



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

RICARD JOSÉ BEZERRA DA SILVA

**VULNERABILIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQI+:
EXISTÊNCIAS FORA DO ARMÁRIO**

**CAMPINA GRANDE
2021**

RICARD JOSÉ BEZERRA DA SILVA

**VULNERABILIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQI+:
EXISTÊNCIAS FORA DO ARMÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Prof. Dra. Josevânia da Silva

**CAMPINA GRANDE
2021**

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.

S586v Silva, Ricard José Bezerra da.
Vulnerabilidades em saúde da população LGBTQI+ [manuscrito] : existências fora do armário / Ricard José Bezerra da Silva. - 2021.
85 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2022.
"Orientação : Profa. Dra. Josevânia da Silva, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."
1. População LGBTQIA+. 2. Vulnerabilidade em saúde. 3. Políticas públicas. 4. Saúde pública. I. Título
21. ed. CDD 362.7

RICARD JOSÉ BEZERRA DA SILVA

VULNERABILIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQI+: EXISTÊNCIAS
FORA DO ARMÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia

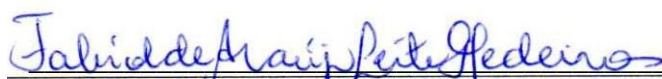
Aprovada em: 27 de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Josevânia da Silva

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro Interno



Profa. Dra. Betânia Maria de Oliveira Amorim

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
Membro Externo

CAMPINA GRANDE – PB
2021

À sociedade brasileira, às pessoas LGBTQIA+ que morrem todos os dias buscando que seus direitos sejam garantidos, aos nomes que jamais esqueceremos, aos trabalhadores do SUS, à Universidade Pública, à Ciência e às pessoas amigas que acompanharam esse trajeto solitário, mas nunca sozinho, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Aos LGBTQIA+ que vieram antes, por abrir caminhos de resistência, por mostrar que é possível amar e existir.

Aos familiares que torceram e vibraram com cada uma das conquistas até aqui alcançadas.

À Universidade que, por mais difícil que se torne a cada dia, sustenta o desejo da ciência, em produzir e criar conhecimentos, buscando a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

À Josêvania da Silva, orientadora e muito mais, que com todos os desafios propostos ao longo dessa caminhada, sempre se mostrou acolhedora e muito atenta, com um carinho materno. Por ser humana, por ser cuidadosa, por ser humilde, por segurar na mão e falar: vamos filho!

Aos amigos, que mostraram que a caminhada, mesmo que solitária, nunca precisa ser sozinha. Que estiveram ao meu lado no investimento dos sonhos e na aposta cotidiana. A Leo, que esteve pacientemente na ocupação de acompanhar as mais silenciosas angústias. A Ana Bê, Laís, Mari, Pablo, Thiago, Clarissa, Raíssa, Diego, Nara, Sami, Jama e tantos outros amigos que estavam sempre atentos a perguntar sobre a jornada e a ser ombro quando preciso fosse (e for). Por entenderem as ausências e se tornarem ainda mais presentes.

Aos servidores públicos da UEPB, estes que sempre estiveram acessíveis às demandas, em especial Maria e Valquíria. A Estela, secretária do nosso programa de pós-graduação, que muito educadamente sempre tentou resolver e sanar nossas dúvidas e angústias.

Aos professores do PPGPS da UEPB que quando solicitados sempre estavam disponíveis. Às professoras do PPGPS da UEPB, elas que sempre foram inspiração e

sempre estiveram abertas, em especial Josevânica, Sibelle, Carmita, Fabíola e Ardigleusa, que sempre fomentaram o desejo pela academia e que, com leveza, nos levaram a muitos desejos.

Um agradecimento muito especial para Betânia, que anos atrás, me fez um convite para voltar à academia, me presenteou com a caneta vermelha, que me emprestou, e me lembrou como é importante sonhar com o futuro, desejar e buscar o que desejamos. À ocasião ela me disse: “Ricard, não sei por qual motivo você ainda não entrou no mestrado”. Saiba, Betânia, que sua parcela nisso é gigantesca, obrigado por tanto. Por ser forte e, ao mesmo tempo, sensível, por ser uma amiga muito querida, um exemplo, uma mestre muito especial e uma mãe. Obrigado pelo NEXUS e obrigado ao NEXUS.

À banca avaliadora que, com atenção e carinho, segue firme reafirmando o compromisso delas com o Ensino Superior Público e de Qualidade. Vocês são inspirações.

Aos participantes da pesquisa, sem vocês não estaríamos aqui. Muito obrigado.

“A violência deles... foi mesquinha e ignorante... mas no fim das contas, combinava com quem eles eram. A verdadeira violência... a violência que eu percebi que era indesculpável... é a violência que fazemos com nós mesmos, quando temos medo de ser quem realmente somos.” (Série Sense8, temp. 1, ep. 9)

RESUMO

Esta dissertação teve por objetivo geral analisar as vulnerabilidades em saúde da LGBTQIA+ em seus aspectos históricos, políticas públicas e em relação às práticas sexuais e preventivas e o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, foram realizados dois estudos, os quais foram estruturados em dois artigos. O primeiro estudo teve por objetivo analisar o percurso histórico da legislação brasileira em relação à garantia de direitos e políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+. Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, baseada no método de pesquisa documental e com abordagem qualitativa. Foram analisados 37 documentos oficiais que trouxessem contribuições e/ou interferência aos processos de acesso e estruturação da saúde da população LGBTQIA+. Os documentos foram categorizados por meio da Análise Categrical Temática, que permitiu o agrupando dos conteúdos em quatro categorias: (a) Nome social e reconhecimento da identidade de gênero, (b) Combate à discriminação de pessoas LGBTQIA+ e práticas profissionais; (c) Acesso à serviços de saúde; e (d) Fomento da representatividade de pessoas LGBTQIA+ no âmbito político do SUS. Foi evidenciada a pouca produção de leis que garantam o acesso e a mitigação dos processos de discriminação da população LGBTQIA+. Por sua vez, o segundo estudo teve por objetivo analisar as vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+ em relação às práticas sexuais e preventivas e o acesso aos serviços de saúde. Participaram, de forma não probabilística e por conveniência, 562 pessoas com idades variando de 18 a 65 anos (M=27 anos; DP=6,93). Foram utilizados como instrumentos um Questionário sociodemográfico e um Questionário sobre acesso e satisfação com serviços públicos de saúde e sobre práticas sexuais e preventivas. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Os resultados demonstraram que, apenas, 29,4% dos participantes declararam conhecer a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. Quanto ao acesso, 57,3% da amostra total afirmou procurar os serviços só quando precisa. Para a maioria dos participantes (69,4%), nenhum Agente Comunitário de Saúde faz o acompanhamento da sua residência. Ademais, 46,1% dos participantes consideram que os serviços públicos de saúde não estão preparados para recebê-los. Entre as principais dificuldades para ir ao serviço público de saúde, os participantes destacaram o descaso do serviço público de saúde, o preconceito e o acesso. Contudo, os participantes, em sua maioria, declararam estarem satisfeitos com os serviços de saúde tanto do bairro quanto da cidade onde moram. Conclui-se que população LGBTQIA+ não acessa, efetivamente, os serviços públicos de saúde, o que tem relação com vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. Identificar os aspectos que limitam e ou dificultam o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços públicos de saúde continua sendo um desafio.

