para quem busca o serviço e para quem trabalha na instituição e, conseqüentemente resultar num problema de saúde pública maior, que é o uso de hormônio pela população transgênero, sem o devido acompanhamento médico.

Sobre o hormônio, chama-se atenção ao fato de que no Brasil, a normatização do processo de hormonização, é direcionada explicitamente à prescrição médica, como trata Kruger *et al.* (2019). Mas o que se observa, desde a realidade comum das pessoas e, que é refletido no DSC 1 analisado referente à pergunta 6, é que as instituições de saúde não estão preparadas para atuar de forma capacitada em prol da diversidade e dignidade das pessoas transgêneros. Logo, percebe-se que a maioria das pessoas trans faz automedicação e, não busca serviços de saúde para realizar sua hormonização.

É preciso considerar que tal procedimento deve ser personalizado, levando em consideração os objetivos individuais, a avaliação dos riscos e benefícios associados aos medicamentos, as condições de saúde específicas, além de considerar os aspectos socioeconômicos (POUSADA, 2020).

Cabe ressaltar, que apesar desse DSC expressar percepções e representações específicas da população transgênero, ele ilustra bem alguns desafios experimentados pela população LGBTI+ no geral, quando procuram informações sobre determinados procedimentos na CF.

O que não se pode deixar de evidenciar, é que existe, de fato, uma estrutura para acolher a diversidade no sistema de saúde nas três esferas de governo, ao menos do ponto teórico, como exemplo as portarias, resoluções, decretos, normas, manuais entre outros, mas o que se percebe, é que na prática, ainda prevalecem realidades como as que expressam a declaração destacada.

Ainda em relação a pergunta 6, uma outra parte das pessoas entrevistadas trouxe uma percepção interessante que vale evidenciar e contextualizar. Sendo assim, o segundo DCS originado, referente a esta pergunta foi:

DSC 2- Nunca Vivenciou ou Presenciou

Olha, por acaso, graças a Deus nas Clínicas da Família onde eu passei nunca tive problema, nunca vi nada agressivo, até porque eu frequentava pouco, não lembro de ver nenhum episódio, porque assim, é aquilo né, se eu vejo, se eu vejo algo que tá errado, que poderia tá errado, errando também comigo, eu ia conversar, ia chegar e falar né que estaria errado, mas eu nunca. Lá não tinha preconceito nenhum, todo mundo era atendido conforme é ... a sua característica, seja homem, mulher, trans, seja quem for, era atendido pelo nome social, entendeu? Eles tratavam todo mundo lá, como deve ser tratado. Toda vez que eu ia lá, tinha gente de LGBTI+, gente entendida, mulher trans, homem trans e até hoje eu nunca vi essa cena não, porque se tiver essa cena, eu sou a primeira a cair pra dentro.

O DSC 2 ao contrário do anterior, revela que o/a entrevistado/a nunca presenciou nenhuma situação de preconceito ou discriminação na CF onde foi atendido/a. Na percepção dessa pessoa, os/as profissionais de saúde da unidade realizam os atendimentos de modo adequado. Um fato notável relacionado ao discurso, é que toda vez que que acessava a unidade, sempre tinha LGBTI+ no local.

Sobre essa perspectiva Guimarães *et al.* (2017) demonstra que existem profissionais que estão conscientes e sensíveis às necessidades de acolhimento e cuidado direcionados à população LGBTI+ e, procuram melhorar suas habilidades para lidar com essas questões em suas práticas de saúde, oferecendo a população LGBTI+, independente do segmento, um atendimento digno e respeitoso, como o relatado acima, satisfatoriamente aqui exposto. Os autores acrescentam que a distinção dessas pessoas, em meio à massa de trabalhadores/as, pode se tornar uma estratégia interessante para uma capacitação mais aperfeiçoada, sem dispensar os procedimentos de qualificação geral, mas visando transformá-las em agentes multiplicadores/as de uma visão que valorize a dignidade humana e reafirme a relevância das políticas de equidade.

Na sequência, o terceiro DCS originado, referente a pergunta 6 foi:

DSC 3- Relatos de Transfobia e Discriminação contra outras Pessoas LGBTI+

Eu não presenciei no espaço em si, mas como eu atendo na [instituição x], nas proximidades dessa Clínica da Família, já recebi pessoas trans que são atendidas lá e se sentiram ofendidas porque tiveram o gênero e o pronome desrespeitados. Essas pessoas relataram que sofreram transfobia e não tiveram o seu nome social respeitado pelo fato de serem trans, questão de verbalizarem coisas, que muitos não quiseram assim passar o que foi falado, mas que se sentiram ofendidos e que acabaram por deixar de acessar o espaço. Também teve caso em que foi necessário acionar a advogada (P) e, resolver situações de transfobia em Clínicas até mesmo que, teoricamente seriam amigáveis. Além disso, conheço casos de gays, que foram ao urologista e, foram extremamente discriminados.

Esse DSC descreve situações em que o/a entrevistado/a embora não tenha vivenciado,

ou presenciado episódios de preconceito ou discriminação contra pessoas LGBTI+ na CF onde é atendido/a, por atuar numa instituição próxima a mesma, atende pessoas trans que narraram circunstâncias de transfobia, discriminação e ofensa pelo desrespeito ao uso do nome social experimentadas no local, fato que as levou a evadir do equipamento. Segundo o relato, houve ainda situações de transfobia que necessitaram de acionamento jurídico e que estas partiram de Clínicas que “teoricamente seriam amigáveis”. O relato mostra também casos de gays que na consulta com urologista, foram “extremamente discriminados”.

Na realidade, de maneira geral, o que se verifica, é que profissionais de saúde não recebem formação e qualificação adequadas para lidar naturalmente com a diversidade sexual. O que o estudo de Vitiritti, Andrade e Peres (2016) mostra sobre a diversidade sexual e, relações profissionais na concepção de médicos e enfermeiros, é que ao questionar-se a perspectiva de tais profissionais sobre as diversidades sexuais, a maioria deles/as concentrou suas reflexões na homossexualidade. Para o médico mais experiente, a homossexualidade é considerada uma condição patológica, comparada a tuberculose, que na visão dele é uma “doença normal”.

Um olhar crítico sobre esse foco estreito, é notar que, a premissa sustentada pelo médico comparando a homossexualidade a uma doença, é uma visão retrógrada e equivocada, isso porque desde 17 de maio de 1990⁴⁹, a Assembleia Mundial da Saúde fez uma revisão da lista da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a homossexualidade deixou de ser incluída como categoria, portanto, com a Despatologização, pessoas homossexuais não podem mais ser tratadas como doentes, muito menos comparadas a tal.

Ainda no trajeto de análise da questão 6, o DSC a seguir chama atenção e merece ser comentado, em virtude da complexidade e da abundância de detalhes do relato. Observe:

DSC 4- Falta de Respeito à Autonomia da Paciente

Lá eu cheguei a ter um atendimento que eu busquei; eu pedi pra fazerem uma ficha que eu queria pedir um acompanhamento psicológico, queria falar com psiquiatra e queria um atendimento com o endócrino e equipe multidisciplinar, só que quando eu chego pra médica e eu passo pra ela as questões e os motivos pelos quais eu tô precisando de ser atendida né, eu comecei falando pra ela – olha, eu preciso de um psicólogo porque enquanto pessoa trans, cuidar da saúde mental é uma prioridade, é essencial, não tem como a gente deixar, porque a gente sofre violência o tempo inteiro né? Então a gente tem que tá ali pelo menos é... cuidando da saúde mental, pra que a saúde mental da gente não acabe de certa forma, fazendo com que a gente entre num estado de saúde que seja complicado; e aí, quando eu passei pra médica as situações, o porquê do motivo que eu tava ali, ela simplesmente olhou pra mim, ela falou: Olha, eu não acho que você precise de um atendimento com o psicólogo, muito menos com psiquiatra só pelo seu relato! Eu tô olhando pra você e eu tô vendo

⁴⁹ Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/05mai_16_lgbt.html Acesso em 10. Jul 2023.

que você não precisa! Só, que aí na hora eu já tava entendendo o que que tava acontecendo, eu já tava percebendo, que aquilo se tratava de uma violência contra o meu corpo. Eu fiquei pensando: Caraca, mas enquanto o Sistema Único de Saúde, ela não devia de certa forma fazer esse acolhimento? É... de tá ali me encaminhando para esses profissionais? Aí ela me encaminhou, me deu encaminhamento pro psicólogo, ainda assim porque eu tive que ficar relutante com ela que eu precisava, e pro endocrinologista; aí ela foi e falou pra mim – olha, eu vou tá adicionando aqui no SISREG⁵⁰ pra você acompanhar; ela me deu um site também pra eu poder tá acompanhando; quando eu comecei a acompanhar, eu vi que o único cadastro que ela colocou pra mim foi o cadastro de psicólogo, nem o cadastro que era o mais importante, que era o de endocrinologista, ela não colocou, então assim, eu tive mais uma certeza de que tava sendo uma violência contra o meu corpo, e aí eu fiquei de voltar na Clínica da família pra poder ver como que a gente podia ver isso, mas não tive vontade, foi quando eu procurei uma outra instituição que no caso é a Fiocruz, que me dá esse suporte sem que eu tenha que sofrer a violência né. É assim... são violências que eu acho que quando uma pessoa trans fala é... é louco isso, porque a gente acaba sendo acostumada com violência; isso na verdade, tudo são violências.

O discurso acima evidencia pontos importantes sobre o cuidado em saúde mental para a população LGBTI+, os desafios impostos pela transfobia no que tange ao autocuidado e, a falta de acolhimento às demandas trans dentro do sistema de saúde por parte de médicos/as.

O que se reflete aqui, é que pessoas LGBTI+ no geral, podem ter dificuldades para acessar determinados serviços de saúde. Isso é relevante discutir, pois quando se fala da população T, importa ressaltar, que existem pessoas transgêneros que possuem demandas de serviços de saúde especializados, que abrangem psiquiatria, psicoterapia, hormonioterapia, entre outros (BRASIL, 2013c); além disso, pessoas trans necessitam de acompanhamento clínico regular como qualquer outra pessoa.

Nesse sentido, a falta de respeito à autonomia da paciente acaba se tornando um problema dentro do sistema de saúde, contribuindo negativamente para que as pessoas não recebam o cuidado necessário para manter a atenção à sua saúde física e mental, podendo acarretar em automedicação, no caso dos hormônios e, conflito psicológico pelo constante quadro de exclusão, marginalização e violência sofrido por essas pessoas no cotidiano.

Quando se pensa sobre a importância estabelecida na relação entre médico/a- paciente no ato do atendimento, é essencial que nesse momento singular de atenção e cuidado, não haja uma hierarquia na comunicação. Sobre esse aspecto, Paulino, Rasera e Teixeira (2019) evidenciam, que as falas de médicos/as de família, podem favorecer a manutenção permanente

⁵⁰A sigla SISREG significa “Sistema Nacional de Regulação”. É um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/regulacao-de-exames-e-consultas-1>. Acesso em: 2 jun. 2023.

do silenciamento dos problemas relacionados às condições de saúde dessa população.

Além disso, a fala destaca claramente a desconsideração do direito da paciente de tomar decisões informadas sobre o seu autocuidado em saúde. Observa-se que tal cenário é maléfico. Argumenta-se contrariamente a tal postura, lembrando que o papel essencial da ESF reside na continuidade e na coordenação do cuidado, de forma completa, compreendendo o indivíduo em seu contexto, reconhecendo o autocuidado como instrumento para lidar com diversas situações de saúde-doença e, incentivando assim, pelo menos em seus princípios orientadores, a independência do indivíduo (BRASIL, 2017). Entende-se que assegurar a autonomia e o autocuidado dos/as usuários/as pelas equipes é um desafio contínuo, sobretudo porque implica em trazer além de conceitos, a formação e a qualificação desses/as profissionais à discussão, porém, é de crucial importância assim proceder, uma vez que o autocuidado, não é como um produto a ser consumido, mas como o cuidado com o próprio ser, numa perspectiva também independente, e está relacionado com a compreensão que o indivíduo tem, sobre o que significa cuidado e zelar por si mesmo. Desse modo conclui-se que isso é importante porque habilita o/a usuário/a, a agir de acordo com sua liberdade de escolha, visando o seu próprio bem-estar, da forma mais adequada para si (ARAGÃO; ALVAREZ, 2020).

Por último, o DSC gerado a partir da ICDSC, referente a pergunta 6 é

DSC 5- Interseccionalidade de Discriminação

Na clínica onde eu sou atendido atualmente, não. Mas, na que eu era antes já, comigo mesmo a questão racial. Os olhares que claramente são olhares que marginalizam a minha raça e também a minha sorologia, porque eu sou uma pessoa vivendo com HIV há 26 anos; foi transmissão vertical e, eu ouvi perguntas idiotas tipo “se a transmissão vertical significava que eu tinha transado em pé pra pegar infecção”, isso, foi do próprio médico. Coisas que eu levei adiante até certo momento, mas que nem sempre a gente tem forças pra levar até o final.

Agrega-se à discussão a fala:

Eu penso que a gente precisa entender que esse indivíduo LGBTI+ sei lá, enfim, acho que esse LGBTI+ ele é um todo né, e não só um corpo, mas ele tem as intersecções que é o que a gente fala né? A gente precisa considerar, considerar por exemplo o atendimento de um LGBTI+ branco, diferente. A gente precisa ter um olhar por exemplo se ele é um LGBTI+ preto, a gente tem aí a saúde da população negra, a gente precisa olhar esse indivíduo nas suas especificidades; você precisa olhar esse indivíduo dos seu, da sua localidade de moradia. Onde é que esta pessoa mora? Esta pessoa é alguém que mora numa comunidade ou esta pessoa é alguém que mora no asfalto? Porque isso também vai impactar a saúde desse indivíduo quando a gente pensa numa saúde integral (P04 Arco-Íris).

Esse último discurso gerado, fala sobre como a interseccionalidade de raça e, status de

pessoa vivendo com HIV pode levar a uma discriminação múltipla nos serviços de saúde.

Uma perspectiva interseccional neste caso, colabora para direcionar a discussão para além da identidade de gênero e orientação sexual, possibilitando identificar outros indicadores do desconforto e da dor social que estão vivenciando pessoas LGBTI+ quando são atendidas.

Segundo Bezerra *et al.* (2019) o julgamento preconceituoso de profissionais de saúde em relação à conduta sexual de indivíduos LGBTI+, tida como excessiva e promíscua, evidencia a persistência do estereótipo estabelecido desde o início da epidemia de HIV/aids, que associava a propagação da doença, ao desejo sexual desenfreado e à prática de relações íntimas, com diversos parceiros dentro dessa população. O pronunciamento em questão, revela a sensação de duplo preconceito sofrido pela pessoa; primeiro, em virtude de sua raça/cor e, subsequentemente, por ser uma pessoa vivendo com HIV. Situações como as relatadas, revelam um sofrimento resultante dos processos de discriminação e preconceito da sociedade em relação a pessoas LGBTI+, que nem sempre as pessoas têm forças para levar até o final, como reflete o discurso.

A fala de P04 Arco-Íris endossa o DSC em discussão e revela que, pensar em saúde da população LGBTI+ também implica entender, que essas pessoas precisam ser vistas para além de seus corpos, de uma maneira integral. É primordial olhar para os indivíduos, e compreender que o atendimento a um/a LGBTI+ branco/a, por exemplo, se difere de um atendimento a um/a LGBT preto/a, já que até mesmo intrapopulação, existem necessidades e especificidades que precisam ser trabalhadas e interseccionadas à luz dos DSS.

Concluindo, compreende-se diante do exposto, a significância da AB como o ambiente de acolhimento imediato à população e, fica claro que é nesse nível de atenção, onde a integralidade do cuidado como princípio que norteia o SUS, tem mais possibilidade de ser trabalhada, colaborando para o cuidado amplo, que extrapole queixas orgânicas de sinais e sintomas apenas (TRAVASSOS; ALMEIDA; MARTINS, 2021).

Outro ponto importante da discussão, se refere aos obstáculos e barreiras que pessoas LGBTI+ experimentam na CF, quando demandam atendimento.

Para a elaboração do DSC referente a pergunta 7 (Tabela 4) foi feito o seguinte questionamento: Considerando que um dos principais desafios no cuidado à saúde da população LGBTI+ é em relação à forma do atendimento, na sua percepção, quais são os tipos de obstáculos mais frequentes que essas pessoas experimentam, quando buscam atendimento na Clínica da família? A Tabela 4, ilustra a Frequência da ICDS referente a pergunta supracitada.

Tabela 4 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidua, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 7

Dimensão Temática/Pergunta	Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo	Frequência	Frequência relativa (%)
Considerando que um dos principais desafios no cuidado à saúde da população LGBTI+ é em relação à forma do atendimento, na sua percepção, quais são os tipos de obstáculos mais frequentes que essas pessoas experimentam, quando buscam atendimento na Clínica da família?	Desrespeito à Identidade de Gênero e Orientação Sexual	18	60,0
	Falta de Acolhimento e Sensibilidade	6	20,0
	Falta de Acesso e Entendimento	3	10,0
	Conservadorismo Religioso	1	3,3
	Visão Heteronormativa	1	3,3
	Falhas no Sistema de Regulação (SISREG)	1	3,3

Fonte: Elaboração própria com base em Costa (2015).

