

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DE PINHEIRO  
CURSO DE MEDICINA

HIGOR SAJNOVISCH GOUVEIA DE ANDRADE

**PRÁTICAS EM SAÚDE LGBTQIA+: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA BAIXADA MARANHENSE**

PINHEIRO - MA  
2023

HIGOR SAJNOVISCH GOUVEIA DE ANDRADE

**PRÁTICAS EM SAÚDE LGBTQIA+: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA BAIXADA MARANHENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em formato de Artigo Original ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, como requisito para obtenção do Título de Médico.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Sara Fiterman Lima

PINHEIRO - MA  
2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Sajnovisch Gouveia de Andrade, Higor.

PRÁTICAS EM SAÚDE LGBTQIA+: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA BAIXADA MARANHENSE / Higor  
Sajnovisch Gouveia de Andrade. - 2024.

47 p.

Orientador(a): Sara Fiterman Lima.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,  
Pinheiro - Ma, 2024.

1. Minorias Sexuais e de Gênero. 2. Atenção Primária.  
3. Determinantes Sociais da Saúde. 4. . 5. . I.  
Fiterman Lima, Sara. II. Título.

---

HIGOR SAJNOVISCH GOUVEIA DE ANDRADE

**PRÁTICAS EM SAÚDE LGBTQIA+: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA BAIXADA MARANHENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado ao curso de Medicina da  
Universidade Federal do Maranhão, campus  
Pinheiro como requisito para obtenção do  
título de médico.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Sara Fiterman Lima

Aprovado em / / 2023

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Sara Fiterman Lima (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Sueli de Souza Costa  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Dr. Patrick Rademaker Burke  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Dr. Ademir Lopes Junior  
Universidade de São Paulo

PINHEIRO – MA  
2023

-

*“Não avaliamos a vida pelos anos vividos  
mas sim pelas pessoas que tocamos à  
nossa volta.”*

- *Peeta Mellark,  
Jogos Vorazes (Suzanne Collins)*

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa os frutos do meu esforço e dedicação ao curso e à população LGBTQIA+. Contudo, antes disso, devo essa honra a todos que contribuíram para a chegada deste momento. Herdei, por genética e espírito, o sonho da medicina e, graças ao sacrifício daqueles que vieram antes de mim, me aproximo do fim dessa jornada. Sigo, então, o meu caminho, tendo em mente o desejo do bem, respeito, honra e gratidão. Por esse motivo, agradeço:

Aos espíritos e às forças que me guiam desde criança até os dias de hoje. Quem de fato sempre me compreendeu como eu sou e me ensina a viver e ver o mundo para além do que os olhos são capazes;

À minha família, a quem devo todas as condições que me trouxeram até aqui. Que as marcas que nos afastam, um dia se apaguem e, para isso, que eu aprenda a manejar não apenas o corpo mas, também, as feridas da alma.

À minha mãe, Waleska Coelho, que nunca mediu esforços para me dar o mundo, superando sozinha incansáveis barreiras para me criar. Obrigado por tudo. Sigo me construindo, enraizado nos valores que você sempre plantou e cultivou em mim. Foi preciso eu me afastar e sair, mas hoje me vejo em reflexo de todo o seu esforço e amor. Te amo mais que tudo.

Ao meu pai, Emerson Andrade, que suportou o peso do mundo desde jovem e sempre buscou me proteger e fortalecer. Somos tão diferentes quanto parecidos, mas hoje compreendo melhor seu esforço, seu amor e sua dor. Me inspiro em sua história e em sua superação para seguir meu caminho, buscando ser sempre tão bom quanto forte. Te amo.

Ao meu padrasto Ari Osvaldo e à minha madrastra Lorena Lyra, que sempre intercederam em meu nome. Obrigado pelos conselhos, pelo carinho e pelo amor incondicional que sempre tiveram por mim.

À minha avó Paulina Bulbol e à minha bisavó Rosa Sajnovisch, que mesmo com seus gênios difíceis sustentam e unem a família. Obrigado por sempre me terem com carinho, sendo minhas confidentes e conselheiras. Sinto muito por estar longe e por, mesmo quando perto, não conseguir me fazer tão presente. Que a solidão nunca atinja seus corações, pois as amo todo dia em meu pensamento e em meu coração.

Aos meus irmãos Cláudia, Beatriz e Matheus, que mesmo em contextos, lares e tempos diferentes, compartilham comigo o amor fraterno e as experiências. À mais nova, Cláudia: você é minha luz, meu grande orgulho e sorriso.

Às minhas madrinhas, Suzana Medeiros e Juliana Pacheco, e meus padrinhos, Tucho e Edi, que apoiaram minha criação e crescimento desde cedo, sempre torcendo por mim.

Àqueles que me ensinaram a sorrir mesmo nas horas mais difíceis, meus amigos Jeremy Paule, Alessandra Maia, Flora Lago, Fernanda Bach, Gabriela Medeiros, Caio Sousa, Malu Colusso, Soraya Mendes, Tathyana Benetis, Victoria Arsky, Arminda Sesana, Andrey Lago e Álvaro Veiga. Obrigado por serem meu grande apoio, sem vocês eu não teria tido forças - e nem motivação - para chegar até aqui. Todo meu esforço e trabalho, todo meu riso e meu choro é dedicado

especialmente a vocês, que superaram toda e qualquer distância para me fazer o homem mais sortudo do mundo em dividir a vida com vocês;

Aos que compartilharam comigo essa aventura,

Aos meus habitantes e inquilinos das Casas 12 e 13, Andresa Alves, Lucas Kaled, Lara Thais, Maria Clara Xavier, Mateus Gomes e Carlos Eduardo. Obrigado por fazerem parte desse sonho, entre choros e alegrias, entre festas e brigas, entre almoços de domingo e sessões de filmes clichê. Mesmo absolutamente diferentes, de alguma forma, a gente se esbarrou e foi ficando juntos. E fomos rindo juntos. E chorando juntos. E vamos formando juntos. Assim seguimos então, juntos para toda a vida.

Aos meus triunviros da revolução, Carine Freitas e Lucas Dias. Obrigado por todos os momentos de apoio mútuo e militância. Entre diversões e divergências, juntos fizemos história. Saibam que nenhuma desavença ou discordância, nunca me fará olhar pra vocês com menor orgulho ou amor.

Aos meus amigos, companheiros e grandes confidentes, Gustavo Emanuel, Mariana Carvalho e Ancelmo Portela, que mesmo separados em outros grupos sempre se mantêm próximos, carinhosos e disponíveis para me acolher e ouvir. Pra vocês, basta uma frase, olhar ou gesto para me compreender por inteiro.

Aos meus veteranos, em especial para Marcelo Suehara, Bertoldo Mendes, Alisson Brandão, Jéssica Hayashi e Jardel Madella, por me acolherem e me acalmarem na chegada ao desconhecido. Vocês são exemplos pra mim e, graças ao seu companheirismo, procuro sempre perpetuar e retribuir minimamente o abrigo que me deram.

Aos meus veteranos-preceptores, Priscilla Medeiros - minha mestra, professora, guia e amiga -, Felipe Noletto, Carla Bianca, Mario Reis, Deyvison Lacerda, Junior Aragão e Lorena Lima, pelo conhecimento, exemplo e esperança que me trazem.

Ao meu Grande Mestre em Xadrez, Márcio Cerri, meu professor, treinador e amigo. Gostaria que pudesse me ver agora. Desejei imensamente poder me despedir, mas essa trajetória me roubou muitos privilégios, este entre eles. Sei que você estaria aqui me incentivando a estudar e, como sempre, seguir em frente. Não desistir, pensar calmamente e buscar soluções. É que a saudade aperta e nunca imaginei que seria tão sofrido te perder assim. Onde estiver, sigo honrando seus ensinamentos e seu nobre coração.

Aos meus professores Eli Guimarães, Jorge Gonçalves e Mateus Bochese, que me estenderam a mão quando eu mais precisei de apoio nos estudos, bem como todo o corpo da Academia das Específicas.

Aos meus professores Laura Dias, Alexciana Nascimento, Ilka Luanna, Waléria Durans, Arthur Belchior, Sueli Souza, Carla Menezes, João Cabral, Teresa Cristina, Andrea Granja, Ivan Abreu, Patrick Burke, Gabriela Dantas, Andrea Costa, Consuelo Marques e todos os demais. Obrigado pelos ensinamentos, carinho e dedicação.

À minha orientadora, professora e amiga, Sara Fiterman, por toda a paciência, amor, respeito, apoio e direcionamento. Por todas as noites em claro, por todas as lutas conjuntas e por todo o acolhimento, obrigado. Você me faz sentir em casa em qualquer lugar.

Ao meu amigo, Ademir Lopes, por todas as oportunidades e experiências maravilhosas que me proporcionou, além é claro do exemplo profissional. Você me acolheu do nada, me recebeu, me incentivou e me inspirou sem demandar nada em troca. Obrigado.

Ao Centro Acadêmico de Medicina Pericumã, que me ensinou tanto e me deu a oportunidade de lutar, conhecer e retribuir aos meus amigos e à universidade o bem que me fizeram, bem como a Associação Atlética Acadêmica Corsária.

À Turma 09, completa forasteira na Baixada Maranhense, que nunca mediu esforços para melhorar a universidade e o município, construindo e reconstruindo todo o campus independentemente das retaliações ou consequências. É preciso coragem e muita Audácia para enfrentar o que vivemos juntos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão - FAPEMA, financiadora do projeto-mãe que deu origem a este trabalho, e à Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiro-MA pelo apoio e disponibilidade.

Por fim, agradeço à comunidade LGBTQIA+, ao município de Pinheiro-MA e ao povo da Baixada, por todo o acolhimento e ensino. Graças a vocês, hoje enxergo o mundo por outros olhos e me torno, assim, mais humano.