Palavras-chave: População LGBTQIA+; Vulnerabilidades em saúde; Teoria da Vulnerabilidade

ABSTRACT

This dissertation had as general objective to analyze the health vulnerabilities of LGBTQIA+ in its historical aspects, public policies and in relation to sexual and preventive practices and access to health services. Therefore, two studies were carried out, which were structured in two articles. The first study aimed to analyze the historical course of Brazilian legislation in relation to the guarantee of rights and public policies aimed at the LGBTQIA+ population. It was an exploratory, descriptive research, based on the documentary research method and with a qualitative approach. 37 official documents that brought contributions and/or interference to the processes of accessing and structuring the health of the LGBTQIA+ population were analyzed. The documents were categorized through Thematic Categorical Analysis, which allowed the grouping of contents into four categories: (a) Social name and recognition of gender identity, (b) Combating discrimination against LGBTQIA+ people and professional practices; (c) Access to health services; and (d) Fostering the representation of LGBTQIA+ people in the political sphere of the SUS. The little production of laws that guarantee access to and mitigation of discrimination processes for the LGBTQIA+ population was evidenced. In turn, the second study aimed to analyze the health vulnerabilities of the LGBTQIA+ population in relation to sexual and preventive practices and access to health services. Participated, in a non-probabilistic way and for convenience, 562 people with ages ranging from 18 to 65 years old ($M=27$ years old; $SD=6.93$). A sociodemographic questionnaire and a questionnaire on access to and satisfaction with public health services and on sexual and preventive practices were used as instruments. Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that only 29.4% of the participants declared to know the National Policy for Comprehensive Health for the LGBT Population. As for access, 57.3% of the total sample claimed to seek services only when needed. For most participants (69.4%), no Community Health Agent monitors their residence. Furthermore, 46.1% of the participants believe that public health services are not prepared to receive them. Among the main difficulties in going to the public health service, the participants highlighted the neglect of the public health service, prejudice and access. However, most of the participants stated that they were satisfied with the health services both in the neighborhood and in the city where they live. It is concluded that the LGBTQIA+ population does not effectively access public health services, which is related to individual, social and programmatic vulnerabilities. Identifying the aspects that limit and/or hinder the access of LGBTQIA+ people to public health services remains a challenge.

Keywords: LGBTQIA+ population; Vulnerability in the health; Vulnerability theory

SUMÁRIO

1.0	INTRODUÇÃO	10
1.1.A	saúde enquanto conceito caro à população LGBTQIA+	10
1.2.A	perspectiva teórica da vulnerabilidade: superação de estigmas e estereótipos	14
2.0	OBJETIVOS	18
2.1.	Objetivo Geral	18
2.2.	Objetivos Específicos	18
3.0	Artigo 1	19
	<i>Percurso histórico da legislação brasileira em relação aos direitos à saúde da população LGBTQIA+</i>	20
3.1.	INTRODUÇÃO.....	21
3.2	MÉTODO.....	25
3.3.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
3.4.	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS.....	39
4.0	Artigo 2	43
	<i>Vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+: práticas sexuais e preventivas e acesso aos serviços de saúde</i>	44
4.1.	INTRODUÇÃO.....	45
4.2.	MÉTODO.....	48
	Tipo de estudo	48
	Local da pesquisa	49
	Participantes.....	49
	Instrumentos.....	49
	Procedimentos	50
	Análise dos dados	50
	Aspectos éticos.....	51
4.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
4.4.	CONCLUSÃO	60
	REFERÊNCIAS.....	61
5.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	64
5.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
6.0	REFERÊNCIAS	69
	ANEXOS	72
	Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	73
	Anexo B – Formulário da pesquisa: VULNERABILIDADESEM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQI+: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E EXISTÊNCIAS FORA DO ARMÁRIO.....	76

1.0 INTRODUÇÃO

Muito se fala sobre saúde, dada a complexidade do fenômeno, tomando-se um conceito amplo, multideterminado e repleto de definições arbitrárias. Scliar (2007), coloca que diversas influências foram levadas em consideração na formulação dos conceitos de saúde e que alguns deles foram vistos como inatingíveis e inalcançáveis, sendo objetos de duras críticas. No entanto, é caro ao debate a percepção de que o controle dos corpos sempre passa por uma conceitualização das coisas, visto que esse processo delimita o que é normal e o que não é (Neves, Porcaro, & Curvo, 2017).

Para compreender os processos de vulnerabilidade em saúde da população LGBTQIA+, inicialmente, faz-se necessário discorrer sobre a saúde enquanto um fenômeno complexo, multidimensional, social e histórico. Em seguida, discorreu-se sobre os aspectos conceituais da Teoria da Vulnerabilidade, notadamente no contexto de saúde da população LGBTQIA+.

1.1.A saúde enquanto conceito caro à população LGBTQIA+

Ao longo da história, verifica-se que homens e mulheres procuraram explicar os acontecimentos da vida cotidiana, incluindo os processos de saúde e doença (Brito, 2017). Em parte, esta busca por explicações tinha por objetivo o controle e previsibilidade, organizando as normas e exigências sociais. A organização grupal e as explicações do que faz bem ou não, para uma determinada população, fizeram emergir um imaginário de possíveis explicações de eventos que modificam a vida dos sujeitos definindo o que seria, ou não, saudável (Scliar, 2007). Tais definições foram construídas a partir de uma noção de normalidade, que tinha relação com as concepções e contextos de determinada época,

variando em razão das determinações históricas e produzindo diferentes modos de cuidado (Neves et al., 2017).