A ICDSC que obteve maior frequência e originou o DCS referente a pergunta 7 foi:

DSC 1- Desrespeito à Identidade de Gênero e Orientação Sexual

O que eu posso dizer assim, talvez eu vô fazer um recorte porque quando a gente trata da população especificamente trans, é muito diferente de lésbicas, gays e bissexuais né, claro que eles tem né suas dificuldades, mas quando a pessoa é uma pessoa trans, isso se torna muito pior, é... a gente sofre com muitas barreiras de acesso. A primeira questão eu acho que já é a leitura social né em relação a identidade de gênero e orientação sexual. Nesse mesmo dia que eu tava falando anteriormente, aconteceu outra situação antes que foi assim um horror! O rapaz que tava me atendendo, ele olhou pra mim, pediu meu documento e ao longo do atendimento ele tava me tratando com os pronomes masculinos e eu pensando assim – caraca, mas ele tá com meu documento na mão; ele não se deu o trabalho de ler o meu nome e foi quando eu questionei a ele, eu falei: querido, eu te dei a minha identidade na sua mão , você leu o meu nome? Aí ele olhou assim pra mim assustado, não entendeu muito bem o que que eu tava falando, mas tipo, e eu questionando pra ele – cara, eu sou uma pessoa trans, eu te dei meu documento na sua mão, você não fez o mínimo, que é ler o nome da pessoa com a qual você tá se referindo. Aí ele ficou assustado, já veio uma outra pessoa pra poder me atender, enfim, é a leitura social, é isso. A pessoa não se dá o trabalho mínimo, ela olha pra você, ela te rotula, te coloca numa caixinha e fala pra você – você é X , você é Y. E aí ela pode pegar o documento na mão, mas ela tá olhando pra você, falou que é aquilo, ela vai levar aquilo até o fim, entendeu. Precisa treinar os profissionais, isso é necessário no serviço público, para que eles respeitem todas as pessoas independente de orientação sexual, independente de identidade de gênero, independente de condição social, e financeira.

A cena recontada através do DSC 1 fala sobre a experiência que pessoas transgêneros muitas vezes enfrentam ao buscarem atendimento na CF, sendo tratadas por pronomes que não correspondem ao seu gênero, mesmo fornecendo documento de identidade que expressa claramente seu gênero. Essa "leitura social" resulta em um rótulo imposto, que não considera a

identidade do indivíduo.

A inquietação reverberada na fala, espelha práticas e comportamentos provenientes da formação das pessoas, onde desde a infância, elas são ensinadas a agir e parecer, de acordo com seu sexo biológico, atribuído ao nascimento.

O discurso evidencia ainda que, infelizmente, no Brasil, as pessoas transgêneros enfrentam barreiras desde a chegada aos serviços públicos de saúde, provenientes do preconceito enraizado na cultura dos/as profissionais, que desrespeitam e deslegitimam as identidades trans, conforme se observa no texto supracitado (Rocon *et.al*, 2018).

Note na explanação, que mesmo diante de seus documentos readequados civilmente quanto ao prenome e ao gênero, pessoas transgêneros vivenciam práticas intolerantes, desrespeitosas e de violação de direitos em relação ao seu nome e identidade de gênero.

É perceptível que a situação relatada não aparenta tratar do desconhecimento do profissional em questão sobre o direito de transgêneros ao uso do nome social nos serviços de saúde, ou de um suposto não-saber, mas de uma negação da identidade transgênero. Isso porque, de posse do documento de identificação da pessoa que está sendo atendida, cujo nome civil já está requalificado, mesmo que houvesse alguma dúvida de interpretação visual por parte desse profissional em relação ao gênero, ele deveria utilizar o pronome referente ao nome que consta na identidade ao dirigir-se à essa pessoa que buscou atendimento na instituição.

Condutas desrespeitosas, principalmente com os pronomes de tratamento relacionados a transgênero, acabam por afastar essas pessoas dos serviços de saúde, interferindo no cuidado que precisam receber, conforme respalda o texto:

[...] Sabe, então essa é uma barreira de acesso daquele primeiro momento e ainda assim quando você já, você se identifica, a pessoa está te chamando pelo pronome errado, entende? Mesmo se já ter sinalizado então ali, já... já sofre uma barreira de acesso, porque você não tem sua identidade respeitada, não tem seu nome respeitado e nem os seus pronomes... vai voltar naquela Clínica da Família? Não!!! Então é isso, é o que mais acontece né, e fazendo outro recorte, quando eu falo da população Transmasculina especificamente, que não se tem esse cuidado mesmo! (P03 Liga Transmasculina).

Observando o DSC 1 e o relato de P03 Liga Transmasculina, importa compreender que a partir do momento em que a pessoa transgênero chega à porta do serviço de saúde, é essencial que a equipe esteja sensível e atenta à importância da atenção e do cuidado em saúde que essas pessoas demandam.

É preciso pontuar que, no ato do registro, o primeiro contato é decisivo, pois é quando é lançado ou não o nome social da pessoa, o qual corresponde ao seu gênero identificado, e isso terá um impacto significativo em todos os atendimentos posteriores (BOMFIM; CARMO,

2021).

Concluindo, Rocha e Sampaio (2022) destacam que a recusa em aceitar o nome social, para além de rejeitar a identidade construída pela pessoa, caracteriza violência institucional, moral e simbólica.

O segundo DSC originado referente a pergunta 7 foi:

DSC 2- Falta de Acolhimento e Sensibilidade

Falta de acolhimento, falta de respeito, é... olhares que recriminam e, principalmente questionamentos e perguntas invasivas e preconceituosas, que marginalizam mesmo toda a galera LGBTI+. Acho que são questões que precisam ter esse tato, porque você acaba trazendo alguns gatilhos para as pessoas, que elas acabam desistindo no meio do processo de seguir em frente com a questão do tratamento, da busca do diagnóstico, acho que precisa realmente ter um olhar um pouco mais acolhedor, entendendo também que esse profissional que atua lá também já tem uma dinâmica de estresse do próprio serviço.

Um grande problema enfrentado pela população LGBTI+ nas unidades de saúde, pontuado no DSC 2, é a falta de acolhimento e sensibilidade. Essas pessoas frequentemente enfrentam um ambiente de saúde hostil, caracterizado por olhares recriminatórios, perguntas invasivas e preconceituosas.

Reflete-se acerca do discurso que, questionamentos e, perguntas invasivas e preconceituosas, acabam levando “alguns gatilhos para as pessoas”, o que contribui para que elas desistam “no meio do processo de seguir em frente com a questão do tratamento, da busca do diagnóstico”.

O enunciado expressa ainda, a sensação de que os/as profissionais de saúde precisam acolher todas as pessoas, mas que é necessário também compreender o lado desse/a profissional que atua no serviço que, em virtude do estresse decorrente da precariedade dos vínculos empregatícios e do sucateamento da saúde, acaba esquecendo de trabalhar essa questão da humanização de respeito com o/a usuário/a.

O terceiro DSC originado referente a pergunta 7 foi:

DCS 3- Falta de Acesso e Entendimento

Ah, a falta de acesso né muita das vezes, não tratar a gente por nome social, não tem médico com experiência com pessoas LGBTI+, aí acaba que a gente falta. Falta coisa, recurso pra nós, a gente acaba tomando decisões sozinhas. Automedicação! Automedicação, a gente é...faz terapia hormonal por conta própria e sem ter acompanhamento médico.

O DSC 3 demonstra que a população LGBTI+ enfrenta uma série de obstáculos ao buscar cuidados de saúde, incluindo a falta de acesso, o desrespeito ao nome social, a falta de

treinamento apropriado de profissionais de saúde e, a insuficiência orçamentária.

Evidências científicas asseveram que, muitos/as profissionais de saúde, não apenas ignoram algumas necessidades de saúde da população LGBTI+, como também discriminam os/as usuários/as (MELLO *et al.*, 2011), fato que pode corroborar para o desencadeamento de um autodiagnóstico por parte das pessoas, resultando em práticas prejudiciais à sua saúde, como a automedicação.

Sem dúvida que automedicação ainda é um grande problema no país. A automedicação é “ação de medicar-se por conta própria”. Essa prática pode ser nociva, gerar efeitos indesejados e imprevistos, e causar danos à saúde – em função do risco. No Brasil, é grande o número de vítimas por intoxicação de medicamentos. Além disso, tomar medicamentos por iniciativa própria, pode camuflar sintomas, intensificar doenças, tornar mais dificultoso o diagnóstico de determinadas enfermidades e causar danos significativos ao organismo quando atingem órgãos que não estão doentes (ANVISA, 2008).

Outros dois obstáculos enfrentados por pessoas LGBTI+ são: o conservadorismo religioso e a visão heteronormativa pronunciados respectivamente no DSC 4 e DSC 5 abaixo:

DSC4- Conservadorismo Religioso

É o conservadorismo, con-ser-va-do-ris-mo cristão, é... a gente precisa separar do que é a pessoa, do que é religião, do que ela representa e do que ela é! A pessoa é um usuário, se esse usuário ele tá ali pra ser atendido é isso, é o atendimento humanitário, que não é feito porque antes de você olhar a pessoa humana você tá botando várias coisas na frente, que é identidade, que é a cor, que é a sexualidade, que é a expressão de gênero e tudo isso vai embarrando pra você ter um atendimento excelente, porque nada disso vai influenciar, como eu falei, nada disso vai influenciar, não tem que influenciar na verdade; isso tudo tem que influenciar para positividade, para manter a pessoa viva.

DSC 5- Visão Heteronormativa

Eu penso que, esse olhar heteronormativo para a mulher é ainda um obstáculo porque causa um distanciamento na hora do atendimento, e ainda hoje é um não saber desse corpo desta mulher, ainda se tem o olhar para esse corpo da mulher, por exemplo, nas questões ginecológicas que é: ou este corpo desta mulher vai gerar, ou este corpo desta mulher não vai gerar. Então a gente ainda tem esse... nós ainda temos esse olhar e para nós mulheres lésbicas, a princípio esse olhar nem sempre vai casar com as nossas, especificidades. Eu por exemplo não quero ter filhos, então também não me cabe aquelas perguntinhas de – Ah, você tem vida sexualmente ativa? – Ah, você tá transando? - Você usa camisinha? Então, eu penso que deveria, de cara, deveria ter uma pergunta anterior: Você se relaciona com quem? com mulheres, com homens ou com os dois? Você pretende ter filhos? No seu relacionamento hoje é, você tem práticas que vão te colocar em risco? E penso também que com relação as práticas sexuais também há um, não saber, um não entendimento e, uma não consideração dessa prática sexual.

Observa-se que, segundo o DSC 4, a presença do conservadorismo cristão nos serviços de saúde se constitui uma barreira ao acesso igualitário ao cuidado, ao passo que a heteronormatividade - manifestada no DSC 5- nas práticas de saúde, pode resultar em um atendimento inadequado para pessoas que não se encaixam nos moldes tradicionais de gênero e sexualidade.

Analisando de forma combinada os dois discursos, é possível considerar que a persistência do preconceito materializado na forma de conservadorismo religioso e da visão heteronormativa, resulta em um atendimento inadequado e na falta de entendimento das necessidades específicas da população LGBTI+, corroborando para que o atendimento a essas pessoas seja permeado por intolerância e hostilidade.

Conclui-se então que estas agregações refletem o fato de que os desafios enfrentados por essa população na busca por cuidados de saúde, são multifacetados e, incluem questões de respeito à identidade, treinamento adequado dos/as profissionais de saúde e preconceitos enraizados na sociedade, especialmente o religioso, apontado como uma barreira ao cuidado em saúde, que muitas vezes, antepõe conceitos preconcebidos à necessidade do/da paciente.

Por fim, o último DSC referente a pergunta 7 foi:

DSC6- Falhas no Sistema de Regulação (SISREG)

Olha, o lançamento do SISREG! Esse negócio de lançar a pessoa no SISREG é horrível porque, o SISREG é uma fila interminável, nós também temos dificuldade. Você desculpa, eu tô ficando emocionado. A gente tem é... humm... como se diz meu Deus do céu, peraí que eu vou falar... Jesus ... A gente fica sem jeito, porque eles encaminham a gente pro SISREG e o SISREG demora toda vida, então eu penso que o [Secretário Municipal de Saúde], que ele está sendo... tá num movimento da saúde aí, e que ele dê um jeito nesse negócio do SISREG; na minha opinião é demorado o atendimento quando depende desse sistema.

Sobre a fala supracitada, é possível perceber que há críticas ao sistema SISREG e ao tempo de espera por atendimento. Segundo o relato, o encaminhamento é visto como um obstáculo, devido à demora e a fila infundável.

Para a elaboração do DSC referente a pergunta 8 (Tabela 5) foi feito o seguinte questionamento: O uso do nome social nos serviços de saúde é um direito de travestis, homens trans e mulheres trans. Qual a sua percepção, sobre o respeito a esse direito na Clínica da Família que frequenta? A Tabela 5, ilustra a Frequência da ICDC referente a pergunta supracitada.

Tabela 5 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 8

Dimensão Temática/Pergunta	Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo	Frequência	Frequência relativa (%)
O uso do nome social nos serviços de saúde é um direito de travestis, homens trans e mulheres trans. Qual a sua percepção, sobre o respeito a esse direito na Clínica da Família que frequenta?	Experiências Respeitosas com o uso do Nome Social	14	46,6
	Cumprimento Parcial desse Direito	9	30,0
	Desrespeito, Deboche e Insensibilidade	5	20,0
	Necessidade de Investimento em Educação Continuada	1	3,3

Nota: Uma pessoa do Grupo Pela Vidda não respondeu esta pergunta.

Fonte: Elaboração própria com base em Costa (2015).

A ICDSC que obteve maior frequência e originou o DCS referente a pergunta 8 foi:

DSC 1- Experiências Respeitosas com o uso do Nome Social

Na clínica que eu frequento eles respeitam. Não tem esse problema. Cheguei lá e falei, ah...eu me identifico e tal...pelo nome tal... e gostaria de ser chamado assim, e aí eles respeitaram; foram lá no sistema e colocaram direitinho. Tem pessoas que eu acho que frequentam a unidade, que pelo menos assistindo de fora, eu vejo serem bem tratadas, respeitadas e, inclusive pessoas que eu sei, que não tem o nome retificado, mas são respeitadas pelo nome social.

O DSC 1 baseia-se nas experiências relatadas, em que o uso do nome social é respeitado na CF. Alguns indivíduos sentem que são tratados com respeito, e que seus nomes sociais são usados corretamente, mesmo sem terem seus nomes legalmente alterados.

Dessa maneira, o discurso acima demonstra que práticas institucionais respeitadas e que reconhecem publicamente a identidade de gênero e o nome social de pessoas transgêneros, contribuem para que tais pessoas sintam-se à vontade para buscar os serviços de saúde e, exercer seus direitos (SILVA *et al.*, 2017).

O segundo DCS originado, referente à pergunta 8 foi:

DSC 2- Cumprimento Parcial desse Direito

É respeitado em certo ponto. Tem o respeito de alguns profissionais mas a grande maioria não! Ainda depende muito do entendimento daquelas pessoas que estão ali na recepção da Clínica da Família, hora ele é respeitado, hora não. Hoje eu sou retificado, mas quando eu precisei utilizar o nome social, foi no pulso entendeu? Eu tive que bater de frente com eles, me impor. Sempre me chamavam pelo nome de registro, então era complicado, porque eles botam o nome social e o nome de registro entre parênteses e, acabam chamando o nome de registro. Pessoas que não são retificadas narraram que lá, mesmo aparecendo no sistema o nome social, os profissionais, aí passamos, não ao pessoal, ou a pessoa do atendimento, mas o médico quando chama para

entrar pro atendimento, faz a chamada e, chama pelo nome de registro e não o nome social que aparece na folha do boletim de atendimento. Então, eu tratei logo de buscar a justiça pra modificar, fazer a retificação pra não passar por esse tipo de constrangimento e, mesmo assim, quando foi pra tirar, foi outro sufoco, porque foi assim... é muito complicado. A gente não entende que o administrador do sistema não consegue dar conta do próprio sistema. É meio confuso isso. Como é que o administrador do sistema não consegue acessar o sistema? Então eles tentam dar esse tipo de explicação e, eu tive que ameaçar entrar na justiça tendeu, pra eles poderem corrigir o nome no sistema.

Esse DSC focaliza a inconsistência no respeito ao nome social, que parece depender do/a profissional que está atendendo no momento. Isto indica a falta de uniformidade na aplicação deste direito, resultando em experiências variadas entre os/as pacientes. Além disso, o relato revela, que não basta apenas responsabilizar os/as profissionais de saúde pelo desrespeito ao direito ao uso do nome social, mas também adequar todo o sistema de saúde para o atendimento integral da população transgênero.

O terceiro DCS originado, referente à pergunta 8 foi:

DSC3- Desrespeito, Deboche e Insensibilidade

Horrível! Horrível porque eu lutei, briguei, tive que levar a lei do nome social pra eles trocarem no meu cartão do SUS e da própria Clínica da Família, o nome social, que hoje já não é mais o meu nome social, é meu nome retificado. Tive que levar a sentença da retificação de nome pra eles me aceitarem lá dentro, foi um sofrimento e aí, eu tive que procurar até a direção da própria da Clínica da Família pra eles me obterem esse direito que é meu, e é violado. Quando eles não entendem quem é a pessoa, se é trans né, ou um gay e, a pessoa quer ser chamada daquela forma, do nome dela, aí ficam fazendo deboche: Agora cê vê, fosse mais branco não dizia nada. Então, a gente que é gay, a gente sofre vários tipos de preconceito que tá embutido na “palavra gay”. Eles acreditam que a gente tem que morrer, sumir da Terra, é tipo como se fosse uma peste, e nós não somos isso! Eu acho que teria que ter mais sensibilidade; se tem um papel e se tem uma boca falando com você, você tem que respeitar! Quando a gente tá diante de uma assistência, seja ela qual for, principalmente a assistência da saúde, tem pessoas que chegam lá, que nem conseguem falar, porque estão na crise da tuberculose, estão com HIV, enfraquecidos... aí fala: Ah você bebeu, você cheirou, agora veio parar aqui! Trata como lixo... e a pessoa tá querendo se medicar, pra mais tarde trabalhar.

Esse DSC é evidenciado pelos relatos de deboche, confusão e desrespeito ao uso do nome social em algumas clínicas, e, destaca momentos de preconceito e desrespeito a pacientes trans e gays.

Um indicador da hostilidade e da violência que pessoas transgêneros enfrentam nos serviços de saúde, é o desrespeito ao nome social. Observe pela fala, que é evidente que isso ainda é um motivo de sofrimento para essa população.

O uso do nome social para se referenciar às pessoas transgêneros, além de respeitar as suas autodeterminações em relação a sua identidade de gênero, garante um direito para essas

pessoas, que têm sido vítimas de violações e preconceitos ao longo da história.

Um estudo feito por Rocon *et al.* (2016) cujo objetivo foi debater os obstáculos enfrentados por pessoas transgêneros ao buscarem atendimento médico no SUS revela que, o desrespeito ao nome social, aliado à discriminação dos/as profissionais, têm se mostrado uma questão significativa que dificulta o acesso com equidade aos cuidados de saúde para essa população. Quando o cuidado prestado não é sensível à questão e não conta com profissionais capacitados para atender pessoas, considerando a diversidade, esses cuidados se tornam insuficientes ou inadequados, podendo resultar em consequências negativas para necessita.

