



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

JEDISON FELICIANO SILVA

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS,
BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: REFLEXÕES SOBRE A
ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE
2019**

JEDISON FELICIANO SILVA

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS,
BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: REFLEXÕES SOBRE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gabriela Maria Cavalcanti Costa

**Campina Grande
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586p Silva, Jedison Feliciano.
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [manuscrito] : reflexões sobre a assistência à saúde / Jedison Feliciano Silva. - 2019.
105 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Assistência à Saúde. 3. Serviços de saúde. 4. Minorias sexuais e de gênero. I. Título
21. ed. CDD 614

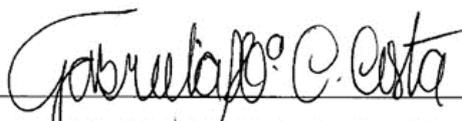
JEDISON FELICIANO SILVA

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS,
BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: REFLEXÕES SOBRE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE**

**Dissertação apresentada à Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB, em
cumprimento dos requisitos necessários
para a obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública, Área de Concentração
Saúde Pública.**

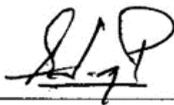
Aprovado em 20/11/2019

Banca Examinadora



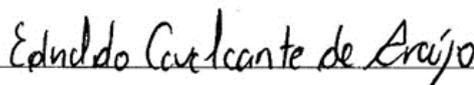
Prof.^a Dr.^a Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Membro interno



Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Membro Externo

AGRADECIMENTOS

À professora Gabriela, por ter estendido a mão a um estranho no início dessa longa jornada e por, tão generosamente, ter compartilhado seus conhecimentos, permitindo àquele estranho transformar em realidade um de seus sonhos.

A Felipe, por ter me acompanhado e apoiado durante grande parte desse percurso, compartilhando alegrias, frustrações, ansiedades... tolerando meus humores... sempre tão amorosa e pacientemente. E à sua família, por ter me acolhido no interior de sua casa, facilitando, sobremaneira, minha vida durante a coleta de dados em uma cidade estranha.

À MELHOR TURMA DO MUNDO, por serem minha família e refúgio, meu lugar de paz... e por se fazerem presentes ainda que distantes.

Aos meus colegas de mestrado, por serem homens e mulheres, pais e mães, maridos e esposas, filhos e filhas, trabalhadores da saúde e pesquisadores tão dedicados e incríveis... Passamos por tanta coisa juntos e, ao final, eu só posso reconhecer que não poderia ter estado em companhia melhor.

Aos professores deste curso, por sua dedicação e ensinamentos.

Aos meus colegas de trabalho, por compartilharem do ofício que escolhi para minha vida... por todas as noites não dormidas e trocas de plantão... e por, genuinamente, partilharem da minha alegria.

E, em especial, a todos os colaboradores deste estudo, por a mim confiarem um pouco de suas histórias e por preencherem com significado e vida estas páginas.

“Existe apenas isto como consolo: uma hora, em um momento ou outro, quando, apesar dos pesares todos, a vida parece explodir e nos dar tudo o que havíamos imaginado, ainda que qualquer um, exceto as crianças (e talvez até elas), saiba que a essa seguir-se-ão inevitavelmente muitas outras horas, bem mais penosas e difíceis. Mesmo assim, gostamos da cidade, da manhã, e torcemos, como não fazemos por nenhuma outra coisa, para que haja mais”.

Michael Cunningham, em *As Horas*

RESUMO

Introdução: Historicamente, as populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais têm sido posicionadas em um lugar de restrição de direitos. Enfatizando-se o campo da saúde, estudos que investigam as práticas assistenciais direcionadas a estes indivíduos, apontam que a acessibilidade desses grupos à saúde é perpassada por uma série de iniquidades. **Objetivo:** Compreender a assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos serviços de referência da Paraíba. **Caminho metodológico:** Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido nos serviços de referência do Estado da Paraíba. Para a coleta de informações, realizou-se levantamento documental dos Planos de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, referente aos anos de 2013 a 2018, além de entrevistas semiestruturadas com profissionais e usuários dos serviços. A formação do grupo de estudo foi determinada pela amostragem proposital e o quantitativo de colaboradores baseou-se no Método de Saturação Teórica. Destarte, 12 profissionais e 30 usuários foram entrevistados. O material empírico resultante da análise documental e das falas foi analisado considerando-se os princípios concernentes à triangulação de fontes com o objetivo de identificar pontos convergentes, divergentes ou complementariedades. **Resultados:** O conjunto de dados, submetido à análise de conteúdo, originou as seguintes categorias de relevância: Serviços e ações de saúde; Práticas educativas; Atividades de mobilização, articulação, participação e controle social; e Monitoramento e avaliação de ações de saúde. **Conclusões:** Constatam-se avanços na tentativa de atender às demandas em saúde do segmento LGBT, verificados a partir da inclusão de metas relacionadas a este público nos documentos analisados. Em termos práticos, entretanto, observa-se que tais avanços estão restritos a serviços especializados para travestis e transexuais e que as ações em saúde identificadas privilegiam práticas clínicas. De igual modo, a inexistência de práticas de educação permanente e educação em saúde, visualizadas neste estudo, tendem a corroborar com o preconceito institucional e por orientação sexual/identidade de gênero nos serviços do SUS. Mudanças nesse contexto perpassam pela reorganização dos modelos de atenção à saúde, no sentido de aprofundar a discussão acerca de questões consideradas fundamentais para a promoção à saúde desses sujeitos.

Descritores: Minorias Sexuais e de Gênero. Políticas públicas de saúde. Assistência à Saúde. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Historically, lesbian, gay, bisexual, transvestite and transgender populations have been positioned in a place of restriction of rights. Emphasizing the health field, studies that investigate the care practices directed to these individuals, point out that the accessibility of these groups to health is permeated by a series of inequities. **Objective:** Understand the health care of lesbian, gay, bisexual, transvestite and transgender people in Paraíba. **Methodological approach:** Exploratory and descriptive study of qualitative approach, developed in the reference services of the State of Paraíba. For the collection of information, a documentary survey of the Health Plans, Annual Health Schedule and Annual Management Report, from 2013 to 2018, was conducted, as well as semi-structured interviews with professionals and users of the services. The formation of the study group was determined by purposeful sampling and the number of collaborators was based on the Theoretical Saturation Method. Thus, 12 professionals and 30 users were interviewed. The empirical material resulting from the documentary and speech analysis was analyzed jointly, considering the principles concerning data triangulation in order to identify convergent, divergent or complementary points. **Results:** The data set, submitted to content analysis, originated the following relevance categories: Health services and actions; Educational practices; Mobilization, articulation, participation and social control activities; and Monitoring and evaluation of health actions. **Conclusions:** There are advances in trying to meet the health demands of the LGBT segment, verified from the inclusion of targets related to this public in the analyzed documents. In practical terms, however, it is observed that such advances are restricted to specialized services for transvestites and transsexuals and that identified health actions favor clinical practices. Likewise, the lack of permanent education and health education practices, visualized in this study, tend to corroborate the institutional prejudice and sexual orientation / gender identity in SUS services. Changes in this context go through the reorganization of health care models, in order to deepen the discussion about issues considered fundamental for the health promotion of these subjects.

Descriptors: Sexual and Gender Minorities. Health Policy. Delivery of Health Care. Health Services.

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BSH	Brasil Sem Homofobia
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CFM	Conselho Federal de Medicina
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LOA	Lei Orçamentária Anual
ONG	Organização não governamental
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PPA	Plano Plurianual
SDH	Secretaria de Direitos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À POPULAÇÃO LGBT	12
3 OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4 CAMINHO METODOLÓGICO	29
4.1 TIPO DE PESQUISA	29
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	29
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	30
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	32
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	33
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	35
5 RESULTADOS	37
5.1 ARTIGO 1	37
5.2 ARTIGO 2	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a política de saúde pública consolida-se a partir de 1988, mediante a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Êxito do movimento da Reforma Sanitária brasileiro, instituído no contexto de redemocratização do país¹, o SUS reconhece o direito à saúde como fundamental, tendo por objetivo prover uma atenção abrangente, universal e igualitária, através da gestão e prestação de serviços de saúde descentralizados².

A despeito de tais princípios, no entanto, faz-se necessário pontuar que a existência de importantes níveis de desigualdade, das mais diversas ordens na sociedade brasileira, faz com que as condições de acesso de diferentes segmentos da população aos bens e serviços de saúde ocorra de forma distinta¹.

Essas diferenças evidenciam-se facilmente quando se aplicam, por exemplo, recortes de gênero e de diversidade sexual às relações humanas e sociais. Assim, ao se atribuírem significados e valores para a diferença sexual, as mais diversas culturas e sociedades transformam a multiplicidade de expressões da sexualidade em desigualdades, que se expressarão em todas as dimensões da existência humana, inclusive nos modos de adoecer¹; sendo, nesse contexto, que Lionço³ afirma serem, em grande medida determinados socialmente, os agravos à saúde dos segmentos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT): em função das frequentes violações de direitos a que estão expostos.

Tais violações externam representações construídas socialmente acerca das orientações sexuais e identidades de gênero tidas como desviantes perante a norma heterossexual e relegam sujeitos e populações marcados por variações de gênero e sexualidade a um lugar de ininteligibilidade⁴, ou seja, algo que está fora das categorias de pensamento socialmente criadas⁵; que, por sua vez, resulta em um quadro histórico de preconceitos e carência de uma rede de apoio estável e específica⁶.

Como consequência deste cenário, os efeitos da discriminação nos estados de saúde do segmento LGBT, a partir de estudos e investigações em torno dessa temática, têm registrado maior incidência de agravos, sobretudo aqueles mais sensíveis à vulnerabilidade social e individual, como questões de saúde mental, HIV/AIDS e dificuldades no acesso a serviços e cuidados de saúde⁷, o que acaba por justificar e sustentar a necessidade de políticas públicas direcionadas especificamente para esses grupos.

Nesta perspectiva, instituiu-se no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), através da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Instrumento legal que ao reconhecer os efeitos da discriminação e exclusão social no processo saúde-doença desses grupos propõe ações para reduzir as desigualdades enfrentadas⁸.

Tal Política embasa-se nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988, que garantem a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. 1.º, inc. II e III), reforçados no propósito fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art. 3.º, inc. IV)⁹, e apresenta entre seus objetivos:

I - Instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT (...);

II - Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; e

III - Qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT (p. 20)⁸.

Ao elencar essas, dentre outras intenções, a Política reconhece as singularidades que recaem sobre esse público e tenta atender as demandas específicas desses indivíduos por universalidade e integralidade de assistência⁶. Com vistas à consecução deste objetivo foram, então, propostas estratégias para o enfrentamento das iniquidades em saúde com foco na população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, por meio do I Plano Operativo da PNSILGBT (2012-2015)¹⁰.

Atualmente em vigência, o II Plano Operativo da PNSILGBT, proposto para o triênio 2017-2019 e formalizado a partir da Resolução CIT nº 26, de 28 de setembro de 2017, continua por sugerir mecanismos para execução desta Política, estando estruturado a partir dos seguintes eixos: I – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; II – Promoção e vigilância em saúde; III – Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; IV – Mobilização, articulação, participação e controle social; e, V – Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT¹¹.

Os referidos eixos devem ser observados quando da elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados a estas populações, sendo responsabilidade de cada esfera

de governo assegurar mecanismos para sua execução em consonância com as realidades e demandas loco-regionais, assim como articular a inclusão das estratégias contidas neste II Plano Operativo em seus respectivos Planos de Saúde e Programação Anual de Saúde, garantindo-se, de igual modo, o monitoramento das ações empreendidas através dos Relatórios Anuais de Gestão ¹¹.

Faz-se necessário enfatizar, entretanto, que o alcance do cumprimento das diretrizes das políticas nos diversos níveis de complexidade da atenção não se dá pela simples elaboração e publicação de seus enunciados¹². Haja vista ainda serem numerosos e comuns os discursos que refletem preconceito institucional e dificuldade no acolhimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais quando da procura por serviços e cuidados em saúde¹³.

Dahlhamer et al¹⁴ expõem tal contexto em estudo populacional americano, o qual aponta que indivíduos que compõem a comunidade LGBT, em função do medo relacionado à possibilidade de discriminação ou vivências negativas nos serviços de saúde, estão mais propensos a atrasar a busca por assistência ou experienciar cuidados inadequados. Dados brasileiros, por sua vez, registram atendimentos discriminatórios, condutas inapropriadas e conotações preconceituosas no interior das instituições de saúde, o que compromete a qualidade da assistência prestada e contraria os princípios basilares do SUS e as premissas da PNSILGBT¹⁵.

Assim, tendo em vista tais considerações, que salientam a restrição ao acesso à saúde, bem como o tratamento dispensado pelos serviços a estes grupos, torna-se relevante refletir sobre as práticas assistenciais direcionadas ao segmento LGBT, bem como fomentar a discussão sobre esta temática. Isso posto, pretende-se, nesta pesquisa, compreender a assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos serviços de referência da Paraíba.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À POPULAÇÃO LGBT

Compreende-se a formulação de políticas públicas como o processo por meio do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real¹⁶ promovendo, destarte, impactos a curto prazo, mas tendo como horizonte temporal primordial o longo prazo. Em um âmbito mais específico, as políticas públicas voltadas à saúde de uma população conformam diretrizes, princípios, projetos e ações relativos à produção, distribuição, gestão e regulação de bens que afetam a saúde humana e o ambiente¹⁷.

Baseado no entendimento preliminar proposto por ambos os conceitos, pode-se inferir que, historicamente, ações governamentais dirigidas à saúde de grupos específicos da população, em especial aqueles que expressam sua sexualidade de forma diversa da heterossexual são relativamente recentes, emergindo a partir da década de 1980, quando do enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, em que a partir da emergência de uma resposta coletiva à doença se constituíram as primeiras políticas públicas brasileiras a se voltarem para homens que fazem sexo com outros homens¹⁸.

Desta época data a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de DST/AIDS¹, que embora não seja uma política exclusiva para população LGBT e nem vislumbre a garantia transversal da cidadania deste público, tinha como foco principal gays e bissexuais, travestis e transexuais (especialmente, se profissionais do sexo) objetivando diminuir a transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis, bem como melhorar a qualidade de vida daqueles acometidos por estas enfermidades^{19,20}.

De fato, a luta contra a epidemia, num primeiro momento, possibilitou que as diferentes expressões da sexualidade humana ganhassem visibilidade favorecendo o debate em diversos espaços. Foi nesse contexto que movimentos sociais, ancorados na luta homossexual por reconhecimento, ganharam força e articularam-se com o Estado em busca de apoio institucional às suas reivindicações²¹.

¹ Atualmente, denominado Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

O incipiente diálogo sobre as demandas e especificidades desses grupos, gerado a partir de então, possibilitou reconhecer que diferentes identidades de gênero e orientações sexuais constituíam marcadores identitários complexos, possivelmente geradores de vulnerabilidades. Tal reconhecimento deve-se não apenas pelo fato de a dinâmica desses grupos implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e da exclusão social²².

E, como ressaltado por Mello et al¹⁹, esse cenário de rejeição se intensifica à medida que se articula com outros marcadores sociais, a exemplo de idade, raça/cor e classe social. Isto porque o sujeito não pode ser pensado apenas como “gay”, “lésbica”, “bissexual”, “travesti” ou “transexual”, já que seu corpo também pode ser negro-rico-jovem, entre tantas outras combinações possíveis dos determinantes sociais que incidem sobre o seu processo saúde-doença.

Às vistas disso, numa primeira tentativa de reconhecer a legitimidade desse segmento, o Programa Nacional de Direitos Humanos II - PNDH II²³, incluiu, entre suas ações, algumas que contemplavam "orientação sexual" como uma dimensão da "garantia do direito à liberdade, opinião e expressão" e outras relativas à "garantia do direito à igualdade" de "Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais”.

Contudo, historiadores observam que, naquele momento, tais ações não chegaram a ser assumidas por nenhum órgão de governo como um conjunto de diretrizes para a formulação de políticas públicas específicas²⁴.

Ações efetivas passam a se concretizar a partir de 2004. Ano tido como um divisor de águas referente às iniciativas governamentais voltadas à promoção da cidadania da população LGBT e ao combate à discriminação, haja vista o lançamento pelo governo federal do Programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB² e de Promoção da Cidadania Homossexual²⁵.

Lançado em novembro daquele ano, a partir de previsão, no Plano Plurianual 2004-2007, da ação "Elaboração do Plano de Combate à Discriminação contra Homossexuais",

² Nomenclatura utilizada à época para referências ao Movimento Homossexual Brasileiro. A mudança de sigla, para LGBT, foi adotada na I Conferência Nacional GLBT, ocorrida em junho de 2008, após intensos debates, objetivando dar maior visibilidade às demandas das mulheres lésbicas presentes no movimento. Importante ressaltar que a sigla já adotou outras formas no passado e que, mesmo após o consenso construído na I Conferência, alguns preferem utilizá-la sob outras formas, de modo a contestar uma suposta hierarquia contida na atual sigla ou a ausência de outras identidades como as intersexuais, por exemplo.

vinculada ao "Programa Direitos Humanos, Direito de Todos", no âmbito da Secretaria de Direitos Humanos, da Presidência da República (SDH/PR), responsável por sua articulação, implantação e avaliação, o Programa Brasil sem Homofobia (BSH) prevê 60 ações, distribuídas em onze áreas, envolvendo oito secretarias e ministérios, voltados para o fortalecimento de instituições públicas e não governamentais de promoção da cidadania homossexual e combate à homofobia; capacitação de profissionais e representantes do movimento LGBT; divulgação de informações sobre direitos e promoção da autoestima; e, incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos a este segmento²⁵.

Das ações relativas à saúde contidas neste programa, destaca-se a formalização do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, do Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população, assim como duas iniciativas que se reportam à produção de conhecimentos sobre saúde da população LGBT e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a esses grupos sociais²⁵.

Em artigo alusivo aos 10 anos do Programa Brasil sem Homofobia, Irineu²⁶ observa, no entanto, que a execução deste enfrentou muitas dificuldades no que diz respeito a ampliação e transversalização das políticas macro, limitando o alcance de suas ações ao apoio a projetos de organizações não governamentais (ONGs); capacitação de militantes e ativistas; criação de núcleos de pesquisa em universidades públicas; programas na área de saúde e prevenção de DST/AIDS; e criação de centros de referência em direitos humanos e combate a crimes de homofobia. Mello, Avelar e Maroja²⁷ também enfatizam que a proposta de avaliações anuais e proposição de indicadores por parte do governo e de organizações LGBT e de defesa dos direitos humanos ainda está por ser realizada.

Além do Brasil Sem Homofobia, outro documento lançado em 2004 merece destaque, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Nele enfatiza-se a necessidade de atenção, no atendimento à saúde, às particularidades de diferenciados segmentos de mulheres, como negras, indígenas e lésbicas²⁸.

O documento reconhece a necessidade de atuar com ações frente ao descuido aparente da mulher lésbica, no que diz respeito às infecções sexualmente transmissíveis e a sua vulnerabilidade mediante esse contexto, revelando a baixa demanda para a prevenção de câncer de mama e do colo do útero, o sofrimento de violências e as dificuldades para a formação da família homoparental²⁸.

Posteriormente, outra iniciativa que contemplou a população LGBT foi a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada por meio da Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, na qual está explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero²⁹.

Em 2007, no âmbito específico do combate ao HIV/AIDS, o Ministério da Saúde lançou dois planos nacionais de enfrentamento da epidemia: o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST e o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis. Nas esferas estadual e municipal também houve o desenvolvimento de planos correlatos, criados por determinação do governo federal¹⁹.

Em relação a tais planos, é importante registrar que as ações voltadas para transexuais estão contempladas no documento destinado às mulheres, enquanto as relativas a travestis integram o concebido para o grupo de homens. Segundo Mello et al¹⁹, esses distintos lugares de atenção à saúde de travestis e transexuais decorrem de disputas identitárias próprias ao movimento LGBT no Brasil e de uma concepção de política pública ainda marcada pelo binarismo de gênero.

Mais uma iniciativa de impacto expressivo a ser registrada é a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais³⁰, realizada em Brasília/Distrito Federal, de 5 a 8 de junho de 2008, sob responsabilidade da Secretaria de Direitos Humanos (SDH)³, com o tema "Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais" e que apresentava os seguintes objetivos:

I - Propor as diretrizes para a implementação de políticas públicas e o plano nacional de promoção da cidadania e direitos humanos de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - GLBT; e

II - Avaliar e propor estratégias para fortalecer o Programa Brasil sem Homofobia.

Em todos os Estados da federação e no Distrito Federal, em meses que antecederam a realização do evento, ocorreram conferências regionais, estaduais e municipais, convocadas por decreto, contando no total com a participação de cerca de dez mil pessoas, onde foram

³ Registra-se, ainda, a ocorrência de outras duas Conferências Nacionais LGBT nos anos de 2011 e 2016. Todavia sem as mesmas repercussões da primeira.

eleitos os delegados da sociedade civil e do Poder Público, na proporção de 60% e 40%, respectivamente³⁰.

A abertura da Conferência contou com a presença do Presidente da República entre outras autoridades, como ministros e secretários de Estado e parlamentares, além de 569 delegados/delegadas, representando a sociedade civil e o Poder Público, 108 convidados e 441 observadores³⁰.

Na plenária final, foram aprovadas 559 propostas, que deveriam nortear a elaboração do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT, distribuídas nos eixos temáticos previamente definidos no Relatório Consolidado das Conferências Estaduais de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais e no texto-base da Conferência, a saber: Direitos Humanos - 73 deliberações; Saúde - 167 deliberações; Educação - 60 deliberações; Justiça e Segurança Pública - 86 deliberações; Cultura - 35 deliberações; Trabalho e Emprego - 37 deliberações; Previdência Social - 15 deliberações; Turismo - 23 deliberações; Cidades - 51 deliberações; Comunicação - 12 deliberações³⁰.