Durante muitos anos, definir o que era a saúde não foi uma questão determinante para a realização de ações em saúde. Foi no cenário pós II Guerra Mundial que houve a necessidade da criação de um órgão internacional que regulasse processos de direitos humanos e de preservação da vida, o que deu origem a ONU (Organização das Nações Unidas) (Annoni, 2008). A necessidade da criação de um órgão internacional sobre direitos humanos deriva do reconhecimento da importância de garantir, frente aos crimes contra a humanidade ocorridos nas guerras, os direitos básicos para todas as pessoas. Coube aos Estados a obrigação de assegurar os direitos, bem como de responsabilizar-se, caso os direitos básicos não fossem respeitados.

Em 1948, com a criação da OMS (Organização Mundial de Saúde), foi divulgada uma carta de princípios orientadores para as ações de saúde pelos países, na qual, pela primeira vez, é apresentada uma definição internacional sobre saúde. A saúde foi definida como um estado completo de bem-estar biopsicossocial e não apenas a ausência de doença (OMS, 1948). Esse conceito foi ratificado em várias nações. O Brasil, por meio do Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948, reconhece que a saúde é dever do Estado, tendo em vista garantir a saúde para toda a população brasileira (Annoni, 2008).

O Conceito de saúde traz consigo divergências (Scliar, 2007). Do ponto de vista técnico, a amplitude desse conceito e a noção de bem-estar completo propõe uma natureza ideal de vida, o que passa a ser inatingível pelos serviços de saúde. De outro modo, do ponto de vista político, observa-se que, para garantir a saúde, o Estado poderia intervir de maneira arbitrária na liberdade dos indivíduos. Nesse sentido, mesmo com uma definição acerca do que é a saúde, o conceito de saúde continuou demandando reflexões e assumindo diferentes abordagens.

Desse modo, a perspectiva de saúde que se adota nesse momento se aproxima de uma definição realizada por Ayres (2007), quando afirma que a saúde é:

A busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade. (Ayres, 2007, p.62)

Assumindo essa posição, tem-se que a saúde é uma relação dialógica que considera, sobretudo, as percepções que um determinado sujeito tem sobre si mesmo, considerando aquilo que deseja e qual percurso deve ser adotado para que isso se realize enquanto um projeto de vida e felicidade, não romantizando esses termos, mas tensionando o sentido de que a felicidade é um sentimento subjetivo.

As noções sobre saúde e doença e as práticas de cuidado estiveram, portanto, relacionadas a valores, crenças e normas sociais de cada época histórica (Brito, 2017). Tais aspectos colaboraram para que determinados grupos sociais tivessem mais ênfase no atendimento das necessidades em saúde, enquanto outros grupos foram invisibilizados e colocados à margem do cuidado. Alguns grupos passaram a receber notoriedade a partir de marcos na saúde, é o que acontece com o grupo dos idosos, das populações tradicionais, da população negra, dos homens, da população LGBTQIA+¹, entre outras.

¹ A sigla LGBTQIA+ refere-se à Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexuais, Queer e outras manifestações de gêneros e identidades, não há um consenso acadêmico acerca de quem define as siglas ou de como elas se constroem, contudo, é sabido que os movimentos sociais relacionados às questões LGBTQIA+, por meio de debates fez a sigla modificar-se a fim de incluir mais desinências de gênero, orientações e identidades. Empiricamente tem-se o surgimento da sigla GLS (Gays, Lésbicas e Simpatizantes) como a primeira sigla referente à população LGBTQIA+, por volta de 1995, a sigla é modificada para GLBT (Gays, Lésbicas, Bissexuais e Travestis, Transexuais e Transgêneros), é a primeira vez que adiciona-se à sigla pessoas bissexuais e não cisgêneras (termo utilizado para designar pessoas em que o gênero é o mesmo que o definido no momento do nascimento), a organização do movimento feminista fez com que a invisibilidade das mulheres lésbicas fosse pauta para uma nova mudança da sigla para GLBT, pensando em novas inserções de identidades, expressões e gêneros, ampliou-se incluindo o Q de pessoas Queer (pessoas que não obedecem o padrão cis-heteronormativo), o I de pessoas Intersexuais (pessoas que nascem com os dois gêneros binários) e o A de pessoas Assexuais (pessoas que se atraem por outras pessoas a partir do envolvimento afetivo e não sexual), a desinência + amplia mais ainda incluindo várias outras possibilidades de existência.

Nesse sentido, compreender como as pessoas, a partir de suas pertencas sociais e grupais, vivenciam suas demandas em saúde e como estas são atendidas é importante indicador da efetividade das ações em saúde (Langdon & Wiik, 2010).

A população LGBTQIA+, historicamente, passa por processos de vulnerabilidade em saúde em diversos âmbitos, como no acesso aos serviços de saúde, vivências violência e preconceito. Historicamente, no Brasil, o acesso à saúde era exclusivo para trabalhadores que contribuía para os programas de previdência do governo federal. Isto limitava os cuidados em saúde para os demais membros da população, bem como invisibilizava grupos marginalizados.

Com a Constituição do Brasil de 1988 e o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde para a ser assegurada como um direito social. No entanto, sua efetivação ainda é problemática em razão dos governos e dos gestores políticos, que colaboram tanto para avanços quanto para retrocessos e obstáculos na construção de práticas de saúde (Menicucci, 2009).

Na contemporaneidade, a saúde de populações específicas é uma demanda que convoca a sociedade para uma discussão acerca de processos de vulnerabilidade que impedem ou dificultam a efetivação de estratégias de saúde. Ayres (2004) reforça a necessidade de incluir aspectos outros nas práticas de saúde, como o saber prático, a história de vida e a compreensão da necessidade de cuidado pelos envolvidos no processo de saúde. Essa perspectiva corrobora a intenção de considerar determinantes de saúde no processo de cuidado. Para tanto, a partir dos estudos iniciais de Mann e Tarantola (1996), Ayres (1997) vem desenvolvendo diversos estudos, no Brasil, sobre a perspectiva teórica da vulnerabilidade.

1.2.A perspectiva teórica da vulnerabilidade: superação de estigmas e estereótipos

A complexidade que é debater o conceito de saúde exige que ampliemos o próprio conceito, atrelando-o a outros também necessários, como a vulnerabilidade. Nesse sentido, Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho (2003), o conceito de vulnerabilidade possibilita compreender os processos de saúde, doença e cuidados a partir de uma perspectiva que não individualiza as explicações, mas considerar a interrelação entre aspectos individuais (intersubjetivos), sociais e institucionais.