Muller e Knauth (2008) examinaram a maneira como as travestis percebem, sentem e enfrentam obstáculos para acessar os serviços de saúde e relataram a discriminação que essa população sofre, ao ser recebida nos serviços, quando lhe é negado o direito de serem chamadas pelo nome feminino com o que se identificam. Segundo os autores, essa atitude demonstra a falta de preparo dos/as profissionais de saúde para lidar com questões de gênero.

Há de se ressaltar que, a garantia de uso do nome social no sistema de saúde, está previsto no Decreto Presidencial Nº 8.727/2016, que 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. No MRJ⁵¹, a inclusão e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração direta e indireta e, o direito ao uso do nome social por travestis e transexuais nestes mesmos âmbitos, estão previstos respectivamente no Decreto 33.816, de 18 de maio de 2011 e na Lei nº 6.329, de 23 de março de 2018.

Vale lembrar, que o referido município também determina através da Lei nº 2.475, de 12 de setembro de 1996, sanções às práticas discriminatórias nas repartições públicas municipais, que discriminarem pessoas em virtude de sua orientação sexual, esta, entendida pela lei, como constrangimento, atendimento selecionado, entre outras.

Por fim, ainda que, com menor representatividade, mas não menos importante, foi identificado o discurso:

DSC4- Necessidade de Investimento em Educação Continuada

Então, a gente mesmo tendo várias portarias e decretos, vê a importância de uma educação continuada não só para os profissionais de saúde mas para os profissionais que compõem essa Clínica, desde o porteiro, passando pelo pessoal do serviço geral, pessoas da portaria, atendentes, para que de fato, seja resguardado o direito e, o respeito à pessoa usar o seu nome social.

Esse DSC é destacado pelos comentários sobre a necessidade de treinamento e

⁵¹ Disponível em: <https://www.multirio.rj.gov.br/media/ceds/index.php?pag=direitos>. Acesso em: 4 jun. 2023.

educação contínuos para todos/as os/as trabalhadores/as das CF. Esta ideia sublinha a importância de garantir que todos/as os/as profissionais, independentemente de seu papel, compreendam e respeitem o direito ao uso do nome social.

Para a elaboração do DSC referente a pergunta 9 (Tabela 6) foi feito o seguinte questionamento: Como você percebe a capacidade de profissionais de saúde para atender pessoas LGBTI+ considerando as suas demandas e especificidades? Fale um pouco sobre isso. A Tabela 6, ilustra a Frequência da ICDSC referente a pergunta supracitada.

Tabela 6 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidua, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 9

Dimensão Temática/Pergunta	Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo	Frequência	Frequência relativa (%)
Como você percebe a capacidade de profissionais de saúde para atender pessoas LGBTI+ considerando as suas demandas e especificidades? Fale um pouco sobre isso	Necessidade de Preparo Específico para Atendimento às Pessoas LGBTI+	14	46,6
	Falta de Compreensão Sobre a Luta Transmasculina	6	20,0
	Desafio para um Atendimento Respeitoso e Empático	5	16,6
	Variação no Preconceito e Aceitação entre Profissionais	3	10,0
	Existência de Atendimento Respeitoso e Zeloso	2	6,0

Fonte: Elaboração própria com base em Costa (2015).

A ICDSC que obteve maior frequência e originou o DCS referente a pergunta 9 foi:

DSC 1- Necessidade de Preparo Específico para Atendimento às Pessoas LGBTI+

Eles não são tão apto, nem preparados, eles não têm... capacitação porque... eu por experiência própria, quando fui na Clínica da Família procurar atendimento pra terapia hormonal, o enfermeiro olhou pra minha cara e falou: Olha, eu não sei o que fazer, vou ter que procurar uma clínica que tenha, que atenda pessoas trans, porque eu não sei o que fazer no teu caso. Então eu tô até hoje esperando uma resposta do enfermeiro. Eu já ouvi isso da boca de médico, endócrino inclusive, eu não sei o que fazer com você, vai lá na UERJ, lá você vai ter informação e sabe gente, isso é uma... é recorrente, não melhorou, pelo contrário, em determinados locais, que por exemplo, a Zona Oeste, que eu dou de exemplo né, eu sou morador da Zona Oeste, isso é gritante não ter uma Clínica fazendo esse atendimento. Hoje a população trans né, falando da população trans, o atendimento dela é negado, literalmente, e não é negado porque chegam pra gente na Clínica e dizem: Olha, eu não vou te atender aqui! Não! ele é negado porque falam assim: Olha, eu não tenho como te atender, eu não sei o que fazer. A gente encontra profissionais por exemplo da enfermagem que não sabem o que que é intersexo, que não sabe, simplesmente, e a gente tenta explicar de um jeito assim bem tranquilo dizendo: Não sabe aquele que você falava antigamente, uma vez,

hermafrodita? Então, é basicamente aquilo, só que hermafrodita é algo pejorativo, é relacionado a plantas, a animais, então assim, não é legal esse falar; então, a gente entendeu que intersexo, era um termo muito mais adequado falando de sexo biológico de pessoas, de seres humanos. Quando você chega pra um enfermeiro, não é um técnico de enfermagem, é um enfermeiro, alguém que passou pela graduação, que tá, passou por um concurso, tá dentro da Clínica da Família e essa pessoa não sabe o que que é intersexo, assim, como é que essa pessoa tá ali pra atender corpos intersexo?

O relato acima, expresso no DSC 1, se refere ao fato de que profissionais de saúde precisam de treinamento e conhecimento adequados para entender e atender às necessidades específicas da comunidade LGBTI+, incluindo hormonioterapia e outras questões de saúde de pessoas transgêneros e intersexo.

De acordo com o dicionário⁵², a palavra preparo traz os seguintes significados: habilitação, capacidade, aptidão, competência e qualificação. Não é a proposta aqui uma discussão acerca da classe gramatical das palavras, ou ainda de sinônimos, porém convém salientar, que tais vocábulos apresentam algo em comum em sua essência, que é a compreensão de que todas as citações feitas, indicam um caminho que reforça a importância de uma formação frisa-se, profissional - que também considere a diversidade sexual.

Diante disso, traz-se à argumentação, o surgimento do processo de discussão sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que se constituiu um marco para a formação e trabalho em saúde no país, por ser uma vertente educacional potente para a geração de mecanismos e temas geradores de reflexões sobre processo de trabalho e transformação de práticas em serviço (BRASIL, 2018).

Quando o MS instituiu a PNSIPLGBT, compreendeu a necessidade da formação profissional para atuar com a população LGBTI+ na saúde, portanto, considerou através de seus objetivos, dentre outros, a qualificação da rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBTI+ e, a inclusão do tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de EPS dos/as gestores, trabalhadores/as da saúde e, integrantes dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2013b).

Contudo, há ainda grandes desafios a serem enfrentados, no que se refere à continuidade do processo de qualificação dos/as profissionais de saúde. Além da precariedade dos vínculos e do sucateamento dos serviços de saúde por conta das OSS, acrescenta-se o baixo valor de salários, a alta rotatividade de profissionais e, primordialmente a formação acadêmica que apresenta preocupantes lacunas nos currículos.

Dados da literatura mundial indicam a falta de experiência e treinamento em saúde

⁵² Disponível em: <https://www.sinonimos.com.br/preparo/>. Acesso em: 4 jun. 2023.

LGBTI+ por parte do/as profissionais, decorrente da ausência dessa temática no conteúdo curricular médico formal⁵³ (MORETTI-PIRES *et al.*, 2020) e, demarcam a urgência de qualificação da área de EPS em Saúde na CF.

Portanto, compreende-se que o desconhecimento dos/as profissionais de saúde acerca das necessidades e especificidades da população LGBTI+, agregado à marginalização da temática de gênero e diversidade sexual no contexto da saúde brasileira, contribuem para que pessoas LGBTI+ enfrentem diversas formas de preconceito nos serviços de saúde e, evitem buscar atendimento médico por medo de discriminação e maus-tratos (FILIPON; TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2019).

O segundo DCS originado, referente à pergunta 9 foi:

DSC2- Falta de Compreensão Sobre a Luta Transmasculina

Quando a gente vai falar de homens trans, a gente não tem nenhuma visibilidade e nada que a gente possa costurar pra chegar a nossa luta se não for o aborto, por exemplo, se não for um abuso sexual por exemplo, né, então é...quando a gente chega nesse espaço e se, se a pessoa né, é a pessoa que vai nos olhar ela não tem a percepção de entender a luta Transmasculina, aí eu tô falando de treinamento de base, porque aquele corpo ele não pode ser visto com visibilidade de saúde como existe um outro, e aí é entender, é papo de roda de conversa com a Clínica da Família, com a sociedade, com cartilhas, com cartaz falando: Olha esse corpo aqui, ele é possível em gestar, isso daqui é natural, nós estamos cuidando desse corpo, a gente começa a naturalizar a ida de homens trans nesses espaços, isso é importante. Não adianta eu ser cuidado pela equipe, sendo que na sala de espera são várias formas de violência.

O discurso em questão enfatiza a falta de compreensão e visibilidade das experiências e lutas específicas dos homens trans no sistema de saúde.

Em virtude dos resultados dessa pesquisa, fica claro que existem vivências e dificuldades de saúde que precisam ser tematizadas e visibilizadas na CF, ligadas especificamente, a ser um homem trans, para além de situações dolorosas na qual o corpo dessa pessoa experimenta, como o aborto ou um abuso sexual. Uma dessas vivências, se refere ao fato desse corpo precisar ser visto com respeito a sua especificidade, porém considerando de maneira natural, a possibilidade de gestar. Sobre as dificuldades, entende-se que a estruturação dos serviços de saúde em prol da diversidade de gênero e da dignidade da pessoa LGBTI+, é fundamental para a garantia da equidade, portanto, ratifica-se a importância de salas de espera mais acolhedoras, que da perspectiva do direito humano, colaborem para promover a saúde dessas pessoas, de modo a não perpetuar várias formas de violência enquanto elas aguardam

⁵³ Aqui cita-se a categoria médica portanto, compreende-se que este é um problema também correlato às demais graduações.

atendimento.

Para concluir, compreende-se que é fundamental para a concretização da equidade, desenvolver práticas de atendimento acolhedoras e sem preconceitos, que atendam às demandas específicas dessa comunidade, promovendo assim o direito à saúde como um direito humano.

O terceiro DCS originado, referente à pergunta 9 foi:

DSC 3- Desafio para um Atendimento Respeitoso e Empático

E ainda falta muito viu. Assim, nós temos lugares específicos que atendem essa comunidade que a gente brigou muito lá, como a Fiocruz, que tinha transfobia, tinha opressões a gente brigou, brigou, brigou, e conseguimos que hoje tenha um atendimento de excelência, inclusive com profissionais trans contratados no local né, então assim, mas falta muito, falta muito, acho que de modo geral num país como o Brasil entendeu, falta muito pra que o atendimento público a pessoas LGBTI+, mas principalmente às pessoas trans, travestis e transexuais, seja de fato um atendimento no mínimo respeitoso e de respeito aos direitos dessas pessoas. Se a pessoa se identifica como x , ela deve ser tratada como x, e aí vem do nosso entendimento e da nossa capacidade de empatia também, de se colocar no lugar do outro de que tipo, eu entendo que eu sei pouco disso, mas se a pessoa se apresentou pra mim como João, eu entendo que é “o João”, e aí não é aquilo, “a João”, entendeu, não tem como eu tratar essa situação dessa forma.

O DSC acima expressa que, embora haja progressos em alguns lugares, ainda há muito trabalho a ser feito para garantir um atendimento de saúde respeitoso e empático para todas as pessoas LGBTI+ em todo o sistema de saúde, principalmente como diz o relato, às travestis e transexuais.

Acrescenta-se ao conjunto das discussões relativas à pergunta 9, o seguinte discurso:

DCS4 - Variação no Preconceito e Aceitação entre Profissionais

É... isso vai muito de profissional para profissional. Eu acho que ainda temos muitas dificuldades pro próprio profissional não aceitar. Não é aquele tratamento de médico para paciente, entendeu, é de um preconceituoso falando com uma trans, de um preconceituoso falando com um ser humano que não foi escolha, porque assim, e de tanto preconceito que eu já sofri, se eu pudesse eu não queria ser uma mulher trans, já pensei em acabar com a minha vida por fato disso; mas tipo assim, não é escolha! Nós já nascemos com isso, já nascemos. Como eu falei, alguns tem a mente bem mais aberta, tem uns que se identificam com o paciente, nos ajudam, conversam conosco, às vezes até quando vai ver, já tá no íntimo, no pessoal, mas tem uns que tipo, aí percebe que é trans, travesti ou lésbica, enfim, já tem um certo preconceito.

Esse DSC destaca que a experiência de atendimento de saúde para pessoas LGBTI+ pode variar significativamente, dependendo da atitude individual e da aceitação do/da profissional de saúde.

Na percepção da pessoa entrevistada, o tratamento não é de um médico para uma

paciente, e sim de uma pessoa intrinsicamente preconceituosa se remetendo a um ser humano que declara que se pudesse não queria ser assim. Percebe-se portanto, que falta um olhar empático e humanizado por parte de alguns profissionais e isso, como já discutido em outra ocasião na pesquisa, pode corroborar para o afastamento de pessoas LGBTI+, especialmente de pessoas transgêneros dos serviços de saúde. Sobre isso, ao investigar o percurso de cuidados de saúde das travestis, Souza e Pereira (2015) visitaram os locais mais frequentados pelas participantes e constataram que elas raramente procuram os serviços de saúde, revelando diversos relatos sobre falta de acolhimento e, conseqüentemente, a dificuldade de acesso aos serviços. Os autores ressaltam o depoimento de uma das entrevistadas quando ela declara: "a saúde não é diferente do dia a dia. Tratam a gente como não humana, por isto eu não vou ao SUS, de jeito nenhum" (p.150). No entanto, o relato também traz que alguns/as profissionais são mais abertos/as à diversidade, sendo mais solícitos/as, demonstrando compreensão e interesse em contribuir para que a experiência no atendimento seja mais agradável e respeitosa.

Por fim, o último DSC gerado para a pergunta 9:

DSC 5- Existência de Atendimento Respeitoso e Zeloso

Bem, as pessoas são atendidas com o maior respeito, pelo menos é o que eu vejo lá, maior respeito, com carinho, com dedicação, sabe, eles tem assim um zelo para conosco, tratam a gente muito bem como se fosse da família, isso que é um tratamento maravilhoso.

O DSC 5 reconhece que, apesar das muitas dificuldades enfrentadas, existem profissionais de saúde que fornecem um atendimento respeitoso e zeloso para a comunidade LGBTI+. O DSC analisado dialoga diretamente com DSC 1 da pergunta 8, que demonstra experiências positivas de alguns membros da comunidade LGBTI+ que receberam um tratamento respeitoso e carinhoso dos/as profissionais de saúde, o que de fato se espera do atendimento ofertado pelo SUS à toda a população, inclusive à população LGBTI+.

Para a elaboração do DSC referente a pergunta 10 (Tabela 7) foi feito o seguinte questionamento: Na sua opinião, existe (m) alguma (s) ação (ões) que possa (m) ser implementada (s) ou aperfeiçoada (s) para colaborar na melhoria do cuidado na Clínica da Família ou no serviço público de saúde onde você é atendido/a?

A Tabela 7, ilustra a Frequência da ICDS referente a pergunta supracitada

Tabela 7 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidua, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 10

Dimensão Temática/Pergunta	Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo	Frequência	Frequência relativa (%)
Na sua opinião, existe (m) alguma (s) ação (ões) que possa (m) ser implementada (s) ou aperfeiçoada (s) para colaborar na melhoria do cuidado na Clínica da Família ou no serviço público de saúde onde você é atendido/a?	Implementação de Programas de Capacitação Continuada	19	63,3
	Promoção de um Ambiente de Saúde Respeitoso e Acolhedor	4	12,9
	Aperfeiçoamento e Estímulo do uso da Ouvidoria	3	10,0
	Incorporação de Temáticas LGBTI+ na Formação Médica	1	3,3
	Parceria entre Movimentos Sociais e Ativistas LGBTI+ e, Instituições Públicas	1	3,3
	Desenvolvimento de Programas e Estudos de Geriatria LGBTI+	1	3,3
	Promoção de Diversidade de Profissionais nos Espaços e Serviços de Saúde	1	3,3

Fonte: Elaboração própria com base em Costa (2015).

A ICDSC que obteve maior frequência e originou o DCS referente a pergunta 10 foi:

DSC 1- Implementação de Programas de Capacitação Continuada

É o que acabei de falar, acho que uma Capacitação Continuada, com cursos informativos, cartazes e eventos dentro da Clínica da Família com toda equipe desde a pessoa que trabalha ali nos serviços gerais, segurança, motorista de ambulância, motorista de carro, o atendente que tá ali, que faz o primeiro atendimento, que vai fazer o registro da pessoa que chegou, enfermagem, todos, todos, até o médico, porque, tem médicos, na Clínica da Família, que não sabiam o que era intersexo e perguntaram o que era intersexo. A gente verbaliza. Antigamente, tinha, era conhecido né, aí a pessoa – Ah, tá... como hermafrodita, ah, tá... e não era uma pessoa idosa, digamos assim, podia ter né parado no tempo, não é a área, aquela coisa, não! Devia ter uns 40 anos.

Esse discurso aponta a necessidade de se implementar programas de capacitação continuada que foquem na formação de todos/as os/as profissionais que atuam na CF sobre as especificidades da comunidade LGBTI+, visando um atendimento mais efetivo e que atenda a diversidade. Isso também implica em incluir na formação e capacitação dos/das profissionais de saúde, informações sobre todas as identidades dentro da comunidade LGBTI+, como, por exemplo, as pessoas intersexo.