*Eu nunca teria imaginado, mas meu destino sempre foi a Princesa da Baixada...*

## RESUMO

**Introdução:** Embora gênero e sexualidade sejam determinantes sociais que reconhecidamente interferem, de diversas formas, na saúde da população, muitos estudos evidenciam uma inoperância para o acesso universal e igualitário à saúde, principalmente da população LGBTQIA+, configurando-se assim um grande desafio a ser superado nas práticas assistenciais. **Objetivo:** Compreender as percepções de diferentes profissionais sobre a saúde da população LGBTQIA+, em um município do Estado do Maranhão. **Metodologia:** Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa, que teve como população os profissionais de saúde da rede de serviços do município com pelo menos um ano de experiência, sendo excluídos aqueles afastados do serviço no momento da coleta. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas remotas, considerando a obrigatoriedade de distanciamento social pela Pandemia do Coronavírus. As entrevistas foram trabalhadas por análise temática, com apoio do Software de código fonte aberto IRAMUTEQ. Seguiram-se todos os preceitos éticos de pesquisa. **Resultados:** O processamento de dados do corpus textual proveniente da transcrição das entrevistas semi-estruturadas, obteve como resultado sete textos, sendo um para cada profissional da amostra selecionada. O mesmo corpus foi dividido em 585,00 unidades de contexto elementares, das quais 490,00 (83,76%) foram equiparadas por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) em seis classes, indicando satisfatório grau de semelhança lexical entre as palavras de cada classe apresentada. **Conclusões:** Conclui-se que os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Pinheiro-MA não ignoram as temáticas relativas ao Atendimento Integral da População LGBTQIA+ em sua Prática Clínica, porém, eles apresentam um conhecimento ainda informal acerca da Saúde LGBTQIA+, levantando a demanda emergente pela formalização do ensino desta área, em especial na graduação. Além disso, diversos questionamentos permanecem latentes para eles nesse contexto, apresentando, ainda, uma confusão clara entre os princípios de Igualdade e Equidade em Saúde. Por fim, os profissionais da APS se mostram abertos ao aprimoramento nesse assunto, porém apresentando baixa busca própria pelo assunto e demandando confluências com gestores e com as universidades locais para capacitação e implementação de melhorias.

**Palavras-chave:** Minorias Sexuais e de Gênero; Atenção Primária; Determinantes Sociais da Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Although gender and sexuality are social determinants that are known to interfere, in different ways, with population health, many studies show that universal and equal access to health has been ineffective, especially for the LGBTQIA+ population, configuring, that way, a major challenge to overcome in care practices. **Objective:** To understand the perceptions of different professionals about LGBTQIA+ population health, in a municipality in the State of Maranhão. **Methodology:** This is an exploratory study with a qualitative approach, whose population compose healthcare professionals from the municipality's service network with at least one year of experience, excluding those who were away from the service at the time of collection. The data was obtained through remote semi-structured interviews, considering the mandatory social distancing due to the Coronavirus Pandemic. The interviews were carried out using thematic analysis, with the support of the open source software IRAMUTEQ. All ethical research precepts were followed. **Results:** The data processing of the textual corpus from the transcription of the semi-structured interviews resulted in seven texts, one for each professional in the selected sample. The same corpus was divided into 585.00 elementary context units, of which 490.00 (83.76%) were equated using the Descending Hierarchical Classification (CHD) into six classes, indicating a satisfactory degree of lexical similarity between the words of each class presented. **Conclusions:** It is concluded that Primary Health Care (PHC) professionals in the city of Pinheiro-MA do not ignore the themes related to Comprehensive Care for the LGBTQIA+ Population in their Clinical Practice, however, they still present an informal knowledge about LGBTQIA+ Health, raising the emerging demand for the formalization of teaching in this area, especially at undergraduate level. Furthermore, several questions remain latent for them in this context, also presenting a clear confusion between the principles of Equality and Equity in Health. Finally, PHC professionals are open to improvement in this matter, but showing little search for the subject and demanding confluences with managers and local universities for training and implementation of improvements.

**Key-words:** Sexual and Gender Minorities; Primary Health Care; Social Determinants of Health.

## SUMÁRIO

	pág.
<b>RESUMO</b> .....	7
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	14
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	16
3.1 Classe 1 - Percebendo a acessibilidade e o acolhimento .....	20
3.2 Classe 2 - Atenção Integral à Saúde LGBTQIA+ .....	22
3.3 Classe 6 - Conhecimento .....	26
3.4 Classe 4 - Experiências da Prática Clínica .....	30
3.5 Classe 3 - Entraves e Dificuldades dos Profissionais .....	35
3.6 Classe 5 - Perspectivas em DSS .....	37
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>5 REFERÊNCIAS</b> .....	41
<b>6 ANEXOS</b> .....	45

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de gênero se refere a características de homens, mulheres, meninos e meninas, que são construídos socialmente de forma hierárquica produzindo certas desigualdades que interagem, também, com outras formas de desigualdade sociais e econômicas. Já a Sexualidade, seria um aspecto central do ser humano que, ao longo da vida, engloba sexo, papéis e identidades de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (OMS, 2006).

Partindo destes conceitos, é importante refletir acerca da forma sobre como a sociedade designa às pessoas papéis, funções e até mesmo formas de apresentação (vestuário, trejeitos, vozes, emoções) baseadas no binarismo sexual homem-mulher (Butler, 1990). No caso específico da população que não se encaixa nessa lógica normativa, a interferência desses conceitos na saúde do indivíduo passa a ter grande impacto devido ao preconceito e a estigmatização que lhes é destinado especialmente no que tange às dificuldades para desconstrução desses papéis sociais de gênero e sexualidade (OMS, 1968).

Nesse contexto, destaca-se que Gênero e Sexualidade são determinantes sociais que interferem de diversas formas na saúde de uma população, ao passo que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o pleno gozo do bem estar do todo cidadão não deve sofrer impedimentos ou empecilhos provenientes de distinções de cunho racial, religioso, político, econômico ou social (WHO, 1946).

No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, em seu Art.196, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, o qual deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, diversos estudos mostram que a inoperância para um acesso verdadeiramente universal e igualitário à saúde ainda se configura como um grande desafio a ser superado nos espaços de Saúde Pública (Brasil, 1988).

Tais desigualdades no contexto da saúde, segundo Whitehead (1992), se encontram fortemente atreladas a características sociais e, nesse cenário, alguns grupos tidos como minoritários, podem ser considerados mais vulneráveis ou marginalizados no que se diz respeito ao acesso à saúde integral.

Nesse sentido, Paveltchuk e Borsa (2020), definem uma minoria como “um grupo que, quando comparado a um grupo privilegiado, apresenta uma série de prejuízos em decorrência do estigma que lhe é associado”. Dessa forma, as ditas “minorias sociais” estariam expostas a estressores específicos que se somam aos estressores cotidianos comuns a toda a sociedade, configurando o chamado “estresse de minoria” (MEYER, 2003).

Entre esses grupos, podemos identificar a comunidade composta por Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexos, Assexuais e outras identidades não listadas, representadas pela sigla LGBTQIA+. Destacando-se que estes, compõem um recorte populacional colocado à margem do reconhecimento e aceitação pela norma dominante da sociedade em relação ao gênero e à sexualidade, sofrendo com o apagamento e com diversos tipos de violência, estigmatização e preconceito (Judith Butler, 1990).

Esses conceitos servem como base para se entender a necessidade de uma Política Nacional que abranja de forma específica certas populações. Sendo assim, e tendo em vista os estressores adicionais, as diferentes formas de manifestação de estigmas e preconceitos e a normatividade compulsória com sua consequente marginalização de grupos transgressores a essa norma, os processos de saúde-doença de indivíduos LGBTQIA+, e ainda mais especificamente de indivíduos “T” (transexuais), diferem da população geral. O acesso à saúde, a capacidade dos profissionais ao ofertarem práticas de cuidado e acolhimento e às vezes até mesmo o próprio tratamento de condições clínicas em indivíduos queer pode ser prejudicado por esse panorama apresentado. (Paveltchuk, Borsa; 2020)

Contudo, as transgressões de gênero não são os únicos determinantes sociais que afetam a saúde da população LGBTQIA+. O conceito de Interseccionalidade, de

Kimberlé W. Crenshaw (2002), traduz a forma como múltiplas forças e identidades sociais ou instrumentos ideológicos se articulam de modo a expressar e legitimar estruturas de poder e desvantagem na sociedade. Grosso modo, pode-se dizer que a interseccionalidade seria como um sinergismo de determinantes sociais, em que a associação de vulnerabilidades produziria um efeito diferente da simples soma de suas consequências individuais, tal qual ocorre com os fármacos. Dessa forma, ser LGBTQIA+ poderia configurar um quadro de vulnerabilidade que, associado à baixa renda, negritude, feminilidade ou quaisquer outras características marginalizadas, produziria um efeito diferente de LGBTQIA+fobia entre, por exemplo, homens gays brancos e homens gays negros ou entre pansexuais cis e pansexuais transgêneros. Tal efeito seria diferente da simples soma dessas vulnerabilidades, fazendo com que o preconceito contra as transgressões de gênero fosse abordado de forma diferente em cada contexto desses. É, pois, de extrema relevância ao se traçar estratégias de saúde para um determinado grupo populacional investigar, por exemplo, o próprio território em que tais indivíduos se inserem, bem como de que forma o dito “estresse de minoria” interfere em sua acessibilidade à saúde (Paveltchuk, Borsa; 2020).

Desse contexto, surge, em 2013, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Política LGBT) do Ministério da Saúde, uma política que tem como objetivo promover equidade e maior reconhecimento acerca das demandas de saúde da população LGBTQIA+. Além de ser um marco histórico na conquista de direitos, a Política LGBT ratificou e ampliou a legitimidade das necessidades específicas dessa população trazendo para os profissionais de saúde um documento norteador em fundamentações legais, conceitos específicos e responsabilidades dos diferentes serviços de saúde (BRASIL, 2013). Após dez anos de sua implantação, o presente estudo parte do pressuposto de que tal Política - que deveria ser um documento norteador para os serviços de saúde e seus profissionais em relação às necessidades e especificidades dessa população, de forma a apoiar e legitimar sua assistência - ainda não alcançou o êxito esperado quando em sua criação. Dessa forma, tem-se por objetivo de pesquisa compreender as percepções de diferentes profissionais sobre as práticas voltadas à saúde da população LGBTQIA+ em um município do interior do Maranhão, considerando a capacidade de os achados serem indicativos

dos avanços ou efeitos dessa Política e que possam ser aplicados ou relacionados a outros contextos e situações similares.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa realizado no município de Pinheiro-MA, localizado na microrregião da Baixada Maranhense, e teve por população os profissionais de saúde da rede assistencial do município. O estudo foi conduzido dentro do contexto do município em questão, localizado na microrregião da Baixada Maranhense, evidenciando por meio da pesquisa qualitativa a visão dos profissionais de saúde do interior maranhense quanto à sua própria atuação, formação, conhecimento e vivência sobre a temática de Saúde Integral da População LGBTQIA+, além das possíveis demandas da população local.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde atuantes na rede municipal de Pinheiro-MA, com foco nas Unidades Básicas que operam na lógica organizativa da Estratégia Saúde da Família nas zonas urbana e/ou rural de Pinheiro-MA. Nesse sentido, foram incluídos na pesquisa todos os profissionais com vínculo ativo no município de Pinheiro-MA que aceitaram participar da pesquisa, sendo excluídos do espaço amostral os profissionais que estivessem de férias, licença, atividade esporádica/não continuada no município ou em afastamento de suas atividades por qualquer outro motivo determinado por saturação teórica (alcançada quando novos dados coletados começam a repetir informações ou temas já identificados em dados anteriores, sem adicionar informações substanciais) (Glaser; Anselm, 1967). Não houve recusa ou desistência entre os profissionais selecionados.