Ayres et al. (2003), colocam o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade em saúde, como um “movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento” (p.127). Desse modo, a análise da vulnerabilidade está pautada na articulação de três dimensões interligadas: dimensão individual, dimensão social e dimensão programática.

Ao mencionar os elementos individuais da vulnerabilidade, entre os diversos aspectos, considera-se a qualidade e o nível da informação que chega às pessoas, a capacidade que estas possuem em elaborar soluções e incorporá-las ao cotidiano, bem como o interesse delas em criar e estabelecer possibilidade efetivas que transformem fatores de risco em fatores protetores (Ayres et al., 2003). Além disso, os componentes individuais referem-se ao reconhecimento das pessoas como sujeito de direitos, reconhecendo a importância dos recursos individuais – como a escolaridade, as relações de amizade, familiares, profissionais e afetivo-sexuais, entre outros aspectos – e dos recursos da subjetividade intersubjetiva – como valores, crenças, desejos, emoções, atitudes, gestos e outros (Ayres, Paiva & França Júnior, 2012)

Já a dimensão social da vulnerabilidade diz respeito às características das relações sociais, da cidadania e do cenário cultural, analisando se há acesso à saúde integral, justiça, cultura, emprego e salário corresponde à função, lazer, mídia e outros elementos. Corresponde, também, à liberdades individuais, relações de gênero, raciais e étnicas e discriminação sistemáticas de direitos (Ayres et al., 2012). Além disso, esse componente refere-se aos enfrentamentos sociais, como a capacidade de enfrentar e superar dificuldades, estar livre de violência coercitiva, ter possibilidades de defesa e estabelecimento da justiça (Ayres et al., 2003).

A última dimensão programática da vulnerabilidade considera o papel dos governos na responsabilização frente às políticas públicas, destacando em que medida contribuem ou não para aumentar o grau de suscetibilidade de indivíduos e coletividades ao adoecimento e morte. Por isso, avalia-se a governabilidade, a capacidade de articulação com a sociedade civil organizada, as ações dos governos para fomentar (ou não) o acesso, a equidade e a integralidade dos serviços, a formação de equipes multiprofissionais de assistência, a promoção e prevenção de agravos, a formação continuada, o planejamento, a avaliação e o preparo técnico-científico dos serviços (Ayres et al., 2012). Portanto, considera-se o conjunto de componentes que avaliam a exposição dos sujeitos ao adoecimento, identificando necessidades e recursos de enfrentamento regional (Ayres, et al. 2003).

A perspectiva teórica da vulnerabilidade reforça a importância das interações entre os agentes envolvidos, a necessidade de considerar o contexto e as características do processo de saúde e de adoecimento de uma determinada comunidade ou grupo, deslocando a imagem de um agente agressor e considerando que qualquer aspecto, a depender da situação e do sujeito, pode ser de risco ou protetivo (Ayres et al, 2012). Portanto, faz-se necessário compreender os componentes da vulnerabilidade para pensar

de que modo a legislação brasileira no tocante às estratégias de saúde, promoveu e promove a diminuição das vulnerabilidades que podem existir em meio a população LGBTQIA+.

É importante ressaltar que na perspectiva da vulnerabilidade, as políticas e instituições podem colaborar para reduzir, reproduzir ou aumentar os processos de vulnerabilidade das pessoas em seus contextos de vida. Na análise destes aspectos, Gruskin e Tarantola (2012) destacaram quatro componentes: (a) disponibilidade dos serviços; (b) a acessibilidade dos serviços; (c) a qualidade dos serviços; (d) a aceitabilidade dos serviços. Portanto, a noção de vulnerabilidade vem designar o conjunto de fatores que em maior ou menor escala, expõem sujeitos e coletividades ao processo de adoecimento, considerando a relação complexa entre elementos individuais, sociais e programáticos, na interface com os Direitos Humanos (Ayres et al., 2012).

Historicamente, as ações em saúde voltadas à população LGBTQI+ eram direcionadas de forma genérica, assim como para a população em geral, caracterizada por uma abordagem biologicista, técnica e epidemiológica, como um aparato técnico e científico, pautado – em sua maioria – em tecnologias duras fosse suficiente para promover uma saúde equânime. Para Merhy (2005), o fazer da saúde possui inúmeras formas de ação, dentre elas, as tecnologias, que podem ser leves, leve-duras e duras, as leves se baseiam na capacidade dialógica de estabelecer contato e relações, as leve-duras referem-se aos saberes técnicos científicos estruturados, como as teorias e, por fim, as duras são os procedimentos puramente técnicos, como intervenções invasivas.

Nesse sentido, a ideia é explícita, para compreender o conceito de vulnerabilidade é preciso superar o modelo biomédico hegemônico e neoliberal, fundando práticas em saúde que se baseiem na construção cotidiana de práticas discursivas que aproximem os serviços dos usuários, deslocando para o centro do cuidado os usuários e permitindo que

os saberes se relacionem (Merhy, 2005). Assim, a saúde, enquanto uma categoria complexa, necessitava de uma mudança, deslocando o sujeito biofisiológico do lugar de protagonista e permitindo que o sujeito social ocupasse esse lugar.

A inclusão de novos aspectos aos processos e práticas de saúde, como a história de vida e a compreensão da necessidade de cuidado pelos envolvidos no processo corrobora a intenção de considerar os determinantes de saúde como essenciais no desenvolvimento do cuidado (Ayres, 2004). A consideração desses aspectos permite pensar os graus de exposição aos diversos adoecimentos, que uma pessoa pode ter, contribuindo diretamente com a teoria das vulnerabilidades em saúde (Ayres, 1997; Mann & Tarantola, 1996).

Ayres et al. (2012) destacam a necessidade de construir ações voltadas aos sujeitos e coletividades na promoção, na proteção e na garantia de direitos e, principalmente, reconhecimento de suas necessidades, visto que é imprudente separar as necessidades dos sujeitos e coletividades das questões de saúde. Por isso, o estudo da legislação e dos documentos oficiais é essencial para o processo de compreensão das vulnerabilidades em saúde, pois qualquer negação relativa ao acesso à saúde ou aos cuidados em saúde é, também, uma negação em termos de direitos humanos.

A vulnerabilidade a qual a população LGBTQIA+ pode estar suscetível pode promover processos de adoecimento, vinculando as questões de saúde aos estigmas acerca das relações afetivas que esse grupo possui. Em processos de adoecimento, o tratamento da patologia é fundamental. Não obstante, deve-se levar em conta qual a noção de cuidado nesse processo, visto que, além de suprimir os sintomas físicos, é função do campo da saúde permitir o desenvolvimento e execução de projetos de vida (Ayres, 2002). Nesse sentido, faz-se importante discutir as vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+, visto que grupos sociais específicos podem enfrentar problemas, igualmente

específicos e que possam dificultar os processos de saúde. Para tanto, esta dissertação está estruturada em dois artigos.