Além dessas deliberações, a Plenária Final da Conferência Nacional aprovou a Carta de Brasília, na qual se reafirma a importância da mobilização social na consolidação de políticas públicas voltadas para a "construção de uma sociedade plenamente democrática, justa, libertária e inclusiva" e ainda se solicita

(...) urgência na criação do Plano Nacional de Direitos Humanos e Cidadania GLBT; o cumprimento dos objetivos do Programa Brasil sem Homofobia e a aprovação dos projetos de lei que criminalizam a homofobia; que reconhecem a união civil de pessoas do mesmo sexo e que autoriza a mudança do nome civil das travestis e transexuais pelo seu nome social (p. 271)³⁰.

Diante das demandas, que integram a Carta de Brasília, não restam dúvidas de que a reivindicação de políticas públicas para a população LGBT está explicitamente associada à pauta das reivindicações na esfera legislativa, indispensáveis para assegurar tratamento de política de Estado aos direitos civis de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil¹⁹.

Nesse cenário, em maio de 2009, lança-se efetivamente o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais³¹, elaborado por Comissão Técnica Interministerial, a partir da avaliação qualitativa e

quantitativa das propostas aprovadas na Conferência Nacional LGBT, realizada quase um ano antes.

Nos termos de sua apresentação e introdução, o Plano expressa o "compromisso político do governo brasileiro em tratar a questão dos Direitos Humanos como verdadeira política de Estado" (p. 7), tendo como objetivo geral a definição de diretrizes e ações para a elaboração de políticas públicas de inclusão social, garantidos os "recortes de gênero, orientação sexual, raça/etnia, origem social, procedência, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária, situação migratória, especificidades regionais, entre outros" (p. 9). Segundo o documento, os princípios que orientaram a elaboração do Plano foram: igualdade e respeito à diversidade, equidade, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos e controle social³¹.

Aguardado como o principal resultado da I Conferência Nacional LGBT, o Plano Nacional LGBT é tido como documento de referência no qual estariam definidas as ações e diretrizes para a implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas de Estado direcionadas a combater o preconceito e garantir direitos para pessoas discriminadas em função de orientação sexual e/ou identidade de gênero²⁷.

Ratificando a centralidade do setor saúde no âmbito das demandas do movimento LGBT brasileiro de um total de 166 estratégias de ação que integram o referido Plano, 48 dizem respeito ao tema, com destaque para as estratégias que propõem a aprovação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nas instâncias do Sistema Único de Saúde³¹.

Nesse contexto, uma política nacional de saúde que contemple as especificidades desses grupos começou a se materializar. Houve, então, o lançamento da versão preliminar do documento Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, cuja versão final foi divulgada em 2010, e finalmente instituída pela Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Entre as diretrizes que orientaram esta Política, destaca-se a inclusão de variáveis que caracterizam a diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de políticas e programas no SUS, envolvendo: orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida e raça-etnia^{8,19}.

Neste documento, o respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Para que isso se efetive, a Política articula um conjunto de ações e programas, que constituem

medidas concretas a serem implementadas, em todas as esferas de gestão do SUS, particularmente nas secretarias estaduais e municipais de saúde, pressupondo que este processo de implementação seja acompanhado, cotidianamente, pelos respectivos Conselhos de Saúde e apoiado, de forma permanente, pela sociedade civil. Destarte, enfrentar toda a discriminação e exclusão social implica em promover a democracia social e, ao mesmo tempo, ampliar a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa do direito à saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental da saúde⁸.

Nesses mesmos termos, a atenção à saúde da população LGBT também se faz presente no conjunto das ações propostas para diversos segmentos marginalizados e subalternizados, contidas no Programa Nacional de Direitos Humanos III - PNDH III³², a exemplo da expansão e da consolidação de serviços básicos de saúde e de atendimento domiciliar, além do reconhecimento da orientação sexual como especificidade a ser contemplada nos programas de atenção integral à saúde das mulheres – reivindicação antiga de mulheres lésbicas e bissexuais e já contemplada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, citada anteriormente.

Complementando a discussão sobre sujeitos marginalizados, Freire et al³³, chamam a atenção para o grupo de travestis, transexuais e transgêneros. Os autores questionam:

“Se a sociedade entende como lésbicas as mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres, como gays os homens que mantêm relações sexuais com outros homens e como bissexuais os indivíduos que mantêm relações sexuais com homens e mulheres, onde se encaixariam os grupos de travestis, transexuais e transgêneros?”

Mello et al¹⁹ procuram responder a esta indagação afirmando que travestis, transexuais e transgêneros correspondem ao público, no conjunto da população LGBT, que mais intensamente sente a escassez de políticas de saúde específicas. Não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade do estigma social que costuma incidir sobre estes grupos identitários, especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores sociais.

Ao investigar como os indivíduos trans⁴ “navegam” nos serviços de saúde Roller, Sedlak e Draucker³⁴ trazem relatos de indivíduos que descreveram uma trajetória “desafiadora e frustrante” exigindo “persistência e determinação”. Ou como dito por Souza e Pereira³⁵: “elas percebem, desde a primeira tentativa, uma barreira no atendimento, que já começa pela sua identificação”.

Outras tantas publicações^{13,35,36,37,38} expõem inúmeras dificuldades na utilização e permanência das pessoas trans nos serviços de saúde, evidenciando aspectos como o desrespeito ao nome social e a trans/travestifobia. Estes citados como alguns dos obstáculos à busca e obtenção de serviços de saúde e causa de abandono de tratamentos (mesmo em se tratando de doenças graves e crônicas como a AIDS).

Dentro do universo trans, há ainda a corrente que discute a (des)patologização das identidades de gênero travesti e transexual no processo de redesignação sexual³⁹, uma vez que a Transexualidade é vista pela Medicina e Sistemas de Saúde como um transtorno de identidade em que o homem e a mulher transexual se identificam com uma masculinidade e/ou feminilidade diferente daquela esperada pela sociedade em função do seu sexo biológico.

No Brasil, a discussão ética e jurídica sobre o acesso das pessoas transexuais às modificações corporais e alteração da identidade sexual teve início na década de 70 e, até os anos 90, concentrou-se nos aspectos penais e deontológicos do ato médico e no argumento de que a retificação do corpo da pessoa transexual não era uma terapia válida para o tratamento⁴⁰. As cirurgias e os procedimentos transgenitalizadores somente foram autorizados no país em 1997, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução nº 1.482⁴¹.

Quase uma década depois, o Ministério da Saúde lançou o Processo Transexualizador do SUS, a partir da Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, a princípio apenas para as mulheres transexuais. O que representou, do ponto de vista prático, a regulamentação, em âmbito nacional, de uma política que engloba cirurgia, assistência e cuidados para com os transexuais. Em 2013, o programa foi reformulado (Portaria nº 2.803, 19/11/2013) e passou a contemplar homens transexuais e travestis com suas demandas por cirurgias e demais procedimentos^{42,43}.

Ao longo dos anos, o CFM atualizou suas recomendações sendo a resolução mais atual a de nº 1.955/2010, segundo a qual, os pacientes transexuais são portadores “de desvio

⁴ Termo amplamente utilizado para designar diferentes identidades, como transexual ou transgênero, ou até mesmo travesti.

psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ao autoextermínio”. Nessa interpretação, o olhar patológico permanece e define como critérios para acesso aos procedimentos transgenitalizadores, o diagnóstico médico de transexualidade, a idade acima de 21 anos e a ausência de características físicas inapropriadas à cirurgia⁴⁴.

Contrapondo-se à perspectiva médica, Ventura e Schramm⁴⁰ sugerem que o efeito estigmatizante e discriminatório do diagnóstico psiquiátrico de uma condição sexual, considerado necessário para o acesso aos recursos médicos disponíveis merecem maior aprofundamento, pois o que se constata é que o exercício da autonomia do paciente transexual no processo transsexualizador é mais limitado do que o usualmente admitido para outros processos terapêuticos, e por esta razão traz desafios e dificuldades para os profissionais de saúde e efeitos negativos para a saúde das pessoas que utilizam a prática de modificações corporais.

Os autores seguem afirmando que a restrição à autonomia dos sujeitos nesse âmbito tem, como consequência, a exclusão, no sistema oficial de saúde, do/a paciente que não preencha os critérios do diagnóstico para o acesso às modificações corporais. Isto implica que as pessoas excluídas busquem por tais modificações no mercado clandestino ou as realizem elas mesmas, o que gera riscos e mesmo danos irreversíveis à sua saúde e integridade física⁴⁰.

Objetivando rever tal paradigma, a Organização Mundial de Saúde, em recente decisão, ainda a ser assimilada, retirou o termo Transexualidade da categoria de transtorno mental. Esta agora é identificada pelo termo “incongruência sexual”, referente a uma condição relacionada com a saúde sexual, e descrita como uma “incongruência marcada e persistente entre o sexo designado a alguém no nascimento e o gênero vivenciado”⁴⁵.

Em termos práticos, a transexualidade perde a alcunha de desvio psicológico, mas mantém a condição de doença ao permanecer na listagem atualizada do Código Internacional de Doenças – CID 11. A lógica embutida nessa permanência é que enquanto as evidências são claras de que a transexualidade não é um transtorno mental, ainda existem necessidades significativas de cuidados de saúde que podem ser melhores codificadas sob o CID, a exemplo das terapias hormonais e cirurgias de redesignação sexual³⁷.

A que se destacar, nesse sentido, que na transexualidade, a importância dos serviços de saúde consiste não apenas no cuidado do processo saúde-doença, mas fundamentalmente numa estratégia de construção de si⁴⁶. Como sugerem Braga, Molina e Figueiredo⁴⁷, a

imagem e a aparência são atributos de grande importância nas sociedades contemporâneas ocidentais. Muitas pessoas cisgêneras (que não relatam incongruência entre seus corpos e o gênero atribuído no nascimento) modificam seus corpos por meio de dietas alimentares, exercícios físicos, cirurgias e demais procedimentos estéticos, em busca do corpo que lhes satisfaça, capaz de promover bem-estar, sinônimo de saúde e beleza. Da mesma forma, inúmeras pessoas trans investem na modelagem de seus corpos como elemento constitutivo de suas vidas.

Torna-se necessário registrar, entretanto, que nem toda pessoa transexual deseja passar pela cirurgia de redesignação sexual. Ainda assim, pesquisas evidenciam que os resultados cirúrgicos podem ter um impacto positivo na vida destas. Popadiuk, Oliveira e Signorelli⁴⁸ citam estudo que avaliou o resultado do procedimento cirúrgico e dos ajustes sociais e psicológicos por meio do acompanhamento de 136 transexuais submetidos à redesignação sexual, e que mostrou que 70% das pessoas submetidas ao procedimento melhoraram suas relações sociais, psicológicas e aspectos psiquiátricos após a cirurgia. De forma geral, os dados apresentados sugerem melhoria na qualidade de vida de mulheres e homens trans.

A incorporação das demandas desse grupo por transformação do corpo representa, para Lionço, uma vitória advinda de intensas mesas de negociação³. Porém, ressalta-se que o Processo Transexualizador do SUS ainda não se universalizou por todos os Estados e regiões do País. Atualmente, apenas Porto Alegre/RS, Rio de Janeiro/RJ, Goiânia/GO, São Paulo/SP e Recife/PE, contam com centros habilitados para o procedimento cirúrgico de redesignação sexual⁴⁸, o que representa flagrante limitação no acesso a esses serviços³⁷.

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 2013 e 2015 foram realizados, nos serviços habilitados, 105 procedimentos cirúrgicos, sendo 95 em mulheres transexuais e 10 em homens transexuais. E visando apoiar a habilitação dos serviços já existentes e fomentar a implantação de novos serviços no Processo Transexualizador do SUS, em 2016, foram realizadas reuniões e visitas técnicas nos municípios de São Paulo/SP, Vitória/ES, Salvador/BA, João Pessoa/PB, Curitiba/PR, Aracaju e Lagarto/SE e Campo Grande/MS⁴⁹.

A essas dificuldades de obtenção de recursos médicos somam-se aquelas relacionadas às questões do estado civil da pessoa submetida ao Processo Transexualizador. A autoatribuição de um novo nome acompanha os processos de transformação do corpo⁵⁰, mas apenas recentemente, por meio do Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, é que indivíduos travestis e transexuais garantiram o direito de serem identificados e reconhecidos através de

sua designação social⁵¹. Anteriormente, tal mudança era viabilizada somente por requerimento judicial⁴⁰.

A despeito da lei e do consenso de que a alteração da identidade do sujeito transexual é parte integrante e fundamental do “tratamento”, não são raros, no entanto, os discursos de desrespeito a tal prerrogativa, o que ainda coloca tal instrumento, no campo das boas ideias e intenções^{37,40}.

Nesse ponto, cabe registrar também que travestis e transexuais não buscam os serviços de saúde apenas quando inseridos no processo de readequação sexual ou em consequência de contágio por alguma infecção sexualmente transmissível. Por esta razão, e considerando a forte discriminação que atinge tais pessoas quando buscam serviços universais de atendimento à saúde, deve-se ressaltar a relevância de iniciativas como a criação, na cidade de São Paulo, do Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais. Nele, atua uma equipe multidisciplinar, especialmente dedicada à realização de um trabalho de recepção e acolhimento das demandas de saúde de travestis e transexuais¹⁹.

Esse serviço pioneiro (seguido por outros similares nos municípios de João Pessoa/PB, Belém/PA e Lagarto/SE)⁵ teve por finalidade ampliar o acesso deste segmento à prevenção, proteção e assistência à saúde, legitimando práticas, ainda incipientes quando da época de sua implantação, como o uso do nome social do usuário, nos prontuários e nas chamadas para consulta. Ainda no sentido de validar a ideia da não discriminação, os banheiros também deixaram de ter a identificação masculino e feminino, passando a ser de uso universal¹⁹.

No exemplo específico do caso paulista, além do cuidado com o ambiente institucional e prontuários, deu-se especial atenção à formação e sensibilização da equipe para o atendimento a esta população. Iniciativa que representa ponto crucial no tocante ao acolhimento desse público, uma vez que a literatura registra amplamente o quão difícil é para esses grupos acessar e permanecer nos serviços de saúde¹⁹.

⁵ Rede pública de serviços ambulatoriais, criados por iniciativa estadual, destinados ao atendimento de travestis e transexuais no Processo Transexualizador: Ambulatório AMTIGOS do Hospital das Clínicas de São Paulo – São Paulo (SP); Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga – João Pessoa (PB); Ambulatório Transexualizador da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecto-Parasitárias e Especiais (UREDIPE) – Belém (PA); Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe Campus Lagarto – Lagarto (SE).

Essa discriminação institucional relatada e que, sumariamente, afasta os sujeitos LGBT dos serviços de saúde, relaciona-se intrinsecamente com preconceitos historicamente disseminados, que têm contribuído para sedimentar o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a diversidade sexual^{52,53,54}.

Como afirmam, Garcia et al⁵⁵, a deficiência no acolhimento dessa população, somada à inadequação dos programas, às especificidades dos diferentes grupos, e às abordagens profissionais incrementadas por percepções equivocadas e estereotipadas, acaba por resultar em dificuldade de acesso, desqualificação da assistência prestada e afastamento previsível desses grupos das ações de cuidados e promoção à saúde.

Objetivando introduzir modificações nesse contexto, Cardoso e Ferro¹³ apontam que transformações nas redes de saúde para o melhor atendimento da população LGBT são essenciais e partem de transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais. Nesse sentido, percebe-se como fundamental que a formação destes não seja apenas técnica, mas atravessada pela compreensão do humano e do social³⁸.

Ao lado desse notório preconceito institucional, associado ao baixo número de servidores especializados para o acolhimento da população LGBT nos serviços de saúde, Mello et al⁵⁶, ao analisar as políticas voltadas à comunidade LGBT descrevem estas como sendo frágeis institucionalmente e deficientes estruturalmente, em face: (a) de precariedades jurídicas que as tornam políticas de governo e não de Estado, o que as deixam ao sabor das conjunturas e conveniências políticas; (b) das dificuldades em gerir as políticas de maneira transversal e em diálogo com a sociedade civil; e, (c) do pouco ou nenhum recurso previsto em peças legislativas orçamentárias como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Apontam-se ainda outros fatores que dificultariam a implementação de políticas de saúde para a população LGBT no Brasil, a exemplo dos entraves nas relações entre governos estaduais, municipais e federal, que eventualmente podem se traduzir na fragmentação das ações a serem executadas⁵⁶.

No que tange a esse aspecto, o Estado da Paraíba se coloca no cenário nacional enquanto importante Estado do Nordeste brasileiro a produzir instrumentos inclusivos com vistas a atender as necessidades da população LGBT. Pesquisa documental realizada por Silva et al⁵⁷ mediante análise de Projetos de Leis, Leis, Portarias e Decretos estaduais e municipais

situa, historiograficamente, a tentativa dos diferentes governos locais (ora em nível estadual, ora municipal) em responder, de forma significativa, as demandas desses atores sociais.

Tais documentos e iniciativas, descritos por Silva et al⁵⁷, são listados a seguir:

- Lei Estadual de nº7.309, de 10 de janeiro de 2003, proíbe qualquer tipo de discriminação ao cidadão com base em sua orientação sexual.
- Portaria nº 41 de 11 de setembro de 2009, determinou que todas as unidades que constituem a Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano passem a registrar o nome social de travestis e transexuais em suas fichas de cadastro, formulários, prontuários e demais documentos.
- Portaria nº 384, de 26 de fevereiro de 2010, passa a estabelecer, no âmbito do município de João Pessoa, o direito aos travestis e transexuais à utilização e tratamento do nome social, principalmente, nos setores de ensino, saúde e assistência social. O município de João Pessoa foi o primeiro do Nordeste e o segundo do país a aderir integralmente à identificação social, tendo como objetivo diminuir o preconceito e a discriminação existentes entre essa população, bem como reiterar a Lei Estadual de nº7.309, de 10 de janeiro de 2003.
- Decreto nº 32.159, de 25 de maio de 2011, dispõe sobre o tratamento nominal e a inclusão do uso do nome social de travestis e transexuais nos registros estaduais relativos a serviços públicos prestados no âmbito do Poder Executivo Estadual. Tal dispositivo considera que a dignidade da pessoa humana é princípio fundamental do Estado Democrático de Direito, assegurando o pleno respeito às pessoas, independentemente de sua identidade de gênero ou orientação sexual. Ressalta-se que cabe ao poder público envidar esforços no sentido de constituir uma sociedade justa e que promova o bem de todos, sem quaisquer preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminações.
- Portaria nº 350, de 02 de abril de 2012, instituída pelo então secretário de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba, assegurando o direito ao apenado, sentenciado ou provisório, à visita íntima, com periodicidade de, no mínimo, uma vez por semana e com duração, horários e procedimentos definidos pela autoridade competente. Essa portaria concede aos indivíduos privados de liberdade, o acesso às relações hétero e homoafetivas, desde que

essas pessoas estejam legalmente casadas ou em união estável. Não havendo ainda a comprovação judicial, essas pessoas devem indicar, por escrito, o nome completo do companheiro e as informações necessárias para a correta identificação e registro no sistema penitenciário.

- Portarias nº 567/2012 e nº 568/2012 tratam da criação do Comitê Estadual de Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População de LGBT, em virtude da reduzida sistematização de conhecimento teórico e prático sobre o tema no país, que repercute na necessidade de implementação de estudos e de educação permanente dos trabalhadores da saúde nos valores do respeito aos direitos humanos e promoção da cidadania, assim como a importância de ouvir os segmentos sociais envolvidos.
- Inauguração, no dia 24 de julho de 2013, pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, do Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais, que tem por objetivo proporcionar serviços especializados para seus usuários. Os seus serviços visam ao acompanhamento dimensional de seus clientes como a Hormonioterapia, acompanhamento para um futuro procedimento cirúrgico do Processo Transexualizador, que inclui a redesignação sexual, mamoplastia, tireoplastia e histerectomia, além do cuidado fonoaudiológico e da visita do nutricionista, proporcionando um cuidado a que muitos não tinham acesso quando usuários apenas das unidades básicas de saúde. Com a criação do Ambulatório TT, surgem vários outros movimentos em defesa deste público. Um desses eventos foi a I Semana da Visibilidade Trans, que ocorreu em fevereiro de 2014, com a finalidade de promover a realização de palestras, oficinas e rodas de conversas para o compartilhamento de experiências com o público transexual.
- Instituição do Conselho Estadual dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais da Paraíba, iniciativa do Governo do Estado, por meio da Secretaria da Mulher e da Diversidade Humana, no dia 21 de maio de 2014. Este foi implantado com a finalidade de resguardar a promoção da saúde e a garantia dos direitos da população LGBT por meio de políticas públicas.
- Lei nº 10.895 de 29 de maio de 2017, que dispõe sobre a obrigatoriedade de afixação de cartaz em estabelecimentos comerciais e órgãos públicos,

informando que a Lei Estadual nº 7.309/2003 proíbe e pune atos de discriminação em virtude de orientação sexual e dá outras providências.

- Decreto nº 37.943 de 12 de dezembro de 2017, estabelece diretrizes e normativas para inclusão de mulheres transexuais e travestis, em situação de violência doméstica e familiar, no atendimento das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – DEAM.
- Decreto nº 37.944 de 12 de dezembro de 2017 estabelece diretrizes e normativas para o tratamento da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no Sistema Penitenciário do Estado da Paraíba.
- Decreto nº 37.945 de 12 de dezembro de 2017, regulamenta a Lei nº 7.309, de 10 de janeiro de 2003, que proíbe a discriminação ou preconceito em virtude de orientação sexual e da identidade de gênero no Estado da Paraíba e revoga o Decreto nº 27.604, de 19 de setembro de 2006.
- Decreto nº 37.946 de 12 de dezembro de 2017 cria o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais da Paraíba e dá outras providências.