Após a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos entrevistados, não havendo dúvidas, foram iniciadas as gravações das entrevistas pela plataforma Google Meet, as quais foram posteriormente transcritas com o auxílio do bot Voicy do aplicativo Telegram e revisadas ou corrigidas pelos pesquisadores.

Para tratamento dos dados a transcrição das entrevistas foram importadas para o software IRAMUTEC (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que utilizou as análises lexicais para identificação e

reformulação das unidades de texto, a partir da quantidade de palavras, frequência média e número de hápax (palavras com frequência) (Acauan et al., 2020).

Da análise do corpus textual pelo IramuTeQ, utilizou-se o dendograma (Figura 1), que consiste em diagrama que representa a relação entre as unidades de análise (palavras, frases, categorias, entre outras), com base em medidas de similaridade. Esta ferramenta, permite que o pesquisador visualize a estrutura hierárquica dos dados e identifique grupos de palavras ou categorias que aparecem juntas com mais frequência, sendo útil para a identificação de temas e padrões que emergem no corpus textual (Camargo e Justo, 2013).

A partir do dendograma, os segmentos de texto de cada classe foram trabalhados através da análise temática em Bardin (2017), para fornecimento de insights adicionais sobre o corpus textual.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, sob o CAAE 28376520.1.0000.5087, seguindo os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) da Resolução 580/18 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

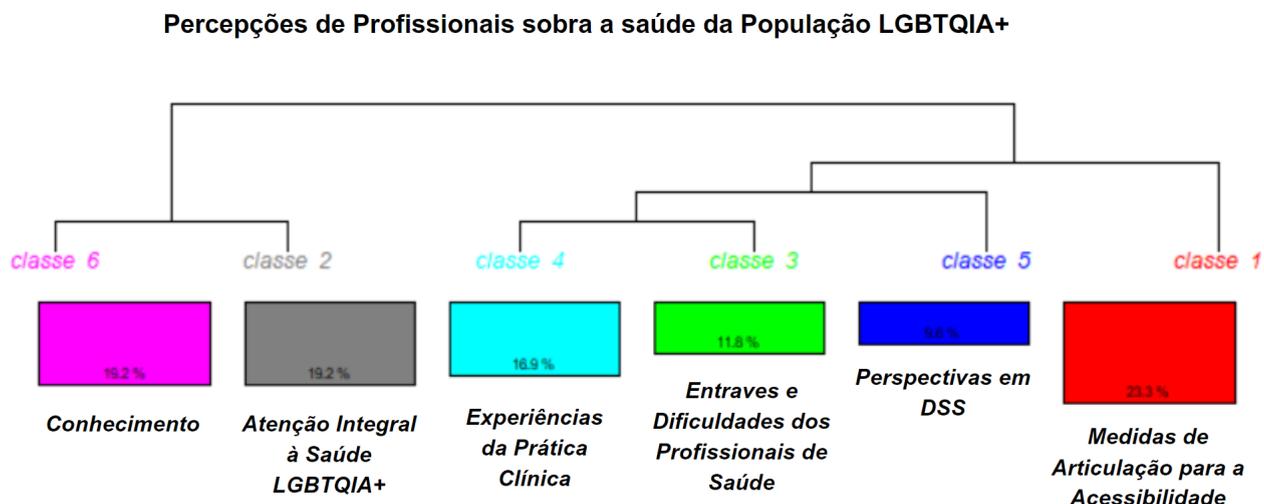
Os sete participantes da pesquisa, tinham diferentes formações profissionais e titulações, e apresentavam características sociais diversas como pode-se observar no Quadro 1.

**Quadro 1 - Caracterização dos Profissionais de Saúde que compõem a amostra do estudo**

Identificação	Idade (anos)	Estado civil	Sexo	Gênero	Etnia	Religião	Titulação	Profissão	Anos de Serviço na Área da Saúde	Anos de Serviço no SUS	Anos de Serviço em Pinheiro
Entrevistado 1	39	Solteira	Feminino	Feminino	Parda	Evangélica	Especialização	Enfermagem	11	11	5
Entrevistado 2	40	Casado	Masculino	Masculino	Preto	Católico	Especialização	Enfermagem	17	17	15
Entrevistado 3	26	Solteira	Feminino	Feminino	Parda	Católica	Especialização	Enfermagem	2	2	2
Entrevistado 4	33	Solteira	Feminino	Feminino	Parda	Católica	Especialização	Medicina	3	3	2,5
Entrevistado 5	29	Solteira	Feminino	Feminino	Parda	Católica	Graduação	Nutrição	4	4	4
Entrevistado 6	61	Casado	Masculino	Masculino	Branco	Evangélico	Doutorado	Medicina	37	32	4
Entrevistado 7	39	Casada	Feminino	Feminino	Parda	Católica	Doutorado	Enfermagem	15	15	8

O processamento de dados do corpus “Saúde da LGBTQIA+: Percepções de Profissionais”, proveniente da transcrição das entrevistas semi-estruturadas, obteve como resultado 7 unidades de contexto inicial - uma para cada entrevistado selecionado a partir dos critérios de inclusão e exclusão -, com média de 2.943,29 ocorrências de palavras por texto e 20.603,00 ocorrências de palavras ao todo. Dentre essas, foram identificadas 1.648,00 formas distintas e 731,00 hapax. O mesmo corpus foi dividido em 585,00 unidades de contexto elementares, das quais 490,00 (83,76%) foram equiparadas por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) em 6 classes, indicando satisfatório grau de semelhança lexical entre as palavras de cada classe apresentada. O dendograma que demonstra as categorias advindas das partições da CHD gerada com número de classes terminais na fase 1 igual a 13.

**Figura 1: Dendograma gerado a partir do Método de CHD do Corpus Textual**



As classes geradas pelo processamento do IramuTeQ foram sobrepostas ao método de classificação indutiva da análise de conteúdo, permitindo sua nomeação e em alguns casos, sua subdivisão em classes menores com conteúdo lexical semelhante, mas semântica específica. O detalhamento de cada classe e sua respectiva análise se encontra a seguir conforme a ordem de maior prevalência entre os segmentos de texto.

### 3.1 Classe 1 - Percebendo a acessibilidade e o acolhimento

Esta categoria teve a maior representatividade percentual entre as 6 categorias obtidas, contando com 23,27% das unidades de contexto analisadas, e evidenciou a percepção dos profissionais quanto ao acesso e acolhimento de pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde.

Nas falas os profissionais relatam que a temática de acesso à saúde por pessoas LGBTQIA+ não é ignorada pelos profissionais atuantes na Atenção Primária, entretanto apontam falhas ou dificuldades no acesso.

Relativamente à forma como se dá o acesso de pessoas LGBTQIA+ à saúde, os profissionais apontam baixa busca pelos serviços de saúde para atendimentos específicos e continuados de suas demandas. Apontam ainda que quando a busca acontece, é geralmente motivada por queixas pontuais - em especial acerca de saúde sexual, em busca de preservativos ou testagens rápidas - ou em casos avançados de doença:

“... na verdade, quando essa população vai nos procurar geralmente já é em momentos críticos, por exemplo, paciente portador de sífilis.” (Entrevistado 7)

“... então eles não chegam por outras queixas, eles não vêm ao ambulatório de SUS por essas questões.” (Entrevistado 4)

“... não são atendidos, pelo menos não no SUS...” (Entrevistado 1)

De modo semelhante, Ferreira (2019) relata em seus estudos que essa população somente acessa serviços de saúde quando necessita de algum procedimento médico.

Nesse contexto, foram trazidas pelos entrevistados diversas explicações possíveis para esse efeito. A primeira diz respeito à falta de confiança no serviço de saúde e à pouca participação dessa população nesse enquadramento. Quando interrogados sobre as possíveis motivações para tal, os entrevistados relataram principalmente o possível medo dos pacientes quanto ao preconceito e ao estigma que recai sobre pessoas LGBTQIA+, relacionando-os à promiscuidade ou mesmo ao pecado.

“Porque eu percebo que as pessoas que têm essa orientação diferente, do resto das pessoas, elas têm um receio de que não seja levado a sério, de que na hora da abordagem seja algo caricato, ou que seja confundida com promiscuidade, eu acredito que seja isso.” (Entrevistado 4)

Além disso, é interessante reparar a ocorrência de associações feitas espontaneamente por diferentes profissionais entre pacientes LGBTQIA+ e outras populações estigmatizadas, como portadores de Hanseníase e Tuberculose.

“O que se percebe é que, não só a população LGBT, mas a população com tuberculose, hanseníase, essas doenças mais estigmatizadas, têm muita dificuldade de procura dos sistemas de saúde.” (Entrevistado 7)

Os entrevistados manifestaram também dificuldades para identificação dessa população durante as consultas, que para eles estaria atrelada a características físicas (estereótipos), ou a iniciativa do paciente de verbalizá-la, chamando atenção a ausência de reconhecimento quanto às práticas para questionamento de seus pacientes acerca de sua sexualidade durante a anamnese.

“Então como eu te falei, ninguém tem escrito. Nós atendemos população LGBT, que a gente percebe, naquele caso mais estereotipado pelo que nós achamos que é LGBT pela aparência física. Mas nós atendemos LGBT no dia a dia, até sem saber.” (Entrevistado 6)

Tal fato levanta o questionamento sobre como podemos, de fato, avaliar uma possível dificuldade na procura do serviço de saúde por essa população, uma vez que sequer a identificamos quando ela se apresenta em consulta. Isso é fala nossa, teríamos que por uma discussão com referência.

Em sequência, surgem então, por parte dos profissionais, explicações de como se dá o acolhimento a essa população nos serviços de saúde. Nesse cenário, os entrevistados referem não se deparar, atualmente, com qualquer resistência por parte de suas equipes multiprofissionais quanto ao tema e negam que haja atualmente uma tendência majoritária de patologização da diversidade sexual e de gênero, embora em alguns casos mais específicos possa haver, sim, problemas na aceitação da diversidade.

Além disso, muitos reconhecem o uso do nome social como uma estratégia de fortalecimento do acolhimento em saúde, como já abordado por Silva (2017), e alegam, ainda, que todos os profissionais em exercício de atendimento à saúde da população devem estar envolvidos nesse processo, incluindo recepcionistas, porteiros e auxiliares, destacando, excepcionalmente, o papel de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) como difusores de conhecimento e articuladores da relação Serviço-Paciente. Vale ressaltar que o papel de ACSs é corriqueiramente enfatizado na literatura para fins de articulação da promoção em saúde de pessoas LGBTQIA+, tal qual apontam Ferreira; et al (2019) e De Albuquerque; Botelho; Rodrigues, (2019).