O primeiro artigo teve por objetivo analisar o percurso histórico da legislação brasileira em relação à garantia de direitos e políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+. Assim, foi realizado uma análise de documentos oficiais, considerando como marco temporal a partir da Constituição do Brasil de 1988, quando o Sistema único de Saúde (SUS) é instituído como Política de Estado.

Já o segundo artigo foi de natureza empírica e teve por objetivo analisar as vulnerabilidades em saúde da população LGBTQAI+ em relação às práticas sexuais e preventivas e o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, foi realizado uma pesquisa de campo, transversal, com abordagem quantitativa.

Os objetivos de cada artigo constituem os objetivos específicos desta dissertação e procuram responder ao objetivo geral, conforme apresentados a seguir.

2.0. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Analisar as vulnerabilidades em saúde da LGBTQIA+ em seus aspectos históricos, políticas públicas e em relação às práticas sexuais e preventivas e o acesso aos serviços de saúde.

2.2. Objetivos Específicos

- Analisar o percurso histórico da legislação brasileira em relação à garantia de direitos e políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+;
- Analisar as vulnerabilidades em saúde da população LGBTQAI+ em relação às práticas sexuais e preventivas e o acesso aos serviços de saúde.

Percurso histórico da legislação brasileira em relação aos direitos à saúde da população LGBTQIA+

Ricard José Bezerra da Silva

Josevânia da Silva

Resumo: O estudo teve por objetivo analisar o percurso histórico da legislação brasileira em relação à garantia de direitos e políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+. Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, baseada no método de pesquisa documental e com abordagem qualitativa. Foram analisados 37 documentos oficiais que trouxessem contribuições e/ou interferência aos processos de acesso e estruturação da saúde da população LGBTQIA+. Os documentos foram categorizados por meio da Análise Categorical Temática, que permitiu o agrupando dos conteúdos em quatro categorias: (a) Nome social e reconhecimento da identidade de gênero, (b) Combate à discriminação de pessoas LGBTQIA+ e práticas profissionais; (c) Acesso à serviços de saúde; e (d) Fomento da representatividade de pessoas LGBTQIA+ no âmbito político do SUS. Foi evidenciada a pouca produção de leis que garantam o acesso e a mitigação dos processos de discriminação da população LGBTQIA+. Considera-se que a análise das ações no âmbito das políticas públicas fomenta colabora para diminuir as vulnerabilidades e, principalmente, as iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Saúde, Políticas públicas, LGBTQIA+.

Abstract: The study aimed to analyze the historical trajectory of Brazilian legislation in relation to the guarantee of public rights and public policies aimed at the LGBTQIA + population. It was an exploratory, descriptive research, based on the documentary research method and with a qualitative approach. There were 37 official documents that brought contributions and/or interference in the processes of accessing and structuring the health of the LGBTQIA+ population. The documents were categorized using Thematic Categorical Analysis, which aggregated the content grouping into four categories: (a) Social name and recognition of gender identity; (b) Combating discrimination against LGBTQIA+ people and professional practices; (c) Access to health services; and (d) Foster the representation of the LGBTQIA+ population in the political sphere of the SUS. There has been little production of laws that guarantee access to and mitigation of discrimination criteria for the LGBTQIA+ population. It is considered that the analysis of actions within the scope of public policies encourages collaboration to reduce vulnerabilities and, especially, inequities in health.

Keywords: Health, Public policy, LGBTQIA+.

3.1. INTRODUÇÃO

Historicamente, os movimentos sociais foram fomentados a partir do enfrentamento de processos de injustiça e exclusão (Silva, Gutierrez, Honorato, Fonseca, & Martins, 2018). Nas políticas de saúde, o enfrentamento às iniquidades em saúde também esteve presente. A existência de desigualdades sociais mobilizou, no período após a ditadura militar, uma série de modificações nas estruturas políticas do Brasil. Esse processo, chamado de redemocratização, teve ampla presença cidadã e colocou em pauta questões básicas de cidadania, como acesso à segurança, à educação e à saúde (Montambeault, 2018).

O Golpe de 1964 instaurou, no Brasil, uma ampla repressão e negação dos processos e necessidades sociais, até então, a saúde possuía um caráter privado e vinculado a institutos de previdência (Silva et al., 2018). Nesse sentido, eram ofertados serviços de saúde para os sujeitos que trabalhavam legalmente, sendo excluída boa parte da população brasileira que dependia de serviços assistencialistas para acessar cuidados em saúde (Bravo, 2006). Esse aspecto privado que a saúde assumiu, reforça estigmas de exclusão e criava barreiras ao acesso, o processo de redemocratização foi fundamental na quebra de paradigmas e reestruturação desse setor, mas isso só ocorreu com a participação popular.

Uma das principais reivindicações da população era um Sistema Unificado de Saúde, a fim de oferecer processos de saúde que horizontalizassem esse setor e chegassem a mais cidadãos (Santos & Kuhn, 2021). Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde que, indubitavelmente, é considerada um marco no desenvolvimento de propostas que consolidaram, poucos anos mais tarde o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, tem-se, em seu artigo 196, que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado” (Constituição Federal, 1988, Cap.

II, Seção II). Essa normativa possibilitava o vislumbre de que o acesso aos serviços de saúde deveria ser universal, chegando a todas e todos sem distinção. Contudo, o processo e o desenvolvimento de programas de seguridade e de leis que garantissem os direitos voltados ao público LGBTQIA+ foi escasso (Silva et al., 2018).

Após a Lei 8.080 de 1990, que garante o acesso integral aos serviços de saúde sem distinção de qualquer espécie (Lei 8.080, 1990), outras Leis, Decretos e Portarias e Programas foram pensados, mas de forma insipiente e escassa e, em sua maioria, voltadas às pessoas que viviam com o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Foi no contexto do HIV/Aids que ocorreram as primeiras estratégias voltadas à saúde da população LGBTQIA+, tornando-se alvo de políticas em saúde e, pela primeira vez, com amplitude nacional (Cazeiros, 2020; Mello, Brito, & Maroja, 2012). A partir desse momento, os debates em torno do delineamento de uma política nacional de saúde dessa população começaram a surgir (Sampaio & Germano, 2014; Lima, Souza, & Dantas, 2016).