De posse desses instrumentos legais, cabe aos governos e sociedade civil, como ressaltam as autoras, enquanto fomentadores de políticas públicas, agir de modo a assegurar o cumprimento e a consolidação de tais dispositivos⁵⁷.

No entanto, ainda que o movimento LGBT venha conseguindo pautar a questão dos direitos relativos ao quem vem sendo chamado de diferentes identidades de gênero e orientações sexuais, o contexto da realidade em que vivem alguns indivíduos pertencentes a este segmento, evidencia a lacuna significativa que ainda persiste entre o que é idealizado e o que se materializa no interior dos serviços de saúde, com vistas a modificações dos cenários de preconceito e discriminação a que estão expostos.

No tocante as políticas públicas para a população LGBT, qualquer que seja a área de atuação governamental, é imperativo o fortalecimento do diálogo entre representantes dos governos federal, estaduais e municipais e a formulação de políticas intersetoriais, transversais e continuadas. É necessária também a definição de marcos jurídicos que deem fundamento legal e legitimidade às políticas executadas pelo Poder Executivo¹⁹.

A despeito das dificuldades na implantação do modelo de democracia participativa, a presença da sociedade civil em instâncias de controle social, tais como conselhos, grupos de

trabalho e conferências, precisa ser garantida para todas as fases concernentes à construção de políticas públicas, com ênfase nas de formulação, monitoramento e avaliação⁵⁸.

No campo próprio à saúde da população LGBT, é basilar que os princípios de universalidade, integralidade e equidade constitutivos do SUS sejam materializados em políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade, que geram situações graves de discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais⁵⁹.

Do contrário, continuarão a existir barreiras simbólicas, morais e estéticas que impedem o acesso da população LGBT a serviços públicos de saúde de qualidade, livres de preconceito, discriminação e exclusão, especialmente em relação às pessoas mais pobres e às que questionam de maneira mais profunda os binarismos de gênero, como, por exemplo, travestis e transexuais. As mudanças em curso não são simples e parecem não ocorrer na velocidade desejada pelas pessoas que buscam atenção e cuidados¹⁹.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a assistência à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) nos serviços de referência da Paraíba.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o acesso da população LGBT às ações e serviços de saúde;
- Apontar ações de promoção e vigilância em saúde voltadas ao segmento LGBT;
- Identificar práticas de Educação permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação direcionadas à população LGBT;
- Identificar atividades de mobilização, articulação, participação e controle social com vistas à efetivação da Política Nacional de Saúde Integral LBGT; e,
- Especificar procedimentos de monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa.

A escolha por tal desenho metodológico pressupõe que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre⁶⁰ e justifica-se pela possibilidade de a perspectiva qualitativa retratar a realidade de forma indutiva, holística, subjetiva e orientada para o processo, objetivando, destarte, compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenômeno⁶¹.

Segundo Denzin e Lincoln⁶², a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.

Minayo⁶³, por sua vez, aponta que as metodologias qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Estado da Paraíba, mais precisamente no interior dos serviços de referência voltados à implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais atuantes no Estado:

- Centro Estadual de Referência dos Direitos LGBT e Enfrentamento à LGBTfobia da Paraíba (Espaço LGBT); e,
- Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais (Ambulatório TT).

Criado em junho de 2011 e vinculado à Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana, o Centro Estadual de Referência dos Direitos LGBT e Enfrentamento à LGBTfobia da Paraíba (Espaço LGBT) apresenta como missão promover a cidadania e os

direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, mediante o enfrentamento à LGBTfobia e à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Sua equipe é composta por profissionais das áreas de Assistência Social, Psicologia, Direito e Educação Popular, que prestam atendimentos relacionados a essas áreas. O Espaço LGBT promove ainda seminários, cursos e oficinas de capacitação em escolas, universidades, associações de moradores, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), apoiando também eventos do Movimento LGBT no estado.

Por sua vez, o Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais (Ambulatório TT), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, e em funcionamento no âmbito do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, município de João Pessoa/PB, em funcionamento desde 24 de julho de 2013, tem por finalidade a realização de atendimento assistencial com consultas ambulatoriais especializadas e realização de exames de apoio diagnóstico para travestis e transexuais usuárias e usuários do Sistema Único de Saúde, no âmbito da abrangência estadual. Compete ao Ambulatório TT garantir acompanhamento à saúde de travestis e transexuais que estejam ou desejam inserir-se no Processo Transsexualizador do SUS, de acordo com a Portaria nº 2.803/2013, do Ministério da Saúde, bem como zelar pela excelência do atendimento humanizado a este público. Para tanto, o serviço dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por um profissional responsável pelo acolhimento, gerente, responsável técnico, assistente social, psicólogo, psiquiatra, técnico em enfermagem., enfermeiro, ginecologista, endocrinologista e urologista.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Considerando-se que a prática padrão e necessária à elaboração de protocolos de pesquisa de alta qualidade está relacionada à existência de características-chave por parte dos sujeitos, as quais os investigadores se utilizarão para responder à pergunta norteadora do estudo⁶⁴, estavam aptos e foram convidados a colaborar nesta pesquisa:

- Profissionais da gestão encarregados da implantação e implementação da PNSILGBT, que ocupassem cargos de gerência ou coordenação dos serviços de referência e profissionais de saúde de nível médio e superior que atuassem nestes serviços há pelo menos dois anos.

- Usuários (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) maiores de 18 anos, cadastrados em ambos os serviços de referência, que tenham tido alguma demanda relacionada à assistência à saúde atendida e com os quais tenha sido estabelecido número mínimo de dois contatos.

A escolha pela composição do grupo de estudo deu-se a partir da amostragem proposital, definida metodologicamente como aquela de escolha deliberada de respondentes, colaboradores e ambientes e que leva em consideração a representatividade e a qualidade da informação que emerge dos sujeitos^{65,66}. Já o quantitativo de colaboradores baseou-se no Método de Saturação Teórica⁶⁷. Momento operacionalmente definido em que a coleta de novos dados não traz mais esclarecimentos para o objeto estudado⁶³.

Destarte, atendendo a tais critérios metodológicos, compuseram a amostra final 12 profissionais (sendo três profissionais de nível médio, três assistentes sociais, dois psicólogos, dois médicos e dois coordenadores dos serviços) e 30 usuários.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram adotadas as seguintes técnicas para a coleta de informações: análise documental e entrevista semiestruturada.

A análise documental envolveu consulta aos Planos de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão do estado da Paraíba, referentes aos anos de 2013 a 2018, no sentido de observar a existência de mecanismos legais e/ou práticos à execução da PNSILGBT.

Os documentos que compuseram a análise documental foram selecionados a partir da avaliação preliminar dos mesmos, nas dimensões propostas por Cellard⁶⁹: análise do contexto, do autor/autores, da autenticidade/confiabilidade do texto, da natureza do texto, dos conceitos-chave e da lógica interna do texto, utilizando-se para tanto roteiro direcionado aos objetivos da pesquisa e adaptado pelo pesquisador (APÊNDICE A).

Em um segundo momento, realizou-se o trabalho de campo mediante a aplicação de um questionário sociodemográfico e realização de entrevistas semiestruturadas com os sujeitos colaboradores deste estudo.

O questionário sociodemográfico (APÊNDICE B) tinha por objetivo caracterizar os indivíduos e contemplava aspectos gerais dos participantes. Aos usuários dos serviços

abordaram-se questões relacionadas à idade, naturalidade, orientação sexual, identidade de gênero, uso do nome social (para usuários e usuárias travestis e transexuais), estado civil, escolaridade, profissão, cor, renda, religião, se beneficiário de algum programa social, se vítima de algum tipo de discriminação/violência e motivo pelo qual procurou o serviço. Os profissionais, por sua vez, responderam questões que versavam sobre idade, orientação sexual, identidade de gênero, religião, escolaridade, profissão, função que exerciam e tempo de atuação no serviço.

A entrevista seguiu um roteiro semiestruturado (APÊNCIDE C) composto por questões norteadoras com vistas a atender os objetivos dessa pesquisa e discorriam sobre o acesso da população LGBT às ações e serviços de saúde; ações de promoção e vigilância em saúde voltadas ao segmento LGBT; práticas de Educação Permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação direcionadas à população LGBT; atividades de mobilização, articulação, participação e controle social com vistas à efetivação da PNSILBGT; e procedimentos de monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após permissão, por parte do Comitê de Ética em Pesquisa, foi feito contato telefônico com os gerentes dos serviços de referência e Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, agendando visita prévia à coleta de dados. Neste contato inicial, prestou-se esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e se pactuou o período para a coleta de dados, a qual ocorreu entre os meses de fevereiro e junho de 2019.

Assim sendo, de posse das respectivas autorizações, realizou-se, a princípio, busca nos arquivos estaduais atinentes aos planos de saúde e programações anuais de saúde, nas dependências da Gerência de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde. Para a consulta dos relatórios anuais de gestão empreendeu-se busca eletrônica nos arquivos públicos que integram o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão – SARGSUS.

Posteriormente, deu-se o trabalho de campo. Os profissionais e usuários dos serviços foram abordados durante seus turnos comuns de trabalho e dias de atendimento, respectivamente, a fim de evitar quaisquer transtornos em suas rotinas. Nesse momento, foram esclarecidos sobre a natureza do estudo e uma vez que expressaram sua concordância

em participar da pesquisa, agendou-se encontro futuro para a aplicação dos instrumentos de coleta, em dia e horário mais conveniente para os mesmos.

A aplicação do questionário sociodemográfico e da entrevista ocorreram na mesma oportunidade e foi realizada com cada participante individualmente, nas salas de atendimento ao público disponibilizadas pelos respectivos serviços (Espaço LGBT e Ambulatório TT) e reservadas exclusivamente para este fim. Por tratar-se de temática delicada, garantiu-se a oferta de um espaço neutro, confortável e livre de interferências como forma de evitar constrangimentos.

O preenchimento do questionário sociodemográfico precedeu a entrevista e foi realizado pelo próprio colaborador, ainda que o pesquisador estivesse presente para dirimir dúvidas e prestar eventuais esclarecimentos. Quanto a entrevista, a opção por um roteiro semiestruturado mostrou-se essencial para a coleta de informações, à medida que garantiu maior liberdade de expressão para os inquiridos, viabilizando a ocorrência de diálogos relevantes para a reflexão dos objetivos propostos a partir de olhares aprofundados acerca da temática. Enfatiza-se que, durante a realização de entrevistas, o pesquisador dispensou certos cuidados com o intuito de evitar “armadilhas comuns na entrevista” tais como: interrupções externas; distrações simultâneas ou apresentar sua própria perspectiva⁶⁶.

A fim de evitar perdas de informações pertinentes, as entrevistas foram gravadas (com o devido consentimento do entrevistado – APÊNDICE E) em áudio digital e posteriormente transcritas. Por transcrição, entende-se a passagem literal do oral para o escrito, da fita para o papel, com todos os lapsos, erros, vacilos, repetições e incompreensões, incluindo-se as perguntas do entrevistador⁷⁰. Isto feito, as transcrições foram revisadas e analisadas.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O material empírico resultante da análise documental e da aplicação das entrevistas aos colaboradores deste estudo foi analisado considerando-se os princípios concernentes à estratégia de triangulação de fontes.

Conforme Denzin e Lincoln⁶² e Flick⁷¹, a triangulação envolve a compreensão de um mesmo fenômeno por duas ou mais perspectivas, de modo a consolidar a construção de teorias sociais. Para os autores, trata-se de uma alternativa qualitativa para a validação de uma pesquisa que, ao utilizar diferentes tipos de fontes, assegura a compreensão mais profunda do

fenômeno investigado; pois, tal como também afirmam, Minayo e Minayo-Goméz⁷² nenhum método pode se arrojar a pretensão de responder sozinho as questões que a realidade social coloca.

A triangulação permite que o fenômeno em estudo seja abordado de diferentes formas, em tempos e com base em fontes diferentes, de modo que quando se utiliza o referido método as evidências obtidas são consideradas fortes, pois se reduzem eventuais vieses no processo de coleta⁷³.

Destarte, a triangulação de fontes pode ser visualizada neste estudo da seguinte forma: a cada entrevista realizada, transcrita e lida fez-se concomitantemente a (re)leitura dos documentos reunidos na fase documental, objetivando-se identificar pontos convergentes, divergentes e/ou complementariedades existentes, relacionando-as entre si.

De posse da totalidade das informações colhidas a partir da triangulação empreendeu-se a análise dos dados propriamente dita. Para tanto, utilizou-se como técnica a análise de conteúdo, conforme proposto por Laurence Bardin⁷⁴ e definida pela autora como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens” (p. 48).

Outros autores referem-se à análise de conteúdo como sendo uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Nesta perspectiva, o texto (e não somente ele) é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem⁷⁵.

A fim de auferir significação aos dados coletados, Bardin⁷⁴ propõe a realização das seguintes etapas:

- Pré-análise: fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais.
- Exploração do material: que compreende a definição de categorias e a identificação das unidades de registro. É a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus*

(qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos.

- Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Sendo assim, após ser submetido ao processo recomendado de ordenação, classificação e categorização, o conjunto das informações colhidas originaram as categorias de relevância que compõem este estudo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa, considerando que todo o progresso e seu avanço devem sempre respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano, adotou rigorosamente os princípios éticos presentes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde⁷⁶. Para tanto, anterior à coleta de dados, o protocolo deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento – CESED/UNIFACISA sob número CAEE 05848819.0.0000.5175 (ANEXO A).

Os sujeitos convidados a participar do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, bem como informados sobre o seu direito em deixar de participar, se e quando, lhes conviesse, não havendo qualquer prejuízo, punição ou penalização para os mesmos. Aqueles que concordaram em cooperar preencheram e assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE D) em duas vias. Ficando uma via de posse do entrevistado e outra via em posse do entrevistador.

Por fim, objetivando salvaguardar a privacidade e o anonimato dos sujeitos e cenários da pesquisa adotou-se um sistema de codificação alfanumérico (QUADRO 1), no qual os profissionais foram identificados pela inicial maiúscula P e os usuários dos serviços pela inicial maiúscula U, associados ao numeral relativo à entrevista, em ordem crescente.

QUADRO 1 - Sistema de codificação por códigos usados na pesquisa.

CÓDIGO SUJEITO	ENTREVISTADO	SEQUÊNCIA DE ENTREVISTAS	EXEMPLO
	PROFISSIONAL: P USUÁRIO: U		1, 2, 3, ...
COLABORADOR	P U	1 1	P-1 U-1

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

(O artigo foi elaborado de acordo com as normas do periódico Revista Brasileira de Enfermagem, para o qual foi encaminhado)

RESUMO

Objetivo: descrever as práticas assistenciais de atenção à saúde direcionadas a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. **Método:** revisão integrativa da literatura, baseada em etapas sistemáticas, nas bases de dados e/ou bibliotecas eletrônicas MEDLINE, LILACS E SciELO, no período de setembro a novembro de 2018, com artigos publicados entre 2012 e 2017, disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a assistência à saúde ao referido grupo populacional. **Resultados:** foram incluídos 14 artigos. A maioria dos artigos versavam sobre a trajetória dos indivíduos no interior dos serviços de saúde e evidenciaram limitações e obstáculos na utilização destes. **Considerações Finais:** há evidências de que fatores relacionados à organização dos serviços, à postura de profissionais, ao estigma e a discriminação vivenciados comprometem as práticas de assistência à saúde, sendo imprescindível a realização de atividades educativas nos serviços de saúde e instituições de ensino.

Descritores: Minorias Sexuais e de Gênero; Pessoas Transgênero; Assistência à Saúde; Serviços de Saúde; Revisão.

ABSTRACT

Objective: to describe health care practices directed at lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals. **Method:** integrative review of the literature, based on systematic steps, in the databases and/or electronic libraries MEDLINE, LILACS and SciELO, from September to November 2018, with articles published between 2012 and 2017, available in full in the languages Portuguese, English and Spanish, to address health care for the aforementioned population group. **Results:** 14 articles were included. Most of the articles were about the trajectory of the individuals within the health services and showed limitations and obstacles in the use of these services. **Final considerations:** there is evidence that factors related to the organization of services, the posture of professionals, stigma and discrimination experienced

compromise health care practices, and it is essential to carry out educational activities in health services and educational institutions.

Descriptors: Sexual and Gender Minorities; Transgender Persons; Delivery of Health Care; Health Services; Review.

RESUMEN

Objetivo: describir las prácticas asistenciales de atención a la salud dirigidas a lesbianas, gays bisexuales, travestis y transexuales. **Método:** revisión integrativa, basada en medidas sistemáticas en bases de datos y/o bibliotecas electrónicas MEDLINE, LILACS y SciELO, en el periodo de septiembre a noviembre 2018, con artículos publicados entre 2012 y 2017, disponibles en portugués, inglés, español, que abordasen la asistencia a la salud al referido grupo poblacional. **Resultados:** se seleccionaron 14 artículos. La mayoría de los artículos versaban sobre la trayectoria de los individuos en el interior de los servicios de salud y evidenciaron limitaciones y obstáculos en la utilización. **Consideraciones finales:** hay evidencias de que factores relacionados a la organización de los servicios, a la postura de profesionales, al estigma y la discriminación vivenciados comprometen las prácticas de asistencia a la salud, siendo imprescindible la realización de actividades educativas en los servicios de salud e instituciones de enseñanza.

Descritores: Minorías Sexuales y de Género; Personas Transgénero; Prestación de Atención de Salud; Servicios de Salud; Revisión.

INTRODUÇÃO

A literatura científica tem documentado diferenças significativas na prevalência de doenças e de fatores de risco para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) quando comparadas a seus pares heterossexuais⁽¹⁾.

Estudos de base populacional identificam complexos indicadores de saúde no interior das subpopulações que compõem a comunidade LGBT, a exemplo de concentração de HIV/AIDS entre transexuais e homens que mantêm relações sexuais com outros homens⁽²⁾; índices globais alarmantes de distúrbios mentais e tentativas de suicídio entre jovens e adultos LGBT⁽³⁾; maior propensão ao uso de álcool e substâncias psicoativas⁽⁴⁾; e, mulheres lésbicas e bissexuais com maiores chances para desenvolverem obesidade e doenças cardiovasculares⁽⁵⁾.

Tais desigualdades em saúde estão frequentemente associadas aos contextos sociais nos quais estes indivíduos se inserem e aos processos estigmatizantes e discriminatórios a que

são submetidos, pois como sugere Vencato⁽⁶⁾, “tendemos a interpretar aquilo que não (re)conhecemos como que pertencente à ordem do estranho, do esquisito, do inadequado, do errado, e que pode e deve ser excluído, afastado ou, mesmo, eliminado”.

Esta concepção, pautada por uma perspectiva normalizadora de gênero, tem relegado as identidades não cisgêneras e as diferentes orientações sexuais a um lugar de ininteligibilidade⁽⁷⁾, que acabam por reproduzir experiências recorrentes de vitimização e exclusão social que comprometem a utilização dos serviços de saúde pela comunidade LGBT, sendo comuns os estudos que apontam que a acessibilidade desses grupos à saúde é perpassada por uma série de iniquidades, violações e obstáculos⁽⁸⁾.

Diante do exposto, torna-se importante compreender como as minorias sexuais e de gênero transitam nos serviços de saúde.

OBJETIVO

Descrever, por meio de evidências disponíveis na literatura, as práticas assistenciais de atenção à saúde direcionadas a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse método tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, estando organizado em seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão⁽⁹⁾.

A princípio identificou-se a questão do estudo: quais as práticas assistenciais de atenção à saúde direcionadas a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais? Em seguida, as palavras-chaves “Minorias sexuais e de Gênero”, “Pessoas Transgênero”, “Assistência à Saúde” e “Serviços de Saúde” foram definidas a partir do vocabulário dos Descritores em Ciências da Saúde – DeSC, por ser uma terminologia comum à pesquisa. Estas, então, foram combinadas entre si utilizando-se o operador booleano AND (minorias sexuais e de gênero AND assistência à saúde; minorias sexuais e de gênero AND serviços de saúde; pessoas transgênero AND assistência à saúde; pessoas transgênero AND serviços de saúde), nas bases

de dados e/ou bibliotecas eletrônicas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e da Scientific Electronic Libray Online (SciELO). A mesma estratégia de busca foi realizada em todas as bases de dados e/ou bibliotecas eletrônicas.

Os critérios de inclusão dos artigos para análise foram: grupo populacional de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e/ou transexuais, publicados entre 2012 e 2017, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, que versassem sobre as práticas assistenciais dirigidas a estes grupos populacionais; sendo excluídos teses, dissertações, artigos de opinião, editoriais, outras revisões, artigos duplicados e publicações que não tratassem do referido tema. O período de coleta ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2018.

Para a análise dos dados, foi construído um quadro analítico que possibilitou reunir e sintetizar as informações-chave dos estudos. O instrumento de coleta reuniu as seguintes informações: título, autor(es)/ano de publicação/país, objetivo, método, principais resultados referentes as práticas assistenciais de atenção à saúde e Nível de evidência, conforme classificação proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI).

O JBI preconiza a classificação de estudos de forma piramidal, sendo a base o nível 5 (opinião de especialistas); a seguir, o nível 4, com os estudos observacionais descritivos; nível 3, observacionais analíticos; nível 2, quase experimentais e nível 1 experimentais. Em cada nível há também subdivisões em letras. Exemplificando, no nível 1 tem-se: 1a, revisões sistemáticas (RS) de estudos controlados e randomizados (ECR); 1b, RS de ECR e outros desenhos; 1c, RCT e 1d pseudo RCTs⁽¹⁰⁾.

O protocolo desta revisão está registrado na plataforma PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO>) sob o número CRD42019114633.