Para compreender essa fala, também é necessário refletir, que nas sociedades ocidentais contemporâneas, ainda há uma estrutura baseada em parâmetros excludentes, e os/as profissionais de saúde, como parte integrante dessas sociedades, independente da hierarquia, estão expostos a esses parâmetros. Um desses parâmetros é a cisheteronormatividade que

direciona comportamento dos indivíduos, delimita normas, reforços e punições (ROSA, 2020). Infelizmente, mesmo que involuntariamente, ainda existe uma parcela de profissionais que agindo de acordo com tal parâmetro, colabora na perpetuação de condutas, que promovem iniquidades e impactam no cuidado a pessoas LGBTI+.

Uma pesquisa conduzida na capital do nordeste brasileiro, com a análise dos sentidos atribuídos por 15 ACS ao cuidado em saúde à população LGBT, revelou que há estigmatização e preconceito na assistência à saúde e, que os/as profissionais têm concepções tradicionais e heteronormativas em relação ao seu trabalho. Além disso, foi constatado que há pouco conhecimento sobre a política de equidade, pouca implementação de suas diretrizes na AB e pouca oferta de treinamento para os/as ACS (PINTO *et al.*, 2020).

Em síntese, no sentido de superar tais condutas e melhorar o cuidado em saúde na CF onde recebe atendimento, o discurso aponta para a importância de treinar os profissionais da área de saúde por meio de educação profissional (SANTOS *et al.*, 2019), acrescentando à capacitação, a necessidade desta ser ampliada para todo o contingente profissional que atua na CF, desde quem trabalha nos serviços gerais, passando pela segurança, motorista de ambulância, motorista de carro, atendente, enfermagem, chegando até médicos/as, uma vez que todos/as precisam oferecer um serviço de qualidade às pessoas, com o objetivo de assegurar um espaço digno e acolhedor (ANDRADE; BARROS; ALBUQUERQUE, 2021). Conclui-se ratificando que na CF tem médicos que não sabem o que é uma pessoa intersexo, o que justifica a partir desse achado, a emergente necessidade em treinar tais profissionais para atender e cuidar de pessoas LGBTI+ nesses equipamentos.

O segundo DSC gerado para a pergunta 10 foi:

DSC 2- Promoção de um Ambiente de Saúde Respeitoso e Acolhedor

O respeito. Eu acho que eles tinham que fazer é... acho que não era, não era preciso isso né, um curso de como a tratar uma pessoa LGBTI+ desde a recepção. Seria bom, eu sei que muitas pessoas acham que não, mas eu acho que também tem, que deveria ser assim, o ambulatório é pra população LGBTI+, que nos atendesse com carinho e respeito, porque quando mistura é... homens, héteros e, mulheres héteros né, cis, e junto com a população trans e travesti e homem trans; fica todo mundo sentada na sala e aguardando o atendimento médico, aí fica todo mundo naquele buchicho, aquele buchicho, porque veio a travesti e algumas meninas usa saia muito curta – ah vá... que ridículo! Aí começa ali... aí a gente já começa a se sentir mal dentro daquele espaço, então poderia ser também, que a gente tivesse um atendimento um pouco diferenciado, porque infelizmente a sociedade não está preparada pra nos receber, isso ainda está em conhecimento, crescimento, espero, içá, que nós teremos condições no futuro, de ter um espaço de atendimento de respeito e, que a população em si se conscientize, que a gente é gente.

Observando o relato, é possível identificar a pertinência em desenvolver e implementar práticas que garantam um atendimento respeitoso e acolhedor para a comunidade LGBTI+ desde o primeiro contato na clínica. Isso implica também considerar a possibilidade de existir um ambulatório para o atendimento à população trans, haja vista que, na sensação das pessoas entrevistadas, a simples presença de transgênero entre pessoas héteros e cis na sala de espera, gera cochichos que produzem um mal-estar para essas pessoas no espaço.

O terceiro DSC gerado para a pergunta 10 foi:

DSC 3- Aperfeiçoamento e Estímulo do uso da Ouvidoria

Melhorar os canais de ouvidoria para receber as denúncias de uma forma a não confrontar quem tá denunciando. Além disso, acho que tem que, é... estimular a pessoa a reclamar nesses canais 1746 e, outros também da Prefeitura. Quando ela achar que o serviço não tá correto, ou que ela teve alguma dificuldade de atendimento, ela tem que colocar 1746, porque, as Superintendências e as Coordenadorias da Prefeitura, só conseguem ter acesso se algo está acontecendo de errado, através das denúncias do 1746, senão é impossível fazer diagnóstico do que acontece dentro das unidades.

Conforme a declaração acima, algumas pessoas entrevistadas argumentam que é necessário melhorar os canais existentes de denúncias, desenvolvendo mecanismos de feedback que permitam ouvir diretamente a comunidade LGBTI+ sobre suas necessidades e experiências de atendimento, de modo a encorajá-las a denunciar casos de tratamento inadequado, com a finalidade de corrigir erros e melhorar a qualidade do atendimento à essa população.

Sobre tal alegação, indubitavelmente compreende-se que a realização de um diagnóstico para a melhora de um serviço só é possível, mediante a notificação da ocorrência. A falta de registro ou a insuficiência de dados para fornecer um diagnóstico mais preciso da realidade de saúde dessa população, compromete a eficácia dos serviços de saúde, especialmente da ESF, que é a principal porta de entrada para a população, incluindo a comunidade LGBI+. Tanto os casos de violência, quanto os de doenças devem ser notificados, pois a omissão dessas informações, representa um risco para a saúde do indivíduo (FERREIRA, 2022). Um estudo realizado sobre o perfil das notificações das violências cometidas contra LGBTI+ no Brasil, entre 2015 e 2017, reforça a relevância da obrigatoriedade de notificação e a necessidade de preenchimento correto dos campos referentes à orientação sexual e identidade de gênero, a fim de gerar dados que embasem medidas de combate ao problema (PINTO *et al.*, 2020). Neste sentido, pondera-se o quão justificável é a proposta sinalizada, principalmente considerando que a prefeitura do MRJ já disponibiliza esses canais de comunicação entre a população e a gestão.

Outro resultado confirma a demanda pela inserção de temas LGBTI+ no processo formativo de profissionais de saúde:

DSC 4- Incorporação de Temáticas LGBTI+ na Formação Médica

Sei que não é atribuição do município, mas eu acho que o município pode conversar com as instituições privadas e públicas de educação, porque tem que vir lá de trás, não tem como também você chegar pro médico formado, e dizer pra eles assim: Olha, agora eu vô te dar uma aula sobre LGBTI+ porque seria necessário que tivesse isso dentro da faculdade. São situações, que eu como ativista, são situações médicas que eu não vou saber como explicar pra eles, então só médicos que tem essa experiência vão conseguir. Isso temos poucos sabendo né? É fazer com que essa população, essas instituições de educação escutem a população LGBTI+. Isso que eu tô fazendo aqui, que é dar essa entrevista, é porque alguém se prontificou a me ouvir, eu sou parte de uma população que não é ouvida! Então a gente precisa, de que mais pessoas nos escutem, nos ouçam, não adianta vir com um prato feito, se eu por exemplo, numa macarronada, se eu não posso comer glúten (risos) aí fica difícil; tem que nos ouvir, tem que saber o que a gente realmente precisa, o que que tá fazendo falta. Porque a visão de quem trabalha dentro da Clínica da Família, para essa Clínica é uma coisa, a minha que tô usando o espaço, é outra totalmente diferente; então é isso.

O DSC 4 revela um itinerário possível através do município, que é a abertura do diálogo com instituições de educação médica pública e privada, para a inclusão de temáticas sobre a comunidade LGBTI+ desde o início da formação médica para os/as profissionais de saúde, para que possam intervir de modo adequado e resolutivo em relação às situações médicas referentes a essa população. O discurso também enfatiza a importância da escuta, ratificando que a exemplo dessa pesquisa, é preciso ter quem ouça o que essa população precisa, pois normalmente isso não acontece.

Uma outra parcela de pessoas que participou da pesquisa, descreveu estratégias e caminhos complementares para colaborar na melhoria do cuidado na CF ou no serviço público de saúde a exemplo de:

DSC 5- Parceria entre Movimentos Sociais e Ativistas LGBTI+ e, Instituições Públicas

Sim, eu acho que pode sim, com esses movimentos LGBTI+ irem aos postos de saúde, aos hospitais municipais e federais, entendeu, fazer, ir fazer uma visita, dizer como tem que fazer, como deve ser feito e cuidado e eu acho que se pegar esses grupos né, que são mais vividos, que sabem, que tão ali na luta e colocar dentro da área de saúde, eu acho que vai ser bom, vai ser bom tanto para os grupos LGBTI+ de movimentos LGBTI+ né, como a área de saúde. Eu acho que é bem importante, o grupo da área de saúde, os hospitais federais, municipais, estaduais até os postos mesmos de saúde como eu tô dizendo, receber essa galera. É bom colher algumas informações, vai ter outro olhar: Caramba, eu acho que eu tô fazendo errado! Ter esse canal junto com as, com os ativistas, junto com a comunidade LGBTI+ sempre aberto, e pra isso a gente tem aí CEDS RIO, Rio sem LGBTfobia, aproveitar esses espaços, isso é muito importante porque aí a saúde vai melhorar muito, mas só basta isso, basta nos ouvir e capacitar essa população que já trabalha lá dentro das Clínicas.

A declaração supracitada propõe o estabelecimento de parcerias entre organizações LGBTI+ e os diferentes níveis de atenção e assistência à saúde, para melhorar o entendimento dos/das profissionais de saúde sobre as experiências e necessidades desta comunidade.

Diante da exposição, nota-se que os MOVVS cumprem um importante papel em prol da efetivação dos direitos da população LGBTI+ no SUS. Importa sublinhar nesse contexto, que a voz da coletividade fortalece as diferentes representações e traz visibilidade a populações em situação de vulnerabilidade social até então marginalizadas e invisíveis, garantindo-lhes fala, para que possam atrair a atenção de gestores/as que tenham governabilidade e vontade política para modificar dadas realidades.

Agrega-se ao exposto, um aceno à manutenção de um canal constantemente aberto, que possibilite um trabalho coadunado com ativistas e com a comunidade LGBTI+, aproveitando espaços de instituições potentes como a Coordenadoria da Diversidade Sexual da Prefeitura do Rio⁵⁴ (CDS-Rio) e o Programa Rio sem LGBTfobia⁵⁵.

Ainda sobre ações que podem ser implementadas ou aperfeiçoadas para melhorar o cuidado, destaca-se:

DSC 6 - Desenvolvimento de Programas e Estudos de Geriatria LGBTI+

Uma outra coisa que eu acho importante, é, começarmos a pensar, como a geriatria vai cuidar de pessoas LGBTI+, porque a população brasileira está envelhecendo e, pessoas LGBTI+ também, ou seja, uma preparação pra essas, por quê? A população brasileira está envelhecendo e pessoas LGBTI+ vão envelhecer também. Então, se nós não estivermos preparados pra isso, nós teremos um outro problema, uma geriatria de um posto de saúde que não sabe cuidar de uma pessoa LGBTI+, porque nunca teve essa experiência, é isso.

Não é a proposta aqui aprofundar a discussão acerca da ação referenciada pelo DSC 6 porém considera-se relevante a breve exposição, pois o relato destaca a necessidade de considerar o cuidado com a saúde de pessoas LGBTI+ em todas as fases da vida, principalmente a população que está envelhecendo.

Socialmente falando, entende-se que há a construção de uma realidade comum que está centrada na necessidade de cuidado e atenção especializada para a população idosa no geral, quer seja heterossexual, quer seja homossexual, uma vez que ambas as populações enfrentam

⁵⁴ Órgão da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, que tem por objetivo informar e orientar o público LGBT e a sociedade como um todo. Disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9492017/4238301/GuiadaDiversidade.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2023.

⁵⁵ Programa coordenado pela Superintendência de Políticas para LGBTI+ da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos do governo do estado do Rio, que auxilia pessoas que sofrem discriminação, realizando auxílio social e psicológico e assessoria jurídica. Disponível em: <https://enfoco.com.br/noticias/cidades/lgbtfobia-mais-de-60-mil-vitimas-foram-atendidas-no-rio-em-5-anos-94949>. Acesso em: 5 jun. 2023.

em relação à faixa etária, obstáculos, receios e conflitos (LIMA; SANTIAGO; ARRAIS, 2014). Entende-se portanto, que é fundamental volver o olhar para pessoas LGBTI+ mais velhas, do ponto de vista que pessoas pertencentes a um desses segmentos, tem as suas vidas permeadas por uma dupla vulnerabilidade biopsicossocial: a de ser idosa e a de ser LGBTI+ pois conforme postula Becker (2008), os/as idosos/as homossexuais são afetados/as pelo silêncio e duplo estigma, que recai sobre tanto sobre a sua idade, quanto sobre a sua orientação sexual.

Recentemente, surgiram algumas publicações que abordam, embora de forma discreta, os processos de envelhecimento de indivíduos bissexuais, transgênero, transexuais, intersexuais, pessoas que se identificam como queer e outros. No entanto, essas pesquisas ainda são claramente minoritárias dentro do contexto geral mencionado (HENNING, 2017).

Concluindo, a última ação manifestada referente à pergunta 10 se refere a:

DSC 7- Promoção de Diversidade de Profissionais nos Espaços e Serviços de Saúde

É, enquanto profissional de saúde e técnica em enfermagem eu falo que a gente enquanto sociedade, enquanto comunidade, enquanto seres né, participantes dessa mesma sociedade, a gente se trata dentro desses espaços é...enquanto iguais, pares na verdade né... se eu acesso um serviço, que eu não vejo outros pares, de que forma que eu vou ter um acolhimento para aquela pessoa? Eu não vou ter um acolhimento, então eu sinto muita falta desses profissionais estarem, porque a gente tem sim, e eu sou prova viva disso, profissionais é...capacitados pra poder tá atuando, mas aí a gente já vê, que o sistema ele é tão transfóbico que ele não permite que a gente acesse esse serviço enquanto pacientes, mas também não permite que a gente acesse esse serviço enquanto profissionais. Então, eu acho que falta sim, essa demanda de profissionais, de outros pares para que as pessoas se sintam de certa forma acolhidas, ou que elas vejam que a sua demanda pode ser atendida ali né, diante de uma pessoa que ela se identifica, porque se eu vejo uma pessoa que eu me identifico fica muito mais fácil de eu tratar das minhas questões, fica muito mais fácil de eu – Olha, tá acontecendo isso, de eu me abrir sobre uma questão que tá acontecendo comigo.

O DSC 7 aponta para a importância da diversidade e da representatividade LGBTI+ nos quadros de profissionais da saúde, de forma a promover um ambiente de atendimento mais inclusivo e acolhedor. No relato em questão é possível realçar que determinadas questões relacionadas a esta população, como por exemplo, o compartilhamento de uma situação que está acontecendo, são abordadas com mais facilidade, diante da representação de pessoas LGBTI+ nesses espaços. Enfatiza que a presença de pares exercendo esse cuidado, pode gerar uma resposta positiva e diferenciada em relação ao acolhimento. Contudo, pondera que a falta de profissionais transgênero nas CF e no serviço público de saúde, decorre do sistema que é institucionalmente transfóbico não permitindo que tais pessoas acessem o serviço como

pacientes e, nem como profissionais.

Para a elaboração do DSC referente a pergunta 11 (Tabela 8) foi feita a seguinte pergunta: Você poderia contar uma experiência positiva que teve ou uma boa prática que observou/vivenciou em relação a atuação de profissionais que lhe atenderam na Clínica da família que você frequenta?

A Tabela 8, ilustra a Frequência da ICDSC referente a pergunta supracitada.

Tabela 8 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 11

Dimensão Temática/Pergunta	Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo	Frequência	Frequência relativa (%)
Você poderia contar uma experiência positiva que teve ou uma boa prática que observou/vivenciou em relação a atuação de profissionais que lhe atenderam na Clínica da família que você frequenta?	Não Tem Coisas Boas Para Contar	8	44,4
	Cuidado Continuado e Personalizado	4	22,2
	Presença e Atuação de Profissionais LGBTI+	3	16,6
	Disposição de Profissionais em Aprender e Evoluir	2	11,1
	Respeito à Identidade e ao Nome Social	1	5,5

Nota: Algumas respostas dessa pergunta por referenciarem especificamente vivências e experiências pessoais, acabaram trazendo uma limitação para a discussão. Isso porque algumas pessoas quando fizeram suas declarações, abordaram perspectivas interessantes sobre outros serviços e equipamentos de saúde, porém esses não dialogaram com o recorte/equipamento abordado na pesquisa, dificultando a categorização das Expressões-Chaves que contém a essência das opiniões e, conseqüentemente, a reunião das Ideias Centrais de sentido semelhante.

Fonte: Elaboração própria com base em Costa (2015).

Em relação a pergunta 11 (Tabela 8) a ICDSC que obteve a maior frequência foi:

DSC 1- Não Tem Coisas Boas Para Contar

Humm (bem pensativa) olha, infelizmente ainda não! Eu não tenho um bom relato pra poder falar e isso é ruim né? Quando você fala assim, eu começo a ver tudo o que eu passei, ao contrário de tudo que você tá dizendo (risos emocionados). Infelizmente, eu gostaria de um dia chegar lá, e ser tratada de uma forma coerente como todos, não só eu, mas o todo né. Sem esse negócio de salinha, de ir para um lado, para o outro e, o atendimento sendo compartilhado com todo mundo ao mesmo tempo. Quando acontece uma coisa boa, a gente logo sabe de cara né lembro desse dia, eu fui super acolhida e foi o máximo! Então assim, o entristecedor da pergunta é isso, porque não tem um feedback positivo, pelo contrário, a gente tem sempre um feedback negativo, e fica aquela coisa né, até quando que a gente vai ter esse feedback negativo? Até quando que a gente vai ter que ficar fugindo de ter esse acesso? Por que a gente sofre violência lá dentro? Então, não tem nada pra poder responder.

O discurso acima revela a percepção negativa das pessoas entrevistadas referente a dois

aspectos: O primeiro se refere à conduta profissional. Observa-se que segundo a declaração, o tratamento destinado às pessoas LGBTI+, além de ser incoerente se comparado às demais pessoas, acaba ocorrendo de modo não individualizado. Sobre tal aspecto, infelizmente, a população LGBTI+ ainda enfrenta uma situação de marginalização nos serviços de saúde, devido à discriminação e estereótipos, bem como à falta de formação dos profissionais da área e insensibilidade em relação às suas necessidades, o que acaba resultando em serviços de má qualidade (ANDRADE; BARROS; ALBUQUERQUE, 2021) e afastamento dessas pessoas dos serviços de saúde aumentando as vulnerabilidades a este segmento social (ROCHA; SAMPAIO, 2022).