Foi na década de 1980, com a epidemia do HIV/Aids, que a população começou a pensar sobre a saúde dessa população, a quem era atribuída a responsabilidade pela proliferação do vírus HIV (Daniel & Parker, 1991). Nesta época, as ações de prevenção foram baseadas em grupos de risco, ou seja, considerava-se que os casos de HIV/Aids estavam restritos às pessoas que pertenciam a determinados grupos sociais, como gays, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho, 2003).

A noção de grupo de risco foi amplamente difundida pela mídia, criando uma esfera de medo com os membros desses grupos, como se fossem pessoas intocáveis e irresponsáveis, por isso estariam adoecidas (Ayres et al., 2003). Subjacente a este pensamento, estava a ideia de homogeneidade dos comportamentos dos membros de um determinado coletivo, como se todos possuíssem as mesmas histórias, e de modo que as

políticas voltadas à essas pessoas criaram um "emblema incorpóreo da 'contaminação'" (Pelúcio & Miskolci, 2009).

Como consequência, a noção de grupos de risco contribuiu para a produção de estigmas em torno da população LGBTQIA+, culpabilizando-os e marginalizando-os. A segregação social sofrida pela população LGBTQIA+ reforçou o preconceito e a exclusão, bem como a homofobia² e a violência (Sousa, Ferreira & Sá, 2013). No entanto, as pessoas afetadas pelo conceito de grupo de risco passaram a reivindicar outras possibilidades de atenção à sua saúde (Ayres et al., 2003).

Com o avançar da epidemia, foi observada a ocorrência de casos de HIV em pessoas não pertencentes aos grupos ditos de risco. Assim, o direcionamento das ações em saúde passou a ser pautado em discursos explicativos para o comportamento individual das pessoas, agora, numa noção de comportamento de risco (Ayres, 2002). Ainda, assim, estas explicações individualizavam e culpabilizavam os indivíduos. Pouco se considerava a relação entre o adoecimento e aspectos como renda, escolaridade, condições de vida, relações de poder, gênero, os baixos investimentos em saúde pública.

O reconhecimento das dimensões sociais e institucionais relacionadas ao adoecimento de indivíduos e populações ao HIV/Aids colaborou para que as ações em saúde passassem a considerar a noção de vulnerabilidade (Ayres, Paiva & França Júnior, 2012). Em parte, as mudanças na forma como as ações em saúde foram direcionadas tiveram relação com o processo de redemocratização do Brasil, bem como foram resultantes dos movimentos sociais em saúde.

A Constituição Federal de 1988 trouxe uma base mais colaborativa e, por isso, as Políticas Públicas tornaram-se formas mais democráticas e acessíveis de efetivar práticas

² Entende-se que a homofobia é uma problemática pertinente, no entanto ela não deve ser visualizada de forma isolada, visto que os processos de violência contra a comunidade LGBTQI+ ocorrem, não apenas com os homossexuais. Portanto o termo homofobia não reflete a LGBTfobia, mas a literatura científica pouco traz sobre esse conceito.

de saúde (Mendes, 2011). Nesse sentido, os documentos legais, unidos às Políticas Públicas, poderiam a médio e longo prazo estabelecer uma estruturação das redes de saúde. Nesse sentido, o SUS, estabelecido por meio da Constituição Federal de 1988, assumiu uma proposta de serviço unificado, descentralizado e universal na prestação de práticas de saúde (Mendes, 2011).

Noções como a de igualdade e de equidade foram problematizadas, visto que a redemocratização possibilitou a abertura de um novo momento político para o Brasil, principalmente frente à Constituição Federal de 1988 ao ressaltar que "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade" (Artigo 5, Constituição da República Federativa do Brasil, p.13)

A década de 2000, ocorreram diversas ações para atender às necessidades da população LGBTQIA+. Mello et al. (2012) destaca a criação do Brasil Sem Homofobia, em 2004; o Plano de enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre a População de Gays, HSH (Homens que fazem sexo com homens) e Travestis, em 2007; e, no mesmo ano, o Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT³ na Construção do SUS. Tais ações subsidiaram a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, em 2010.

A partir desse cenário, os processos de cidadania da população LGBTQIA+ passaram por diversas transformações. Não obstante, os movimentos sociais e a luta por direitos trouxeram questionamentos importantes para a diminuição dos estigmas e preconceitos, sobretudo em relação aos serviços de saúde. Embora o SUS seja para todos,

³ Retomando a necessidade de contextualizar o uso da Sigla, à época de 2007 a sigla utilizada era GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transgêneros), nesse mesmo período, com a feminização dos movimentos sociais, começaram a surgir possibilidades de enfatizar o protagonismo feminino, puxando a letra L (Lésbicas) para o início da sigla.

nem sempre todas as pessoas possuem o acesso ou mesmo possuem serviços que atendam as suas especificidades. A noção de igualdade pressupõe que seja oferecida uma assistência igual para aqueles que são iguais, e uma assistência desigual para aqueles que são desiguais, fundamentando a assistência desigual no princípio da igualdade, a fim de que todas as pessoas recebam uma assistência resolutiva à problemática que possuem (Conde, 2004).

A partir da trajetória dos movimentos sociais e considerando o percurso histórico da legislação brasileira no tocante à população LGBTQIA+, este estudo teve por objetivo analisar o percurso histórico da legislação brasileira em relação à garantia de direitos e políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+. Considera-se que a análise das ações no âmbito das políticas públicas fomenta a construção, implementação e revisão de práticas em saúde que, institucionalizadas pelo SUS, buscam diminuir as vulnerabilidades e, principalmente, as iniquidades em saúde das populações específicas.

3.2 MÉTODO

Esta pesquisa se caracteriza como sendo exploratória, descritiva, baseada no método de pesquisa documental e com abordagem qualitativa. A pesquisa documental possibilita realizar um conjunto de análise e sistematização de dados com o objetivo de compreender fenômenos sociais em razão de um problema investigado (Silva, Damaceno, Martins, Sobral, & Farias, 2009).

Foram analisados documentos oficiais que discorriam sobre mudanças, aquisições e formulações de direitos relativos à saúde, os quais trouxessem contribuições e/ou interferência aos processos de acesso e estruturação da saúde da população LGBTQIA+. Para tanto, considerou-se os documentos de acesso público disponíveis em repositórios dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, bem como disponíveis pelo Conselhos

de Classe (Psicologia e Medicina). O recorte temporal que foi escolhido para o levantamento dos dados tem como marco a Lei nº 8.080 de 1990, correspondente a implantação do SUS em território brasileiro. No processo de levantamento dos dados, utilizou-se os termos “política de saúde” e “LGBT”. Nesse sentido, foram selecionados 37 documentos a partir das disposições iniciais.