“Conversando também com os agentes de saúde, que é quem mais divulga informações. Então se começássemos a divulgar mais, trabalhar com os

agentes de saúde, com os profissionais da UBS, orientar, acho que por aí já começamos a mudar a realidade.” (Entrevistado 3)

Tal fato se mostra controverso quando comparado com outra ideia trazida pelos profissionais: a convicção de que conhecimentos em Saúde LGBTQIA+ são do encargo de especialistas no assunto.

“Mas a gente até hoje acaba se confundindo. E isso é complicado. E só pessoas que trabalham diretamente com essa população, com um olhar mais específico pra essa população conseguem assim de uma maneira mais específica determinar cada segmento desse.” (Entrevistado 2)

Nesse sentido, surge um paradigma ao se abordar essa temática pela visão de profissionais de saúde. O questionamento levantado se refere justamente a qual o grau de especialização buscamos para lidar com a Saúde LGBTQIA+. Sabemos que há nesse campo, uma imensa diversidade de conhecimentos envolvidos, com múltiplos graus de complexidade e muitas habilidades multidisciplinares necessárias. Sendo assim, dentro desse contexto, há assuntos da Saúde LGBTQIA+ que devem ser de encargo de especialidades? Se sim, quais são esses assuntos e especialidades, e quais conhecimentos são basais e devem ser comuns a todos os profissionais de saúde? Onde esses conhecimentos devem ser ensinados, na graduação ou nas especializações? Esses temas são, de fato, trabalhados dentro das especializações em pauta? Isto posto, identifica-se que muitos profissionais também já apresentam opiniões formadas acerca desses questionamentos.

Nas entrevistas, nem todos os profissionais referiram já ter tido contato com o tema ou com a PNSLGBT e dentre os que afirmaram conhecimento prévio, todos referiram ter recebido tal conhecimento após sua graduação, em especializações ou por meio da participação em projetos com parceria universitária. Para estes profissionais as medidas para melhoria da acessibilidade não se restringem à determinação de políticas públicas específicas para essa população ou à garantia de sua aplicabilidade, mas também permeiam a inserção desses conteúdos na graduação formal em saúde, tal qual se preconiza nas Diretrizes Curriculares Nacionais o atendimento ético e humanístico, contribuindo para a compreensão do contexto plural e da diversidade cultural. Além disso, outros pontos do tripé

universitário Ensino-Pesquisa-Extensão também se mostraram importantes modificadores dessa realidade. Os entrevistados relataram grande importância a nível local e pessoal do Programa PET-Saúde Interprofissionalidade UFMA Pinheiro, que contou com um Grupo Tutorial em Saúde Integral da População LGBT+ e demais projetos de pesquisa e extensão que funcionam como forma de atualização e capacitação profissional.

“atitudes como o PET Saúde vêm reforçar, vêm lembrar a gente que existem outras populações.” (Entrevistado 2)

“... através do PET a gente tem a oportunidade de participar, fazer parte de um grupo que teve essa troca” (Entrevistado 2)

Dessa forma, a participação em projetos de extensão e pesquisa universitária, também favorece essa busca, sendo relatado pelos entrevistados, inclusive, o despertar dessa curiosidade com o tema durante a própria entrevista em questão. Por outro lado, surgem também questionamentos acerca dos limites dessa relação acadêmicos-profissionais-pacientes, a ser melhor abordado na Classe 4 - Experiências da Prática Clínica.

Por fim, os entrevistados levantaram a importância da articulação de movimentos sociais que busquem reivindicar e garantir direitos a essa população, trazendo exemplos concretos de comparação entre o município de Pinheiro e cidades vizinhas, que já contam com tal articulação.

“A gente vê que é na cidade vizinha, aqui em Santa Helena, tem um grupo LGBT lá que eles já são mais organizados, aqui não, aqui eles ainda não conseguiram se organizar” (Entrevistado 2)

Apesar disso, esses mesmos profissionais apresentaram grande dificuldade em diferenciar os princípios de Igualdade e Equidade do SUS, o que corrobora os achados de Carvalho e Philippi, 2013. A justificativa para não realizarem qualquer abordagem específica à população LGBTQIA+, ou mesmo interrogar seus pacientes sobre sua sexualidade rotineiramente, se deu, múltiplas vezes, pela colocação do princípio de Igualdade, alegando-se que todos os pacientes deveriam ser tratados como iguais.

“Mas por ele ser LGBT não muda nada não. Se é paciente, eu trato como paciente.” (Entrevistado 7)

Tal confusão se apresenta de maneira comum e deve ser questionada pelo potencial de se converter na quebra dos princípios éticos profissionais, partindo do princípio de igualdade e vertendo no erro de negligência. Desse modo, o princípio de igualdade é usado como justificativa para se negligenciar necessidades específicas de populações em vulnerabilidade, partindo do pressuposto de que independente de suas especificidades, todos devem ser atendidos de maneira igual.

### **3.2 Classe 2 - Atenção Integral à Saúde LGTQIA+**

A categoria “Atenção Integral à Saúde LGTQIA+” apresentou expressividade de 19,18% das unidades de contexto analisadas. Nessa categoria evidenciamos aspectos da Integralidade do atendimento em saúde prestado às pessoas LGTQIA+ e, assim sendo, diversos eixos foram abordados pelos profissionais entrevistados. Dentre esses, um tema com grande recorrência abrange a dificuldade em se abordar temas complexos em saúde, tais como sexualidade, abuso, violência e outros aspectos considerados íntimos. Nesse sentido, diversos outros subtemas relacionam-se a este, tido como central para a análise dessa categoria.

O primeiro a ser citado talvez seja referente aos níveis e tipos de serviço de saúde colocados em questão. A APS foi levantada pelos entrevistados como principal porta para a educação continuada em saúde e promoção de mudanças a nível comunitário, sendo contraposta aos serviços de urgência e emergência, tidos como aqueles com maior dificuldade para se trabalhar o assunto.

“Então, eu escuto muito isso, eu sou o tipo de profissional que quando eu tô na UBS, por exemplo, que é um lugar que não tem... porque urgência não dá pra você ficar fazendo isso, mas uma UBS você escuta muito sala, faz muita sala de espera.” (Entrevistado 4)

“... até porque às vezes a gente atende muito paciente, atende sete, oito pacientes e meu atendimento não é tic, tic, rapidinho, às vezes demora, então às vezes a gente não tem muito aquele tempo de tá parando pra conversar, até porque tem outras pessoas esperando” (Entrevistado 5)

Dessa forma, várias características da APS foram apontadas como importantes para essa classificação: tempo de consulta prolongado, maior possibilidade de reforço do vínculo médico-paciente, longitudinalidade do acompanhamento em saúde, inserção no contexto socio-cultural do paciente, entre outros. De forma semelhante, foram apontadas também situações que dificultam a execução dessa prática, tais como o aumento da pressão assistencial, a redução do tempo de consulta e eventuais problemas vivenciados na triagem, no acolhimento ou na sala de espera pré-atendimento - sendo este ponto colocado, inclusive, como fator determinante para maior seguimento, aceitação e/ou rejeição das condutas profissionais pelo paciente no pós-atendimento, bem como do potencial aumento de atitudes defensivas durante o atendimento.

“... até porque às vezes a gente atende muito paciente, atende sete, oito pacientes e meu atendimento não é tic, tic, rapidinho. Às vezes demora, então às vezes a gente não tem muito aquele tempo de tá parando pra conversar, até porque tem outras pessoas esperando” (Entrevistado 5)

“E outra, como é um seguimento, como são várias consultas, eu espero o momento em que o paciente se sinta mais confortável para falar ou quando eu mesma percebo que o paciente me deu abertura para perguntar” (Entrevistado 7)

Outra questão identificada se refere ao desconhecimento dos profissionais acerca das especificidades dessa população. Nesse sentido, é ressaltada novamente pelos profissionais a ausência de capacitações no assunto a nível de graduação, tornando comum a confusão dos conceitos de Sexo Biológico, Identidade de Gênero e Orientação Sexual.

“Ah, eu acho que é um tema que deve entrar principalmente pra nós profissionais, porque na verdade como eu te falei, eu nunca, na faculdade, no meu serviço, ninguém nunca chegou pra mim e disse assim ah, tu tem que ter o cuidado mais especial, não, como eu to te falando” (Entrevistado 5)

“Mas assim, eu trato assim, não é questão de preconceito nem nada, mas na questão da saúde eu trato homem e mulher” (Entrevistado 5)

Sendo assim, novamente os entrevistados referem se basear apenas em estereótipos para identificar a diversidade de sexo, gênero ou orientação sexual - com

uma ressalta específica feita à população travesti, citada como uma população marcante ou mais facilmente identificada:

“Às vezes até com uma roupa que é mais a sua cara, uma roupa mais colorida, um cabelo mais comprido, usando alguns adornos que geralmente são femininos, mas que pode ser usado por todo mundo hoje também (Entrevistado 2)”

“...às vezes você acha que ela é mulher cis mesmo, então as vezes a gente fica esperando aquele pessoal que está travestido, com trejeito, com uma fala diferente, com uma maquiagem diferente e às vezes é uma população que não vai se travestir” (Entrevistado 1)

Contudo, uma vez que refere-se identificar sua presença e demandas específicas com mais facilidade, é válido destacar que tal argumento se contrapõe aos dados que apontam transsexuais e travestis como a população que persiste com maior desamparo assistencial em saúde (ROCON, 2019).

Além disso, outras consequências se apresentam como resultados desse desconhecimento. Ainda a nível de assistência, podemos citar: o reducionismo das demandas dessa população a apenas questões de saúde sexual - como IST's e suas prevenções -, a associação dessas populações com demais doenças estigmatizadas - como Tuberculose e AIDS - e a persistência de um modelo majoritariamente biomédico de atenção à saúde, focado na divisão exclusivamente fisiológica e na presença de doenças atualmente existentes e/ou laboratorialmente diagnosticáveis.

“Mas nunca atendi gente transformada assim não. Mas não perguntei se ele era isso ou aquilo, porque como eu te falei, pra mim não tem distinção, se eu vejo ele como figura homem, eu vou tratar ele como um homem nas funções fisiológicas.” (Entrevistado 5)

Apesar disso, suas repercussões não se restringem à assistência ambulatorial. A nível de gestão, podemos citar também como desfecho do desconhecimento a negligência a outras demandas não relacionadas à sexualidade, com completa ausência de campanhas voltadas à saúde de pessoas LGBTQIA+ e, principalmente, uma estrutura de binarização da saúde pública nacional, interferindo diretamente nos conceitos populares de saúde.