RESULTADOS

Identificou-se, a princípio, um total de 628 estudos nas referidas bases de dados, conforme ilustrado na figura 1, a qual seguiu as recomendações PRISMA⁽¹¹⁾ para descrever o processo de busca na literatura. Destes, foram excluídos 185 artigos duplicados, restando 443 artigos únicos. Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos e resumos observando-se os critérios de inclusão e exclusão. Como resultado desse processo, 118 artigos foram excluídos e outros 325 artigos se adequaram aos critérios de elegibilidade. Iniciou-se, então, a leitura

integral e em profundidade desses estudos por dois revisores, independentemente. Eventuais discordâncias entre os avaliadores, surgidas durante esse estágio, foram trabalhadas e resolvidas mediante consenso, o que resultou numa amostra final de 14 artigos.

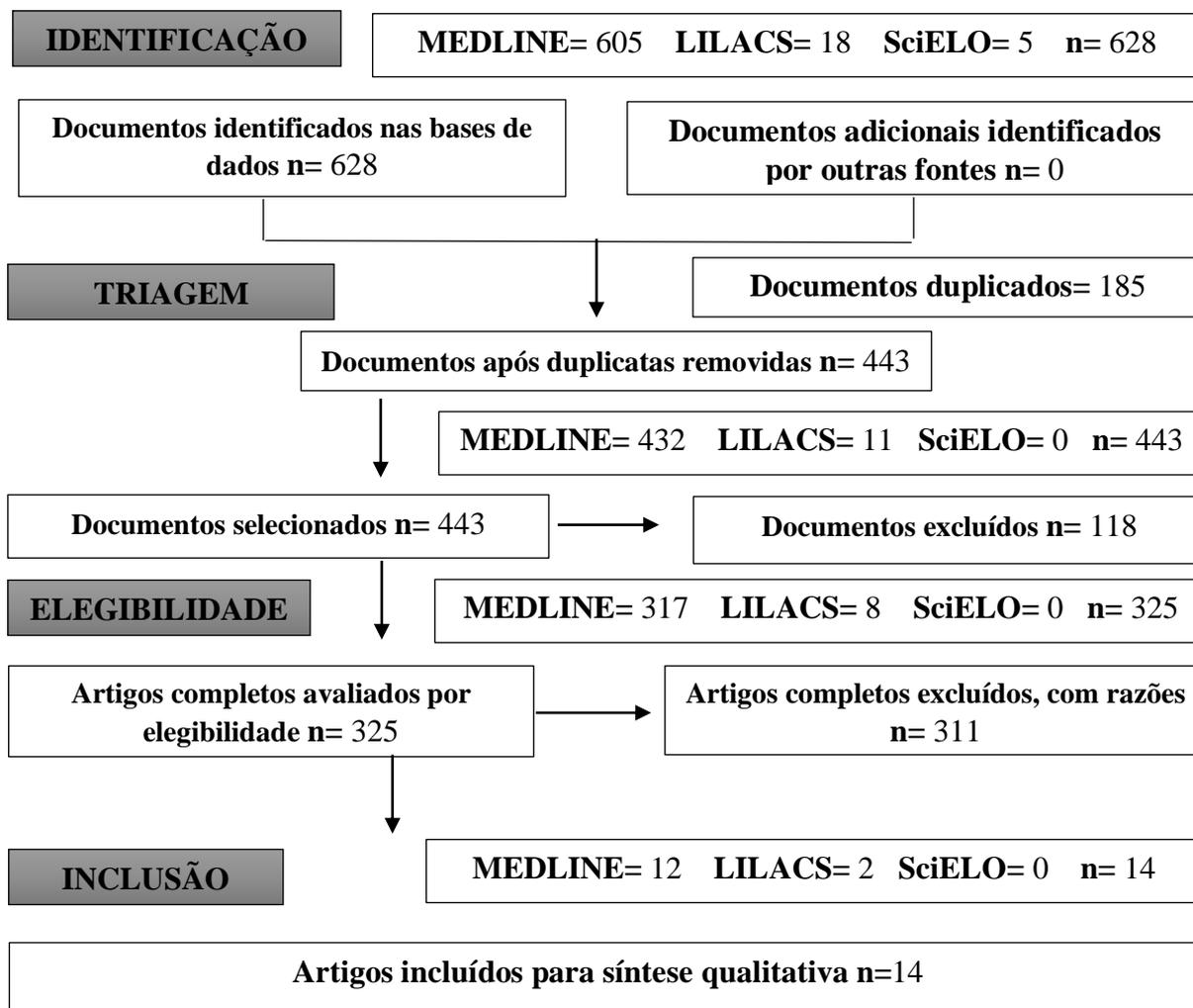


Figura 1 - Fluxograma PRISMA das etapas de busca e seleção dos artigos analisados.

Os artigos incluídos nesta síntese (Quadro 1) foram desenvolvidos em seis diferentes países: Brasil (n= 4), Canadá (n= 4), Estados Unidos (n= 3), África do Sul (n= 1), Turquia (n= 1) e Irlanda (n= 1), abrangendo, em sua completude, como sujeitos, todos os indivíduos pertencentes às diferentes orientações sexuais (gays, lésbicas, bissexuais) e identidades de gênero (travestis e transexuais).

Quanto ao método, a maioria dos pesquisadores utilizou-se de abordagem qualitativa (n= 7) para descrever e analisar, em profundidade, as diferentes dimensões em que ocorre a inserção de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos serviços de saúde. Outros seis trabalhos foram levantamentos transversais e em apenas um dos estudos, os autores

indicaram fazer uso de métodos quantitativos e qualitativos, complementarmente. Embora, esse tipo de desenho metodológico tenha se mostrado o mais apropriado para desvelar as variadas facetas da sexualidade e das relações humanas e sociais, este fato caracteriza a totalidade dos artigos como sendo de baixo de nível de evidência.

QUADRO 1 - Categorização da produção científica incluída na revisão, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019

TÍTULO	AUTOR(ES) ANO PAÍS	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios ⁽¹²⁾	Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. Brasil/2017	Analisar como o Processo Transexualizador vem sendo implementado.	Descritivo Métodos Mistos	Observa-se que a partir de 2008, a população trans passou a ter atendimento a partir de suas especificidades através dos ambulatórios e hospitais habilitados para o Processo Transexualizador. Os dados quantitativos demonstraram que existe uma constância na realização de cirurgias de redesignação sexual, ainda que exista uma necessidade de ampliação do acesso a esse serviço.	NE 4b
Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities ⁽¹³⁾	Baptiste-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards LV. Estados Unidos/2017	Discutir as disparidades de saúde entre mulheres de minorias sexuais (lésbicas, mulheres bissexuais, mulheres que	Descritivo Qualitativo	Mulheres de minorias sexuais são mais propensas a relatar pior saúde física e mental e menor acesso a serviços de saúde.	NE 4b

		fazem sexo com mulheres).			
LGBT Identity, Untreated Depression, and Unmet Need for Mental Health Services by Sexual Minority Women and Trans-Identified People ⁽¹⁴⁾	Steele LS, Daley A, Curling D, Gibson MF, Green DC, Williams CC, Ross LE. Canadá/2017	Comparar necessidades em saúde mental não atendidas e depressão não tratada entre quatro grupos: mulheres heterossexuais, lésbicas, mulheres bissexuais e pessoas transexuais.	Descritivo Transversal	Identificou-se taxas mais altas de necessidades em saúde mental não atendidas e depressão não tratada em participantes trans e bissexuais que são parcialmente explicadas por diferenças em fatores sociais, incluindo experiências de discriminação, níveis mais baixos de apoio social e exclusão sistêmica dos serviços de saúde.	NE 4b
A grounded theory of bisexual individuals' experiences of help seeking ⁽¹⁵⁾	MacKay J, Robinson M, Pinder S, Ross LE. Canadá/2017	Examinar a procura por serviços de saúde mental entre bissexuais.	Descritivo Qualitativo	As narrativas dos participantes descreveram os serviços de saúde mental como discriminatórios, medicalizantes, caracterizados por má relação com o provedor e inúteis. Experiências negativas levaram a um estresse maior e os participantes geralmente descontinuaram o uso do serviço.	NE 4b
Health care availability, quality, and unmet need: a comparison of transgender and cisgender	Giblon R, Bauer GR Canadá/2017	Mensurar as inequidades em saúde comparando a assistência à saúde entre	Descritivo Transversal	Identifica necessidades de saúde não atendidas entre indivíduos transgêneros quando comparados a seus pares cisgêneros.	NE 4b

residents of Ontario, Canada ⁽¹⁶⁾		indivíduos transgêneros e seus pares cisgêneros.			
Exploring Perceived Discrimination Among LGBT Individuals in Turkey in Education, Employment, and Health Care: Results of an Online Survey ⁽¹⁷⁾	Göçmen I, Yılmaz V. Turquia/2017	Mensurar a discriminação percebida que lésbicas, gays, bissexuais e transexuais relatam na educação, renda, emprego e assistência médica.	Descritivo Transversal	Os indivíduos LGBT relatam sofrer discriminação no acesso à educação, emprego e assistência médica.	NE 4b
Barriers to Health Care Among Adults Identifying as Sexual Minorities: A US National Study ⁽¹⁸⁾	Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Estados Unidos/2016	Avaliar até que ponto lésbicas, gays e bissexuais adultos (18 a 64 anos) enfrentam barreiras aos cuidados de saúde.	Descritivo Transversal	Membros das minorias sexuais estudadas podem atrasar ou deixar de receber cuidados de saúde, devido a preocupações ou receios de divulgar sua orientação sexual, ausência de serviços de prevenção adequados ou ausência de provedores versados em necessidades inerentes a esses grupos.	NE 4b
Correlates of clinical breast examination among lesbian, gay, bisexual, and queer women ⁽¹⁹⁾	Lacombe-Duncan A, Logie CH. Canadá/2016	Analisar a adesão ao rastreio do câncer de mama entre mulheres de minorias sexuais.	Descritivo Transversal	Percepção de estigma e crença de que o prestador de cuidados está desconfortável com a orientação sexual da paciente foram identificados como responsáveis por uma menor procura aos serviços de rastreio.	NE 4b
Saúde de	Garcia CL,	Analisar as	Descritivo	A população de	NE 4b

Minorias Sexuais do Nordeste Brasileiro: Representações, Comportamentos e Obstáculos ⁽²⁰⁾	Albuquerque, GA, Drezett J, Adami, F Brasil/2016	Representações Sociais acerca da saúde e as principais iniquidades, impasses e desafios vivenciados por esse grupo minoritário ao acessar os serviços de saúde.	Qualitativo	estudo apresentou representações de saúde reducionistas, procuraram os serviços de saúde sob a perspectiva curativa e enfrentaram desafios/obstáculos no acesso aos serviços de saúde.	
Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde ⁽²¹⁾	Rocon PC, Rodrigues A Zamboni J, Pedrini MD. Brasil/2016	Discutir as dificuldades de pessoas trans moradoras da região metropolitana da Grande Vitória/ES em acessarem os serviços de saúde.	Descritivo Qualitativo	Os resultados apontaram o desrespeito ao nome social, a discriminação e o diagnóstico no processo transexualizador como principais limitações no acesso ao sistema de saúde.	NE 4b
Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal ⁽²²⁾	Cele NH, Sibiya MN, Sokhela DG. África do Sul/2015	Descrever as experiências de pacientes homossexuais que utilizam os serviços de atenção primária à saúde.	Descritivo Qualitativo	Os participantes citaram experiências de preconceito e estigmatização como as principais razões para não receber tratamento adequado por parte dos prestadores de cuidados de saúde depois de obterem acesso a esses serviços. A discriminação foi notada pelos participantes quando receberam tratamento diferente dos heterossexuais.	NE 4b
Navigating the	Roller, CG,	Descrever o	Descritivo	As participantes	NE 4b

System: How Transgender Individuals Engage in Health Care Services ⁽²³⁾	Sedlak C, Draucker, CB. Estados Unidos/2015	processo pelo qual os indivíduos transgêneros se envolvem em cuidados de saúde.	Qualitativo	relatam trajetórias “desafiadoras e frustrantes” nos serviços de saúde.	
Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul ⁽²⁴⁾	Souza, MHT; Pereira, PPG. Brasil/2015	Apresentar os cuidados com a saúde de travestis do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.	Descritivo Qualitativo	As raras situações em que buscaram os serviços de saúde para o cuidado, estes não atingiram às suas expectativas e demandas, e foram por elas considerados inadequado	NE 4b
Survey of lesbian, gay, bisexual, and transgender people’s experiences of mental health services in Ireland ⁽²⁵⁾	McCann E, Sharek D. Irlanda/2014.	Explorar as experiências e necessidades dos sujeitos LGBT em relação aos serviços de saúde mental.	Descritivo Transversal	Dois terços dos participantes sentiram que os serviços de saúde mental foram incapazes de responder às necessidades de saúde, enquanto um terço sentiu que não poderia falar com seu provedor de saúde sobre questões LGBT. A maioria dos entrevistados sentiram que a equipe assumiu que eles eram heterossexuais.	NE 4b

DISCUSSÃO

Os estudos identificados revelaram as principais implicações que envolvem as práticas assistenciais de atenção à saúde dirigidas aos grupos que compõem as chamadas minorias sexuais e de gênero.

Cita-se, como exemplo, estudo transversal americano, idealizado por Lacombe-Duncan e Logie⁽¹⁹⁾, que ao comparar o rastreamento contra o câncer de mama entre mulheres de orientação sexual lésbica e/ou bissexual e seus pares heterossexuais apontou menor adesão à

realização de exames preventivos e procura por esse tipo de serviço entre as primeiras, em função da percepção, por parte destas, de estigma ou discriminação.

As autoras evidenciam que, ainda que sejam mais propensas a desenvolverem câncer de mama, devido a fatores de risco biológicos e comportamentais, como maiores taxas de nuliparidade e etilismo, as mulheres de orientação não heterossexual, antecipando o impacto negativo que sua sexualidade possa ter sobre a qualidade dos serviços prestados, acabam por atrasar ou mesmo deixam de acessar as instituições de saúde⁽¹⁹⁾.

O estigma e a discriminação reais ou presumidos também estão relacionados à subutilização dos serviços preventivos de rastreio contra o câncer cervical^(19, 26) e, conforme apontam Baptiste-Roberts et al⁽¹³⁾, ao discutir as disparidades em saúde que afetam as mulheres lésbicas e bissexuais, esta baixa adesão aos exames de rastreio (exame clínico das mamas, mamografia e colpocitologia oncótica) pode estar relacionada ao ambiente social estressante ao qual as mulheres de grupos sociais estigmatizados estão expostas. Como consequência do inadequado engajamento aos serviços de triagem, as mulheres homossexuais tendem a detectar mais tardiamente esses tipos de cânceres.

Os autores deste estudo problematizam ainda outras dimensões que afetam as práticas assistenciais de atenção à saúde direcionadas a mulheres lésbicas e bissexuais, como a presunção de que são, inerentemente, grupos de baixo risco para a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, em função de sua dinâmica sexual. Esta percepção equivocada, explicitamente promovida por alguns profissionais das ciências médicas e autopropetadas dentro da comunidade lésbica, converte-se em uma questão problemática, à medida que a transmissão, de mulher para mulher, de várias infecções sexualmente transmissíveis (incluindo HIV, sífilis e herpes genital) é possível e amplamente documentada pela literatura⁽¹³⁾.

A flagrante ignorância relacionada às particularidades do atendimento às mulheres homossexuais evidenciam, muitas vezes, o quanto as práticas de atenção à saúde podem ser fragmentadas e descontextualizadas⁽²⁷⁾. Pesquisa anterior realizada no Brasil já denunciava as dificuldades enfrentadas por estas atrizes sociais, as quais eram expressas pelo desconforto e constrangimento próprios do exame ginecológico; ausência de especificidade lésbica nos serviços de saúde; e despreparo dos profissionais quanto às necessidades de saúde da mulher homossexual⁽²⁸⁾.

Baptiste-Roberts et al⁽¹³⁾ reforçam que é neste contexto delicado que mulheres lésbicas e bissexuais podem hesitar em divulgar, ou mesmo não revelar, sua orientação sexual a um prestador de cuidados. O medo relacionado à possibilidade de discriminação, que contribui para a perpetuação da invisibilidade das identidades homossexuais acaba, então, por comprometer a assistência e reforçar comportamentos heterossexistas, especialmente por parte de profissionais de saúde.

Este é um ponto de vista semelhante percebido nos achados de Cele, Sibiya e Sokdela⁽²²⁾ que, ao investigarem como os indivíduos homossexuais transitam nos serviços de Atenção Primária em Saúde da África do Sul, identificaram relatos de insatisfação e rejeição institucional.

Neste estudo, os participantes (gays e lésbicas) descreveram experiências de preconceito e estigmatização como os principais motivos para não acessarem os espaços de saúde ou não receberem atendimento adequado; sendo um dos pontos mais sensíveis, a discriminação atribuída ao tratamento diferenciado que receberam com base em sua orientação sexual, após se identificarem como homossexuais⁽²²⁾.

Os discursos verbalizados evidenciam momentos em que a sexualidade dos participantes pareceu perturbar os prestadores de cuidados, revelando a incapacidade da maioria dos profissionais em saúde para gerenciar questões referentes a orientações sexuais e/ou identidades de gênero, o que, por sua vez, contribui diretamente para que assumam atitudes ou posturas negativas que desencorajam os usuários à utilização desses serviços⁽²²⁾.

O despreparo dos profissionais em saúde para lidar com a diversidade sexual e de gênero é, inclusive, um dos subtemas mais pontuados na produção acadêmica analisada. Em seu estudo, envolvendo indivíduos bissexuais, MacKay et al⁽¹⁵⁾ expõem narrativas nas quais os participantes afirmaram descontinuar o seguimento da assistência quando consideraram seu cuidador carente de conhecimento relevante sobre questões relacionadas a sua orientação sexual; suas necessidades não foram satisfeitas; os cuidados foram percebidos como inadequados e/ou sofreram preconceito. Tal constatação também está presente nas considerações de Dahlhamer et al⁽¹⁸⁾, quando afirmam que membros pertencentes aos grupos de minorias sexuais e de gênero estão mais expostos à falta de serviços assistenciais adequados e à falta de provedores culturalmente competentes versados em necessidades inerentes a esses sujeitos.

A problemática interação entre profissionais de saúde e membros das subpopulações que compõem a comunidade LGBT está intrinsicamente relacionada ao modo limitado como esses indivíduos utilizam os espaços de saúde. Pesquisa empreendida por Göçmen e Yilmaz⁽¹⁷⁾ com 2.875 entrevistados revelou que 8% deles relataram se abster de acessar serviços de saúde devido ao receio de enfrentar preconceitos baseados em sua identidade de gênero e/ou orientação sexual. Dentre aqueles que chegaram a adentrar nos serviços de saúde, 53% preferiram não se identificar como gay, lésbica, bissexual ou transexual; e outros 14% afirmaram ter sofrido discriminação.

Contextos como esse ratificam o sentimento de insatisfação que afasta boa parte dos usuários LGBT dos serviços de saúde. Em sua análise sobre as iniquidades que afetam este público, Garcia et al⁽²⁰⁾ sinalizam dificuldades referentes à atuação profissional, ao despreparo destes e à existência de discriminação e preconceito institucional como pontos desafiadores para o acesso à saúde.

Os autores deste estudo sugerem a existência de um círculo vicioso, fundamentado pelos discursos dos sujeitos pesquisados: de um lado, o usuário que não está consciente da importância dos serviços promotores da saúde e, por isso, não o procura; do outro, os profissionais que não detêm a qualificação e a conscientização necessárias acerca da saúde LGBT, para atrair a população para os espaços de saúde. E complementam que a flagrante deficiência no acolhimento desses grupos, somada à inadequação dos programas e às abordagens profissionais incrementadas por percepções equivocadas e estereotipadas, acabam por se refletir na dificuldade de acesso, na desqualificação da assistência e no afastamento previsível das ações de cuidados e promoção em saúde⁽²⁰⁾.

Com vistas à ruptura desse ciclo, estudiosos observam que a necessidade de sensibilização para o atendimento não discriminatório continua sendo um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos que apresentam diretrizes, objetivos e metas para as políticas públicas de saúde formuladas para essas comunidades⁽²⁸⁾. Percebe-se como fundamental que a formação dos profissionais em saúde não seja apenas técnica, mas também atravessada pela compreensão do humano e do social⁽²⁹⁾ e que a capacitação e a sensibilização no atendimento a essa população são fundamentais para a inclusão de tais sujeitos⁽³⁰⁾.

No tocante a grupos sexuais e de gênero minoritários, alguns parecem enfrentar maiores desafios, a exemplo de travestis e transexuais. Mello et al⁽²⁸⁾ asseveram que, no

conjunto da população LGBT, estes parecem ser os grupos que mais intensamente sentem a escassez de políticas de saúde específicas. Não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas, também, pela intensidade do estigma social que costuma incidir sobre estes grupos identitários, especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/cor e aparência física. Pesquisa de Sousa e Pereira⁽²⁴⁾ destaca que atender à demanda destas populações, com dificuldades agravadas por problemas sociais, tem sido um grande desafio para a saúde pública.

Esta perspectiva é compartilhada em estudo de Roller, Sedlak e Draucker⁽²³⁾, que ao investigarem como os indivíduos trans “navegam” nos serviços de saúde trazem relatos de indivíduos que descreveram uma trajetória “desafiadora e frustrante” exigindo “persistência, diligência e coragem”. Ou como dito por Souza e Pereira⁽²⁴⁾: “elas percebem, desde a primeira tentativa, uma barreira no atendimento, que já começa pela sua identificação”. As autoras reforçam que nas raras situações em que buscaram os serviços de saúde, estes não atingiram às expectativas e demandas das usuárias, e foram por elas considerados inadequados. Mesma conclusão presente no levantamento de Giblon e Bauer⁽¹⁶⁾ que identificaram má qualidade dos serviços e necessidades em saúde não efetivadas entre homens e mulheres transexuais canadenses.