Os documentos foram categorizados por meio da Análise Categorial Temática que, conforme proposto por Bardin (2011), permite o agrupando dos conteúdos em categorias que possuem semelhanças e pontos em comum, buscando inferências que se escodem nas palavras e que necessitam de análise em torno delas, atentando-se às qualidades empíricas que os dados podem fornecer. Por tratar-se de informações de acesso público e irrestrito, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética de Pesquisa.

3.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao se analisar os documentos, verificou-se que as prerrogativas legais que, direta ou indiretamente, afetaram as ações em saúde da população LGBTQIA+ são diversas. Contudo, os documentos que versam sobre as especificidades das demandas da população LGBTQIA+ são escassas. Em sua maioria, os documentos apontam para as tentativas de enfrentamento ao preconceito e para a garantia de direitos. A escassez de ações nesse sentido pode ter relação com o caráter preconceituoso que, empiricamente, ainda é manifesto, contribuindo diretamente para a negação de direitos das pessoas LGBTQIA+ e com a manutenção de vulnerabilidades em saúde. Os documentos identificados, com seus respectivo títulos e anos de publicação, podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 1. Documentos selecionados do período de 1990 a 2020.

	Ano	Documento
1.	1990	Lei nº 8.080 (Lei do SUS)
2.	1997	Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1482
3.	1999	Resolução do Conselho Federal de Psicologia
4.	2001	Artigo da Lei 10.216 (Lei de Saúde Mental)
5.		Decreto nº 3.952
6.	2002	Programa Nacional de Direitos Humanos 2
7.	2003	Política Nacional de Humanização
8.	2004	Programa Brasil Sem Homofobia
9.		Portaria nº 2.227
10.	2005	Decreto nº 5.397
11.	2006	Portaria nº 675
12.		Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha)
13.	2007	Plano de enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST
14.	2008	Portaria nº 1.707
15.		Portaria nº 457
16.		Criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
17.		Resolução nº 410
18.	2009	Portaria nº 1.820
19.		Portaria nº 1.944
20.		Decreto nº 7.037
21.		Programa de Direitos Humanos 3
22.		Portaria nº 233
23.	2010	Caderno de Atenção Básica nº 26
24.		Decreto nº 7.388
25.		Portaria nº 2.836
26.	2011	Portaria nº 1.353
27.		Portaria nº 2.837
28.		Resolução nº 2
29.	2013	Portaria nº 859
30.		Portaria nº 2.712
31.		Portaria nº 2.803
32.		Lei 12.852 (Estatuto da Juventude)
33.	2016	Portaria nº 158
34.		Decreto nº 9.278
35.	2018	Resolução nº 23.562
36.		Resolução do Conselho Federal de Psicologia
37.	2019	Decreto nº 9.883

Fonte: dados da pesquisa.

Os documentos encontrados são de diversas naturezas, como Leis, Decretos, Portarias e Resoluções, os quais possuem diferentes finalidades. Nesse sentido, o site da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (<https://legislacao.ufsc.br/conceitos/>)

recuperado em 23 de março de 2021) diferencia o conceito de Leis, Decreto, Portarias e Resoluções, sendo importante para a compreensão do efeito dos documentos analisados.

As Leis são formadas por “um conjunto de normas jurídicas, criadas através dos processos próprios do ato normativo e estabelecidas pelas autoridades competentes para o efeito”. Por sua vez, os Decretos são originários “de uma autoridade superior ou órgão (civil, militar, leigo ou eclesiástico) que determina o cumprimento de uma resolução”. Já as Resoluções são “normas jurídicas destinadas a disciplinar assuntos do interesse interno do Congresso Nacional, no caso do Brasil”. Por último, as Portarias são “documentos de ato administrativo de qualquer autoridade pública, que contém instruções acerca da aplicação de leis ou regulamentos” (UFSC, 2021).

A partir da análise categorial dos temas abordados nos documentos, foram elaboradas quatro categorias temáticas, a saber: (a) Nome social e reconhecimento da identidade de gênero, (b) Combate à discriminação de pessoas LGBTQIA+ e práticas profissionais; (c) Acesso à serviços de saúde; e (d) Fomento da representatividade de pessoas LGBTQIA+ no âmbito político do SUS.

Para a escolha temática das categorias, utilizou-se como base a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (2013), na qual constam as diretrizes que deveriam fazer parte dos processos de saúde. Ademais, a PNSIP LGBT considera que as práticas profissionais devem rumar para a diminuição do preconceito e da discriminação todas os agentes envolvidos na saúde – gestores, conselheiros, profissionais e trabalhadores da saúde –, com destaque para o compromisso ético-político na erradicação do preconceito. Para isso, o documento propõe que o sistema de saúde, esteja aberto à população e comprometido com a saúde, além de gerar formas de acesso aos serviços de saúde e, quando este não puder por alguma circunstância ser efetivado, criar formas de busca ativa

da população, para que pilares do SUS, como a universalidade e integralidade, possam ser respeitados.

A primeira categoria temática, *Nome social e reconhecimento da identidade de gênero*, foi constituída por quatro documentos (ver tabela 2), os quais discorrem sobre o nome social como uma forma de mitigar a violência contra a população LGBTQIA+. Trata-se de uma violência que pode ocorrer face ao desrespeito à identidade de gênero, o que colabora para possíveis agravos à saúde, caso o nome social não seja respeitado, assim como a identidade de gênero de forma integral.

Tabela 2. *Categoria temática Nome social e reconhecimento da identidade de gênero e seus respectivos documentos e disposições.*

Ano	Documento	Disposições
2006	Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha)	Prevê a aplicação da Lei para mulheres transexuais e travestis.
2009	Portaria nº 1.820	Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.
2010	Portaria nº 233	Direito ao uso do nome social por servidores públicos.
2018	Decreto nº 9.278	Estabelece um novo modelo de Registro Geral (Carteira de Identidade) que permite a inclusão do nome social.
	Resolução nº 23.562	Garante que eleitores transgêneros usem o nome social no Título de Eleitor.