“A gente não faz nada específico pra essa população, como eu tô te falando, às vezes na palestra pode ter lá um homossexual, a gente não tem como dizer na cara assim que fulano é gay, é viado, sei lá, qualquer coisa, não” (Entrevistado 5)

“Mulher tem os problemas dela, o homem tem os problemas dele, e a gente acaba tratando como mulher e homem. Das vezes que eu atendi, duas vezes que eu atendi, uma vez foi um homossexual, que eu não sei dizer qual desses, que agora é muito” (Entrevistado 5)

Tal conceito seria, portanto, referente à forma como organizamos as políticas públicas nacionais. Nesse cenário, divide-se a saúde por sexo entre homem e mulher, desconsiderando-se demais DSS relacionados ao sexo (intersexos), gênero (transexuais e travestis) e sexualidade (homo, bi, pan e assexuais). Sobre o assunto, Padilha e Palma comentam:

“Atualmente, em alguns estados, na rede de saúde pública brasileira, existe um programa de atendimento para pessoas que possuem o dito “transtorno de identidade de gênero” descrito nos manuais diagnósticos. No entanto, esse programa destina-se exclusivamente para pessoas trans binárias, ou seja, que se identificam com o gênero oposto ao atribuído no nascimento. Esse fato tem limitado o acesso de pessoas não binárias ao programa, que conta com acompanhamento psicológico, psiquiátrico e endócrino, para a administração de hormônios.”

Sendo assim, a partir desse conceito de binarização da saúde, foi exposta pelos profissionais entrevistados uma realidade separatista e dicotômica vivenciada nas atividades de educação em saúde. Esses profissionais revelam que a separação de atividades, por exemplo, em ações de Saúde da Mulher e ações de Saúde do Homem, não apenas afastam a diversidade que diverge, em maior ou menor grau, a esse binarismo, mas principalmente restringe seu público de atenção, atuando, também na modelação dos conceitos de saúde da população. A partir disso, é relatado, por exemplo, que homens deixam de se interessar por certas atividades de saúde ao associarem sua prevalência exclusivamente ao adoecimento feminino, e vice-versa.

“a gente vai falar sobre tipo, o câncer de mama, por exemplo, a gente fala, eles, os homens viram a cara achando que não acontece com eles... Aí a gente fala: acontece com homem também. E tudo, aí eles ficam, tipo assim:

mas como? Isso é doença de mulher, como é que vai ter comigo”  
(Entrevistado 5)

Dessa forma, ignora-se não apenas o potencial adoecimento que foge às regras gerais da epidemiologia - exemplo: câncer de mama em homens -, mas também o caráter potencial de difusão do conhecimento em sociedade, sob o qual um homem poderia aprender um conhecimento que será difundido a sua filha, irmã, mãe, esposa, amiga, etc. Para mais, nesse viés de separação restrita da atenção em saúde, pessoas que fogem a essa binariedade - intersexos, transexuais, travestis, HSH, MSM, assexuais, etc - são muitas vezes excluídas desse nível de atenção, não recebendo amparo em conhecimento sobre sua saúde e, muitas vezes, sequer sobre a epidemiologia básica de incidência e prevalência de doenças em sua população (BEZERRA, 2019) (OLIVEIRA, 2022).

Contudo, vale ressaltar que tais apontamentos não configuram, necessariamente, uma desaprovação absoluta desse modelo de atuação utilizado em saúde pública, mas apenas um levantamento de possíveis falhas e restrições, como espera-se de qualquer modelo. Segundo Farah (2004), as propostas de divisão por gênero em políticas públicas, foram justamente o que permitiu a construção de um espaço de luta pela superação da desigualdade entre mulheres e homens na sociedade brasileira. Ainda assim, tais restrições devem, sim, ser investigadas, compreendidas e trabalhadas no sentido de se contornarem eventuais falhas.

### **3.3 Classe 6 - Conhecimento**

A categoria “Conhecimento” esteve empatada com a classe 2 em expressividade percentual, contabilizando, também, 19,18% das unidades de contexto analisadas e, por esse motivo, segue nesta ordem de apresentação.

O foco de abordagem dessa categoria foi o conhecimento dos profissionais acerca da população LGBTQIA+, tangenciando diversos temas como cultura, aceitação social, adoecimento, fontes de informação, entre outros. Assim sendo, foram incluídas nessa categoria muitas das respostas dos entrevistados a perguntas acerca da diferenciação entre Sexo, Identidade de Gênero e Orientação Sexual.

A análise de tais unidades de contexto, permitiu identificar que os profissionais conseguem, sim, diferenciar Identidade de Gênero e Orientação Sexual quando interrogados. Essa diferenciação, contudo, ocorre de forma confusa, sem o uso de termos específicos, repleta de inseguranças por parte dos profissionais e corriqueiramente seguida da reiteração de seu “pouco conhecimento do assunto”. Além disso, as diferenciações entre sexo e identidade de gênero foram pouco abordadas pelos entrevistados.

“Eu acho que a orientação sexual é a preferência de atividade sexual, parceiro, parceira sexual da pessoa e a identidade de gênero é como a pessoa se vê” (Entrevistado 6)

“Eu poderia chamar de orientação sexual quem é lésbica, quem é gay, e o pessoal do gênero mesmo acho que os travestis, os queer. Eu acho, mas não sei não, não sei te responder” (Entrevistado 1)

Dessa maneira, pode-se compreender que há, sim, por parte dos profissionais um conhecimento latente e atual, mas que não foi formalizado e que ainda requer aperfeiçoamento. Nesse sentido, os entrevistados levantaram novamente a falta de abordagem do assunto durante a graduação e apontaram outras formas de aquisição desse conhecimento ao longo de sua jornada. Dentre essas, as principais ferramentas apontadas para apresentação desse conhecimento foram os filmes, documentários e a internet, esta última apontada como ferramenta tanto de conhecimento profissional, como também de conhecimento para a própria população acerca de sua saúde.

“...se eu não me engano tem vários filmes assim que são indicações mesmo pra poder entender e são fatos reais, o que é mais interessante, falando sobre essa população assim, são uns filmes bem interessantes que já me disseram também, mas eu nunca assisti porque eu particularmente não gosto.” (Entrevistado 1)

“O contato que eu tive não foi com esses conceitos de orientação sexual e identidade gênero, é uma coisa que a gente nem questiona muito na faculdade, a gente é ensinado a ver o paciente, de forma geral, com foco no adoecimento (Entrevistado 4)

Aponta-se, pois, uma falta de estruturação formal dos meios de difusão do conhecimento em Saúde da População LGBTQIA+, corroborando com as ideias de Silva, Paulino e Raimondi, 2020.

Em contrapartida, outro ponto interessante apresentado foi relativo à pouca aproximação entre os profissionais e o contexto cultural e de vida dessa população, a chamada competência cultural (SANTOS, SILVA e FERREIRA; 2019). Tal consideração se dá não apenas a respeito de termos técnicos ou jargões específicos do vocabulário popular, mas principalmente acerca do estilo de vida e dos ciclos de vida de cada população da sigla, desconsiderando os marcos de vida esperados, fases da vida e outros tantos aspectos que costumam se diferenciar da população em geral.

Sabe-se que há no ciclo de vida humana, diversos marcos importantes: os primeiros passos, as primeiras palavras, o primeiro beijo, a saída da casa dos pais, o primeiro emprego, a constituição de um núcleo familiar próprio, etc. Nesse sentido, cada momento da vida humana pode demandar níveis de atenção diferentes não apenas em competência psicossocial, mas também em saúde biomédica. De forma semelhante, pessoas LGBTQIA+ também apresentam questões específicas em seu ciclo de vida: a “saída do armário”, uma primeira experiência sexual com o mesmo gênero, a escolha de um nome social, o uso e as mudanças esperadas após o início de uma terapia hormonal ou até mesmo os constantes questionamentos direcionados a sua libido e práticas sexuais. Além disso, muitos marcos de vida podem ser vivenciados de maneira específica dentro dessa população, podendo ou não demandar atenção dos profissionais de saúde. A exemplo disso, podemos ter os processos de descoberta da primeira experiência sexual, muitas vezes vivenciada sem instruções adequadas acerca de prevenção ou da saúde sexual como um todo (CIASCA, et al. 2021).

Nesse sentido, os profissionais apontaram que seu distanciamento desses contextos também contribui para sua insegurança ao abordar certos assuntos, mesmo que seu conhecimento venha a ser suficiente para tal - especialmente pelo medo de se expressar ou ser entendido de forma equivocada. Por outro lado, isso não impediu que eles expressassem alegações importantes acerca dessas diferenças de estilos de vida e suas consequências.

“...então eu gostaria muito de saber lidar. Entrar no mundo deles, que eu nem gosto muito desse tema, às vezes quando eu to conversando com as minhas colegas elas falam que é o mundo deles, mas não tem essa história de mundo, porque dá aquela impressão de que está separado, nossa como eles estão tão distantes da gente, não.” (Entrevistado 1)

Desse modo, foi apresentado por esses profissionais um certo encadeamento de fatos tidos como comuns ou esperados para a população LGBTQIA+. Segundo eles, as divergências entre esses ciclos de vida ou contextos culturais apresentados são um potencial gerador de sofrimento. Isto é, para eles, pessoas que não se veem aceitas em um ambiente, sofrem pressões externas que as levam a viver uma vida diferente daquela que as agrada. Esse processo, então, geraria potencial sofrimento psíquico, o qual culminaria no agravamento das carências e demandas em saúde desses pacientes.

“Eu acho que isso acontece com qualquer pessoa independente do gênero, da orientação sexual. Então eu arrisco dizer que pessoas que estejam num ambiente em que não são bem aceitas. Elas têm a possibilidade de suas carências até serem aumentadas.” (Entrevistado 6)

Apesar disso, alguns profissionais levantaram que, ao longo de sua vida profissional, apresentaram diversas mudanças de comportamento, associadas ao tempo de experiência e atuação na área, atingindo maior grau de expertise ao estabelecer esse vínculo mesmo que os choques culturais ainda existam:

“Eu recebi uma paciente que os familiares vieram me falar que estavam com medo dessa pessoa estar depressiva devido ao falecimento de um parente próximo, e eu convidei essa pessoa para ir no consultório, e deixei o espaço aberto, e ela foi falando de várias queixas físicas. E eu na minha consulta sempre deixo uma consulta corrida, para o paciente falar e aí ela foi se sentindo à vontade pra falar da orientação sexual dela que gerava problemas físicos e que ninguém sabia. Aí ela se sentiu à vontade pra falar pra mim e que ela não tinha coragem de contar pra ninguém da família. Foi uma coisa que me marcou muito, porque era uma idosa de mais de 60 anos.” (Entrevistado 3)

Ademais, o choque de contextos culturais entre profissional e paciente se mostrou como um entrave, na medida em que proporcionou maior demora no

estabelecimento de vínculo e confiança profissional-paciente. Como afirmam Cherpack e Santos, para pacientes idosos, por exemplo, questões culturais podem ser inclusive motivadores da não abordagem da sexualidade (CHERPACK, 2016).