Outras publicações^(21, 29) também expõem inúmeras dificuldades na utilização e permanência das pessoas trans nos serviços de saúde, evidenciando aspectos como o desrespeito ao nome social e a trans/travestifobia. Estes citados como alguns dos obstáculos à busca e obtenção de serviços e causa de abandonos de tratamentos (mesmo em se tratando de doenças graves e crônicas como a AIDS).

Dentro do universo trans, há ainda a corrente que discute a (des)patologização das identidades de gênero travesti e transexual no processo saúde-doença. Vista, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um tipo de transtorno de identidade de gênero, no qual o indivíduo se identifica com uma masculinidade e/ou feminilidade diferente daquela esperada pela sociedade em função do seu sexo biológico⁽¹²⁾, a definição de transexualidade acaba por caracterizar os sujeitos trans como seres portadores de uma patologia e de uma Classificação Internacional de Doenças (CID) que lhes identifica⁽³¹⁾.

Ao problematizar o diagnóstico psiquiátrico embutido no interior do processo de construção dos corpos trans, Rocon et al⁽²¹⁾ expõem a coexistência de pontos de vistas divergentes: uns em defesa à manutenção do diagnóstico, tratando a patologização das identidades trans como estratégia política para garantir a manutenção dos serviços públicos de saúde, e outros que apontam o diagnóstico como causador de marginalização e exclusão desses mesmos serviços.

Para os autores, os diagnósticos têm operado como promotor de seletividade limitando o acesso dos indivíduos trans aos serviços de saúde, à medida que são pautados em estereótipos de masculinidade e feminilidade referendados no gênero binário e na heteronormatividade e afirmam que é preciso demarcar que os possíveis sofrimentos experimentados por travestis e transexuais não são decorrentes de qualquer patologia inerente a tais sujeitos, mas consequência de trajetórias de exclusão^(21, 32).

Outros autores que defendem a não patologização das identidades de gênero travesti e transexual argumentam que o efeito discriminatório do diagnóstico psiquiátrico de uma condição sexual, considerado necessário para o acesso aos recursos médicos disponíveis, merecem maior aprofundamento, pois o que se constata é que o exercício da autonomia do paciente trans é mais limitado do que o usualmente admitido para outros processos terapêuticos, o que traz desafios e dificuldades para os profissionais de saúde e efeitos negativos para a saúde das pessoas que utilizam a prática de modificações corporais⁽³³⁾.

A restrição à autonomia dos sujeitos nesse âmbito tem, como consequência, a exclusão, no sistema oficial de saúde, do/a paciente que não preencha os critérios do diagnóstico para o acesso às modificações corporais. Isto implica que as pessoas excluídas realizem elas mesmas tais modificações ou busquem por elas em serviços clandestinos, os quais, pela precariedade, podem oferecer risco e, sobretudo, elevar os padrões de vulnerabilidade a que estes grupos estão expostos^(21, 24, 33, 34).

A que se ressaltar, nesse sentido, que na transexualidade, a importância dos serviços de saúde consiste não apenas no cuidado do processo saúde-doença, mas fundamentalmente numa estratégia de construção de si⁽³²⁾. A imagem e a aparência são atributos de grande importância nas sociedades contemporâneas. E, assim como, muitas pessoas cisgêneras, inúmeras pessoas trans investem na modelagem de seus corpos como elemento constitutivo de suas vidas. O que varia são os procedimentos de transformação corporal que, para as pessoas

trans, podem consistir em investimentos como hormonioterapia, aplicações de silicone, mastectomia, cirurgias plásticas ou de transgenitalização⁽²¹⁾.

Embora, seja correto afirmar que nem todo indivíduo trans deseje se sujeitar a tão profundas alterações corporais, Popadiuk, Oliveira e Signorelli⁽¹²⁾ evidenciam que os resultados desses procedimentos podem ter um impacto positivo na vida destas pessoas. Estudo que avaliou o resultado do procedimento cirúrgico e dos ajustes sociais e psicológicos por meio do acompanhamento de 136 transexuais submetidos à redesignação sexual, mostrou que 70% daqueles que passaram pelo procedimento melhoraram suas relações sociais, psicológicas e aspectos psiquiátricos após a cirurgia.

Na experiência brasileira, passados dez anos desde a institucionalização do Processo Transexualizador do SUS, Popadiuk, Oliveira e Signorelli⁽¹²⁾ observam que a iniciativa de agregar e atender as demandas de tais atores e atrizes sociais ainda não se universalizou por todos os Estados e regiões do país. Apenas Porto Alegre/RS, Rio de Janeiro/RJ, Goiânia/GO, São Paulo/SP e Recife/PE, contam com centros habilitados para o procedimento cirúrgico de redesignação sexual, complementados por uma rede de assistência ambulatorial em Uberlândia/ MG, Curitiba/PR, João Pessoa/PB, Belém/PA e São Paulo/SP, o que representa certa limitação no acesso a esses serviços⁽²¹⁾.

A essas dificuldades de obtenção de recursos médicos somam-se aquelas relacionadas às questões do estado civil da pessoa submetida aos processos de transformações corporais. A autoatribuição de um novo nome acompanha os processos de transformação do corpo⁽³⁵⁾, entretanto, a despeito de legislações específicas⁽³⁶⁾ e do consenso de que a alteração da identidade do sujeito trans é parte integrante e fundamental do “tratamento”⁽³³⁾ e inclusão social, não são raros, os discursos de desrespeito a tal prerrogativa^(21, 24), o que ainda coloca tal instrumento, no campo das boas ideias e intenções.

Outro tópico recorrente na produção acadêmica levantada refere-se à inserção de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em serviços de saúde mental. A literatura especializada tem associado experiências recorrentes de estigmatização e discriminação ao profundo impacto fisiológico que os estressores crônicos têm sobre a saúde destas comunidades⁽³⁷⁾.

Em seu trabalho, Steele et al⁽¹⁴⁾ identificaram taxas mais altas de necessidades em saúde mental não atendidas e depressão não tratada em participantes trans e bissexuais, parcialmente explicadas por diferenças em fatores sociais, incluindo experiências de

discriminação, níveis mais baixos de apoio social e exclusão sistêmica dos serviços de saúde. Os autores inferiram ainda que apesar do reconhecimento da influência que os determinantes sociais têm sobre os estados de saúde dos indivíduos, as práticas assistenciais percebidas no contexto analisado ainda se baseiam em uma abordagem predominante biomédica de tratamento.

Essa mesma percepção pode ser observada no estudo de MacKay et al⁽¹⁵⁾, que apontam que dimensões e singularidades das identidades não cisgêneras e das diferentes orientações sexuais são subvalorizadas ou obliteradas, sendo comum os discursos que refletem experiências em serviços de saúde mental como majoritariamente negativas, discriminatórias e medicalizantes.

Tais achados são similares aos encontrados por McCann e Sharek⁽²⁵⁾ em seu estudo sobre as experiências de indivíduos homossexuais nos serviços de saúde mental irlandês. Dados desta pesquisa apontam preocupações dos participantes com o acesso limitado a terapias alternativas e com o abuso de substâncias psicoativas prescritas.

A pesquisa também afirma que dois terços dos participantes sentiram que os serviços de saúde mental não foram capazes de responder às suas necessidades em saúde, enquanto um terço sentiu que não poderia falar com seu cuidador sobre questões LGBT ou que este não detinha conhecimento suficiente sobre as particularidades desses grupos. A maioria dos entrevistados referiu também que a equipe de saúde assumiu a postura de que eles eram heterossexuais, contribuindo para a manutenção de atitudes heterossexistas no interior dos serviços⁽²⁵⁾.

De modo geral, observa-se que o segmento LGBT ainda sente falta de serviços mais direcionados, propostos por indivíduos especializados e culturalmente sensíveis que não reproduzam (mesmo que indiretamente) posturas e discursos normativos.

Limitações do estudo

Por se tratar de uma revisão integrativa, os resultados se referem apenas ao retrato da realidade investigada. O fato de a totalidade dos artigos enquadrarem-se em um nível de evidência baixo, baseados em amostras pequenas e não randomizadas, torna flagrante a pouca relevância científica que os dados para descrever as práticas assistenciais de atenção à saúde da população LGBT recebe.

Contribuições para a área de enfermagem, saúde ou política pública

Discussões acerca da saúde de grupos específicos da população são relativamente recentes e escassas. Ainda que os movimentos de lutas por igualdade e equidade de direitos já tenha percorrido um longo caminho, as conquistas não têm apresentado reflexos evidentes nas práticas assistenciais de atenção à saúde dirigidas a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Persistem especificidades que merecem atenção no âmbito social e da assistência, verificados a partir da existência de fatores que caracterizam a dificuldade de acesso e o acolhimento desses grupos quando da procura por ações preventivas e cuidados em saúde.

As evidências e informações identificadas nesta revisão ratificam deficiências e lacunas na formação acadêmica e profissional, que demandam atenção e fornecem subsídios para o planejamento de políticas públicas de saúde que atendam às necessidades do segmento LGBT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados levantados, foi possível incitar uma reflexão sobre a fragilidade das práticas assistenciais de atenção à saúde relacionadas às minorias sexuais e de gênero. São numerosos e comuns os discursos que refletem o preconceito e a discriminação sofridos pela população LGBT e o quanto essas experiências negativas podem contribuir diretamente para estados de saúde precários.

Transformações neste cenário perpassam por mudanças em crenças e valores que, há bastante tempo, permeiam as relações sociais e que relegam sujeitos e populações marcados por variações de gênero e sexualidade a um lugar de ininteligibilidade. Soma-se a isso, a formação de profissionais cultural e socialmente sensíveis capazes de fomentar a prestação de serviços de saúde de qualidade. Apenas a partir da configuração de uma agenda positiva de intenções que preveja maior acesso às ações e serviços de saúde é que será possível criar condições que rompam com a cadeia de preconceitos, discriminação e exclusão social que interfere e impossibilita o exercício pleno da cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais quando da procura por assistência.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa-Ribeiro R, Iglesias F, Camargos FE. What do physicians know about homosexuality? Translation and adaptation of Knowledge about Homosexuality Questionnaire. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 15]; 16(3): 1-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n3/2317-6385-eins-16-03-eAO4252.pdf>

2. Malta M, Magnanini MM, Mello MB, Pascom AR, Linhares Y, Bastos FI. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2010 [cited 2019 Jan 15];10: 317. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20529289>
3. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex* [Internet]. 2011[cited 2019 Jan 15];58(1): 10-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21213174>
4. Goldberg S, Strutz KL, Herring AA, Halpern CT. Risk of substance abuse and dependence among young adult sexual minority groups using a multidimensional measure of sexual orientation. *Public Health Rep* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 15]; 128(3): 144-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633729>
5. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. *Am J Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 15]; 103(10): 1802-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3770805/>
6. Vencato AP. Diferenças na escola. In: Miskolci R, Leite Júnior J. *Diferenças na educação: outros aprendizados*. São Carlos: EdUFSCar; 2014. p. 19-56
7. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, Wylie K. Transgender people: health at the margins of Society. *Lancet* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 15]; 388(10042):390-400. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27323925>
8. Lionço T. What do health rights mean for the GLBT population? Considering human, sexual and reproductive rights in the search for equity and integrality in the health system. *Saude Soc.* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jan 15];17(2): 11-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/03.pdf>
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jan 15];17(4):758-764. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
10. The Joanna Briggs Institute. New JBI levels of evidence. [Internet] 2013 [cited 2019 Jan 15]. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic review sand meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 15];151: 264-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19622511>. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1509.pdf>
12. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. The National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals and Transgender (LGBT) and access to the Sex Reassignment Process in the Brazilian Unified Health System (SUS): progress and challenges. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017; [cited 2019 Jan 15] 22(5): 1509-1520. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1509.pdf>

13. Baptiste-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards LV. Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 15];44(1):71-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28160894>
14. Steele LS, Daley A, Curling D, Gibson MF, Green DC, Williams CC, Ross LE. LGBT Identity, Untreated Depression, and Unmet Need for Mental Health Services by Sexual Minority Women and Trans-Identified People. *J Womens Health (Larchmt)*[Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 15]; 26(2):116-127. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27898255>
15. MacKay J, Robinson M, Pinder S, Ross LE. A grounded theory of bisexual individuals' experiences of help seeking. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 15]; 87(1):52-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27148752>
16. Giblon R, Bauer GR. Health care availability, quality, and unmet need: a comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 15]; 17: 283. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5395792/pdf/12913_2017_Article_2226.pdf
17. Göçmen I, Yılmaz V. Exploring Perceived Discrimination Among LGBT Individuals in Turkey in Education, Employment, and Health Care: Results of an Online Survey. *J Homosex* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 15];64(8):1052-1068. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27645489>
18. Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Barriers to Health Care Among Adults Identifying as Sexual Minorities: A US National Study. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 15];106(6):1116-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26985623>
19. Lacombe-Duncan A, Logie CH. Correlates of clinical breast examination among lesbian, gay, bisexual, and queer women. *Can J Public Health* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 15];107(4-5):e467-e472. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28026715>
20. Garcia CL, Albuquerque GA, Drezett J, Adami, F. Health of sexual minorities in north-eastern Brazil: representations, behaviours and obstacles. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 15]; 26(1): 94-100. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n1/14.pdf>
21. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Difficulties experienced by trans people in accessing the Unified Health System. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 15]; 21(8): 2517-2526. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en_1413-8123-csc-21-08-2517.pdf
22. Cele NH, Sibiyi MN, Sokhela DG. Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal. *Curationis*. [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 15]; 38(2):1522. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26842074>
23. Roller CG, Sedlak C, Draucker CB. Navigating the System: How Transgender Individuals Engage in Health Care Services. *J Nurs Scholarsh*. [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 15]; 47(5):417-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26243380>

24. Souza MHT, Pereira PPG. Health care: the transvestites of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 15]; 24(1): 146-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00146.pdf
25. McCann E, Sharek D. Survey of lesbian, gay, bisexual, and transgender people's experiences of mental health services in Ireland. *Int J Ment Health Nurs*. [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 15]; 23(2): 118-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23473079>
26. Sousa JC, Mallmann DG, Galindo NNM, Freitas NO, Vasconcelos EMR, Araújo EC. Health promotion of lesbian woman: nursing care. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 15]; 35(4): 108-113. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt_1983-1447-rgenf-35-04-00108.pdf
27. Carvalho PMG, Nóbrega BSM, Rodrigues JL, Almeida RO, Abdalla FTM, Nichiata LYI. Prevention of sexually transmitted diseases by homosexual and bisexual women: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 15]; 12(4): 931-41. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4177/18_4177_pt
28. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Health policies for lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and travestis in Brazil: the pursuit of universality, integrality and equity. *Sexualidad, Salud y Sociedad* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jan 15]; (9): 7-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sex/n9/02.pdf>
29. Angonese M, Lago MCS. Reproductive health and rights for the population of transvestites and transsexuals: abjection and symbolic sterility. *Saúde soc*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 15]; 26 (1): 256-270. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00256.pdf>
30. Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO, Silva FV, Almeida AS. Access by lesbians, gays, bisexuals and transvestites/transsexuals to the Basic Family Health Units. *Rev Rene*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 15]; 19: e3295. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33109/pdf>
31. Brasil. Ministério da Saúde. *Transexualidade e Travestilidade na Saúde*. Brasília (DF); 2015.
32. Aran M, Murta D, Lionço T. Transsexuality and public health in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 15]; 14 (4): 1141-1149. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a15v14n4.pdf>
33. Ventura M, Schramm FR. Limits and possibilities to the exercise on autonomy in therapeutic practices of physical modification and sexual identity alteration. *Physis* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 15]; 19 (1): 65-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a05.pdf>
34. Ferreira BO, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Gender diversity and access to the United Health System. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 15]; 31(1): 1-10. Available from: https://www.researchgate.net/publication/323649334_Diversidade_de_genero_e_acesso_ao_Sistema_Unico_de_Saude

35. Teixeira FB. Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Rev. Estud. Fem.* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 15]; 20 (2): 501-512. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v20n2/v20n2a11.pdf>
36. Brasil. 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. *Diário Oficial da União* 2016; 28 abr.
37. Fredriksen-Goldsen KI, Kim H-J, Muraco A, Mincer S. Chronically ill midlife and older lesbians, gay men, and bisexuals and their informal caregivers: the impact of the social context. *Sex Res Social Policy.* [Internet] 2009 [cited 2019 Jan 15]; 6(4):52–64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861883/>

5.2 ARTIGO 2 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: REFLEXÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

(O artigo foi elaborado de acordo com as normas do periódico *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, para o qual foi encaminhado)

RESUMO

Este estudo objetivou compreender a assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, a partir de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida nos serviços de referência do estado da Paraíba. Para a coleta de informações, realizou-se levantamento documental e entrevistas em profundidade com profissionais e usuários dos serviços. A formação do grupo de estudo foi determinada pela amostragem proposital e saturação teórica, de modo que 12 profissionais e 30 usuários foram entrevistados. O material empírico resultante foi analisado considerando-se os princípios concernentes à triangulação de fontes e, posteriormente, submetido à análise de conteúdo. Os resultados apontam avanços na tentativa de atender às demandas em saúde do segmento LGBT, verificados a partir da inclusão de metas relacionadas a este público nos documentos analisados. Em termos práticos, entretanto, evidenciam-se práticas assistências restritas a serviços especializados; ações em saúde que privilegiam práticas clínicas e inexistência de práticas de educação permanente e educação em saúde, que tendem a corroborar com o preconceito institucional e por orientação sexual/identidade. Mudanças nesse contexto perpassam pela reorganização dos modelos de atenção à saúde, no sentido de aprofundar a

discussão acerca de questões consideradas fundamentais para a promoção à saúde desses sujeitos.

Palavras-chave: Minorias Sexuais e de Gênero. Políticas públicas de saúde. Assistência à Saúde. Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

O direito universal à saúde foi estabelecido constitucionalmente no Brasil, em 1988. Desde então, o Sistema Único de Saúde (SUS) operacionaliza suas ações baseando-se em uma concepção abrangente de universalidade, que prevê cobertura e atenção integrais (GIOVANELLA et al., 2018).

Há que se reconhecer, entretanto, que a existência de significativos níveis de desigualdade, das mais diversas ordens na sociedade brasileira, faz com que as condições de acesso de diferentes segmentos da população aos bens e serviços de saúde sejam distintos (FERRAZ; KRAICZK, 2010).

Tais diferenças evidenciam-se facilmente quando se aplicam recortes de gênero e de diversidade sexual às relações humanas e sociais, sendo comum admitir que experiências recorrentes de estigmatização e discriminação, a que são submetidas as diferentes orientações sexuais e identidades de gênero, podem contribuir diretamente para estados de saúde precários (FREDRIKSEN-GOLDSSEN et al., 2009).

Assim sendo, os constructos sociais que relegam sujeitos e populações marcados por variações de gênero e sexualidade a um lugar de ininteligibilidade (WINTER et al., 2016), têm encorajado a realização de estudos científicos em torno das homossexualidades e suas relações com o processo saúde-doença (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Ainda que a produção acadêmica brasileira sobre a saúde das subpopulações que compõem o segmento LGBT focalize, em sua maior parte, questões relacionadas ao HIV/AIDS, seguido pelo tema da violência (GOMES et al., 2018), a literatura internacional evidencia amplamente outros agravos, como altos índices de depressão entre mulheres lésbicas e bissexuais (STEELE et al., 2017), ideação suicida (IRWIN et al., 2014), abuso de álcool e substâncias psicoativas (GOLDBERG et al., 2013) e dificuldades de acesso a cuidados e serviços de saúde (DAHLHAMER et al., 2016), o que acaba por justificar e sustentar a necessidade de práticas assistenciais direcionadas especificamente para esses grupos.

Nesta perspectiva, institui-se no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT). Instrumento legal que ao reconhecer os efeitos da discriminação e exclusão social no processo saúde-doença desses grupos propõe ações para reduzir as desigualdades enfrentadas (BRASIL, 2013).

Atualmente em vigência, o II Plano Operativo da PNSILGBT, proposto para o triênio 2017-2019 e formalizado a partir da Resolução CIT nº 26, de 28 de setembro de 2017, sugere mecanismos para execução da Política, estando estruturado a partir dos eixos: I – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; II – Promoção e vigilância em saúde; III – Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; IV – Mobilização, articulação, participação e controle social; e, V – Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT (BRASIL, 2017)

Os referidos eixos devem ser observados quando da elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados a estas populações, sendo responsabilidade de cada esfera de governo assegurar mecanismos para sua execução em consonância com as realidades e demandas loco-regionais, assim como articular a inclusão das estratégias contidas neste Plano Operativo em seus respectivos Planos de Saúde e Programação Anual de Saúde, garantindo-se também o monitoramento das ações através dos Relatórios Anuais de Gestão (BRASIL, 2017).

É flagrante, no entanto, que o cenário em que vivem os sujeitos pertencentes ao segmento LGBT, evidencia a lacuna significativa e persistente entre o que é idealizado no texto governamental das políticas e o que é efetivamente concretizado no cotidiano dos serviços de saúde. Isto posto, acreditando ser relevante fomentar discussões para efetivação de práticas assistenciais inclusivas, o artigo tem por objetivo compreender a assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos serviços de referência da Paraíba.

CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo exploratório e descritivo que se utiliza da abordagem qualitativa para alcançar a compreensão da natureza do fenômeno social em sua complexidade (LEWIN; SOMEKH, 2015).

A pesquisa foi desenvolvida na Paraíba, nos serviços de referência localizados na cidade de João Pessoa, capital do estado, e voltados à execução da PNSILGBT: Centro Estadual de Referência dos Direitos de LGBT e Enfrentamento a LGBTfobia da Paraíba

(Espaço LGBT) e Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais (Ambulatório TT), em funcionamento deste 2011 e 2013, respectivamente.