O segundo se refere aos procedimentos institucionais. Note que tanto a sala de espera, quanto o deslocamento contínuo dentro do equipamento, de um lado para o outro, denota certo incômodo entre as pessoas entrevistadas. Em relação ao exposto, concebe-se que a ausência de um ambiente adequado para essa população e suas necessidades na prestação de cuidados de saúde, pode resultar em atendimento insatisfatório e na negligência de informações, tanto por parte da paciente quanto do profissional (TRAVASSOS; ALMEIDA; MARTINS, 2021).

Nota-se também em última análise, a partir do trecho extraído do DSC supracitado, que a ausência de um relato positivo, também decorre de um cenário vivenciado de LGBTfobia e violência institucional.

[...] Até quando que a gente vai ter que ficar fugindo de ter esse acesso? Por que a gente sofre violência lá dentro? Então, não tem nada pra poder responder.

O trecho acima, corroborado por Rocha e Sampaio (2022) revela que a LGBTfobia institucional é um obstáculo que além de resultar em violência, desrespeita as singularidades dos sujeitos, ferindo a dignidade e o direito ao acesso com equidade.

Se por um lado, o DSC 1 revela uma percepção negativa das pessoas entrevistadas, referente a determinadas condutas profissionais e procedimentos institucionais, por outro, destaca-se distintas situações positivas que merecem ser relatadas como as descritas na sequência de discursos:

DSC 2- Cuidado Continuado e Personalizado

É, eu achei muito positivo quando eu procurei um funcionário e ele me deu toda a orientação; ele me levou até o local e assim, eu acho que isso foi um ponto muito positivo, fui bem atendido pelo médico que me acompanha no caso até hoje; ele é um ótimo médico e atende a comunidade trans; então isso pra mim foi um grande diferencial, assim, de ser bem atendido por essas duas pessoas né, eu achei muito legal esse carinho, essa atenção especial que essa pessoa teve comigo. Nessa Clínica, profissionais se colocaram abertos para

inserir nas suas agendas, públicos de pessoas trans porque, o IEDE não tava dando conta, porque o HUPE não tava dando conta, porque na verdade nenhum desses espaços hoje é... dão conta dos nossos corpos né? Eles estão sempre ligando para saber como estão as pessoas LGBTI+ atendidas que fazem parte de projetos como o Grupo Transrevolução e Casa Nem. Além disso, a dentista que me atende é maravilhosa, eu me sinto num consultório dentário particular.

Ao contrário do discurso anterior, o DSC 2 enfatiza positivamente a importância do acompanhamento regular, do cuidado personalizado e da atenção direcionada a saúde integral de pessoas LGBTI+ principalmente de pessoas transgêneros. Aborda também, a experiência positiva com profissionais, como o médico e a dentista que foram acolhedores, respeitosos e eficazes no atendimento à saúde.

Além disso, são explicitadas outras boas práticas observadas/vivenciadas em relação a atuação de profissionais, expressas nos DSC 3 a 5, conforme se observa:

DSC 3- Presença e Atuação de Profissionais LGBTI+

Na Clínica da Família que eu era atendido, era interessante porque você tinha educadores, Agentes Comunitários de Saúde, trans, então assim, tinha uma questão de inclusão e, também esses Agentes Comunitários eles atuavam com a comunidade LGBTI+ da região, então foi muito bacana a questão dessa figura educador de par, ela é muito importante. Eu acho que esse educador de par deveria se incorporar no quadro de profissionais da saúde. Eu também gostava muito quando eles faziam roda de conversa ali né com a população, e achava que as Agentes Comunitárias tinham a atitude mais proativa assim pra atender a gente, encaminhar e tal, ela me conhecia pelo nome; ela já tinha ido lá em casa pra verificar se eu morava no bairro, enfim, tinha uma aproximação melhor. Eu acho que isso é uma coisa boa né, um acolhimento interessante.

DSC4- Disposição de Profissionais em Aprender e Evoluir

Eu já fui atendida por uma profissional de ginecologia, na qual realmente ela não sabia como lidar com este corpo e ela foi muito nítida naquele momento. Ela disse: Olha, pra mim você não precisa colher preventivo se não transa com homens. Daí eu questionei pra ela: Tá, mas e as minhas outras práticas sexuais, você não sabe por exemplo se eu tenho uma prática sexual com a minha parceira e a gente transa por exemplo trocando fluído sanguíneo, se a gente tiver menstruada, o sangue não é uma porta aberta pra qualquer infecção? E aí naquele momento, ela parou e falou: Caramba! Você tá me falando uma coisa que eu nunca tinha parado para pensar e aí ela foi pesquisar sobre aquilo porque meses depois, ela tava lá sabe, com umas perguntas; ela teve outro olhar, ela teve um cuidado de perguntar por exemplo se eu já tinha tido é, outras práticas anteriores, se aquele espécuro que ela tava usando, se tava machucando, se era o ideal, então isso mostra, que a pessoa está aberta à diversidade né, que foge aquele olhar, daquele corpo que tava ali na frente dela. Além disso, na segunda dose de reforço da Covid quando eu fui tomar a vacina, fui com uma camisa escrita “HIV o que você vê” e, toda equipe de enfermagem ficou bem feliz, veio me cumprimentar disseram que tavam procurando espaços onde pudessem aprender mais sobre pessoas vivendo com HIV pra poder ter essa vivência melhor e levar pra prática porque tinham interesse, em fazer um acolhimento diferenciado.

DSC 5- Respeito à Identidade e ao Nome Social

Sim, sim, sim! Eu tenho uma assim que eu gosto sempre de contar, que é muito legal, muito legal, muito bacana porque assim, a gente tem as coisas que são difíceis, que são pesadas, são dolorosas e marcam mais a gente né? Mas tem coisas que são boas também é... eu vou contar uma historinha: Eu morava em Olaria. Eu era atendido por uma Clínica e essa Clínica da Família eu só tinha atendimento lá, porque a Clínica de Olaria eu não conseguia nem fazer o nome social no cartão SUS, é um absurdo, mas não conseguia porque olhavam pra mim e não sabiam o que fazer. Nessa clínica, a médica fazia parte dessa rede de acolhimento que acolhia pessoas inclusive de fora do território dela. Eu fui lá pra fazer, já tava trabalhando na [instituição x] e fui lá pra fazer uma sensibilização e fiquei conhecido pela sensibilização. Eu não tinha...usava o nome social de boca, não tinha documentação nenhuma com nome social e... me apresentei lá como x, fiz a sensibilização pros ACS, maravilhoso, adoro ACS, sou apaixonado por eles, e... eu fui pra casa e tal viver a vida. Só, que eu precisei do atendimento lá, um exame de sangue, e quando eu cheguei lá, tinha uma menina, eu achei isso ótimo sabe, ninguém ficar gritando, isso começa por aí. Foram treinados pra isso! Então a menina recebia as pessoas em uma fila, ela te olhava, ela olhava o seu documento e eu tinha treinado esse pessoal pra falar assim... é... usar termos que não fossem binários, né, primeira coisa; se tivesse necessidade, que perguntasse: é... Bom dia, como é que eu posso te chamar? Qual é o seu nome? Pra que a pessoa se identificasse e a partir daí, ela poderia tratar essa pessoa; eu cheguei, mostrei meu documento, ela me reconheceu, ficou olhando pra minha cara, reconheceu, viu ali que o documento era o nome antigo e ela falou: Oi senhor x, bem assim! Olhou pra minha cara, tudo bem? Aí eu: Tudo bem! Senhor x, vou colocar o seu nome aqui tá? Fiquei todo bobo.

Contemple que é possível considerar no DSC 3, o impacto positivo de ter profissionais de saúde LGBTI+ na equipe, especialmente em funções como Agentes Comunitários e Educadores de Pares, bem como a importância de promover espaços de diálogo, tais como rodas de conversa, para uma maior aproximação e entendimento mútuo.

Já o DSC 4, ilustra a experiência positiva de uma profissional de saúde que, mesmo inicialmente não possuindo conhecimento adequado, buscou aprender e adaptar suas práticas para melhor atender a população LGBTI+. Enfatiza também a importância de ter profissionais de saúde que estejam abertos/as para aprender sobre as especificidades da população LGBTI+ e se qualificar para melhor atendê-las, principalmente no que se refere a pessoas vivendo com HIV.

Por último, o DSC 5 destaca a importância do respeito ao nome social e à identidade de gênero das pessoas, trazendo uma experiência positiva onde a pessoa foi corretamente identificada e tratada pelo nome social, mesmo sem ter documentação constando o mesmo.

Diante das distintas realidades encontradas nos discursos acima, percebe-se que as representações sociais sobre uma experiência ou uma boa prática observada/vivenciada pelas pessoas que participaram da pesquisa, estão intrinsecamente fundadas no valor que elas atribuem

à forma em que foram acolhidas e cuidadas em seus atendimentos na CF.

Um fato interessante a observar, é que tais experiências ocorreram em CF que se localizam em APs distintas, ou seja, isso demonstra que é possível estabelecer normas e protocolos de atendimento consoantes, aproveitando a sensibilização de profissionais que já atuam nessa perspectiva de garantir a equidade no cuidado em saúde à população LGBTI+ e transformar a realidade de saúde dessas pessoas nos distintos territórios.

Neste sentido, se situações negativas ocasionam o agravamento do estado de saúde dessa população, prejudicando a diversidade de gênero e a dignidade da pessoa humana, uma escuta qualificada oferecida por trabalhadores às necessidades do usuário, amplia a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2009).

Por fim, concluindo a discussão da pesquisa, para a elaboração do DSC referente a pergunta 12 (Tabela 9) foi feita a seguinte pergunta: Você gostaria de acrescentar algo sobre o cuidado na Atenção Básica a pessoas LGBTI+? Caso sim, o que seria?

A Tabela 9, ilustra a Frequência da ICDSC referente a pergunta supracitada.

Tabela 9 – Frequência da Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo com 30 participantes LGBTI+, que integram os grupos Pela Vidda, Arco-Íris, Transrevolução, Conexão G e Liga Transmasculina Carioca João W. Nery- pergunta 12

Dimensão Temática/Pergunta	Ideia Central do Discurso do Sujeito Coletivo	Frequência	Frequência relativa %
Você gostaria de acrescentar algo sobre o cuidado na Atenção Básica a pessoas LGBTI+? Caso sim, o que seria?	Urgência na Capacitação de Profissionais para Atendimento de Pessoas LGBTI+	21	67,7
	Relevância da Saúde Mental e Endocrinologia para Pessoas LGBTI+	7	22,5
	Necessidade de Pesquisas e Conhecimento sobre a Hormonização	1	3,2
	Importância da Pesquisa e Adaptação de Tecnologia em Saúde	1	3,2
	Descentralização do Serviço	1	3,2

Fonte: Elaboração própria com base em Costa (2015).

Em relação a pergunta 12 (Tabela 9) a ICDSC que obteve a maior frequência foi:

DSC 1- Urgência na Capacitação de Profissionais para Atendimento de Pessoas LGBTI+

Só acho quando a gente for passar por exames ginecológicos, que coloquem pessoas aptas que possa lidar com trans, com lésbica, que bota uma pessoa que entenda, que a gente mesmo sem, sem ter relações sexuais com homens, a gente possa fazer o exame Papanicolau, só isso! Que não façam perguntas indiscretas. Eu já sai da clínica porquê me perguntou se eu era lésbica, eu falei que era: Ah, então você não tem relações com homens? Não! Ah então você não precisa tá aqui pra fazer o exame! Aí eu não fiz o exame e, eu também

não insisti, porque eu me senti muito envergonhada. Eu esperei desde cedo, fui atendida a tarde, pra receber essa resposta. Eu acho que falando também de pessoas trans, elas quem mais sofrem nesses espaços; as maiores violências que acontecem ali, são com as pessoas trans. Essas pessoas não são tratadas e, são as que mais precisam de mudanças ali, então, precisa de um sistema que entenda, que essa pessoa, ela é um homem trans e ela precisa acessar um ginecologista, que entenda que é...as mulheres travestis, precisam ir ao urologista. Eu vou fixar no que eu falei, precisa ser formado, eu não sei, uma comissão, um grupo, algo que seja integrado com os dois poderes, o estadual e o municipal; precisa ser urgentemente entendido, para tá capacitando os médicos para atender o público LGBTI+ nas Clínicas da Família, em todo território do Rio de Janeiro.

A declaração expressa no DSC 1, revela a premência de profissionais de saúde treinados/as e sensíveis para lidar com as necessidades específicas das pessoas transgêneros e lésbicas nas áreas ginecológica e urológica, em todas as CF do MRJ, de modo a evitar perguntas indiscretas e garantir o acesso a exames como o Papanicolau, acrescentando-se outro, a mamografia. Isso inclui o processo de formação e capacitação e, para tal, surge como proposta identificada no DSC aludido, a criação de comissões ou grupos para impulsionar essa formação.

Destaca-se que no contexto da saúde brasileira, a temática de gênero e diversidade sexual é marginalizada e recebe pouca importância. A formação médica baseada na perspectiva cisheteronormativa – pode dificultar o acesso e considerar a orientação sexual e identidade de gênero como desvios da norma. Acolher e cuidar de pessoas LGBTI+, perpassa o respeito pela identidade de gênero e orientação sexual e a compreensão de seus corpos e práticas sexuais, isso inclui a realização de exames em mulheres lésbicas e respeito as pessoas trans aqui reconhecidas como as que mais sofrem violências nesses espaços.

Sobre o assunto sobredito, de acordo com a organização internacional Transgender Europe, entre 2008 e 2011, 325 pessoas transgêneros foram assassinadas no Brasil. Infelizmente, a maioria das vítimas são mulheres transgêneros e travestis. Até meados de 2012, de acordo com dados do GGB, foram registrados 93 assassinatos de travestis e transgênero.

Já a organização não governamental (ONG) Observatório de Mortes e Violências contra LBGTI+ divulgou em 2023, o Dossiê de Mortes e Violências contra LGBTI+ no Brasil. O relatório denuncia que, no ano de 2022 ocorreram 273 mortes LGBTI+ de forma violenta no país. Dessas mortes 228 foram assassinatos, 30 suicídios e 15 outras causas.

Essas violências seguem um padrão de crimes de ódio, motivados pelo preconceito contra características que identificam a vítima como parte de um grupo discriminado e socialmente desprotegido. Esses crimes são caracterizados pela brutalidade com que são cometidos, muitas vezes envolvendo múltiplas facadas, tiros repentinos e lapidações (JESUS, 2012).

Convém ressaltar aqui, que milhares de pessoas morrem todos os dias no Brasil e no mundo, mas o que se fala aqui se refere a um tipo de violência que especificamente é provocada pela intolerância e pela discriminação em relação a pessoas LGBTI+, em especial transgênero. Entende-se que essas ocorrências, são a face extrema da hostilidade que a pessoa transgênero vivencia em relação a sociedade cotidianamente, o que justifica e ratifica ainda mais, a importância de um atendimento cuidadoso, acolhedor e afetuoso a essa população.

Além do mais, ao discurso analisado, corroboram os achados da pesquisa realizada por Rocha e Sampaio (2022) onde os autores evidenciaram que todos os/as participantes, reconheceram que pessoas transexuais e travestis são as que mais sofrem discriminação e estigmatização social, uma vez que a identidade de gênero é algo mais notório do que a própria orientação sexual.

Além do DSC que revela a IC discutida, emergiram outras questões como propostas sobre o cuidado em saúde a pessoas LGBTI+ na AB, que podem suscitar reflexões e produções futuras como observados nos DSC 2 a 5, tais como:

DSC 2- Relevância da Saúde Mental e Endocrinologia para pessoas LGBTI+

Eu acho que eu já falei não? Ó, eu acho que pode interseccionar com algumas ações que já falei senão vai ficar muito redundante nas perguntas. Mas eu complemento com isso: Saúde mental né? Hoje as pessoas entendem que hormônio é importante, é! Mas eles tem uma prioridade em manter vivo e, se eu tomar um hormônio hoje e, eu não tenho uma base que me mantém ali, aí eu tô falando de um endócrino, tô falando de psiquiatra, tô falando de qualquer outra coisa, eu não vou conseguir aguentar aquilo dali. Hoje eu tô procurando atendimento psiquiátrico porque eu tenho crise de ansiedade e às vezes eu fico muito pensando em problemas no geral, e aí você procurar a questão da Saúde Mental no serviço da saúde é muito complicado. No Brasil como todo, no Rio de Janeiro, principalmente, tem poucos lugares de referência, um dos principais é o IPUB na UFRJ, só que hoje é pelo SISREG então você sabe Deus quando vai ser atendido!

O DSC 2 discute a importância do cuidado e da saúde mental para a população mencionada, pontua as dificuldades no acesso a serviços psiquiátricos e, revela a necessidade de ampliar os centros de referência em saúde mental. Isso se justifica, dadas as experiências cotidianas vivenciadas por essa população, decorrentes da LGBTfobia e, da falta de acolhimento na família, na sociedade e dentro do sistema de saúde, principalmente em período pós pandemia.

Revisão integrativa realizada por Simão *et al.* (2022) nas bases de dados Scopus, Medline, Web Of Science e ScienceDirect, evidenciou que a COVID-19 trouxe um aumento de sinais e sintomas negativos a saúde da população LGBTQIA+ como depressão, ansiedade e estresse. A pesquisa demonstra que os estudos publicados nos últimos três anos (2019 a 2021)

revelam, dentre outros:

- Aumento de estresse, depressão e discriminação entre as lésbicas e gays, ao contrário dos heterossexuais/cisgênero;
- Níveis mais elevados de sintomas depressivos em mulheres bissexuais autoidentificadas, em comparação com participantes do sexo masculino e heterossexuais e gays ou lésbicas e,
- Presença de elevados sintomas depressivos em pessoas transgêneros, apontadas como as mais impactadas pela pandemia.

Diante do exposto, ressalta-se que desenvolver estratégias que construam abordagens e intervenções específicas para a população LGBTI+ na rede ampliada de Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, é um dos objetivos da PNSIPLGBT, que está embasada nos princípios estabelecidos na Carta Magna do Brasil, promulgada em 1988, para a garantia da cidadania e dignidade da pessoa humana.