### **3.4 Classe 4 - Experiências da Prática Clínica**

Em sequência, a classe 4, nomeada como “Experiências da Prática Clínica”, esteve representada em cerca de 16,94% das unidades de contexto analisadas. Essa categoria coloca em foco as experiências dos profissionais de saúde com a Prática Clínica de atendimento à População LGBTQIA+, bem como seus aprendizados e perspectivas nesse contexto.

Em primeiro plano, quanto aos seus aprendizados e conhecimentos, os profissionais entrevistados destacam o grande potencial transformador e educador do contato com o paciente e a prática diária. Para eles, esse processo faz com que a experiência do profissional seja ressaltada, pois é com as falhas e experiências negativas que relatam obter maior aprendizado. Além disso, o contato continuado, mesmo que indireto, com a graduação - como preceptores de estudantes, por exemplo -, incentiva a busca de conhecimento e atualização desses profissionais.

“A população hanseniana me ensinou muito sobre estigma, sobre discriminação, sobre o medo da rejeição, eu devo a essa população muito da sensibilidade que eu tenho aprendido com relação a quem enfrenta dificuldades, enfrenta marginalização, enfrenta dificuldade de aceitação.”  
(Entrevistado 6)

Como já apontado, segundo os entrevistados, em determinados cenários, a presença de estudantes ou demais profissionais na sala de consulta dificulta a abordagem de assuntos mais delicados ou considerados íntimos. Dentre estes, se inclui a sexualidade. Nesses casos, alega-se que o profissional deve ter ampla compreensão dos limites da relação acadêmicos-profissionais-pacientes e perceber que acima da necessidade do aprendizado, está a necessidade de se atender adequadamente o paciente. Sob outro enfoque, porém, a presença de estudantes nesse cenário não foi considerada exclusivamente um fator complicador dessa relação.

Os entrevistados relatam que por vezes, estudantes são articuladores importantes da relação entre a equipe da ESF e o paciente, realizando uma busca ativa e trazendo pacientes até o serviço. Além disso, considerou-se que estudantes são, em geral, mais abertos a mudanças e à aproximação com realidades divergentes da sua própria, incentivando o mesmo comportamento nos profissionais que acompanham. Esse achado ratifica as ideias de Cirino (2018) que evidenciam um maior notoriedade de atitudes negativas em profissionais que se graduaram antes dos anos 2000 quando comparados a estudantes do século XXI.

“Eu já tive situações em que percebi isso e pedi que os estudantes saíssem pra eu ficar sozinho com o paciente. Porque percebi que acima da necessidade do estudante aprender, estava o direito de privacidade daquela pessoa... Esse é o problema do professor universitário que atua na rede junto com estudante. Agora, por outro lado eu já tive também situações dessa população que foram trazidas pelo estudante.” (Entrevistado 6)

Destarte, ainda nesse contexto, quando questionados sobre os possíveis entraves para a aplicação de seus conhecimentos no atendimento e acolhimento de pessoas LGBTQIA+, os profissionais relataram que o processo de aprendizagem dessas relações perpassa necessariamente pela aproximação do profissional com a realidade, cultura e visão de mundo do paciente.

“...ser mais abrangente, ter contatos, conhecer a pessoa em si, conhecer os seus anseios. Quando a gente começa a conversar com a pessoa da população LGBT, a gente vê que ela tem muitas dificuldades ainda de se expor pela sociedade.” (Entrevistado 2)

Essa aproximação foi considerada como ainda insuficiente para o caso de pessoas LGBTQIA+, causando o estranhamento e a insegurança dos profissionais ao se depararem com essa população. Por conseguinte, esse estranhamento culmina, muitas vezes, em um atendimento incompleto, apressado, inseguro ou mesmo inadequado. Entende-se, pois, como urgente a necessidade de se promover maior aproximação, naturalização e formalização do atendimento integral à comunidade LGBTQIA+.

“...E despachei os dois o mais rápido possível. Porque eu não tava conseguindo segurar a situação. Ou seja, eu cometi um erro técnico

grosseiro, que foi não fazer o tratamento pros dois, que era o que eu deveria ter feito.” (Entrevistado 6)

Eventualmente, os entrevistados relataram se deparar com situações da prática clínica que provocam profundos questionamentos próprios sobre suas crenças pessoais, valores éticos e morais ou condutas técnicas. Ressalta-se então, o caráter desafiador de se atender uma população tão diversificada como a sociedade atual, porém ratificando-se a importância desse enfrentamento para a promoção de um atendimento de acordo com os princípios do SUS. Tal qual afirmam Silva, Finkle e Moretti-Pires (2019), quando esse enfrentamento não ocorre de maneira adequada, as representações sociais desses profissionais podem operar como barreiras no acesso à saúde, prejudicando a qualidade da atenção à saúde desta população. Desse modo, arrisca-se incorrer em erros como a subnotificação de demandas, negligência e, até mesmo, violência velada.

Atualmente, os profissionais entendem que não há, em regra, um movimento de resistência ao atendimento ou aceitação de pessoas LGBTQIA+ em ambientes de saúde. Contudo, relatam que muitas vezes esse “acolhimento” se dá de forma inadequada, passando não apenas pela ignorância de demandas e direitos dessa população, mas chegando até mesmo ao caso da ridicularização de gestos, estereótipos e estilos de vida, com piadas e deboches. Eis, portanto, o momento em que a prestação de cuidado incorre em violência. Desse modo, é possível questionar quais aspectos ou modelos de resistência e aceitação foram supostamente abandonados e quais permanecem ainda nos dias de hoje.

Em contrapartida, os profissionais acreditam haver barreiras específicas por parte, também, da própria comunidade nos ambientes de saúde. Segundo eles, há um maior medo da exposição e vergonha da identificação de suas características ou condições de saúde.

“Eles tem até medo, coitado, de acontecer alguma coisa com eles assim, porque eles não falam mesmo, o preconceito é maior, a vergonha de se expor é maior... Então ao meu ver são as duas coisas, tanto é o preconceito que ele acham que vão sofrer quanto o não saber mesmo do profissional de lidar com a situação.” (Entrevistado 1)

Além disso, alega-se suspeitar de uma maior carência, não apenas afetiva, mas de cuidado geral nessa população, o que é associado por eles a uma maior probabilidade de exposição a situações de risco. Como forma de contornar essas barreiras, eles citam o papel importante de exemplos de afirmação positiva. Isto é, trazer a público de forma natural, exemplos reais de pessoas, situações ou condições semelhantes às vivenciadas pelo paciente, em que sejam suas realidades sejam afirmadas e bem aceitas. Para eles, isso seria um fator preponderante para a maior abertura do diálogo e estabelecimento do vínculo profissional-paciente.

“Viram que aquilo, que aquele modo de ser não era nada de diferente, porque existiam outras pessoas também que pensavam igual ou agiam igual e aí começaram a pegar mais coragem de enfrentar, de frente os seus familiares e se firmar como homossexuais, como população LGBT.” (Entrevistado 2)

Ato contínuo, a relação profissional-paciente também foi alvo de indagação desses profissionais. Muito se fala sobre a importância dessa relação para o seguimento do cuidado em saúde (TITTON, 1988), mas alguns pontos específicos foram levantados quando no contexto da saúde LGBTQIA+. Em primeiro plano, foram colocados em pauta momentos de conflito para a relação profissional-paciente, especialmente quando as ações, crenças e desejos do paciente divergem absolutamente das indicações técnicas do profissional. Nesse caso, o manejo do conflito e a própria continuidade dos cuidados em saúde são postos em xeque, e a experiência dos profissionais afirma que forçar um enfrentamento abrupto do paciente com a realidade - nomeado como modelo autoritário por Titton -, mesmo em contextos estritamente objetivos, técnicos ou biológicos, pode enfraquecer o vínculo com o profissional e até fazer com que o paciente interrompa a continuidade dos cuidados com sua saúde.

“E eu disse: você tem que enfrentar essa sua coisa, você pode precisar de uma terapia pra enfrentar essa dificuldade, pense nisso tudo. E aí foi um paciente que eu perdi porque ele nunca mais voltou. Eu acho que às vezes o incômodo de confrontar determinadas coisas é muito forte. Pode também ter acontecido que ele não se sentiu devidamente acolhido por mim. Eu preciso fazer essa autocrítica. Porque quando a gente confronta alguém é um equilíbrio frágil entre carinho e firmeza e nem sempre a gente está bem antenado nisso aí.” (Entrevistado 6)

Deve-se, pois, assumir uma postura firme acerca dos critérios profissionais, porém de forma acolhedora, sendo capaz de devolver ao paciente a responsabilidade sobre sua própria saúde, com a finalidade de informar e torná-lo capaz de decidir e responder por suas decisões. Nessa lógica, Soares e Camargo Junior (2007) pontuam que autonomia como o modo de ser do ser humano e, portanto, como uma precondição para a saúde e para a cidadania.

Já em segundo plano, levantou-se novamente a não identificação dessa população durante a consulta, como já explicitado anteriormente dentro de outras categorias. Nessa categoria observou-se novamente que a maioria dos profissionais não interroga seus pacientes sobre o assunto, principalmente devido a essa insegurança e ao medo de não saber como abordar a temática.

“Então, esses conceitos ainda são uma dificuldade pra muitos profissionais de saúde, e eu acho que é só com o tempo.” (Entrevistado 2)

Dessa forma, adentra-se concomitantemente o terceiro plano pesquisado: as responsabilidades profissionais no atendimento e acolhimento dessa população. Questiona-se, então, de quem seria a responsabilidade da identificação. O paciente deve identificar-se ou o profissional deve interrogar tais DSS? Para além disso, os próprios profissionais foram capazes de elencar outros tópicos que seriam de sua responsabilidade profissional no assunto: 1) atualizar-se em conhecimentos técnicos; 2) desenvolver em consulta um olhar solidário e acolhedor; 3) respeito incondicional ao paciente; 4) aplicar o princípio de igualdade, atendendo a todos de maneira igualitária independentemente de suas diferenças. Tais ideias se expressam, por exemplo, nas falas a seguir:

“Eu não tenho obrigação de concordar com tudo, mas eu tenho a obrigação de respeitar...”