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e junho de 2019 e foi constituída de duas etapas. Na primeira, realizou-se a análise documental dos Planos de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão estaduais, compreendidos entre os anos de 2013 a 2018, no sentido de observar a existência de mecanismos legais e/ou práticos à execução da referida Política. Em um segundo momento, empreendeu-se o trabalho de campo, que consistiu na aplicação de um questionário sociodemográfico, visando a caracterização dos colaboradores, e de uma entrevista semiestrutura, realizada individualmente com profissionais e usuários dos serviços.

Estavam aptos a participar do estudo agentes públicos encarregados da execução da PNSILGBT, que ocupassem cargos de gerência ou coordenação dos serviços de referência; profissionais de saúde de nível médio e superior que atuassem nestes serviços há pelo menos dois anos; e usuários (lésbicas, gays bissexuais, travestis e transexuais) maiores de 18 anos, cadastrados em ambos os serviços, que tivessem alguma demanda relacionada à assistência à saúde atendida.

A composição do grupo de estudo deu-se a partir da amostragem proposital e saturação teórica (REGO; CUNHA; MEYER JUNIOR, 2018; MINAYO, 2017). Destarte, foram entrevistados 12 profissionais, sendo três profissionais de nível médio, três assistentes sociais, dois psicólogos, dois médicos e dois coordenadores dos serviços e 30 usuários.

Posteriormente, o material empírico resultante da análise documental e das falas foi analisado conjuntamente, considerando-se os princípios concernentes à triangulação de fontes, que segundo Denzin e Lincoln (2006) e Flick (2009) refere-se a compreensão de um mesmo fenômeno por duas ou mais perspectivas. Ao permitir que o fenômeno em estudo seja abordado de diferentes formas, em tempos e com base em fontes diferentes, a triangulação produz evidências fortes, pois se reduzem eventuais vieses no processo de coleta (ZAPPELLINI; FEUERSCHÜTTE, 2015)

Assim sendo, considerando a triangulação de fontes, a cada entrevista realizada, transcrita e lida foi feita concomitantemente a (re)leitura dos documentos reunidos na fase documental, objetivando-se identificar pontos convergentes, divergentes e/ou complementariedades. De posse da totalidade das informações colhidas realizou-se a análise dos dados propriamente dita, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2016).

O conjunto de elementos passou, então, por um processo de ordenação, classificação e busca, que geraram as seguintes categorias de relevância: Serviços e ações de saúde; Práticas educativas; Atividades de mobilização, articulação, participação e controle social; e, Monitoramento e avaliação de ações de saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento – CESED/UNIFACISA sob CAEE 05848819.0.0000.5175. Em observância às recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, os sujeitos foram identificados pelas letras P (profissionais) e U (usuários) associadas ao numeral relativo à entrevista, em ordem crescente de realização, garantindo assim o anonimato e privacidade dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

A idade dos profissionais participantes variou entre 28 e 51 anos de idade, com média de 40,8 anos. Quanto a identidade de gênero, seis se autodeclararam masculino, três, feminino, uma travesti, um homem transexual e uma mulher transexual. Questionados sobre a orientação sexual, seis se identificaram como heterossexuais, quatro como gays, uma lésbica e uma participante preferiu não responder. Quatro afirmaram seguir religiões de matriz africana e um espírita. Dois declararam ser católicos; dois afirmaram não ter religião e três não responderam. Quanto à escolaridade, três eram profissionais de nível médio, nove tinham curso superior e destes, quatro tinham pós-graduação, sendo três em nível de especialização e um em nível de mestrado. A média de anos de atuação nos serviços foi de 5,75 anos.

Quanto aos usuários, as idades variaram de 18 a 54 anos, com média de anos 28,8 anos. Vinte e dois moravam em João Pessoa ou Região Metropolitana; oito residiam em municípios do interior do estado.

Quanto a orientação sexual, doze se autodeclararam heterossexuais; oito gays; cinco lésbicas; três bissexuais; dois não responderam. Em relação a identidade de gênero, a predominância foi de transexuais, sendo 16 homens e 9 mulheres; quatro se identificaram como travestis.

Indagados sobre o uso do nome social, vinte e um dos usuários travestis e transexuais faziam uso; oito negaram. Entres estes, ressalta-se a presença de indivíduos transexuais, cujo gênero e sexo jurídico já estão retificados nos documentos civis.

Sobre a percepção de pertencimento racial, quinze disseram ser pardos; sete negros; sete brancos; um não respondeu. Sobre os arranjos afetivos, vinte eram solteiros; oito declararam manter algum tipo de relação marital; dois não responderam. Considerando a religião, dez eram católicos; quatro seguiam religiões de matriz africana; três eram espíritas; seis afirmaram não ter religião; sete não responderam.

Quanto à escolaridade, dezesseis tinham nível médio completo; cinco, nível superior incompleto; quatro, médio incompleto; três, ensino fundamental e dois tinham nível superior completo.

Dentre os que afirmaram exercer alguma atividade laboral, a inserção profissional é diversificada, incluindo cabeleireiros, artesãos, ator, fotógrafa, costureira e auxiliar administrativo, caracterizando-se o caráter informal de suas ocupações. Quanto a renda, dezoito disseram receber entre um e três salários mínimos; cinco receber menos que um salário; quatro indicaram não ter uma renda fixa e dois não responderam, um tinha renda superior a três salários mínimos. Perguntados sobre o recebimento de algum benefício social, vinte e quatro negaram; cinco relataram receber algum benefício de transferência de renda e um não respondeu.

Vinte e cinco dos sujeitos afirmaram ter sofrido algum tipo de violência, sendo a violência verbal a mais citada, seguida da violência física e da violência psicológica. Dentre os serviços acessados, todos tiveram alguma demanda relacionada a assistência à saúde atendida pelos serviços de referência, seguida pelo acompanhamento psicossocial e/ou jurídico.

Categorias temáticas

Serviços e ações de saúde

O reconhecimento da existência de iniquidades em saúde que recaem sobre os sujeitos de diferentes orientações sexuais e identidades não cisgêneras resulta do entendimento de que os recorrentes processos discriminatórios e de estigmatização a que estão expostos, engendram situações complexas, potencialmente geradoras de vulnerabilidades (BRASIL, 2008). Nesse contexto, a vulnerabilidade é percebida como um movimento que pode

umentar a chance de exposição do usuário à doença através de cenários individuais, coletivos e contextuais que reverberam em maior ou menor suscetibilidade para o adoecimento (FERREIRA et al., 2017).

Verificada nos documentos analisados, a noção de vulnerabilidade tem sido usada para justificar a elaboração de programas e políticas públicas específicas, assim como a inclusão de diretrizes relacionadas à população LGBT em outras políticas públicas de saúde (PEREIRA et al., 2017). Constata-se a partir da leitura dos planos de saúde estaduais 2012-2015 e 2016-2019, a disposição dos entes governamentais em garantir a “atenção integral à saúde de populações específicas e em situação de vulnerabilidade social”. Para tanto, elencam-se objetivos e metas que versam sobre “ampliação de acesso” e “fomento à implantação e implementação do plano de ação da PNSILGBT”.

Essas iniciativas governamentais encontram respaldo nos discursos de usuários e profissionais. Quando questionados sobre como percebem o acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais aos serviços de saúde, as respostas sinalizam avanços, ainda que enfatizem limitações ao problematizarem que a ampliação do acesso a equipamentos de saúde pela população LGBT é restrita aos serviços de referência ou especializados, como apontam os recortes de fala:

“No momento, já tá bem mais avançado do que antes, né. Antes a gente tinha mais dificuldade a ter acesso”. (U-14)

“É fácil acessar estes serviços [de referência]. Entrar, ser atendido. Difícil é garantir as ações que precisamos, sabe?” (U-22)

“Quando há um acesso de referência LGBT é mais tranquilo. Agora, de forma geral, é um acesso mais restrito”. (P-6)

A alusão a serviços de referência ou especializados, presente nas falas, remete aos equipamentos voltados à população LGBT existentes no cenário do estudo: Espaço LGBT e Ambulatório TT. Enquanto o primeiro tem por missão o enfrentamento à LGBTfobia e à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, mediante ações relacionadas às áreas de assistência social, psicologia e direito, o segundo tem por finalidade o acompanhamento ambulatorial especializado para travestis e transexuais no âmbito do SUS (BRASIL, 2013). Quando inqueridos sobre os serviços de saúde que conhecem para o atendimento de suas demandas por cuidados, os discursos reforçam a percepção que usuários

têm de que apenas os serviços especializados responderão a suas necessidades, como revelam os trechos:

“De saúde só aqui mesmo, pra população assim, só aqui”. (U-10)

“Voltados pra LGBT, não conheço nenhum além desse”. (U-25)

A proposta de “implantação de um centro ambulatorial específico para população LGBT”, verificada no plano estadual de saúde 2012-2015 e programação anual de saúde 2013, efetiva-se mediante a inauguração de um serviço voltado exclusivamente para travestis e transexuais.

Essa maior preocupação sobre as identidades de gênero travesti e transexual, segundo alguns autores, justifica-se pelo fato destes serem os grupos que mais intensamente sentem a escassez de práticas assistenciais específicas. Não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais, como alterações corporais associadas ao uso de hormônios, cirurgias e silicone, mas, também, pela intensidade do estigma social que costuma incidir sobre elas (MELLO et al., 2011).

Como alternativa para o atendimento às demandas em saúde desses grupos, a criação de serviços especializados para pessoas trans tem merecido destaque, enquanto espaços adotados para diminuir os efeitos da exclusão social, bem como melhorar a qualidade da assistência à saúde direcionada a estes sujeitos (FERREIRA et al., 2017).

Entretanto, ainda que haja consenso que esse tipo de equipamento de saúde amplie, significativamente, a qualidade da assistência à saúde para pessoas trans, ressalta-se que esses novos espaços, têm apontado para um efeito perverso, que se materializa no confinamento de travestis e transexuais a estas unidades, criando-se uma relação tênue entre ampliar o acesso por meio de serviços específicos e, ao mesmo tempo, delimitar espaços de uso (FERREIRA et al., 2017; GUIMARÃES, 2013).

Outra problemática comum aos serviços especializados refere-se ao seu restrito escopo de atuação. Tendo sido pautados a partir do modelo biomédico e das normas que regulamentam o Processo Transexualizador do SUS integrante da PNSILGBT, estes serviços caracterizam-se por apresentar um viés medicalizante, mediante a sua interligação exclusiva com às demandas por hormonioterapia/cirurgias, havendo, desta forma, o reducionismo dos problemas de saúde desta população a estas questões (FERREIRA et al., 2017).

Há que se reforçar, todavia, que a garantia à utilização de hormônios e/ou procedimentos cirúrgicos, ainda que atuem positivamente na avaliação que estes indivíduos fazem de suas vidas (ZUCCHI et al., 2019), são apenas dois, por entre os vários recursos, que podem ajudar as identidades trans a se sentirem confortáveis com seus corpos e que estas não são as únicas demandas trazidas por esses sujeitos aos serviços de saúde (PINTO; MOLEIRO, 2012).

A existência de um serviço especializado no contexto estudado também reforça a assimilação, que profissionais e usuários têm, de que os serviços de saúde existem apenas para travestis e transexuais, privilegiando determinados grupos em detrimento de outros, como apontam as falas:

“Não existe política de saúde pra população LGBT. Existe política de saúde pra travesti e transexual. Só! Acabou! Então, o gay fica aí solto, a lésbica fica solta também. Bissexual solto também”. (P-2)

“Na saúde do Brasil, falando dos LGBTs, falando dos LGBs, na verdade, que são as orientações, existe muito mito, muito desconhecimento. É tanto que se sente muito a falta da saúde do homem gay, que seria uma questão de identificação [...], assim como das mulheres lésbicas também”. (P-8)

“Eu acho que tem uma deficiência muito grande no que diz respeito a saúde da população lésbica. Não tem muito encaminhamento de ginecologistas que saibam lidar” (U-5)

As limitações apontadas nos depoimentos, entretanto, parecem refletir mais o reducionismo que a ausência de práticas assistenciais específicas. Quando da (re)leitura dos planos e programações anuais de saúde, é possível perceber menção a outros grupos como gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), lésbicas e mulheres bissexuais. Contudo, estas são referências que propõem ações de saúde voltadas exclusivamente ao enfrentamento de infecções sexualmente transmissíveis, com ênfase no HIV/AIDS, sífilis e hepatites virais (HV), sendo exemplos de metas neste sentido “implementar o Plano Estadual de Enfrentamento a HIV/AIDS nas populações gays, HSH, travestis; propiciar acesso a testagem em HIV/Sífilis/HV; assegurar a produção e o abastecimento de material informativo em DST/AIDS/HV às populações específicas e em situação de vulnerabilidade social”.

Ainda que o enfrentamento às infecções sexualmente transmissíveis seja um tema relevante à comunidade LGBT diante de estudos que apontam maior concentração de casos entre alguns grupos que compõem a categoria (MALTA et al., 2010), permanece a necessidade de se aprofundar a discussão acerca de questões consideradas fundamentais para a promoção à saúde dos diferentes grupos que compõem o segmento.

Como reiteram Cunha e Gomes (2015), em artigo de revisão sobre a homossexualidade masculina, as questões de interesse para a saúde do homem gay extrapolam o tema do HIV/AIDS usualmente debatido e relacionam-se, sobretudo, às demandas desses sujeitos à ausência de cuidados adequados e à persistência de preconceito na sociedade e nos serviços de saúde. De igual modo, a falta de compreensão sobre as particularidades em saúde das mulheres lésbicas reproduz um quadro antigo, que aponta menor procura por serviços de saúde associada à existência de discriminação, práticas assistenciais descontextualizadas e despreparo dos serviços e profissionais para lidar com as singularidades desse grupo populacional (BAPTISTE-ROBERTS et al., 2017).

O entendimento de que as necessidades em saúde do segmento LGBT ultrapassam as questões de ordem biológica também aparece nos depoimentos de alguns usuários e profissionais, quando questionados se estes grupos possuem necessidades específicas de saúde. Observa-se a partir das falas que, excetuando-se algumas particularidades, as necessidades em saúde desses grupos são similares às necessidades da população em geral.

“A comunidade LGBT, excetuando mudança de sexo, para mim não tem necessidades específicas porque são LGBT. (...) Eu diria que o atendimento precisa ser individualizado, mas não porque sou travesti, mas, sim, em respeito à minha singularidade como pessoa”. (U-22)

“As minorias têm dificuldades. Mas não temos necessidades diferentes porque somos destes grupos. Temos necessidades diferentes porque somos diferentes”. (U-23)

“Eu não acredito que tenha uma necessidade específica de saúde, gays e lésbicas. Pessoas trans, sim, pela particularidade da história da hormonioterapia, do trânsito de gênero; mas em relação a outras questões pra mim é totalmente normal. O que eu percebo é que precisa de um olhar mais humanizado com relação aquele indivíduo que tá procurando o serviço”. (P-3)

As falas aproximam-se do entendimento de Cecílio (2001) ao problematizarem que eventuais necessidades específicas em saúde, na verdade, são definidas pelas particularidades de cada sujeito. A própria PNSILGBT representa um ponto culminante desse processo de reconhecimento às singularidades, uma vez que sua elaboração traz entre seus objetivos principais a redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais e o combate à discriminação e ao preconceito institucional, enquanto obstáculos ao acesso, ao acolhimento e à qualidade da atenção (PEREIRA et al., 2017).

Entretanto, os achados deste estudo reforçam as conclusões de estudos anteriores que apontam que, apesar de apresentar avanços, a iniciativa de agregar e atender as demandas das diferentes orientações sexuais e identidades não cisgêneras por cuidados integrais em saúde ainda não se universalizou (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Práticas Educativas

Como estratégia ao enfrentamento das disparidades de cuidados em saúde que recaem sobre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, a PNSILGBT sugere que os profissionais de saúde são essenciais na estruturação do acesso aos diferentes serviços e que treinamentos e capacitações devem ser algo frequente, tendo por objetivo discutir temas relacionados à saúde LGBT. Para tanto recomenda-se a inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero nos processos de educação permanente em saúde desenvolvidos pelo SUS (BRASIL, 2013; PEREIRA et al., 2017).

A partir da análise dos planos e programações anuais de saúde é possível visualizar propostas relacionadas ao tema, mediante a apresentação de diretrizes que prometem fomentar “práticas de educação permanente em saúde para o fortalecimento da rede de serviços e adequada formação, alocação, qualificação e valorização das relações de trabalho no SUS”. No entanto, constata-se que quando direcionadas ao segmento LGBT, tais propostas têm seu foco de atuação reduzido à capacitação profissional para o combate às infecções sexualmente transmissíveis ou práticas assistencialistas para travestis e transexuais, como apontam as metas que preveem “qualificar cem por cento dos serviços especializados no atendimento de prevenção e assistência às DST/AIDS/HV; treinamento em prevenção e assistência às DST/AIDS/HV para populações específicas e em situação de vulnerabilidade social; realizar reuniões com profissionais para se apropriarem de toda dinâmica que envolve a oferta de cirurgias de redesignação sexual”.

Todavia, quando perguntados sobre quais as práticas de educação permanente em saúde com foco na população LGBT participaram, os profissionais responderam:

“Aqui é muito pessoal. Cada profissional vai procurando se aperfeiçoar no que lhe interessa”. (P-3)

“O serviço não me proporcionou capacitação. É pessoal. Se você não quiser se sentir um peixe fora d’água, se você não quiser se sentir excluída, você tem que procurar. O serviço não proporciona”. (P-10)

“Não existe política de educação permanente efetiva. Existem ações esporádicas pra situações clínicas específicas, por exemplo, a volta da sífilis. Aí os governos intensificam ações de treinamento pra profissionais que trabalham com presos, LGBT, etc.” (P-12)

A análise dos relatórios anuais de gestão também não permite identificar se as metas propostas nos respectivos planos e programações anuais de saúde foram concretizadas. Tal cenário reforça a inexistência de práticas de educação permanente em saúde que versem sobre a temática LGBT e releva lacuna significativa, uma vez que podem corroborar para práticas discriminatórias no interior dos serviços de saúde.

Esse contexto é visualizado em estudo de Paulino, Rasera e Teixeira (2019) envolvendo médicos, no qual os autores identificaram que estes se utilizam do “discurso do não saber” para justificar o fato de não acolherem adequadamente a população LGBT. Sob o ponto de vista dos profissionais, não terem recebido treinamento, durante a formação acadêmica ou proporcionados posteriormente pela gestão, serve de argumento para negligenciarem o atendimento. Em estudo similar, Negreiros et al. (2019) verificaram que a PNSILGBT, marco tão representativo no avanço para a promoção da saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, não era de conhecimento de nenhum dos entrevistados.

Sendo o preconceito institucional um dos pontos mais desafiadores para o acolhimento adequado de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos serviços de saúde, Mello et al. (2011) apontam para a necessidade de sensibilização com vistas ao atendimento não discriminatório, entendendo-se, portanto, como fundamental a inclusão de temáticas referentes à saúde LGBT nos processos de educação permanente dos gestores e profissionais de saúde.

Ao lado das diretrizes sugeridas para profissionais, a PNSILGBT, de igual modo, propõe a realização de práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, voltadas à

promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual e identidade de gênero para a população em geral (BRASIL, 2013).

Na rotina dos serviços, no entanto, quando perguntados sobre quais ações de educação em saúde já participaram e onde elas ocorreram, a maioria dos usuários nega ter vivenciado tais momentos.

“Não me lembro muito de ter participado de ação educativa fora da escola. E como lá era difícil falar sobre isso, eu não conseguiria identificar práticas específicas pra população LGBT”. (U-22)

“Não, nunca participei, não. A saúde ainda prioriza atendimento clínico. Ação de educação pra prevenção só em campanhas e propagandas”. (U-23)

Entre os poucos usuários que afirmaram ter participado de alguma atividade de educação em saúde, estes indicaram a escola e as unidades básicas de saúde como *locus* desta prática e que os temas abordavam questões sociais ou de dimensões da saúde sexual dos indivíduos.

“Participei de muitas ações de saúde, principalmente em escolas e unidades de saúde com temas muito variados, mas nada específico pra LGBT no tocante à saúde. Fala-se muito sobre direitos e violência, mas sobre saúde mesmo, não”. (U-25)

“Educação em saúde mesmo pra LGBT só prevenção de DST e uso de drogas. Porque na sociedade parece que a gente é sempre promíscuo e usa droga. Parece que a saúde é só questão sexual mesmo”. (U-24)

A ausência de práticas regulares de educação em saúde para os usuários e a percepção equivocada de que as questões sexuais são o principal tema de interesse para o segmento LGBT é reforçada pela fala de um dos profissionais:

“O trabalho é feito quando existem momentos (...); e todos os dias, no próprio ambulatório, existe preservativo, existe camisinha, que elas podem tá pegando”. (P-7)

A análise dos documentos converge com as narrativas recolhidas ao acentuar a pouca relevância dada à temática da educação em saúde quando apenas na programação anual de 2014 há menção à “criação de folders, cartazes, panfletos destinados a ações educativas para sensibilização da população de lésbicas, travestis e transexuais”. Além de não esmiuçar que

ações educativas seriam essas, a correspondência referente a esta meta no relatório anual de gestão daquele ano ainda afirma que os “resultados não foram alcançados”.