No tocante ao próximo DSC observa-se:

DSC 3- Necessidade de Pesquisas e Conhecimento sobre a Hormonização

Tá! Então agora vamos falar um ponto que eu já falei, que é a parte da geriatria, é muito importante; ela precisa se colocar nesse sentido e, um esforço de... sei lá, pesquisa, de aula, alguma coisa assim para todos os profissionais no posto de saúde, com relação às modificações pontuais que acontecem após a hormonização. Por que que isso é importante? Porque o uso de hormônio faz a modificação corporal e, essa modificação corporal, quando você toma hormônio o resto da vida, ela é uma modificação que não termina; então, não é a mesma coisa que você tratar um corpo Cis. É você pensar, que você está tratando um corpo sempre adolescente; isso é uma questão que não se reduz a Clínica da Família, mas a todo serviço de saúde; e aí esbarra num problema que é grandioso, que todo movimento social vai falar sobre isso; não temos estudos longitudinais, com relação a hormonização; então não temos certeza, do que vai acontecer, com variadas populações que tomam hormônio durante tantos anos. Eu falo isso sobre a questão intersexo, que é um ponto que nós não entramos; eu fui hormonizando aos dez anos de idade, para o feminino, o meu corpo já convive com hormônios há pelo menos trinta anos. Teve seus momento de passado, e por exemplo, eu não tenho a mínima ideia do impacto que o hormônio feminino e o hormônio masculino tiveram no meu corpo, porque não há pesquisa pra isso e não há gente interessada em pesquisar isso.

O DSC 3, aborda a necessidade de mais pesquisas e estudos sobre o processo de hormonização e seus efeitos a longo prazo, ressaltando a importância do treinamento dos profissionais de saúde, acerca das especificidades da hormonização.

Segundo Augusto, Oliveira e Polidoro (2022) a hormonioterapia é definida como a aplicação de compostos endócrinos externos, com o objetivo de promover transformações

corporais, diminuir a produção de hormônios sexuais endógenos e, elevar os níveis hormonais de acordo com a identidade de gênero do indivíduo. Os autores destacam ainda, que no processo de cuidado a pessoas transgêneros, a hormonioterapia somada a limitada rede de serviços de saúde especializados, a desinformação, a falta de normatização de atendimento, o uso de hormônios e o monitoramento adequado, são nós críticos que podem ser citados.

A pesquisa sobre processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina feita por Lima e Cruz (2016) revelou que a automedicação emerge como uma alternativa em que indivíduos transgênero driblam, de diversas formas, a burocracia, os protocolos e os obstáculos, se medicando por conta própria e frequentemente comprometendo sua própria saúde. O perigo da automedicação com hormônio é verificado na pesquisa, no relato de Eduardo, transexual que adquiriu problemas de saúde decorrentes do uso de testosterona escondido, adquirido através de receita falsa durante muito tempo, e em decorrência desse consumo, teve dois AVCs por falta de acompanhamento.

Portanto, conclui-se que é necessário o monitoramento do uso desse medicamento pois as pessoas que não tem acompanhamento, podem estar expostas a riscos à sua saúde.

O penúltimo DSC gerado, referente a pergunta 12 foi:

DSC 4- Importância da Pesquisa e Adaptação de Tecnologia em Saúde

Então, uma coisa que melhorou muito que veio com a pandemia da Covid foi o Teleatendimento. Eu acho que se você incorporar no serviço público no mundo todo, para uma coisa assim, se você tem por exemplo, uma demanda que ela é cotidiana, no meu caso é a questão da PREP, então eu sei que eu tenho que ir de tanto em tanto tempo fazer exames, ir lá buscar medicamento e tals, então esse processo da Telemedicina adiantou muito, porque não preciso perder às vezes, horas lá na Fiocruz para ter um atendimento, para conversar com a psicologia. Faço pelo telefone na véspera de ir lá, faço meu autoteste, no dia vou lá só para poder fazer o exame confirmatório e pegar o meu medicamento, dinamiza muito meu tempo.

O DCS 4 reconhece o papel potencial da telemedicina em melhorar o acesso aos cuidados de saúde para a comunidade LGBTI+ destacando a eficácia do teleatendimento, especialmente no que diz respeito à economia de tempo e conveniência.

Observa-se que, o recurso desempenhou um papel fundamental na prestação de serviços de saúde, vale dizer que tanto público quanto privado.

No referido tempo histórico, da pandemia da COVID-19, onde prevalecia a necessidade de minimizar a propagação do vírus e reduzir a redução "carga" sobre os sistemas de saúde, o uso da telemedicina foi amplamente incentivado como uma forma segura e eficaz de fornecer assistência médica, possibilitando a prestação de serviços médicos a distância, por meio de

tecnologias de informação e comunicação, tais como videoconferências, aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz como WhatsApp via smartphones e tablets, demonstrando que essa abordagem tem a capacidade de superar barreiras geográficas, garantindo acesso à assistência médica em áreas remotas e reduzindo os custos associados ao deslocamento (ROCHA *et al.*, 2021).

É importante ressaltar que a telemedicina não substitui completamente o atendimento médico tradicional em pessoa, mas sim, complementa a qualidade dos cuidados, ao ampliar a cobertura de saúde e facilitar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes.

De acordo com Uesugi *et al.* (2022) apesar de algumas complicações em relação à adesão e à implementação da telemedicina no território nacional, é inegável que essa prática traz diversas vantagens para o sistema de saúde público, uma vez que com investimento financeiro e capacitação profissional, problemas recorrentes no sistema de saúde podem ser resolvidos com efetividade. Os autores ponderam ainda que esse tipo de atendimento, além de apresentar um potencial para contribuir na democratização do acesso da população aos serviços, uma vez que reduz gastos e tempo com transporte (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016), corrobora para facilitar o monitoramento eficiente da evolução clínica de pacientes portadores de doenças crônicas.

No país, foram realizadas diversas iniciativas no desenvolvimento da telemedicina, com um foco particular na integração com o SUS. Destacam-se o Programa Telessaúde Brasil, a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) e a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). O Programa Nacional de Telessaúde, estabelecido em 2007 pelo Ministério da Saúde, foi expandido em 2011 e passou a ser chamado de Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes, com um enfoque na Atenção Primária. Este programa abrange 23 estados, alcançando 3.417 municípios e um total de 8.097 pontos de atendimento em 2016. Cada estado desenvolveu serviços específicos de telemedicina de acordo com suas necessidades, como a implementação de serviços de eletrocardiograma remoto em Minas Gerais, a digitalização e envio de radiografias no estado do Rio de Janeiro, assim como o tele diagnóstico de doenças respiratórias crônicas e ecografias obstétricas utilizando a telemedicina no estado do Rio Grande do Sul. Essas iniciativas fortaleceram a conexão entre a telemedicina e o SUS, facilitando o acesso aos cuidados de saúde em áreas remotas, reduzindo os custos de deslocamento e ampliando a cobertura de saúde (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016). Contudo, para que a telemedicina seja realmente implementada na AB, os/as líderes governamentais, os/as profissionais da área da saúde e as autoridades, devem colaborar com a supervisão e com políticas eficazes em relação ao seu uso em todos os níveis assistenciais, além de realizar

investimentos para que essa modalidade de atendimento, diga-se assim, esteja acessível de forma igualitária em todo Brasil.

Concluindo a discussão:

DSC5- Descentralização do Serviço

É... acho que a gente poderia acrescentar, a necessidade de a gente expandir o atendimento ambulatorial pra população trans, específico, tanto no município como, no estado, porque não dá pra no município você ter apenas um centro, um local de atendimento pra população trans. A gente precisa evoluir na descentralização do serviço; eu defendo isso, tem que ter o serviço e em mais unidades, o mesmo serviço; se você pegar uma Clínica da Família, colocar uma Psicóloga, uma Assistente Social, uma Endocrinologista, não tem mistério! Botar na grade o medicamento hormonal e a farmácia distribuir, tem muita complicação fazer isso? Basta vontade política e soltar o dinheiro pra contratar os profissionais e, comprar a medicação, mas dificuldade não? Não é tão difícil assim, e a gente sabe que não é tão difícil, falta vontade muita das vezes, de se fazer.

O discurso referenciado destaca os obstáculos que as pessoas trans enfrentam no sistema de saúde atual, tendo como referência apenas um ambulatório para atendimento.

Focar a atenção em um único local, de fato, não soluciona questões como acesso geográfico, superlotação das unidades, filas e tempo de atendimento, e não resolve problemas históricos negligenciados, como cuidado primário, saúde mental, saúde reprodutiva e sexual entre outros (LEITE; MEDEIROS, 2021).

Tomando como referência Starfield (2002), Leite e Medeiros (2021) repercutem que não é suficiente apenas ter serviços de referência, é necessário que todo o sistema de saúde esteja preparado para oferecer atendimento de maneira integral à população transgênero.

De forma geral, extrai-se que, considerar a descentralização do serviço implica, de acordo com a percepção da pessoa entrevistada, disponibilizar o mesmo serviço em mais unidades e, viabilizar profissionais e medicamentos para atender a demanda, o que em sua visão não é tão difícil, contudo, isso depende de vontade política e da destinação de recursos financeiros para fazer.

É pertinente destacar que, o presente estudo apresentou algumas limitações que merecem menção. Em primeiro lugar, ele foi realizado apenas no MRJ e para se ter um panorama mais abrangente sobre os aspectos abordados, seria necessário ampliá-lo, uma vez que o Estado do Rio de Janeiro é subdividido em 92 municípios e nove regiões de saúde. Em segundo lugar, embora a amostra tenha se revelado rica quanto à diversidade, o seu tamanho limitado impôs restrições. Por fim, por mais vigorosas que fossem algumas declarações, elas não puderam compor o corpo de análise, pois não atenderam integralmente ao enunciado da questão, não

constituindo diálogo com o recorte/equipamento abordado na pesquisa, situação essa que pode ter sido decorrente de um possível viés de resposta por parte do/a entrevistado/a ou por parte da pesquisadora ao elaborar a pergunta.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Articular conceitos teóricos sobre a equidade e os cuidados em saúde, permitiram analisar a luz da **Teoria das Representações Sociais e do Discurso do Sujeito Coletivo**, as **percepções de usuários LGBTI+**, que integram movimentos sociais, sobre o **cuidado** que recebem quando buscam atendimento nas **Clínicas da Família do Município do Rio de Janeiro**. A pesquisa partiu da compreensão do potencial deste equipamento da **Atenção Básica**, em oferecer, por meio da **Estratégia Saúde da Família**, cuidado em relação à população LGBTI+ no território onde os/as participantes vivem e recebem atendimento.

O estudo permitiu traçar o **perfil** das pessoas que participaram da pesquisa como predominantemente transgêneros, homossexuais, nascidas com vagina, com idade entre 30 a 44 anos, negras, com ensino médio completo, renda entre 0 a 2 salários-mínimos, solteiras, em maior parte assistente administrativo/a, integrantes do Grupo Pela Vidda do Rio de Janeiro, Grupo Arco-Íris de Cidadania LGBT, Grupo Transrevolução, Grupo Conexão G de Cidadania LGBT de Favelas e, Liga Transmasculina Carioca João W. Nery, com tempo de atuação entre 2 e 5 anos.

A pesquisa revelou que, as **perspectivas** das pessoas LGBTI+ em relação ao cuidado quando demandam atendimento na Clínica da Família são frustradas, devido às **experiências pessoais de discriminação** que essas pessoas vivenciam, desde a portaria até o consultório médico, comprometendo o cuidado com equidade e o respeito à diversidade.

O estudo também evidenciou que, a população LGBTI+ vivencia experiências de desrespeito, invasão de privacidade e discriminação, sendo as pessoas **transgêneros** identificadas como **as que mais sofrem violências** quando busca o atendimento na Clínica da Família tendo sua identidade de gênero, nome social e pronomes desrespeitados, corroborando com o que a literatura já aponta.

Na percepção das pessoas entrevistadas, os principais **entraves e dificuldades** que se constituem **barreiras para o cuidado com equidade** são o desrespeito à identidade de gênero e à orientação sexual, a negação do direito de uso do nome social, as perguntas invasivas, o desconhecimento de profissionais sobre atendimentos e especificidades de pessoas LGBTI+, especialmente de lésbicas, pessoas transgêneros e intersexo e, a falta de acolhimento e sensibilidade. Entretanto, **relatos positivos** evidenciam a existência de profissionais e instituições de saúde que estão desempenhando um bom trabalho em relação à inclusão, à diversidade e ao atendimento de qualidade à população LGBTI+ nas Clínicas da Família.

Com base na pesquisa produzida, conclui-se que na percepção das pessoas LGBTI+

entrevistadas, para **melhorar o atendimento e o cuidado** em saúde é necessário dentre outras ações: implementar programas de capacitação para todos/as os/as profissionais desde a recepção até o/a médico/a, promover um ambiente de saúde respeitoso e acolhedor, aperfeiçoar e estimular o uso da ouvidoria e manter um canal de comunicação aberto e constante, que possibilite a colaboração com ativistas e a comunidade LGBTI+, aproveitando a estrutura e os recursos de instituições importantes, como a **Coordenadoria da Diversidade Sexual da Prefeitura do Rio** (CEDS-Rio) e o **Programa Rio sem LGBTfobia**.

Compreende-se que, mesmo com o viés presente no método, a pesquisa foi capaz, de forma exploratória, de **produzir conhecimentos** sobre a realidade do atendimento e, do cuidado em saúde recebido pela população LGBTI+ nas Clínicas da Família no Município do Rio de Janeiro. Assim, evidencia-se a necessidade de **aprimorar a metodologia** para futuros levantamentos tendo em vista a necessidade de **ampliar o número de municípios, o tamanho da amostra** e a realização de uma **revisão do instrumento**, para evitar viés de resposta por parte do/a entrevistado/a ou por parte da pesquisadora ao elaborar a pergunta.

REFERÊNCIAS

ABERS, Rebecca; BULOW, Marisa Uon. Movimentos sociais na teoria e na prática: como estudar o ativismo através da fronteira entre estado e sociedade? *Sociologias* [online]. 2011, v. 13, n. 28. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/soc/a/vyJvNFtHTjZvHmJfVsN6tTQ/?lang=pt#>>. Acesso em 22 ago. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ABGLT). Manual de Comunicação LGBT. Curitiba: ABGLT, 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (2008). Campanha A informação é o melhor remédio-Guia de apoio. Brasília, DF. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/publicacoes-sobre-educacao-e-pesquisa/campanha-a-informacao-e-o-melhor-remedio-guia-apoio.pdf/view>. Acesso em 21 jul.2023.

ANDRADE, Ingrid Felix de; BARROS, Joanna Francyne Silva de; ALBUQUERQUE, Geyslane Pereira Melo de. Percepção dos profissionais de Enfermagem no acolhimento ao público LGBTQIA+: uma revisão integrativa. *tcc.fps.edu.br*, 2021. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/jspui/handle/fpsrepo/1067>. Acesso em 10 jun.2023.

ARAGÃO, Mariana Machado; ALVAREZ, Rocío Elizabeth Chavez. Autonomia/autocuidado: triálogo na atenção básica. *In: PINHO, Paula Hayashi et.al. Saúde da família em terras baianas*. Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2020. p.39-56.

ARAÚJO, Edson C; PONTES, Ezau. Análise da Eficiência do Gasto Público com Saúde. World Bank Group. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/26/1.a-Banco-Mundial-Eficiencia-do-Gasto-com-Saude-CIT.pdf>>. Acesso em 23 ago. 2022.

AUGUSTO, Rosiane Mateus; OLIVEIRA, Daniel Canavese de; POLIDORO, Maurício. Descrição de medicamentos prescritos para a terapia hormonal em serviços de saúde especializados para transexuais e travestis no Rio Grande do Sul, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, p. e2021502, 6 maio 2022.

BARBOSA, Gustavo Carrijo; BERIGO, Milena Rezende; ASSIS, Thaís Rocha. Saúde para a população LGBTQ+: uma revisão bibliométrica. *Rev. psicol. polít.* v.20 n.47 São Paulo jan./abr. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100012>. Acesso em 22 ago. 2022.

BECKER, Howard S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Trad. de Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BERTONI, Luci. Mara, and GALINKIN, Ana Lúcia. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P., COUTO, M. E. S., and ASSIS, R. A. M., Orgs. Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017.

BEZERRA, Lucia Caroline de Albuquerque et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 883–900, 1 abr. 2012.

BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha. *et al.* LGBT health policy and its invisibility in public health publications. *Saúde em Debate*, v. 43, n. SPE8, p. 305–323, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n.º 8.080, 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 23 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008 - Aprova a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do SUS. Brasília, MS: 2008.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SDH). Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. – 3. ed. – Brasília: 2011. 28 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf Acesso em 06.mai 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, 01 de dezembro de 2011. Institui no âmbito do SUS, a política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: MS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de promoção da equidade em saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2012. 14p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: MS; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT. Brasília: MS; 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013c. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, p. 1-19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transsexualidade e travestilidade na saúde – Brasília: 2015. 194 p.: il. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transsexualidade_travestilidade_saude.pdf Acesso em 03 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Brasília, MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Homens gays e bissexuais: direitos, saúde e participação social- Brasília, 2016. 58 p.il – (coleção Movimentos Sociais, v.3) Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/homens_gays_bissexuais_direitos_saude.pdf Acesso em 03 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, 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). Brasília: MS; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis? /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BENTO, Berenice. Vida e morte entre os enfeitados do Estado-nação. P.18-25.in. SANTOS, A.M, CARMO, E.M, MAGNO, L, and PRADO, N.M.B.L., eds. População LGBT+: demandas e necessidades para a produção do cuidado [online]. Salvador:EDUFBA,2021.

BOMFIM, Celina Gabriela Leite; CARMO, Edinaldo Medeiros. Questões de gênero e de sexualidade na escola: o olhar dos (as) professores (as) de biologia. p.263-316. in. SANTOS, A.M, CARMO, E.M, MAGNO, L, and PRADO, N.M.B.L., eds. População LGBT+: demandas e necessidades para a produção do cuidado [online]. Salvador: EDUFBA, 2021.