Por outro lado, além desse teórico, é continuar a desenvolver um olhar solidário, um olhar acolhedor que não é favor, é obrigação do profissional de saúde.” (Entrevistado 6)

Por fim, observa-se então que os profissionais apresentam, sim, algum grau de compreensão e conhecimento tanto técnico quanto ético para o atendimento integral

dessa população. Contudo, a aplicabilidade desses conhecimentos é barrada pelo baixo acesso a um conhecimento aprendido de maneira formal, objetiva e estruturada, bem como pelo apagamento das especificidades de seus ciclos de vida, desconhecimento de suas demandas e não identificação dos DSS. Tal fato é apresentado não apenas no presente trabalho, mas também na literatura científica já existente, como afirma Negreiros, et al:

“Os médicos participantes declararam também que não realizaram capacitação ou curso sobre a saúde LGBT, tampouco participaram de palestras, simpósios e seminários sobre a temática. Justificam essa deficiência por falta de oferta, insuficiência do tempo e pouco estímulo do empregador, o que corrobora os achados de outro estudo que também investigou a percepção médica sobre a saúde LGBT” (NEGREIROS, et al. 2019; pg. 26-27)

### **3.5 Classe 3 - Entraves e Dificuldades dos Profissionais**

A categoria 3, “Entraves e Dificuldades dos Profissionais” apresentou expressividade percentual de 11,84% das unidades de contexto analisadas.

Essa categoria teve como enfoque as dificuldades observadas pelos profissionais de saúde em sua prática diária. Além disso, foi possível identificar também algumas visões específicas destes com relação a suas profissões e atuações. É observado, por exemplo, um desejo latente de constante aprimoramento e melhoria dos próprios profissionais ao longo de sua atuação assistencial, a qual é considerada por alguns como uma oportunidade constante para esse aprimoramento. Ademais, os profissionais demonstram mais uma vez uma forte associação de suas profissões ao cuidado geral da população, reforçando seu dever para com o acolhimento, com a solidariedade, com as autocríticas e a necessidade de aproximação com essa comunidade.

“Eu preciso ser acolhedor porque eu estou em uma profissão de cuidado. Então a gente, acho que o médico, o enfermeiro, todos nós que cuidamos de pessoas, nós precisamos amadurecer.

E eu vejo, que o tempo tem feito bem pra mim no sentido de que eu tive como aproveitar algumas oportunidades pra refletir, fazer uma autocrítica ou ser chamado a atenção por outras pessoas com percepção melhor do que a minha pra que algumas atitudes fossem sendo modificadas.” (Entrevistado 6)

Já em relação aos entraves trazidos pelos profissionais para a prestação desse atendimento integral, foi levantada em primeiro plano a dificuldade de atualização técnica e busca por esses conhecimentos. Entende-se que a atualização profissional é, sim, de responsabilidade profissional, contudo a rotina e pressão assistenciais muitas vezes dificultam esse processo (NEGREIROS, et al; 2019). Por esse motivo, os profissionais demandam por aproximações da gestão e da universidade para realização de capacitações sobre o tema.

“O pessoal da universidade trazer essas informações, trazer esses debates à tona pra gente sempre tá conversando a respeito desses assuntos que infelizmente hoje ainda são questões polêmicas, porque mexem muito com o pensamento arcaico.” (Entrevistado 2)

Apesar disso, para além das bases teóricas e estruturais, a prática de cuidado também apresenta outras demandas específicas dos profissionais, como à adequação da linguagem e comunicação com os pacientes e equipe. Sabe-se hoje que, especialmente no contexto da atenção primária, a comunicação é uma das ferramentas mais importantes para o profissional de saúde (NEGREIROS, et al; 2019).

Assim sendo, é de extrema importância que este saiba adequar sua linguagem, tanto verbal quanto corporal, para melhor estabelecer vínculos e investigar condições relacionadas à saúde. Esses achados corroboram com as ideias de Tilton (1987), como já abordado anteriormente sobre a comunicação na consulta médica.

Nesse sentido, a pouca aproximação dos profissionais com o contexto cultural e ciclo de vida desses pacientes é um potencial encadeador desse entrave apresentado. Além disso, os profissionais também demonstraram ter recebido pouca capacitação para abordagem de conflitos e situações difíceis, apresentando dificuldades também nesse processo ao estabelecerem os vínculos profissional-paciente e abordarem temas referentes à sexualidade humana.

“Eu acredito que pra melhorar esse atendimento, primeiro, é trabalhar é a cabeça dos profissionais, o que é muito difícil. Muitos profissionais, eles têm bom conhecimento técnico, mas não sabem lidar com esse tipo de público, no jeito de conversar, no jeito de abordar, alguma situação.” (Entrevistado 4)

Por fim, a não identificação dessa comunidade em consultas de rotina também se mostra como um fator confundidor para que os profissionais compreendam as demandas de cada paciente em questão. Tal assunto mostra-se como uma dúvida recorrente dos profissionais. Assim, estes reivindicam não compreender onde, como ou mesmo por quais motivos essa população pode vir em busca dos serviços de saúde, tendo uma visão dessa demanda reduzida quase que exclusivamente às demandas em saúde sexual.

“Acho que é a falta de conhecimento mesmo, falta de ler sobre esse assunto, de nunca ter atendimento ninguém dessa população. Na graduação realmente não dá pra ver tudo e acho que falta o interesse do profissional mesmo em buscar. Eu mesmo não sabia da existência dessa política.” (Entrevistado 3)

“...não são atendidos, pelo menos não pelo SUS, quando às vezes tu percebe que essa população vem é simplesmente, basicamente apenas pra isso, pra vim te pedir camisinha, só.” (Entrevistado 1)

### **3.6 Classe 5 - Perspectivas em DSS**

Por fim, a categoria 5, “Perspectivas em DSS”, apresentou expressividade de 9,59% das unidades de contexto analisadas. Nessa categoria os entrevistados ressaltam suas perspectivas próprias acerca do acompanhamento dos DSS da população LGBTQIA+. Para isso, eles ratificam apresentar uma visão específica dessas condições, restrita às suas realidades imediatas de atuação, sejam estas a unidade de saúde em que trabalham ou o território que abrange sua equipe. Assim sendo, eles sugerem a articulação e diálogo com gestores em saúde a fim de apresentar maior grau de confiabilidade sobre o panorama geral.

“Talvez conversando com alguém que faça parte da gestão, que tem essa visão mais ampla. Eu tenho a visão mais da minha unidade. Eu não sei o que se passa nas outras unidades. Por mais que eu já tenha passado em algum momento, em outras unidades, mas não consigo ter essa visão hoje, saber se lá no Hospital XXX, está sendo atendida a população LGBT de uma maneira correta.” (Entrevistado 2)

Apesar disso, poucas foram as divergências apresentadas pelos diversos profissionais entrevistados, o que pode favorecer a hipótese de existência de uma

realidade semelhante ao redor do município. Tal fato é de extrema relevância quando consideramos os tópicos centrais desta categoria.

Primeiramente, é ressaltado pelos entrevistados que há uma perspectiva positiva de redução dos DSS que atuam de forma negativa sobre a população LGBTQIA+. Essa perspectiva associa-se também a uma imposição destes de um pré-requisito para sua concretização: que o avanço técnico, humano e estrutural para o atendimento integral dessa população ocorra de forma gradual e síncrona em toda a rede de saúde, haja vista a necessidade de atendimento dessa população em todos os níveis de saúde, não apenas ao nível da Atenção Primária.

“E esse avanço tem que ser um avanço ao mesmo tempo de todas as unidades ao mesmo tempo, não adianta uma unidade avançar e a outra ficar. Porque essa pessoa tem que ser atendida em todos os níveis de saúde.”  
(Entrevistado 2)

Reforça-se, ainda, o caráter de autonomia dos sujeitos sobre sua saúde, explicando que ao buscar um atendimento em saúde que não comporte suas necessidades, o paciente rompe imediatamente o vínculo estabelecido, até mesmo ignorando as condutas indicadas e buscando outras formas - muitas vezes informais e cientificamente questionáveis - de suprir sua necessidade.

“Quando ele sente que não vai fazer diferença, ele procura um outro lugar, ou às vezes até a internet, faz besteira, porque tem medo de procurar alguma unidade de saúde e se sente mais seguro, se for na internet pesquisar”  
(Entrevistado 4)

Entretanto, o contrário também é verdadeiro para eles: quando bem acolhido, em um atendimento resolutivo e integral, o paciente fortalece seu vínculo tanto com o profissional em questão quanto com a unidade, tornando-se catalisador dessa reação a nível local. Nesse contexto, pacientes com vínculo concreto, incentivam a busca por atendimento de pessoas próximas na mesma unidade ou serviço. Assim sendo, esse contexto corrobora plenamente com as intenções apresentadas pelos profissionais.

“Talvez, se ela não fosse bem atendida da primeira vez, ela nunca mais voltasse naquela unidade ali, mas ela voltou e ela trouxe outros amigos dela, que faziam parte, que eram homossexuais, não eram transexuais, mas eram homossexuais.” (Entrevistado 2)

Apesar dos entraves, da insegurança e distanciamento cultural, a maioria dos profissionais demonstrou grande interesse em dialogar com a diversidade e prestar um bom atendimento. Segundo eles, a sociedade é rica em diversidade, porém nesse cenário algumas populações acabam por ser excluídas. O desafio, portanto, se encontra em acessar a diversidade dentro do contexto unitário de uma sociedade tão grande, de forma a naturalizar a presença de organismos diversos e reduzir as disparidades sociais e em saúde. Como explica Padilla, de modo geral, a universalidade da assistência em saúde só se torna realmente possível a partir do momento em que identificamos e buscamos minimizar barreiras de acesso.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se pois, que os profissionais da APS no município de Pinheiro-MA não ignoram as temáticas relativas ao Atendimento Integral da População LGBTQIA+ em sua Prática Clínica, sendo capazes de elencar entraves, falhas, DSS e responsabilidades profissionais, bem como fatores facilitadores do acesso, organizações estruturais, perspectivas de melhorias e demandas próprias para a melhor promoção desse atendimento. Contudo, eles apresentam um conhecimento ainda informal acerca da Saúde LGBTQIA+, levantando a demanda emergente pela formalização do ensino desta área, em especial na graduação, e de outras capacitações gerais, como em Gestão de Conflitos e Organização de Consulta. Além disso, diversos questionamentos permanecem latentes para eles nesse contexto, como os limites entre a abordagem de especialistas e generalistas, formas de identificação e aproximação com o público em questão, demandas específicas dessa população e novos modelos de organização das políticas públicas em saúde. Existe, ainda, uma confusão clara entre os princípios de Igualdade e Equidade em Saúde, que propicia contexto de negligência potencial às demandas de populações marginalizadas e observa-se, também, uma falha na diferenciação entre os conceitos de Gênero e Sexo Biológico, embora a diferenciação entre estes e a Orientação Sexual seja aparentemente bem compreendida. Por fim, os profissionais da APS se mostram abertos ao aprimoramento nesse assunto, pondo isso como parte de sua responsabilidade profissional, porém apresentando baixa busca própria pelo assunto e demandando confluências com gestores e com as Universidades locais para capacitação e implementação de melhorias.