Ao identificar a escassez de práticas de educação em saúde, os achados desta pesquisa reforçam que serviços e profissionais ignoram o reconhecimento do processo educativo como um dispositivo viabilizador de promoção à saúde (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015). O perfil das poucas atividades educativas indicadas, calcadas em questões sexuais dos usuários, também revela um modelo obsoleto de educação em saúde, que se apoia na proposição de estratégias educativas orientadas por pressupostos biomédicos. Reitera-se que ações educativas em saúde desenvolvidas nessa perspectiva, reproduzem uma forma de assistência fundamentada no repasse de informações com ênfase no saber técnico, não contribuindo para a troca de conhecimentos (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

Considerando a subjetividade dos usuários pertencentes ao segmento LGBT, observa-se como fundamental a necessidade de uma aproximação com referenciais ampliados de educação em saúde, que levem em consideração a complexidade de seus contextos de vida e promovam a emancipação dos sujeitos, a partir da valorização de seus saberes, tal qual preconiza a PNSILGBT (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2013).

Atividades de mobilização, articulação, participação e controle social

Retrospectivamente, a atuação do movimento social em relação à saúde das diferentes orientações sexuais, torna-se efetiva a partir da década de 1980, quando do enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS (FACCINI; DANILIAUSKAS; PILON, 2013). Num primeiro momento, a luta contra a doença incitou o debate em diversos espaços públicos, sendo nesse contexto que movimentos sociais, ancorados na luta homossexual por reconhecimento, ganharam força e articularam-se com o Estado em busca de apoio institucional às suas reivindicações (SAMPAIO; GERMANO, 2014).

Ao longo dos anos, o Movimento Homossexual Brasileiro, predominante gay em sua gênese, foi-se ampliando e reorganizando para abrigar outros sujeitos sociais (lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais), sendo notório que sua participação em intensas mesas de negociação, contribuiu significativamente para que os homossexuais pudessem transformar em objetivo político a arte de aceitar as diferenças (TREVISAN, 2010).

Dada a intrínseca relação entre o movimento homossexual brasileiro e sua influência na conquista de direitos no campo social e de assistência à saúde, o II Plano Operativo da

PNSILGBT previu em seu quarto eixo ações que estimulem a mobilização, a articulação, a participação popular e o controle social mediante a atuação da população e de lideranças LGBT nos espaços de gestão participativa e processos de educação para o controle social no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

Na prática dos serviços e no cotidiano dos sujeitos, entretanto, evidencia-se o enfraquecimento desses espaços de discussão. Quando inqueridos sobre quais atividades de mobilização, articulação e controle social relacionadas à população LGBT já participaram quase a totalidade dos usuários entrevistados refere não se envolver, como ressaltam as falas:

“Para garantir a implementação da política LGBT nunca participei de nada. Acho que nunca ocorreu”. (U-22)

“Nunca participei de nada que falasse de política de saúde pra LGBT. Nem sabia que tinha”. (U-29)

Analisando planos e programações anuais em saúde, constata-se que a interlocução entre governos e o movimento homossexual também é discreta, tornando-se mais intensa e regular a partir de 2014, mas limitando-se ao apoio institucional e financeiro para a realização de “eventos”, “seminários” ou, o que se convencionou chamar, “paradas do orgulho LGBT”.

Embora perceba-se, no contexto pesquisado, que a atuação do movimento homossexual se desenvolve modestamente, assevera-se que a histórica luta dos movimentos sociais LGBT permanece e que as reivindicações atuais ensejam por uma compreensão mais integral do sujeito em sua relação com os serviços de saúde (PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019).

Monitoramento e avaliação de ações de saúde

Carvalho et al. (2012) afirmam que o monitoramento e a avaliação são ferramentas críticas para a gestão. O monitoramento é fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo de implementação de um programa, isto é, para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para seu desempenho finalístico. A avaliação, por sua vez, traz a visão de julgamento, prática de intervenções que auxiliam na tomada de decisão, ação capaz de subsidiar mudanças na construção e/ou na implementação de programas, projetos ou políticas de saúde.

Atentando para este fim, o II Plano Operativo da PNSILGBT sugere ferramentas para o monitoramento e a avaliação das ações de saúde propostas para o enfrentamento das

iniquidades que recaem sobre a comunidade LGBT. Nesse sentido, caberia aos relatórios anuais de gestão, apresentar o alcance das metas firmadas nos planos e programações anuais de saúde, considerando as prioridades estabelecidas nos respectivos níveis da gestão do SUS (BRASIL, 2017).

Todavia, a análise dos relatórios anuais de gestão, compreendidos entre os anos de 2013 e 2018, identificou que nem sempre há correspondência direta entre as metas previstas nos planos e programações anuais de saúde e os resultados alcançados e demonstrados nos respectivos relatórios, de modo que estes são apresentados de forma simplista, não especificando como as ações propostas foram operacionalizadas, sendo, portanto, impossível determinar a efetividade de sua execução.

De igual modo, quando perguntados sobre como ocorre o monitoramento e avaliação das ações de saúde voltadas para a população LGBT, os profissionais demonstram que tais estratégias não são realizadas de forma ordenada ou sistematizada no cotidiano dos serviços, materializando-se fragilmente mediante encontros esporádicos entre os membros que compõem as equipes de trabalho ou pesquisas informais de satisfação junto aos usuários, como é possível verificar nas falas que seguem:

“Os meninos elaboram um questionarizinho pra o usuário responder... de tempos em tempos, a gente faz um de satisfação do usuário pra saber como ele tá sentindo, o que tá achando, o que pode melhorar, pra avaliar os setores”. (P-4)

“A gente sempre tem as nossas reuniões, né. A gente sempre tem... tá se reunindo, enquanto profissionais, e a gente faz esse tipo de avaliação. É algo que faz parte mesmo, assim, o que tá acontecendo?” (P-12)

Alguns profissionais expressam não se sentirem responsáveis pela aplicação de estratégias para o monitoramento e avaliação de ações ou estarem desconfortáveis com a realização destas, como sustentam algumas falas:

“Aqui é um serviço público, quem faz isso é o governo. O governo faz isso. O governo avalia metas, avalia atendimento, avalia impacto do serviço (...) A gente que é funcionário, a gente faz isso localmente a partir dos atendimentos, mas a gente não tem um sistema que vá acompanhar o monitoramento. Até porque não é nossa função”. (P-3)

“Nos serviços públicos, a avaliação parece que sempre vai deixar vir à tona os equívocos do processo de trabalho. Então a rotina é não monitorar/avaliar. Fica implícito este processo. Uma vez que os usuários retornam, presume-se uma avaliação positiva”. (P-8)

A despeito dos discursos anteriores há que se ressaltar a importância de mecanismos de monitoramento e avaliação no interior dos serviços de saúde, uma vez que estes têm por fim dar suporte a processos decisórios, subsidiando a identificação de problemas, reorientando as ações e serviços desenvolvidos, bem como mensurando o impacto das ações e programas (CARVALHO et al., 2012)

No caso particular da PNSILGBT, oportunizar a realização de estratégias de monitoramento e avaliação acerca-se do que Minayo (2012) afirma ser o sentido mais nobre de um processo avaliativo de programas ou projetos sociais, que é o de fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos.

Ainda que desenvolver esse estudo em centros especializados tenha facilitado o recrutamento de informantes-chave que possibilitaram o entendimento do fenômeno estudado em profundidade, assume-se que a rede de atenção não foi contemplada, o que pode ser um aspecto limitador. Reforça-se, no entanto, que os autores tentaram minimizar tal limitação mediante a combinação de diferentes tipos de fontes, atentando para os princípios da triangulação, o que permitiu obter uma descrição mais rica e detalhada do objeto de estudo a partir da identificação de pontos convergentes, divergentes ou que se complementavam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise dos dados foi possível identificar avanços em relação a assistência à saúde dos diferentes grupos que compõem o segmento LGBT. Entretanto, ainda que se observem ações com o objetivo de agregar as demandas desses sujeitos, mediante a definição de diretrizes, objetivos e metas nos planos e programações anuais de saúde analisados, é possível constatar que tais iniciativas se efetivam parcialmente e estão restritas ao universo dos serviços especializados para travestis e transexuais.

Embora valorize-se a criação desses serviços, no intuito de conceber equipamentos de saúde mais inclusivos, ressalta-se como consequência direta a delimitação de territórios, que limitam a assistência à saúde a estes espaços circunscritos. De igual modo, reitera-se que

focar prioritariamente na ampliação de serviços especializados não é garantia de pleno acesso dessas pessoas aos serviços de saúde.

Percebe-se também que as ações de saúde propostas para assistir à população LGBT, no contexto estudado, ainda carregam forte relação com o panorama do HIV/AIDS, reforçando estigmatizações. Ainda que relevante para a saúde pública, há que se reconhecer a necessidade de inclusão de outras temáticas que atendam as demandas desses sujeitos por cuidados integrais. No que se refere à assistência especializada para travestis e transexuais, as ações de saúde, que privilegiam a utilização de hormônios e a realização de procedimentos cirúrgicos, além de limitante, fortalece o reducionismo de práticas a questões clínicas.

Sendo as eventuais necessidades específicas em saúde do segmento LGBT, definidas pelas particularidades de cada sujeito, como sinalizado nas falas dos usuários dos serviços, observa-se, ainda, ser imperativo a reorganização do modelo de atenção à saúde, através da inclusão da temática LGBT nos processos de educação permanente dos profissionais e educação em saúde dos usuários, com vistas à diminuição do preconceito institucional e estímulo à autonomia dos sujeitos, respectivamente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A. et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*, London, v. 16, n. 2, 2016.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAPTISTE-ROBERTS, K. et al. Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstet Gynecol Clin North Am*, Philadelphia, v. 44, n. 1, p. 71-80, 2017.

BRASIL. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. *Resolução 466*, de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde (MS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 570-573, 2008.

- CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Abrasco, 2001, p. 113-126.
- COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto contexto enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 177-184, 2012.
- CUNHA, R. B. B.; GOMES, R. Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 57-70, 2015.
- DAHLHAMER, J. M. et al. Barriers to Health Care Among Adults Identifying as Sexual Minorities: A US National Study. *Am J Public Health*, Washington, v. 106, n. 6, p. 1116-1122, 2016.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FACCHINI, R.; DANILIAUSKAS, M.; PILON, A. C. Políticas sexuais e produção de conhecimento no Brasil: situando estudos sobre sexualidade e suas conexões. *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza, v. 44, n. 1, p. 161-193, 2013.
- FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.
- FERREIRA, B. O. et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1023-1038, 2017.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K.I. et al. Chronically Ill Midlife and Older Lesbians, Gay Men, and Bisexuals and Their Informal Caregivers: The Impact of the Social Context. *Sex Res Social Policy*, San Francisco, v. 6, n. 4, p. 52–64, 2009.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.
- GOLDBERG, S. et al. Risk of substance abuse and dependence among young adult sexual minority groups using a multidimensional measure of sexual orientation. *Public Health Rep*, Rockville, v. 128, n. 3, p. 144-52, 2013.
- GOMES, R. et al. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1997-2006, 2018.

- GUIMARÃES, A. Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais do Estado de São Paulo: relatório de duas visitas (2010-2012). *Bagoas - Estudos gays: gênero e sexualidades*, Natal, v. 7, n. 10, p. 260-300, 2013.
- IRWIN, J. A. et al. Correlates of suicide ideation among LGBT Nebraskans. *J Homosex*, Philadelphia, v. 16, n. 8, p. 1172-1191, 2014.
- JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 480-490, 2015.
- LEWIN, C.; SOMEKH, B. *Teoria e métodos de pesquisa social*. 1ª ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- MALTA, M. et al. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, London, v. 10, n. 317, 2010.
- MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex., Salud Soc.*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- NEGREIROS, F. R. N. et al. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. *Rev. bras. educ. med.*, Brasília, v. 43, n. 1, p. 23-31, 2019.
- PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface*, Botucatu, v. 23, e180279, 2019.
- PEREIRA, E. O. et al. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? *Tempus Actas de saúde colet*, Brasília, v. 11, n. 1, p. 51-67, 2017.
- PINTO, N; MOLEIRO, C. As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspectivas de profissionais de saúde e utentes. *Psicologia*, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 129-151, 2012.
- POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.
- REGO, A.; CUNHA, M.P.; MEYER JÚNIOR, V. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *RGPLP*, Lisboa, v. 17, n. 2, p. 43-57, 2018.

SAMPAIO, J. V.; GERMANO, I. M. P. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 290-300, 2014.

STEELE, L.S. et al. LGBT Identity, Untreated Depression, and Unmet Need for Mental Health Services by Sexual Minority Women and Trans-Identified People. *J Womens Health*, Larchmont, v. 26, n. 2, p. 116-127, 2017.

TREVISAN, J. S. Homocultura & política homossexual no Brasil: do passado ao porvir. In: COSTA, H. et al. (Org.). *Retratos do Brasil homossexual: fronteiras, subjetividades e desejos*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Imprensa Oficial, 2010, p. 49-59.

WINTER, S. et al. Transgender people: health at the margins of Society. *Lancet*, London, v. 388, n. 10042, p. 390-400, 2016.

ZAPPELLINI, M. B.; FEUERSCHÜTTE, S. G. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. *Administração: Ensino e Pesquisa*, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 241-273, 2015.

ZUCCHI, E. M. et al. Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00064618, 2019.

ABSTRACT

This study aimed to understand the health care of lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals, from an exploratory and descriptive research, with qualitative approach, developed in the referral services of the state of Paraíba. To collect information, a documentary survey and in-depth interviews were conducted with professionals and users of the services. The formation of the study group was determined by purposeful sampling and theoretical saturation, so that 12 professionals and 30 users were interviewed. The resulting empirical material was analyzed considering the principles concerning data triangulation and subsequently submitted to content analysis. The results show advances in trying to meet the health demands of the LGBT segment, verified from the inclusion of targets related to this public in the analyzed documents. In practical terms, however, there is evidence of restricted assistance to specialized services; health actions that favor clinical practices and the absence of continuing education and health education practices, which tend to corroborate institutional prejudice and sexual orientation / identity. Changes in this context go through the reorganization of health care models, in order to deepen the discussion about issues considered fundamental for the health promotion of these subjects.

Keywords: Sexual and Gender Minorities. Health Policy. Delivery of Health Care. Health Services.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se, com base nos dados desta pesquisa, que a iniciativa de proporcionar assistência à saúde integral e equânime aos diferentes grupos que compõem o segmento LGBT avança timidamente. Ainda que se observem ações com o objetivo de agregar as demandas desses sujeitos, mediante a definição de diretrizes, objetivos e metas nos planos e programações anuais de saúde analisados, é possível constatar que estas se efetivam parcialmente e estão restritas ao universo dos serviços especializados para travestis e transexuais; persistindo, desse modo, a carência de práticas assistenciais que respondam às particularidades das orientações sexuais gay, lésbica e bissexual e que garantam acolhimento adequado em outros espaços de saúde, como pontuado em algumas falas.

Sobre a existência de serviços especializados, embora estes se apresentem como uma alternativa válida para a inclusão de travestis e transexuais aos serviços de saúde e para o atendimento de suas demandas específicas por transformações corporais, há que se ressaltar que estes não asseguram pleno acesso dessas pessoas aos equipamentos de saúde. Primeiro, porque as necessidades em saúde desse público extrapolam as questões clínicas, relacionadas à hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos, foco desses serviços. Segundo, porque delimitam a assistência à saúde a estes espaços circunscritos.

Quanto as ações de saúde propostas para assistir à população LGBT, observa-se no contexto estudado, que estas ainda carregam forte relação com o panorama do HIV/AIDS e demais infecções sexualmente transmissíveis, reforçando estigmatizações. Ainda que relevante para a saúde pública, enfatiza-se a necessidade de inclusão de outras temáticas que atendam as demandas desses sujeitos por cuidados integrais.

A inexistência de práticas regulares de educação permanente e educação em saúde, verificada a partir dos documentos e falas analisados, também expõe lacuna significativa que tende a corroborar com o preconceito institucional e por orientação sexual/identidade de gênero no cotidiano dos serviços de saúde, contrariando, desta forma, as premissas da PNSILGBT. Assim sendo, ressalta-se a necessidade da realização de atividades nesse sentido e a importância da inclusão da temática LGBT nesses processos.

De igual modo, a pouca relevância dada por gestores e profissionais aos mecanismos de monitoramento e avaliação, e ratificada nos relatórios anuais de gestão verificados,

compromete a mensuração do alcance das medidas implementadas, com vistas à melhoria da assistência à saúde do segmento LGBT, impossibilitando reconhecer se os objetivos traçados estão efetivamente agindo em prol dos grupos sociais a que se destinam.

Em síntese, constata-se que os resultados deste estudo, ao oferecerem uma perspectiva sobre a Política e sua prática em um contexto social específico, aproximam-se de pesquisas anteriores que apontam que a iniciativa de atender as demandas das diferentes orientações sexuais e identidades de gênero por cuidados integrais em saúde ainda não se universalizou e que a materialização das propostas e ações presentes nos textos governamentais é desafiadora.

Sugere-se, diante das carências identificadas, a reorganização dos modelos de atenção à saúde, no sentido de aprofundar a discussão acerca de questões consideradas fundamentais para a promoção à saúde da população LGBT e que perpassam, especialmente, pelo atendimento não discriminatório e respeito a subjetividade dos sujeitos. Destarte, faz-se necessário que gestores e profissionais da área da saúde desenvolvam maior proximidade com os objetivos que norteiam a PNSILGBT e com as problemáticas que envolvem o segmento LGBT, com vistas à ampliação e a qualificação dos serviços, especialmente aqueles não especializados. Somente assim os princípios de universalidade, integralidade e equidade, constitutivos do SUS, serão concretizados.

REFERÊNCIAS

1. Ferraz D, Kraiczky J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP* 2010; 9(1): 70-82.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; Série Saúde do Brasil 1: 11-31.
3. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis* 2009; 19(1): 43-63.
4. Winter S. et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* 2016; 388(10042): 390-400.
5. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 8ª edição. Rio de Janeiro: Record; 2015.
6. Otero LMR, Fernández MVC, Fernández ML, Castro YL. Violencia em parejas transexuales, transgénero e intersexuales: una revisión bibliográfica. *Saúde e Soc.* 2015; 24(3): 914-935.
7. Gomes R, Murta D, Facchini R, Meneghel SN. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(6): 1997-2006.
8. Brasil. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União*, 2 dez 2011.
9. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
10. Brasil. 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). *Diário Oficial da União*, 6 dez 2011.
11. Brasil. Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 27 out 2017.
12. Pereira EO, Ferreira BO, Amaral GS, Cardoso CV, Lorenzo CFG. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? *Tempus Actas de saúde colet* 2017; 11(1): 51-67.

13. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. cienc. prof.* 2012; 32(3): 552-563.
14. Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Barriers to Health Care Among Adults Identifying as Sexual Minorities: A US National Study. *Am J Public Health* 2016; 106(6): 1116-1122.
15. Carvalho LS, Philippi MM. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. *Universitas: Ciênc Saúde.* 2013;11(2): 83-92.
16. Souza C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. *Caderno CRH* 2003; 16(39): 11-24.
17. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(spe): 73-78.
18. Facchini R, Daniliauskas M, Pilon AC. Políticas sexuais e produção de conhecimento no Brasil: situando estudos sobre sexualidade e suas conexões. *Revista de Ciências Sociais* 2013; 44(1): 161-193.
19. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedroza C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex., Salud Soc. (Rio J)* 2011; (9): 7-28.
20. Pereira CF. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBT no Brasil. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos* 2016; 4(1): 115-137.
21. Sampaio JV, Germano IMP. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. *Psicol. Soc.* 2014; 26(2): 290-300.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42 (3): 570-573.
23. Brasil. Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2002. Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH, instituído pelo Decreto no 1.904, de 13 de maio de 1996, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 14 maio 2002.
24. Mello L, Brito W, Maroja D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cad. Pagu* 2012; (39): 403-429.
25. Brasil. 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: Ministério da Saúde, 2004.
26. Irineu BA. 10 anos do Programa Brasil Sem Homofobia: notas críticas. *Temporalis* 2014; 14(28): 193-220.

27. Mello L, Avelar RB, Maroja D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Soc. estado* 2012; 27(2): 289-85.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Portaria nº 675/GM/2006. Revogada pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. *Diário Oficial da União*, 31 mar 2006.
30. Brasil. Anais da Conferência de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - GLBT. Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania GLTB. Brasília, 2008.
31. Brasil. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Brasília, 2009.
32. Brasil. Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009. Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 22 dez 2009.
33. Freire EC, Araújo FCA, Souza AC, Marques D. A clínica em movimento na saúde de TTTs: caminho para materialização do SUS entre travestis, transexuais e transgêneros. *Saúde debate* 2013; 37(98): 477-484.
34. Roller CG, Sedlak C, Draucker CB. Navigating the System: How Transgender Individuals Engage in Health Care Services. *J Nurs Scholarsh* 2015; 47(5): 417-424.
35. Souza MHT, Pereira PPG. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24(1): 146-153.
36. Guaranha C. O desafio da equidade e da integralidade: travestilidade e transexualidade no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
37. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(8): 2517-2526.
38. Angonese M, Lago MCS. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde soc.* 2017; 26 (1): 256-270.
39. Borba R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)* 2014; (17): 66-97.