CAMELO, Teresa Cristina da Cruz. Uniões poliafetivas como hipótese de formação de família e a discussão envolvendo a partilha *Inter vivos*. São Paulo, 207p, 2019. Tese de doutorado, *Faculdade de direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/22451> Acesso em 05.mai 2023.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2003.

CARBÓ, Alberin Pilar; LANGARITA, José Antônio; GRAU, Jordi Mas. Delitos de odio anti-LGTBI+. Oportunidades, límites y desafíos en el sistema jurídico penal. *Revista Española de Investigación Criminológica*, v. 20, n. 2, p. e701–e701, 18 dez. 2022.

CARDOSO, Michelle Rodrigues, FERRO, Luís Felipe (2012). Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3)552-563.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate* 41 (115), Oct- Dec 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/> Acesso em 05 mai.2023

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt> Acesso em 03 nov. 2021.

CASTRO, Kemely de. *et al.* Reflexões para assistência do público LGBTQIA+ na ótica da enfermagem. *Brazilian Journal of Science*, 1(7), 59-65, 2022.

CIASCA, Saulo Vito; HERCOWITZ, Andrea; LOPES JUNIOR, Ademir. Definições da sexualidade humana.p.12-17. *In: Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar*. 1 ed.-Santana de Parnaíba (SP):Manole, 2021. 569p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional dos Psicólogos, Resolução n.º 10/05, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2016.

CORRÊA, Fábio Henrique Mendonça et al. Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 69, p. 13–22, 8 maio 2020.

CORTES, Helena Moraes *et al.* O (Des)Acesso de Pessoas Transgêneras aos Serviços de Saúde no Recôncavo Baiano. *Cadernos GenDiv*, Salvador, v. 6, n.4, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/36104/24491>. Acesso em: 23 abr. 2021.

COSTA, Fabrício Veiga; SANTOS, Regina Cândido Lima e Silva. Intersexualidade: a mutilação cirúrgica de recém-nascidos e crianças frente aos direitos humanos. *Revista Paradigma*, v. 30, n. 2, p. 175–202, 2021.

COSTA, Mary Lucia Marinho. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma abordagem qualiquantitativa para a pesquisa social. *Trabajo Social Global - Global Social Work Revista da Universidade de Granada, Espanha*, v. 5 (8), p. 90-115-115, 2015.

COSTA-VAL, Alexandre. *et al.* O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Physis (Rio de Janeiro, Brazil)*, v. 32, n. 2, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/DsNnpXhPn7WrvGXDFXvMXvx/#>>. Acesso em 15 ago.2022.

DANTAS, André Vianna. Coronavírus, o pedagogo da catástrofe: lições sobre o SUS e a relação entre público e privado. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00281113. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00281.

DAROS, Raphaella Fagundes. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. *Temas Livres. Physis* 26 (2) Apr- Jun 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312016000300525&script=sci_arttext>. Acesso em 22 ago. 2022.

DIAMOND, Lisa. M.; DICKENSON, Jana. E.; BLAIR, Karen. L. Stability of Sexual Attractions Across Different Timescales: The Roles of Bisexuality and Gender. *Archives of Sexual Behavior*, v. 46, n. 1, p. 193–204, 21 nov. 2017.

DUTRA, Livia Almeida; SILVA, Marcella Miranda da. A estruturação das políticas sociais decorrente da organização do movimento LGBTQ. *Políticas Públicas, Educação e Diversidade: Uma Compreensão Científica do Real*, 2009.

E-GESTOR. Percentual de cobertura da equipe de Atenção Básica de saúde. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/>>. Acesso 20 mai. 2023

ESCOREL, Sarah. Eqüidade em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2^a. ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina Maria. Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Eqüidade e da Integralidade. REDESAÚDE, 2006. 43p. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf. Acesso em 05 mai. 2023.

FEITOSA, Cleyton. A participação social nas políticas públicas LGBT. *Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais - RPPI*, v. 4, n. 3, p. 168–195, 31 dez. 2019.

FERREIRA, Breno de Oliveira. *et.al.* Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 31 (1), 2018.

FERREIRA, Breno Oliveira. *et.al.* “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. *Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde*, 13(3), 2019.

FERREIRA, Aldicéa de Souza. Consulta de enfermagem à população lgbtqia+ na estratégia saúde da família. *Revista da Saúde da AJES*, v. 8, n. 16, 2022.

FERREIRA, Breno de Oliveira; NASCIMENTO, Marcos. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3825–3834, 16 set. 2022.

FILHO, Evandor Alves Barbosa; VIEIRA, Ana Cristina de Souza. A expansão da sorofobia no discurso político brasileiro. *Argumentum*, v. 13, n. 3, p. 134–147, 2021.

FILIPON, Neimar; TEIXEIRA, Ana Christina Celano; DE OLIVEIRA, Lucia Barbosa. Diversidade sexual nas organizações? A distância entre teoria e realidade na visão de trabalhadores gays de uma empresa estatal brasileira. 2019.

GARCIA, Agnaldo; MACIEL, Mariana Grassi. A influência da religião na busca do futuro cônjuge: um estudo preliminar em comunidades evangélicas. *Psicologia: Teoria e Prática* [online]. 2008, vol.10, n.1, pp. 95-112. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193818625008.pdf> Acesso 05.mai 2023

GATO, Jorge. Discriminação contra Pessoas LGBTI+: Uma Revisão de Literatura Nacional e Internacional. p.9-45. in: *Estudo Nacional sobre as necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de gênero e características sexuais*. SALEIRO, S.P; RAMALHO, N, GATO, J. Lisboa: GIG, 2022.

GERHARDT, Tatiana Engel. Unidade 4 – estrutura do projeto de pesquisa, p.65-87. in: *Métodos de pesquisa / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.*

GIOVANELLA, Lígia. *et al.* (Org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Cebes, 2012. p. 493-545.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt#>. Acesso em 14ago. 2022.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Revista Brasileira de Educação*, v. 16, p. 333–361, 1 ago. 2011.

GOMES, Romeu. Narrativas do movimento homossexual brasileiro sobre a saúde de gays e lésbicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 555–565, fev. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Fhq9TPYpBpsVpqpWbBxyjVF/> Acesso em 03 nov. 2022.

GOMES, Sávio Marcelino et al. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde e Sociedade* [online]. 2018, v. 27, n. 4.

GRUPO GAY DA BAHIA. *Pessoas LGBT mortas no Brasil. Relatório 2021*. Salvador: Grupo Gay da Bahia. Disponível em <https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2022/03/mortes-violentas-de-lgbt-2021-versao-final.pdf> Acesso em: 09 jun. 2023.

GUIMARÃES, Rita de Cássia Passos. *et al.* Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os agentes comunitários de saúde? *Tempus Actas Saúde Colet*, Jul. 2017 11(1):121-39. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2327>. Acessado em: 23 abr 2021.

HENNING, Carlos Eduardo. Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”. *Horizontes Antropológicos*, v. 23, n. 47, p. 283–323, abr. 2017.

HERCOWITZ, Andrea *et.al.* *Desenvolvimento da identidade de gênero*. p. 38-43 In: Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. 1 ed.-Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2021. 569p.

HILLMAN, Jennifer. LGBTI perspectives on clinical issues and approaches in later life. In: LEWIS, Jason; SAKLOFSKE, Donald; ARKOWITZ, Hal (eds.). *Comprehensive Clinical Psychology*. 2nd ed. v. 7. Amsterdam: Elsevier, 2022. p. 367-384.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos Cedes*, ano XXI, nº 55, novembro/2001.

IBGE. *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica*, 2019, n.41. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em 03.jun 2023.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2021 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais*. - Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 206 p.: il. - (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 44)

IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: orientação sexual autoidentificada da população adulta / IBGE, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios*. - Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 24 p. - (Investigações experimentais. Estatísticas experimentais) Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html> Acesso em 05.mai 2023.

INTERSEX HUMAN RIGHTS AUSTRALIA. *What is intersex?* 2021. Disponível em: <<https://ihra.org.au/18106/what-is-intersex/>>. Acesso em 04 jun.2023.

JESUS, Jaqueline Gomes. *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. 2012, vol. 2, p. 42.

JESUS, Náila Neves *et.al.* *Conhecimento sobre a PNSILGBT e competência cultural: reflexões acerca da atuação dos profissionais de saúde no "(cis)tema" de saúde*. In: Adriano Maia dos Santos, Edinaldo Medeiros Carmo, Laio Magno e Níli Maria de Brito Lima Prado. (Org.). *População LGBTQIA+: demandas e necessidades para a produção do cuidado*. 2ed.Salvador: EDUFBA, 2021, v. 1, p. 01-412.

JODELET, Denise. *Representações sociais: um domínio em expansão*. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

KAUSS, Bruno *et al* "Semente para Luta": ativismos, direito à saúde e enfrentamentos de pessoas LGBTI na pandemia da covid-19. *Saúde e Sociedade*, 30(3), 2021.

KRUGER, Alícia *et al.* Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2019; 22(Supl. 1).

KULICK, Dom. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

LAMOUNIER, Gabriela Almeida Moreira. *Gêneros encarcerados: uma análise transviada da política de Alas LGBT no Sistema Prisional de Minas Gerais*. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-AYVHBJ>. Acesso 05 jun.2023

LANGDON, Elizabeth; KAVANAGH, Phillip; BUSHELL, Mary. Exploring pharmacists' understanding and experience of providing LGBTI healthcare. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 9 abr. 2022.

LANZ, Letícia. *O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Uma introdução aos estudos transgêneros*. Curitiba: Transgente, 2015.

LOPES JUNIOR, Ademir *et al.* *Mitos e Verdades sobre Saúde da População LGBTIA+:* Cartilha 1 da Coleção Saúde LGBTIA+. Produzida por Grupo de Trabalho de Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos e SBMFC, 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/cartilha-mitos-e-verdades-sobre-saude-da-populacao-lgbtia/> Acesso em 04 nov.2022.

LUCCHESI, Patrícia T R. *Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde*. *Ciência Saúde Coletiva*, 2003.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educs, 2003. (Desdobramentos).

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. *Depoimentos e discursos*. Brasília: Liberlivro, 2005.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O sujeito coletivo que fala*. *Interface - Comunic. Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.517-24, jul./dez 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QQw8VZh7pYTz9dGyKvpx4h/abstract/?lang=pt> Acesso em 15 mai. 2022.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina da Costa. *Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização*. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2009, v. 14, n. 4.

LEITE, Beo Oliveira; MEDEIROS, Danielle Souto. *Acesso a serviço de saúde pela população trans: breve discussão sobre atenção à saúde*. p.142-164. in. SANTOS, A. M, CARMO, E.M, MAGNO, L, and PRADO, N.M.B.L., eds. *População LGBT+: demandas e necessidades para a produção do cuidado [online]*. Salvador:EDUFBA,2021.

LIMA, Andreia Aparecida; SANTIAGO, Kelly Cristina; ARRAIS, Alessandra Rocha. Homossexualidade: sexualidade no envelhecimento. *Temporalis*, 14 (28), 221–239, nov. 2014.

LIMA, Fatima; CRUZ, Kathleen Tereza da. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), n. 23, p. 162–186, ago. 2016.

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos,sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p.11-21, apr. /jun. 2008.

MALDONADO, José Manuel Santos de Varge; MARQUES, Alexandre Barbosa; CRUZ, Antonio. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, p. e00155615, 2016.

MALTA, Debora Carvalho. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 433–444, jun. 2004.

MELO, Izabella Rodrigues *et al.* O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) *Revista Psicologia e Saúde*, v. 12, n. 3, jul./set. 2020, p. 63-78.

MELO, Gabriela; SOUSA, Iveli de Paula; ALMEIDA, Marcos Felipe Lopes de. (Orgs). Pesquisa Nacional por amostra da população LGBTI+: identidade e perfil sociodemográfico, 2021.

MELLO, Luiz. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011.

MELLO, Luiz. *et al.* Questões LGBT em debate: sobre desafios e conquistas. *Sociedade e Cultura*, v. 15, n. 1, 17 out. 2012.

MELLO, Luiz; AVELAR, Rezende Bruno de; MAROJA, Daniela. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Revista Sociedade e Estado - Volume 27 Número 2 - Maio/Agosto* 2012.

MENDES, Monique. *et al.* Complicação grave do uso irregular de silicone industrial em paciente transexual: relato de caso. *Revista Brasileira de cirurgia Plástica*, 2020. Disponível em: <<http://www.rbcpc.org.br/details/2802/pt-BR/complicacao-grave-do-uso-irregular-de-silicone-industrial-em-paciente-transexual--relato-de-caso#B6>> Acesso em 22 mai. 2022.

MISKOLCI, Richard. *et al.* Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3815–3824, 16 set.2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio, et al. Preconceito contra diversidade sexual e de gênero entre estudantes de Medicina de 1º ao 8º semestre de um curso da Região Sul do Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica, 2020, vol. 43, p. 557-567.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. 1. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-estudo/gecorp/images/discurso_do_sujeito_coletivo.pdf>. Acesso em 19 ago. 2022.

MOSCOVICI, Serge. O fenômeno das representações sociais. In: S. Moscovici (Ed.), Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MULLER, Magnor Ido; KNAUTH, Daniela Riva. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é “babado”? Cadernos EBAPE.BR, v. 6, n. 2, p. 01-14, jun. 2008.

NASCIMENTO, Gabriela Siracusa. Porque ginecologia é pra mulher né?!: a experiência de homens trans no atendimento ginecológico. Rio de Janeiro, 103p, 2020. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/16849> Acesso em 05.jun 2023.

NEGREIROS, Flávia Rachel Nogueira de et al. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2019, v. 43, n. 1 [Acessado 24 Janeiro 2022], pp. 23-31.

OKA, Mateus; LAURENTI, Carolina. Entre sexo e gênero: um estudo bibliográfico-exploratório das ciências da saúde. Saúde e Sociedade, v. 27, n. 1, p. 238–251, jan. 2018.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, 2019.

PEÇANHA, Leonardo Morjan Britto et al. Memórias transmasculinas: das reflexões nacionais ao movimento de homens trans carioca. Anais V Desfazendo Gênero... Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/79228>>. Acesso em: 06.jun 2023

PEREIRA, Cleyton Feitosa. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de Direitos Humanos LGBT no Brasil. RIDH, v. 4, n. 1, 2016.

PEREIRA, Matheus Mazzilli. Políticas para LGBTI+ no governo federal: ascensão e queda. Nexo Jornal, 2022.

PILLAY, Suntosh R.; NTETMEN, Joachim M.; NEL, Juan A. Queering global health: an urgent call for LGBT+ affirmative practices. *The Lancet Global Health*, 10(4), e574-e578, 2022.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>> Acesso em 23 set. 2022.

PINTO, Isabella Vitral. *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, p. e200006.SUPL.1, 3 jul. 2020.

PIRES, Bárbara Gomes. Distinções do desenvolvimento sexual: Percursos científicos e atravessamentos políticos em casos de intersexualidade. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, PPGAS / MN / UFRJ Rio de Janeiro, 2015.

POUSADA, Miguel Ángel. Abordaje de Enfermería durante a infância en el cambio de género: revisión sistemática. *Enfermería*, 2020, vol. 20, p. 08.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero”, 2007. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em 03 nov.2022.

REIS, Toni. Manual de comunicação LGBTI+. 2018. Disponível em: <https://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>. Acesso 05.jun 2023.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 33.816, de 18 de maio de 2011. Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração direta e indireta. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2011/3381/33816/decreto-n-33816-2011-dispoe-sobre-a-inclusao-e-uso-do-nome-social-de-pessoas-travestis-e-transexuais-no-ambito-da-administracao-direta-e-indireta?r=p>. Acesso em 05. Mai 2023.

RIO DE JANEIRO. Lei 2475, de 12 de setembro de 1996. Determina sanções às práticas discriminatórias na forma que menciona e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/270318/lei-2475-96>. Acesso em 05.mai 2023.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 6.329, de 23 de março de 2018. Dispõe sobre o direito ao uso do nome social por travestis e transexuais na Administração Direta e Indireta do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/7cb7d306c2b748cb0325796000610ad8/9729a07bce16c63d83258258007425f2?OpenDocument> Acesso em 05.mai 2023.

ROCHA, Gustavo Gil Velho, *et al.* O uso da telemedicina em tempos de COVID: sinopse de evidências. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, vol. 26, ed. 4, 2021, p. 170.

ROCHA, Felipe Coura; SAMPAIO, Juliana Vieira. Percepções de LGBTs sobre o Acesso à Atenção Primária de Saúde na Cidade de Guaiúba, CE. *Revista Psicologia e Saúde*, p. 99–115, 6 set. 2022.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2517–2526, ago. 2016.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p. 43–53, 7 dez. 2018.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019.

ROMANO, Valéria Ferreira. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 211–219, jun. 2008.

ROSA, Eli Bruno Prado Rocha. Cisheteronormatividade como instituição total. *Cadernos PET-Filosofia*, v. 18, n. 2, 5 ago. 2020.

SALEIRO, Sandra Palma. Discriminação em função da Orientação Sexual, Identidade e Expressão de Gênero e Características Sexuais e Necessidades das Pessoas LGBTI+. p.47-163. In. *Estudo Nacional sobre as necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de gênero e características sexuais*. SALEIRO, S.P; RAMALHO, N, GATO, J. Lisboa: GIG, 2022.

SALVATERRA, Barbara Miranda; PACHECO, Carina Teixeira; ALVES, Danielle Cristine. Gestão Participativa e Promoção de Saúde para a População Negra do Estado do Rio de Janeiro. *Políticas de Combate ao Racismo no SUS: promoção da saúde da população negra no Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, p. 7 - 15, 01 jun. 2012.

SAMPAIO, Arthur Fernandes. Saúde da população LGBT: O Círculo de Cultura na construção de saberes de profissionais da Atenção Básica. *Revista eletrônica UERN*, 2018.

SANTANA, Paula Ferreira; RASERA, Emerson Fernando. Heterossexismo e a (in) existência lésbica. *Revista de Psicologia da UNESP* 17(1), 2018. p.34-49.

SANTOS, Adelyany Batista dos; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4545–4554, nov. 2014.

SANTOS, Debora de Oliveira *et.al.* Vulnerabilidade de adolescentes em pesquisa e prática clínica. *Revista Bioética*, 2017, 25(1), 72-81.