## 5 REFERÊNCIAS

- ACAUAN, Laura Vargas et al. Utilização do software Iramuteq® para análise de dados qualitativos na Enfermagem: um ensaio reflexivo. **Revista mineira de enfermagem**, v. 24, p. 1-5, 2020.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: **Edições 70**, 2011, 229 p.
- BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo: a experiência vivida. São Paulo: **Difusão europeia do livro**, v. 2, 1967.
- BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim. Assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. São Paulo: **Expressão Popular**, ANTRA, IBTE, 2021.
- BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha et al. LGBT health policy and its invisibility in public health publications. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 305-323, 2020.
- BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pinheiro/pesquisa/37/30255?tipo=ranking>>. Acesso em: 26 de abril de 2022
- \_\_\_\_\_. M. S. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**, 2012.
- \_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 5 dez. 2023.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara de Educação Superior; 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT**. Brasília: MS; 2008.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Health and its social determinants. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.
- CARVALHO, Laudénize Souza; PHILIPPI, Miriam May. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde-[doi: 10.1512/ucs.v11i2.1837](https://doi.org/10.1512/ucs.v11i2.1837). **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 11, n. 2, p. 83-92, 2013.

CHERPAK, Guilherme Liausu; SANTOS, Fânia Cristina dos. Avaliação da abordagem médica da sexualidade em idosos com dor crônica. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, p. 178-184, 2016.

CIASCA, Saulo Vito; HERCOWITZ, Andrea (Ed.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar**. Manole, 2021.

CIRINO, Larissa Esthefani Barros. **Evidências sobre atitudes de estudantes e profissionais de saúde relacionadas às pessoas LGBT**. 2018.

CRENSHAW, Kimberlé W. **On intersectionality: Essential writings**. The New Press, 2017.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens**. Penso Editora, 2014.

DE ALBUQUERQUE, Mário Roberto Tavares Cardoso; BOTELHO, Nara Macedo; RODRIGUES, Cybelle Cristina Pereira. Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1758-1758, 2019.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

FARAH, M. F. S.. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 1, p. 47–71, jan. 2004.

FERREIRA, Breno de Oliveira et al. “**Não tem essas pessoas especiais na minha área**”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. 2019.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research**.,[e-book] Aldine de Gruyter. 1967.

GÖRAN, Dahlgren; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. 1991.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: vozes, 1997.

MEYER, Ilan H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. **Psychological bulletin**, v. 129, n. 5, p. 674, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 1992. p. 269-269.

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**, v. 43, p. 23-31, 2019.

OLIVEIRA, Daniel Canavese de. Representatividade da população LGBTQIA+ nas pesquisas epidemiológicas, no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: ampliar a produção de conhecimento no SUS para a justiça social. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e2022020, 2022.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** – 1946. USP. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod\\_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf)> Acesso em: 02/07/2022.

PADILHA, Vitória Braga; PALMA, Yáskara Arrial. Vivências não-binárias na contemporaneidade: um rompimento com o binarismo de gênero. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, v. 11, 2017.

PADILLA, Beatriz et al. Cidadania e diversidade em saúde: necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados. **Saúde & Tecnologia**, n. Suplemento, p. e57-e64, 2013.

PAVELTCHUK, Fernanda de Oliveira; BORSA, Juliane Callegaro. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. **Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto**, v. 21, n. 2, p. 41-54, dez. 2020. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-2970202000020004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-2970202000020004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 dez. 2023.

ROCON, Pablo Cardozo et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, 2019.

SANTOS, J. S. DOS .; SILVA, R. N. DA .; FERREIRA, M. DE A.. Health of the LGBTI+ Population in Primary Health Care and the Insertion of Nursing. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, p. e20190162, 2019.

SILVA, A. L. R. DA .; FINKLE, M.; MORETTI-PIRES, R. O. Representações Sociais De Trabalhadores Da Atenção Básica À Saúde Sobre Pessoas LGBT. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. e0019730, 2019.

SILVA, Jéssica Maiza Nogueira; PAULINO, Danilo Borges; RAIMONDI, Gustavo Antonio. Gênero e sexualidade na graduação em Saúde Coletiva do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2335-2346, 2020.

SILVA, L. K. M. 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.

SOARES, J. C. R. DE S.; CAMARGO JR., K. R.. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 65–78, jan. 2007.

TITTON, João Alceu. A consulta médica: análise dos elementos que a compõem. **(Difusão/Universidade Federal do Paraná)**, 1988.

VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1451-1467, 2011.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WHO. Gender and health, 2021. **World Health Organization**. Disponível em: <[https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1)>. Acesso em: 29 de abril de 2021 às 3h49

\_\_\_\_\_. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH), 2021. **World Health Organization**. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>>. Acesso em: 29 de abril de 2021 às 3h51

\_\_\_\_\_. Social determinants of health, 2023. **World Health Organization**. Disponível em: <[https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)>. Acesso em: 27 de janeiro de 2023

## 6 ANEXOS

### APÊNDICE 1

#### QUESTIONÁRIO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PINHEIRO-MA.

• Nome completo: \_\_\_\_\_.

• Idade: \_\_\_\_\_.

• Estado Civil: \_\_\_\_\_.

• Gênero:

( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Transgênero ( ) Travesti ( ) Não-binária ( ) Outro

• Considerando a classificação do quesito cor estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como você se define?

( ) Branco (a) ( ) Preto (a) ( ) Pardo (a) ( ) Amarelo (a) ( ) Indígena ( ) Outro \_\_\_\_\_.

• Qual a sua religião? \_\_\_\_\_.

• Grau de Escolaridade:

( ) Técnico ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

• Qual a sua área de formação? \_\_\_\_\_.

• Há quantos anos trabalha na SUS? \_\_\_\_\_.

• Há quantos anos trabalha no município de Pinheiro-MA? \_\_\_\_\_.

• Há quantos anos trabalha na área de Saúde? \_\_\_\_\_.

Se possível, deixe aqui o seu contato:

Nome: \_\_\_\_\_.

Telefone: \_\_\_\_\_.

E-mail: \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE 2****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE  
PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PINHEIRO**

O Sr (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do projeto intitulado “GARANTIA DO DIREITO E ACESSO À SAÚDE INTEGRAL LGBT+ NA CIDADE DE PINHEIRO-MA: avaliando realidade e possibilidades.” Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Ao assinar você estará autorizando a sua participação no estudo e a futura publicação dos resultados em revistas científicas e em congressos nacionais e internacionais, desde que preservando o sigilo de sua identidade. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a garantia do direito e acesso à saúde integral da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) no município de Pinheiro-MA. Para a realização da pesquisa, será necessário que o (a) Sr. (a) se disponibilize a responder 01 questionário sociodemográfico e participe de uma roda de conversa com grupo focal, mediada pelos pesquisadores responsáveis, que será gravada para posterior transcrição e registro dos dados.

Sempre que o senhor (a) desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre o estudo e diante dos esclarecimentos, é garantida ao Senhor (a) liberdade de recusa, portanto o senhor (a) poderá recusar-se de continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo. Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e as informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo. O senhor (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os pesquisadores se comprometem ainda a não gerar prejuízos ao atendimento dos usuários com este estudo.

Como benefício, esta pesquisa irá possibilitar a realização de um diagnóstico situacional do acesso da população LGBT+ aos serviços de saúde do SUS, o que fomentará o planejamento de ações em saúde e assistência a esta população. Espera-se com esse estudo que não sejam gerados quaisquer prejuízos ao senhor (a), entretanto, os pesquisadores admitem que o estudo oferece risco de desconforto do profissional ao demandar seu tempo para participação, além de existir a possibilidade de deixá-lo incomodado por eventualmente não saber responder da melhor forma alguma pergunta da entrevista. A equipe pesquisadora se compromete formalmente em tentar minimizar estes riscos e assumir as responsabilidades mediante dano cuja causa comprovada esteja associada ou seja decorrente deste estudo. Seguem abaixo para sua informação, as vias de acesso aos pesquisadores para ocorrência de emergências relacionadas ao desenvolvimento da pesquisa e ainda as formas de acesso ao CEP para situações não resolvidas pelos pesquisadores.

Pinheiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do voluntário da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador

Para qualquer informação, por favor, dirigir-se aos seguintes endereços:

1. Sara Fiterman Lima (pesquisadora responsável)  
Endereço: Estrada Pinheiro/Pacas, Km 10, s/n, Enseada.Pinheiro-MA. CEP: 65200-000.
2. Comitê de Ética em Pesquisa  
Endereço: Av. dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga, São Luís - MA, 65080-805

### APÊNDICE 3

#### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PROFISSIONAIS DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PINHEIRO, MA

Registre ao início da gravação o seu nome, a data da entrevista, o nome do entrevistado e o horário da entrevista (Lembre, esse roteiro é de entrevista, portanto são perguntas feitas pelo entrevistador. Trata-se de conversa a ser gravada e não questionário)

- **Fale um pouco sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT+. (Atenção à resposta do entrevistado, ela vai indicar se ele realmente conhece a política)**

Pontos a serem estimulados:

- Como você tomou conhecimento dessa política?
- Durante sua formação ou atuação profissional, já lhe foi ofertada alguma capacitação acerca da temática?

- **Me fale um pouco sobre seu papel, como profissional de saúde, no cuidado à população LGBT+.**

Pontos a serem estimulados:

- O que significa a sigla LGBT+?
- Qual seu conhecimento sobre orientação sexual e identidade de gênero?
- Quais as demandas de saúde específicas para a população LGBT+? (Atenção à resposta do entrevistado, ela vai indicar se o conhecimento sobre essas demandas é realmente efetivo)

- **No contexto do SUS, como você classificaria o acesso da população LGBT+ aos serviços de saúde?**

Pontos a serem estimulados:

- Na UBS em que você atua, como é o atendimento à população LGBT+?
- O que pode ser feito para melhorar esse serviço?
- Fale um pouco sobre suas experiências, como profissional de saúde, no atendimento à população LGBT+.