40. Ventura M, Schramm FR. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis* 2009; 19 (1): 65-93.
41. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.482/1997. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo. Revogada pela Resolução CFM nº 1.652/2002. *Diário Oficial da União*, 19 set 1997.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, 19 ago 2008.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 20 nov 2013.
44. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955/2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. *Diário Oficial da União*, 3 set 2010.
45. World Health Organization (WHO) [Internet]. International Classification of Diseases 11th Revision – ICD 11. [Acessado em 21 out 2019]. Disponível em: <https://icd.who.int/en>.
46. Aran M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2009; 14(4): 1141-1149.
47. Braga PD, Molina MCB, Figueiredo TAM. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. *Ciênc. saúde coletiva*, 2010; 15(1): 87-95.
48. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. The National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals and Transgender (LGBT) and access to the Sex Reassignment Process in the Brazilian Unified Health System (SUS): progress and challenges. *Ciênc. saúde coletiva* 2017; 22(5): 1509-1520.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016 [Internet]. [Acessado em 5 jul 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2016.pdf
50. Teixeira FB. Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Rev. Estud. Fem.* 2012; 20(2): 501-512.
51. Brasil. 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. Diário Oficial da União, 29 abr 2016.
52. Miskolci RA. Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias* 2009; (21): 150-182.
 53. Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis* 2011; 21(4): 1451-1467.
 54. Santos AR, Santos RMM, Souza ML, Boery RNSO, Sena ELS, Yarid SD. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. *Rev. Bioét.* 2015; 23(2): 400-408.
 55. Garcia CL, Albuquerque GA, Drezett J, Adami, F. Health of sexual minorities in north-eastern Brazil: representations, behaviours and obstacles. *J Hum Growth Dev* 2016; 26(1): 94-100.
 56. Mello L, Braz C, Freitas FRA, Avelar RB. Questões LGBT em debate: sobre desafios e conquistas. *Soc. e Cult.* 2012; 15(1): 151-161.
 57. Silva JBF, Silva PE, Cunha LBPO, Pereira IL, Nogueira JA, Almeida SA. Evolução histórica das políticas públicas para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no estado da Paraíba. *Rev enferm UFPE on line* 2017; 11(2): 1096-1102.
 58. Medeiros P, Guareschi N. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas* 2009; 17(1): 31-48.
 59. Calderado F, Fernandes B, Mello L. Cidadania TTLBG e o direito à saúde no Brasil. In: Rocha DG, Lima JR, Mello L, Batista IV. *Diversidade e equidade no SUS: parceria universidade e educação popular*. 1ª edição. Goiânia: Cãnone Editorial; 2008. p. 57-68.
 60. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev. Saúde Pública* 1995; 29(4): 318-325.
 61. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(3): 507-514.
 62. Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 15-41.
 63. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª edição. São Paulo: Hucitec; 2012.

64. Patino CM, Ferreira JC. Critérios de inclusão e exclusão em estudos de pesquisa: definições e por que eles importam. *J Bras Pneumol*. 2018; 44(2): p. 84-84.
65. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1): 17-27.
66. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3º edição. Porto Alegre: Artmed; 2009.
67. Rego A, Cunha MP, Meyer Júnior V. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? *Linhas práticas de orientação*. RGPLP 2018; 17 (2): 43-57.
68. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa* 2017; 5(7): 01-12.
69. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperriere A, Mayer R, Pires AR. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 4ª edição. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 295-316.
70. Lima AFC, Gualda DMR. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. *Rev. esc. enferm. USP* 2001; 35(3): 235-241.
71. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2009.
72. Minayo MCS, Minayo-Gómez C. Dífíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: P. Goldenberg P, Marsiglia RMG; Gomes MHA. *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-142.
73. Zappellini MB, Feuerschütte SG. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. *Administração: Ensino e Pesquisa* 2015; 16(2): 241-273.
74. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1ª Edição. São Paulo: Edições 70; 2016.
75. Bauer MW. *Análise de conteúdo clássica: uma revisão*. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 8ª edição. Petrópolis: Vozes; 2010. p.189-217.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 13 jun 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE COLETA – ANÁLISE DOCUMENTAL

TÍTULO DO DOCUMENTO

DATA / AUTORIA (Instituição/Origem)

TEOR DO DOCUMENTO

1. ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

2. AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

3. PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, EDUCAÇÃO POPULAR E COMUNICAÇÃO DIRECIONADAS À POPULAÇÃO LGBT

4. ATIVIDADES DE MOBILIZAÇÃO, ARTICULAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

5. PROCEDIMENTOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - USUÁRIO

Questionário N° _____

1. Idade: ____ (em anos).
2. Local de residência: _____.
3. Orientação Sexual (autorreferida)
 - () Heterossexual
 - () Gay
 - () Lésbica
 - () Bissexual
 - () Não quero responder
4. Identidade de gênero (autorreferida)
 - () Masculina
 - () Feminina
 - () Travesti
 - () Homem transexual
 - () Mulher transexual
 - () Não quero responder
5. Usa Nome Social? _____.
6. Estado Civil:
 - () Solteiro
 - () Casado
 - () Divorciado
 - () Viúvo
 - () Outro
7. Cor (autorreferida): _____.
8. Religião: _____.
9. Escolaridade: _____.
10. Profissão: _____.
11. Renda: _____.

12. É beneficiário (a) de algum programa social? Qual?

_____.

13. Já sofreu algum tipo de discriminação/violência? Qual?

_____.

14. Serviço utilizado:

- Assistência e orientação psicossocial
- Encaminhamento jurídico
- Serviços sociais/ Assistência à saúde
- Mediações e conciliações de conflitos

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – PROFISSIONAIS

Questionário Nº _____

1. Idade: ____ (em anos).

2. Orientação Sexual (autorreferida)

- Heterossexual
- Gay
- Lésbica
- Bissexual
- Não quero responder

3. Identidade de gênero (autorreferida)

- Masculina
- Feminina
- Travesti
- Homem transexual
- Mulher transexual
- Não quero responder

4. Religião: _____.

5. Escolaridade: _____.

6. Profissão: _____.

7. Função que exerce no serviço: _____.

8. Tempo de atuação no serviço: ____ anos ____ meses.

APÊNDICE C

ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

OBJETIVO: *Identificar o acesso da população LGBT às ações e serviços de saúde descrevendo a Rede Pactuada de Atenção.*

1. Como você percebe o acesso da população LGBT às ações e serviços de saúde?
2. Liste quais serviços voltados à população LBGT você conhece.

OBJETIVO: *Apontar ações de promoção e vigilância em saúde voltadas ao segmento LGBT.*

3. Quais as ações de assistência à saúde, promoção e vigilância são voltadas à população LGBT e que você tenha usado ou ouvido falar?
4. A população LGBT tem necessidade de ações específicas de saúde para assistência à saúde, promoção e vigilância? Quais?

OBJETIVO: *Identificar práticas de Educação permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação direcionadas à população LGBT.*

5. Quais as práticas de Educação Permanente com foco na população LGBT você participou? (PROFISSIONAIS)
6. Quais as ações de Educação em Saúde você já participou? Onde? (USUÁRIOS)

OBJETIVO: *Identificar atividades de mobilização, articulação, participação e controle social com vistas à implementação da Política Nacional de Saúde Integral LBGT.*

7. Que atividades de mobilização, articulação e controle social relacionadas à população LGBT você já participou? Onde? Quem promoveu?

OBJETIVO: *Especificar procedimentos de monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.*

8. Como ocorre o monitoramento e avaliação das ações de saúde voltadas para a população LGBT?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1/4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **“POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: REFLEXÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE”**, conduzida por Jedison Feliciano Silva, enfermeiro, aluno do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, sob orientação da Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa.

Este estudo tem por **objetivo geral** compreender a assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) nos serviços de referência do Estado da Paraíba e **objetivos específicos** caracterizar a população LGBT usuária dos serviços de referência do Estado da Paraíba; caracterizar agentes públicos e profissionais de saúde que atuam nos serviços de referência do Estado da Paraíba; identificar o acesso da população LGBT às ações e serviços de saúde descrevendo a Rede Pactuada de Atenção; apontar ações de promoção e vigilância em saúde voltadas ao segmento LGBT; identificar práticas de Educação permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação direcionadas à população LGBT; identificar atividades de mobilização, articulação, participação e controle social com vistas à efetivação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT; e, especificar procedimentos de monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Esta pesquisa oferece um **risco mínimo** ao participante, pois poderão, por ventura, sentirem-se desconfortáveis durante a aplicação dos instrumentos de coleta (questionário e/ou realização da entrevista). Com a finalidade de minimizá-los e/ou eliminá-los, todos os participantes receberão esclarecimentos prévios sobre os objetivos geral e específicos e a natureza do estudo, destacando-se que sua participação será voluntária e que poderá a qualquer etapa da pesquisa interrompê-la, sem com isso incorrer em qualquer prejuízo, punição ou penalização para o mesmo. Além disso, o participante que se sentir

desconfortável com alguma pergunta dos instrumentos de coleta poderá não respondê-la. No entanto, para evitar estas ocorrências, o pesquisador responsável conversará com os participantes a fim de dirimir quaisquer dúvidas, sem, contudo, interferir em suas respostas.

Estima-se que a realização desta pesquisa trará **benefícios** relacionados ao ganho de conhecimento, percepção e entendimento sobre a temática estudada, ao problematizar sobre o real panorama no qual se encontra a assistência à saúde direcionada aos indivíduos que integram o segmento LGBT no Estado da Paraíba. Poderá contribuir, desta forma, para a melhoria do bem-estar desses indivíduos, à medida que ampliará a discussão sobre as suas especificidades e necessidades em saúde, apresentando, portanto, um forte caráter social. Seus resultados esperados poderão influenciar e fundamentar a tomada de decisões por parte de gestores, executores e sociedade civil com vistas a atuar e intervir sobre fatores que, ainda existentes, caracterizam a dificuldade de acesso e o acolhimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais quando da procura por ações preventivas e cuidados em saúde.

A sua anuência em participar deste estudo implica em preencher um questionário sociodemográfico e conceder uma entrevista com questões referentes à assistência à saúde direcionada a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).

A aplicação do questionário sociodemográfico e da entrevista semiestruturada ocorrerão na mesma oportunidade, em dia e horário mais conveniente para o colaborador e serão realizadas com cada participante individualmente nas salas de atendimento ao público disponibilizadas pelos respectivos serviços (Espaço LGBT / Ambulatório TT) e reservadas, exclusivamente, para esse fim. Por tratar-se de temática delicada, os pesquisadores garantirão a oferta de um espaço neutro, confortável e livre de interferências a fim de evitar quaisquer constrangimentos.

O preenchimento do questionário sociodemográfico precederá a entrevista semiestruturada. O questionário sociodemográfico será entregue ao participante e o pesquisador aguardará cada um concluir o preenchimento, estando atento para quaisquer esclarecimentos, durante o tempo que se fizer necessário. A seguir, será realizada a entrevista semiestruturada. Com o devido consentimento, a entrevista será gravada em áudio digital e tudo que for conversado será posteriormente transcrito e poderá ser lido pelo pesquisador, pelo colaborador, ou por alguém da confiança deste, para que possa conferir, corrigir, acrescentar ou retirar informações.

Objetivando atender a todos os princípios éticos que norteiam as pesquisas que envolvem seres humanos e conforme prevê a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, os pesquisadores esclarecem aos colaboradores deste estudo que:

- Sua participação será inteiramente voluntária e não remunerada;
- A todo participante será reservado o direito de deixar de participar do estudo se e quando lhe convier
- A desistência em participar desse estudo não acarretará nenhum tipo de prejuízo, punição ou penalização;
- O participante poderá recusar-se a responder qualquer pergunta dos instrumentos de coleta ou recusar-se a submeter a algum procedimento;
- Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais, visando assegurar o sigilo e a privacidade dos participantes.
- As informações coletadas e divulgadas em eventos ou artigos científicos, não permitirão a identificação do participante, pois será adotado um sistema de identificação, no qual letras maiúsculas indicarão a categoria do colaborador (se usuário ou agente público) e os numerais seguirão a ordem crescente de realização das entrevistas, sendo este sistema de conhecimento somente do pesquisador, atendendo preceitos éticos.
- Estará garantido o ressarcimento de despesas realizadas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes, sendo este de responsabilidade dos pesquisadores.

- Será garantido a indenização ao participante diante de eventuais danos imprevisíveis decorrentes da pesquisa.

- O participante será acompanhado e terá toda assistência que julgar necessária durante a realização desta pesquisa.

Diante de qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos em relação aos aspectos éticos, o participante poderá contatar o pesquisador responsável através do telefone (083) 3088-4386 ou através do e-mail jedison.fs@gmail.com, ou ainda na Universidade Estadual da Paraíba, endereço Av. Baraúnas, s/n – Bodocongó. Poderá também entrar em contato com a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da CESED através dos telefones (83) 2101-8857 / 98105-3641, que está localizado na Av. Senador Argemiro de Figueiredo, 1901 - Itararé CEP: 58411-020 - Campina Grande/PB-, com horário de funcionamento das 9:30 às 18:00 de segunda a sexta-feira.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato, rubricado em todas as páginas e assinado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma de posse do participante e outra com o pesquisador.

LOCAL

DATA

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante

ASSINATURA
DATILOSCÓPICA

(POLEGAR DIREITO)

APÊNDICE E
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: reflexões sobre a assistência à saúde** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores **Jedison Feliciano Silva** e **Gabreila Maria Cavalcanti Costa** a realizarem a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (nome completo do pesquisador responsável), e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N.º. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

_____, ____ / ____ / ____.

ANEXOS



PARECER 3.174.424 - PROJETO DE PESQUISA

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: a realidade da assistência à saúde

Pesquisador: Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05848819.0.0000.5175

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.174.424

Apresentação do Projeto:

Formalizada através da Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) tem como princípio o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão social no processo saúde-doença desses grupos. Acreditando ser relevante compreender como este instrumento legal é viabilizado nos cenários sociais onde deveria ocorrer, este estudo tem por objetivo compreender a efetivação de tal Política nos serviços de saúde do Estado da Paraíba. Para tanto será realizado um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa será desenvolvida no interior dos serviços de referência voltados à implementação da referida Política existentes no Estado, a saber: Centro Estadual de Referência dos Direitos de LGBT e Enfrentamento a Homofobia da Paraíba (Espaço LGBT) e Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais (Ambulatório TT), estando estruturado em duas fases: Fase documental e Pesquisa de campo. A fase documental constará da análise dos arquivos estaduais atinentes aos Planos de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Programação Pactuada Integrada. A fase de pesquisa de campo contará com a aplicação de um questionário e uma entrevista semiestruturada com os agentes públicos locais encarregados da implementação da Política LGBT e usuários dos serviços. A estratégia de triangulação de métodos será utilizada objetivando identificar convergências, divergências e complementariedades existentes entre as diferentes fontes de informações. O conjunto dos dados será submetido à análise de conteúdo segundo Bardin e as categorias que daí

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 3.174.424

emergirem serão analisadas à luz da literatura pertinente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a assistência à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) nos serviços de referência do Estado da Paraíba.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a população LGBT usuária dos serviços de referência do Estado da Paraíba;
- Caracterizar agentes públicos e profissionais de saúde que atuam nos serviços de referência do Estado da Paraíba;
- Identificar o acesso da população LGBT às ações e serviços de saúde descrevendo a Rede Pactuada de Atenção;
- Apontar ações de promoção e vigilância em saúde voltadas ao segmento LGBT;
- Identificar práticas de Educação permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação direcionadas à população LGBT;
- Identificar atividades de mobilização, articulação, participação e controle social com vistas à efetivação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT; e,
- Especificar procedimentos de monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa oferece um risco mínimo ao participante, pois poderão, por ventura, sentirem-se desconfortáveis durante a aplicação dos instrumentos de coleta (questionário e/ou realização da entrevista). Com a finalidade de minimizá-los e/ou eliminá-los, todos os participantes receberão esclarecimentos prévios sobre os objetivos geral e específicos e a natureza do estudo, destacando-se que sua participação será voluntária e que poderá a qualquer etapa da pesquisa interrompê-la, sem com isso incorrer em qualquer prejuízo, punição ou penalização para o mesmo. Além disso, o participante que se sentir desconfortável com alguma pergunta dos instrumentos de coleta poderá não respondê-la. No entanto, para evitar estas ocorrências, o pesquisador responsável conversará com os participantes a fim de dirimir quaisquer dúvidas, sem, contudo, interferir em suas respostas.

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
 Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 3.174.424

Benefícios:

Compreender a assistência à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) nos serviços de referência do Estado da Paraíba será fundamental para estabelecer a rede de atenção à saúde, garantindo execução de ações de promoção e vigilância em saúde voltadas ao segmento LGBT; prevenindo práticas de Educação permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação direcionadas à população LGBT. Ao estimular a mobilização, articulação, participação e controle social com vistas à efetivação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, poderá contribuir, desta forma, para a melhoria do bem-estar desses indivíduos, à medida que ampliará a discussão sobre as suas especificidades e necessidades em saúde, apresentando, portanto, um forte caráter social.

Seus resultados esperados poderão influenciar e fundamentar a tomada de decisões por parte de gestores, executores e sociedade civil com vistas a atuar e intervir sobre fatores que, ainda existentes, caracterizam a dificuldade de acesso e o acolhimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais quando da procura por ações preventivas e cuidados em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata de temática relevante em saúde pública, considerando os desafios e a necessidade de intervenções de assistência integral a população de LGBT.

O projeto encontra-se bem estruturado. Termos de apresentação obrigatória, cronograma, orçamento anexados e adequados. Foi descrito de forma detalhada todo o desenvolvimento do estudo.

Com relação aos aspectos éticos os possíveis riscos foram esclarecidos, assim como a forma que serão minimizados. O TCLE está de acordo com as Resoluções vigentes. Nesse sentido o projeto não apresenta óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória exigidos foram anexados e estão em conformidade com as resoluções vigentes no Brasil.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise verifica-se que o(a) pesquisador(a) atendeu as pendências éticas vigentes no Brasil: A

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
 Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 3.174.424

Resolução 466/12, 510/16 e a norma operacional 0001/13 do C.N.S. que regem as pesquisas que envolvem seres humanos de forma direta e/ou indireta. Dessa forma somos do parecer APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi avaliado pelo colegiado, tendo recebido parecer APROVADO. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados, ao término do estudo deverá ENVIAR RELATÓRIO FINAL através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – CESED.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1243798.pdf	24/02/2019 10:00:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCesed2.docx	24/02/2019 10:00:36	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCesed2.doc	24/02/2019 10:00:17	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.docx	11/01/2019 18:34:02	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Outros	arquivo.pdf	11/01/2019 18:18:28	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Outros	anuencia2.pdf	11/01/2019 18:11:03	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Outros	anuencia.PDF	11/01/2019 18:10:15	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	11/01/2019 17:58:00	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
 Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 3.174.424

CAMPINA GRANDE, 27 de Fevereiro de 2019

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Rosana Farias Batista Leite', is written over a horizontal line.

Assinado por:
Rosana Farias Batista Leite
(Coordenador(a))

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DA PARAÍBA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM ARQUIVOS E/OU
DOCUMENTOS

Eu, Ana Lúcia de Sousa

responsável pelo arquivo e/ou documentos: **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015; PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2016-2019; PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018); PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA** da instituição **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA**, declaro ser esclarecido que o trabalho intitulado **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: a realidade da assistência à saúde** apresenta os seguintes objetivos geral e específicos: compreender a assistência à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) nos serviços de referência do Estado da Paraíba.

Foi me garantido que:

- 1) Os dados serão usados unicamente para fins científicos.
- 2) Em nenhum momento da pesquisa os nomes dos participantes que constam nos arquivos e/ou documentos serão divulgados.
- 3) Poderei desistir de permitir o acesso aos arquivos e/ou documentos a qualquer momento, sem ser penalizado fisicamente, financeiramente e moralmente.
- 4) Ao final da pesquisa, se for do meu interesse ou da instituição, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador.

Caso queira entrar em contato com o pesquisador responsável, poderei fazê-lo pelo número (83) 3088-4386/99983-5187.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino esta autorização.

Campina Grande, 11 de DEZEMBRO de 2018.

Ana Lúcia de Sousa
Ana Lúcia de Sousa

Matrícula 148.106-1

Chefe do CEIS - SES / PB
Responsável pelos arquivos

Geovani Furtado Silva

Pesquisador Responsável



CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informada verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: a realidade de assistência à saúde**, do aluno Jedison Feliciano Silva, orientado pela Prof^a Dr^a Gabriela Maria Cavalcanti Costa, concordo em autorizar a realização das etapas de pesquisa bibliográfica e documental no acervo e coleta de dados necessária à pesquisa no Centro Estadual de Referência dos Direitos LGBT e Enfrentamento a LGBTfobia – ESPAÇO LGBT, em João Pessoa, vinculado a Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana (SEMDH), Instituição que represento.

Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

João Pessoa, 04 de dezembro de 2018.


Gilberta Santos Soares

Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana – SEMDH

Gilberta Santos Soares
Secretária de Estado da Mulher
e da Diversidade Humana



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-
CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA – C.H.C.F.



NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Autorizo a realização da pesquisa intitulada “**Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travesti e Transexuais: a realidade da assistência á saúde**”, desenvolvida pelo aluno Jedison Feliciano Silva, sob orientação da Dra. Gabriela Maria Cavalcante Costa, do curso de Mestrado em Saúde Pública– da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

A pesquisa tem como objetivo principal compreender a assistência á saúde de Travesti e Transexuais no serviço de referência do Estado da Paraíba, caracterizar agentes público e profissionais de saúde que atuam no serviço de referencia do Estado da Paraíba e apontar ações de promoção e vigilância em saúde voltada ao segmento de transvestis e transexuais. Conforme projeto apresentado ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosa Dr. Clementino Fraga (CHCF).

O início da coleta de dados só está autorizado após aprovação da referida pesquisa no Comitê de Ética, de acordo com a Resolução do Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para realização da coleta de dados pesquisador deverá se apresentar ao NEP/CHCF e seguir Normas e rotinas desta Unidade Hospitalar, e obter o consentimento dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Pesquisadora deverá se apresentar ao NEP/CHCF os resultados finais do trabalho realiza

João Pessoa-PB 10 de dezembro de 2018.

Thais Maira de Matos
Diretora Geral


Thais Maira de Matos
Diretora Geral
Mat: 184.750-3
Complexo Hosp. Dr. Clementino Fraga



O C.H.C.F. Fazendo saúde pública com qualidade



Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga - C.N.P.J. 08.778.268/0005-94
Rua: Ester Borges Bastos, s/n - Jaguaribe – CEP. 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 32185449 – Fax: 3218 5416
E-mail: cep_chcf@hotmail.com