SANTOS, Juliana Spindula *et.al.* Health of the LGBTI+ Population in Primary Health Care and the Insertion of Nursing. ESCOLA ANNA NERY, v. 23, p. e20190162, 2019.

SANTOS, Jamille Bernardes da Silveira Oliveira; CARDIN, Valéria Silva Galdino. O reconhecimento do terceiro gênero: uma releitura do princípio da dignidade da pessoa humana como cláusula geral do direito da personalidade. Revista de gênero, sexualidade e direito. Belém. v. 5, n. 2 . p. 96-115, Jul/Dez 2019. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/6115> Acesso em 09 jun. 2023.

SAÚDE DO HOMEM TRANS E PESSOAS TRANSMASCULINAS. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://redetransbrasil.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Cartilha-Homens-Trans.pdf>>. Acesso em 22 mai.2022.

SENA, Ariane; SOUSA, Giovana; BRITO, Matheus. Entendo a diversidade sexual / Defensoria Pública do Estado da Bahia. - 1ª. ed. - Salvador: ESDEP, 2018. 24 p.: il.

SENNA, José. Corpos dissidentes, saúde sexual e microbiopolíticas de resistência na Amazônia Atlântica. Trabalho em Linguista Aplicada, Campinas, v. 59, n. 3, 2020.

SHEATSLEY, P. B. (1983). Questionnaire construction and item writing. Em P. H. Rossi, J. D. Wright, & A. B. Anderson (Orgs.). Handbook of survey research. Orlando, FL: Academic Press. Pp. 195-230.

SHIHADDEH, Nizar Amin; PESSOA, Elisângela Maia; SILVA, Fabiane Ferreira da. A (in) visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade lgbtqia+. Barbarói, [S.L.], n. 58, p. 172-194, 26 jan. 2021. APESC - Associação Pro-Ensino em Santa Cruz do Sul. <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i58.14765>.

SILVA, Adiane Soares Moraes. Reflexões sobre a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT: percepção de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, 2019.

SILVA, José Carlos Pacheco da *et al.* Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 7, p. 2643–2652, jul. 2021.

SILVA, Livia Karoline Moraes da *et al.* Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, n. 3, p. 835–846, jul. 2017.

SIMÃO, Cicera Emanuele do Monte *et al.* Os impactos à saúde mental das pessoas LGBTQIA+ durante a pandemia da Covid-19. Revista de Casos e Consultoria, v. 13, n. 1, p. e29137–e29137, 28 jul. 2022.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 5, p. 1397–1397, maio 2017.

SORANZ, Daniel. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [livro eletrônico]: 2022 - 2025 / Daniel Soranz; coordenação Liliane Cardoso de Almeida Leal, Carmem Lopes, Fabiana Dias. -- Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://www.rio.rj.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=7269eff7-6b72-480f-88fb-8cd00473c637&groupId=8822216 Acesso em 30.mai 2023.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul./dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt> Acesso 05.mai 2023.

SOUZA, Humberto da Cunha Alves; JUNQUEIRA, Sérgio Rogério Azevedo; REIS, Toni. Ensaaios sobre o perfil da comunidade LGBTI+, 2020. Disponível em: <https://cedoc.grupodignidade.org.br/ibdsex-instituto-brasileiro-da-diversidade-sexual/ensaaios-sobre-o-perfil-da-comunidade-lgbti/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SOUZA, Martha Helena Teixeira de; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Texto & Contexto Enfermagem, v. 24, n.1, p. 146-153, 2015.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TAUYR, Thaisa Fernanda Lourenção. Vulnerabilidade da população LGBT em tratamento do HIV. São Jose do Rio Preto, 85 p, 2019. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, 2019. Disponível em: <https://btd.famerp.br/handle/tede/663> Acesso 20 mai. 2023.

TODXS. Pesquisa Nacional Por Amostra da População LGBTI+ - Identidade e perfil sociodemográfico. [S.l.]. TODXS, 2020. Disponível em: <https://todxs-site.s3.amazonaws.com/pesquisa-nacional-identidade-e-perfil-sociodemografico.pdf> Acesso em 05 mai. 2023

TRAVASSOS, Ana Gabriela Álvares; ALMEIDA, Carla Santos; ALMEIDA, MARTINS. Mulheres que fazem sexo com mulheres: trajetórias na construção social do direito à saúde. p. 117-141. in. SANTOS, A.M, CARMO, E.M, MAGNO, L, and PRADO, N.M.B.L., eds. População LGBT+: demandas e necessidades para a produção do cuidado [online]. Salvador:EDUFBA,2021.

UESUGI, Juliana Hiromi Emin et al. Aplicações da telemedicina no cenário da pandemia de COVID-19. Research, Society and Development, v. 11, n. 1, p. e29211124877–e29211124877, 7 jan. 2022.

UNESCO. Declaração universal dos Direitos Humanos de 1948. Brasília, 1998. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf> Acesso em 22 ago. 2022.

UNESCO. Boas políticas e práticas em educação em saúde e HIV caderno 8. Resposta do Setor de Educação ao bullying homofóbico. – Brasília: UNESCO, 2013. 60 p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000221314>. Acesso em 05.mai 2023.

VIACAVA, Francisco. *et al.* SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 1 jun. 2018.

VIANNA, Cláudia Pereira. O movimento LGBT e as políticas de educação de gênero e diversidade sexual: perdas, ganhos e desafios. *Educação e Pesquisa* [online]. 2015, v. 41, n. 3.

VIEIRA, Renata Carneiro et.al. Atenção Primária à Saúde quebrando tabus: Memorial do I Seminário de Sexualidade e Diversidade da SBMFC. *Especial Diversidade e Direitos Humanos na APS*, 14(41), 2019.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Revista Bioética*, v. 23, n. 3, p. 513–523, dez. 2015.

VITIRITTI, Bruno; ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de; PERES, José Eduardo de Carvalho. Diversidade sexual e relações profissionais: concepções de médicos e enfermeiros. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 4, p. 1389-1405, dez. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2016000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 jul. 2023.

WACHELKE, João Fernando Rech, CAMARGO, Brigido Vizeu. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology* - 2007, Vol. 41, Num. 3 pp. 379-390

ZAMBONI, Marcio. Marcadores Sociais da Diferença. *Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades)*, São Paulo, v. 1, p. 14 - 18, 01 ago. 2014. acesso em 06 de maio de 2023 disponível em: https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/2/2018/02/ZAMBONI_MarcadoresSociais.pdf

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética do cuidar: a ênfase na dimensão relacional. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, v. 1, n. 1, 2003.

APÊNDICE A



REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

Convite

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Percepções de usuários LGBTI+ que integram movimentos sociais sobre o cuidado em saúde na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro” porque atende aos seguintes critérios que lhe incluem como potencial participante: É usuário (a) da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, local onde será realizada a pesquisa, é uma pessoa que se identifica como pertencente à população LGBTI+, é maior de 18 anos e, é integrante de um dos 5 movimentos sociais que atuam na área delimitada para a pesquisa (Pela Vida, Grupo Arco-Íris de Cidadania LGBT, Transrevolução, Grupo Conexão G de Cidadania LGBT de Favelas e, Liga Transmasculina João W. Nery). A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa porém, caso alguma despesa extraordinária associada à mesma venha a ocorrer, você será ressarcido (a) nos termos da lei. Esta pesquisa está sendo desenvolvida no Mestrado Profissional Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-FIOCRUZ) pela aluna Danielle Cristine Alves Rodrigues Pereira, sob a orientação do Dr. Marcio Sacramento de Oliveira (ICICT/FIOCRUZ) para fins de defesa de mestrado. Este documento, chamado Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora.

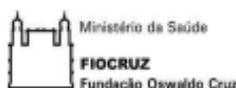
Justificativa e objetivos

Essa pesquisa se justifica pois estudos apontam que apesar de haver pressupostos legais, como a própria PNSIPLGBT, pessoas LGBTI+ não conseguem usufruir integralmente de seus direitos no cuidado dispensado nos serviços e nas ações de saúde, pois disso depende uma imensa transformação sociocultural relacionada ao modo como são vistas e tratadas, devido às representações recaídas sobre as suas práticas sexuais e sobre o seu modo de vida (CARDOSO; FERRO, 2012; LIONÇO, 2008). Além disso, as múltiplas disparidades no cuidado em saúde, vivenciadas e experimentadas com recorrência em seu cotidiano, constituem-se como barreiras que corroboram para que a população LGBTI+ se afaste dos equipamentos de saúde ou deixe de buscar os cuidados básicos em saúde (COSTA-VAL *et al.*, 2022). Objetivo geral: Analisar as percepções de usuários(as) LGBTI+ que integram movimentos sociais sobre o cuidado em saúde na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro e, específicos: 1- Caracterizar o perfil dos (as) usuários LGBTI+ atendidos (as) pela Estratégia Saúde da Família quanto às identidades, a sociodemografia e a participação social; 2- Identificar possíveis entraves e dificuldades no atendimento que possam se constituir em barreiras para o estabelecimento de um cuidado com equidade ofertados a população LGBTI+; 3- Mapear as percepções da população LGBTI+ em relação ao cuidado, às necessidades, às potencialidades e às boas experiências quando demandam atendimento na Estratégia de Saúde da Família.

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica do (a) participante: _____

Página 1 de 4



Procedimentos

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista que será gravada e que está dividida em quatro partes. A primeira parte, se refere à identificação de seu perfil quanto às identidades (identidade de gênero, orientação afetivo-sexual e, características sexuais); a segunda parte se refere ao perfil sociodemográfico (idade, cor/raça, escolaridade mais alta, renda, estado civil e profissão); a terceira parte, se refere ao perfil quanto a participação social (movimento social que está inserido (a) e tempo de atuação) e, a quarta parte se refere sobre o atendimento e o cuidado em saúde (tipo de atendimento que você busca prioritariamente, se público ou privado, em que Clínica da Família você é atendido (a) e com que frequência, quando foi seu último atendimento, o que você espera quando busca atendimento, se já viveu ou experimentou algum preconceito ou discriminação onde é atendido (a), quais principais desafios no cuidado à população LGBTI+ e obstáculos frequentes experimentados nos atendimentos na Clínica da Família, a sua percepção sobre o respeito ao uso do nome social na Clínica da Família onde frequenta, se os (as) profissionais estão aptos (as) a atender a população LGBTI+ segundo suas demandas e especificidades, ações que poderiam ser implementadas ou potencializadas para melhorar o cuidado, o relato de uma experiência positiva ou boa prática que você viveu ou observou onde é atendido (a) e por fim, se deseja acrescentar algo. A entrevista tem previsão de duração de 1 hora e será agendada mediante contato telefônico, após você concordar em participar da pesquisa e devolver o RCLE assinado. Para garantir a confidencialidade, o local onde acontecerá a entrevista terá acesso restrito a você e à pesquisadora e será combinado posteriormente, de modo a proporcionar privacidade durante a coleta de dados.

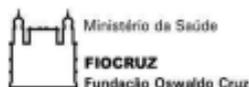
Riscos

A resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais define como "Risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Os riscos que este estudo pode trazer para você são mínimos porém pode expor você a danos de caráter emocional e psicológicos por envolver a exposição de sentimentos e elementos de suas histórias de vida. Durante a entrevista você terá o compromisso da pesquisadora de acolher, escutar e respeitar as suas falas, sentimentos e expressões, entretanto, é possível que alguma questão abordada, relatadas no item anterior, lhe traga algum desconforto ou constrangimento ao se expor; alterações na sua autoestima provocadas por memórias que lhe causaram dor ou sofrimento e, que ao relatar você precise reviver; receio de ser discriminado (a) ou estigmatizado (a); medo ou vergonha de não saber responder a questões sensíveis ou ainda a quebra de sigilo mesmo que involuntária e não intencional. Diante dessas situações, você terá garantida pausas e a liberdade de não responder as perguntas, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento pois esse é um direito que lhe é reservado.

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica do (a) participante: _____

Página 2 de 4



Benefícios

Esta pesquisa poderá através dos resultados obtidos trazer alguns benefícios a você e aos demais grupos que compõem a população LGBTI+ como: o fortalecimento do seu protagonismo e de outras pessoas LGBTI+ em relação as suas demandas e especificidades, a partir do lugar de fala, vivência e percepção de usuários (as) e integrantes dos movimentos sociais; a formulação de propostas que melhorem os cuidados em saúde ofertados à população LGBTI+ na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro a partir do estímulo de novas práticas de profissionais que atuam nos territórios.

Divulgação dos resultados

A devolutiva dos resultados da pesquisa será assegurada através da apresentação e interpretação dos achados do estudo feita pela pesquisadora numa assembleia ou reunião com os (as) participantes desde que todos (as) concordem e estejam cientes que ao participar num dos dois eventos, não será possível manter a sua confidencialidade. Para facilitar o diálogo será disponibilizada, assim que habilitada ao compartilhamento, a dissertação em mídia de CD para aproximação dos (as) participantes com o conteúdo.

Sigilo e privacidade

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Cabe destacar que existe a possibilidade da quebra de sigilo mesmo que involuntária e não intencional entretanto, de modo a minimizar esse risco, na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome só será citado mediante a sua autorização.

Ressarcimento e indenização

Você terá direito ao ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa e à indenização pelos danos resultantes desta, nos termos da Lei.

Contatos da pesquisadora responsável

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (21) 97023-0807 whatsapp (entre 08:00 e 16:00h), através do e-mail daniellesocial2022@gmail.com ou ainda acessá-la pessoalmente na rua Esmeraldina, 35 apt 101 Marechal Hermes, Rio de Janeiro- RJ- Cep: 21610-600 até mesmo após o encerramento da pesquisa.

Responsabilidade da Pesquisadora

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 510/2016 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Registro de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao (a) participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi submetido à apreciação.

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica do (a) participante: _____



Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo (a) participante.

Contatos do CEP

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos (as) participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas, denúncias ou reclamações sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz** pelo telefone (21) 3865-9809, e-mail cep.epsjv@fiocruz.br ou pessoalmente na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) localizada na Avenida Brasil, 4365 - Térreo – Manguinhos Rio de Janeiro - Cep: 21040-360. O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam.

Consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, li este documento (ou tive o documento lido para mim pela pesquisadora ou por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido (a) sobre a minha participação na pesquisa, portanto, optei por livre e espontânea vontade participar. Declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pela pesquisadora e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas.

Rio de Janeiro de de 202_.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura da pesquisadora responsável
Danielle Cristine Alves Rodrigues Pereira

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica do (a) participante: _____

APÊNDICE B

Roteiro da entrevista semiestruturada | versão validada

I- PERFIL QUANTO ÀS IDENTIDADES

Identidade de gênero Homem cis Mulher cis Homem trans Mulher trans Travesti
 Pessoa não binária Não sei Outra

Orientação afetivo-sexual Homossexual Bissexual Pansexual Assexual
 Heterossexual Outra

Em relação as suas características sexuais você é uma pessoa que nasceu com
 Pênis Vagina Características atípicas

II- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Idade 18 a 29 anos 30 a 44 anos 45 a 59 anos 60 anos ou mais

Cor ou raça* Branca Preta Parda Amarela Indígena Outra

Escolaridade mais alta Ensino fundamental 1 incompleto Ensino fundamental 1 completo
 Ensino fundamental 2 incompleto Ensino fundamental 2 completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino universitário incompleto ou trancado
 Ensino universitário incompleto e cursando Ensino universitário completo
 Especialização ou MBA completo Mestrado completo Doutorado completo

Renda** 0 a 2 Salários mínimos 3 a 5 Salários mínimos Entre 5 e 10 Salários Mínimos
 Mais de 10 Salários mínimos

Estado civil Solteiro/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viúvo/a União estável

Profissão:

* Com base na autodeclaração, conforme parâmetros do IBGE.

** Referência salário mínimo R\$ 1.302,00 (março de 2023).

III- PERFIL QUANTO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Movimento social que está inserido (a) Pela Vidda Arco-Íris de Cidadania LGBT
 Transrevolução Conexão G Liga Transmasculina Carioca João W.Nery

Tempo de atuação no movimento social Um ano Entre dois e cinco anos De cinco a dez anos Mais de dez anos

IV- INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO E O CUIDADO EM SAÚDE

1. Você busca predominantemente ou prioritariamente o seu atendimento na rede pública ou também é atendido/ a na rede privada? Caso você seja atendido/ a na rede privada, que serviços você busca lá que não encontra na rede pública?
2. Você utiliza a Clínica da Família? Se sim, em que bairro se localiza a Clínica da Família que você é atendido/a? Se não, que outro serviço público de saúde você utiliza? Em que bairro se localiza?
3. Com que frequência você frequenta a Clínica da Família onde é atendido/a?
4. Quando foi o último atendimento que você recebeu na Clínica da Família (mês/ano)?
5. Quando você busca atendimento na Clínica da Família ou em outra unidade da Atenção Básica onde é atendido/a, o que espera que aconteça?
6. Você já vivenciou ou presenciou algum tipo de preconceito ou discriminação cometidos contra pessoas LGBTI+ na Clínica da Família onde você é atendido/a? Fale um pouco sobre isso.
7. Considerando que um dos principais desafios no cuidado à saúde da população LGBTI+ é em relação à forma do atendimento, na sua percepção, quais são os tipos de obstáculos mais frequentes que essas pessoas experimentam, quando buscam atendimento na Clínica da família?
8. O uso do nome social nos serviços de saúde é um direito de travestis, homens trans e mulheres trans. Qual a sua percepção, sobre o respeito a esse direito na Clínica da Família que frequenta?
9. Como você percebe a capacidade de profissionais de saúde para atender pessoas LGBTI+ considerando as suas demandas e especificidades? Fale um pouco sobre isso.
10. Na sua opinião, existe (m) alguma (s) ação (ões) que possa (m) ser implementada (s) ou aperfeiçoada (s) para colaborar na melhoria do cuidado na Clínica da Família ou no serviço público de saúde onde você é atendido/a?
11. Você poderia contar uma experiência positiva que teve ou uma boa prática que observou/vivenciou em relação a atuação de profissionais que lhe atenderam na Clínica da família que você frequenta?
12. Você gostaria de acrescentar algo sobre o cuidado na Atenção Básica à pessoas LGBTI+? Caso sim, o que seria?