Fonte: dados da pesquisa

Observa-se que os documentos estabelecem normas e diretrizes para a utilização do nome social não só no âmbito dos serviços de saúde, mas também no título de eleitor e no registro de identidade. Contudo, a inclusão desses documentos na análise pauta-se na compreensão que os processos de saúde e doença não se dão, apenas, em contexto instituídos de saúde, mas também no âmbito da vida em sociedade. Por isso, Ayres et al. (2012) analisa a vulnerabilidade a partir do quadro dos direitos humanos por considerar que a não garantia desses direitos colabora para processos de adoecimento e morte.

O nome social possui um caráter de cidadania na medida em que permite ao usuário o acesso universal e igual, buscando superar impedimentos que provoquem e/ou sejam determinantes na saúde e no processo de adoecimento. O respeito ao nome social, segundo Rocon, Rodrigues, Zamboni e Pedrini (2016), possui um caráter indispensável ao atendimento da pessoa travesti e transexual, visto que respeita a dignidade da pessoa humana e colabora para a inclusão nos serviços. O nome é uma característica fundamental no processo de constituição da identidade de gênero, pois determina sentidos diversos dos que são as feminilidades e masculinidades (Rocon et al., 2016).

A categoria presente na Tabela 2 ainda faz referência à baixa produção técnico-jurídica no tocante às identidades de gênero. A visão centrada na biologia fomenta a necessidade de uma comprovação da uma identidade trans, submetendo a pessoa transexual a procedimentos que comprovem essa existência. O olhar do outro perpassa essas existências como um avaliador quase que autorizante para a existência. Nesse sentido, Duque (2013) coloca que a passabilidade (capacidade de uma pessoa “passar por”) é uma característica muito presente nas identidades de gênero e que o não reconhecimento do nome social gera sofrimento psíquico, além da invisibilidade de uma existência trabalhosa para ser quem se é.

Há que se considerar que, embora a utilização do nome social nos serviços de saúde seja um direito, a efetivação desse direito nem sempre é assegurado em razão, muitas vezes, do despreparo de trabalhadores dos serviços de saúde (Monteiro & Brigeiro, 2019). Isso acaba por gerar uma cadeia de preconceito, que faz com que as pessoas transexuais passem a buscar outras formas de cuidado com a saúde, desde processos empíricos de cuidado a formas clandestinas de legitimação. Nesse sentido, mesmo que as pessoas trans reconheçam seus direitos em torno dessa questão, quando o serviço de

saúde, enquanto instituição governamental, não tem o mesmo reconhecimento, a saúde não se efetiva como universal e integral (Rocon et al., 2016; Monteiro & Brigeiro, 2019).

A garantia da utilização do nome social permite que as pessoas efetivem buscas e possíveis soluções para seus problemas, na construção de um processo dialógico entre sujeitos e equipe profissional, reconhecendo dimensões pessoais que legitimam existências, contribuindo para minimizar as vulnerabilidades em saúde dessa população.

A segunda categoria temática, *Combate à discriminação de pessoas LGBTQIA+ e práticas profissionais*, foi constituída por onze documentos, que versaram sobre diversas formas de discriminação e preconceitos, incluindo o contexto da saúde mental.

Tabela 3. *Categoria temática Combate à discriminação de pessoas LGBTQIA+ e práticas profissionais e seus respectivos documentos e disposições.*

Ano	Documento	Disposições
1999	Resolução do Conselho Federal de Psicologia	Define que a homossexualidade não constitui transtorno mental e veta profissionais de participar e de oferecer cura para isso.
2001	Artigo da Lei 10.216 (Lei de Saúde Mental)	Determina que usuários dos serviços de saúde mental não sejam discriminados por sua orientação sexual.
2002	Programa Nacional de Direitos Humanos 2	Traz ações que contemplam orientações sexuais e relativas à igualdade de pessoas GLBT.
2003	Política Nacional de Humanização	Fortalece o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero
2004	Programa Brasil Sem Homofobia	Sugere medidas de combate à homofobia.
2009	Decreto nº 7.037	Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos 3, que possui artigos que dispões sobre igualdade de gênero e combate à discriminação.
2010	Programa de Direitos Humanos 3	Traz ações que contemplam orientações sexuais e relativas à igualdade de pessoas LGBT.
	Caderno de Atenção Básica nº 26	Implementa Práticas na Atenção Básica de combate à discriminação e de assistência equânime.
2011	Portaria nº 1.353	Dispõe que a orientação sexual não é critério para seleção de doadores de sangue.
2013	Lei 12.852 (Estatuto da Juventude)	Determina que jovens não sejam discriminados por sua orientação sexual.
2018	Resolução do Conselho Federal de Psicologia	Orienta que profissionais da psicologia atuem no enfrentamento da transfobia e demais preconceitos associados ao gênero e à identidade de gênero.

Fonte: dados da pesquisa

Os documentos presentes na segunda categoria temática (Tabela 3) apresentam normativas de como as práticas profissionais devem ser guiadas para que o preconceito e a discriminação não se estabeleçam. As normativas são essenciais para que o reconhecimento das diversidades e especificidades no cuidado em saúde sejam reconhecidas e efetivadas. Para tanto, os documentos dessa categoria destacam a necessidade de uma assistência comprometida com práticas respeitadas, inclusivas e afirmativas (Rocon et al., 2016).

O combate à discriminação de pessoas LGBTQIA+ foi, durante muito tempo, pauta secundária de documentos norteadores tanto de políticas públicas, quanto de práticas profissionais. A partir disso, destaca-se o posicionamento do Conselho Federal de Psicologia que, como pioneiro, enfatiza como prática ética o combate à discriminação. Como princípios fundamentais da prática dos profissionais de psicologia, tem-se que “O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Código de Ética do Profissional Psicólogo, 1995, p. 07).

No âmbito das vulnerabilidades em saúde, Ayres (2002, 2004) considera que as práticas profissionais constituem importantes ferramentas no combate ao preconceito, alicerçando possibilidades de acesso aos serviços de saúde nos quais os sujeitos se sintam respeitados e acolhidos. O acolhimento é fundamental para que se permita uma efetiva exposição daquilo que o sujeito possui enquanto queixa (Conde, 2004). Ademais, isso possibilita o efetivo reconhecimento das demandas, permitindo que os processos de vulnerabilidade sejam minimizados. Assim, as produções legais e a efetivação das normativas, que reconhecem a diversidade de orientações, gêneros e identidades, é de

fundamental importância para a diminuição de processos de vulnerabilidade programática.

A terceira categoria temática, nomeada de *Acesso a serviços de saúde*, foi constituída por 14 documentos. Em geral, os documentos são leis, resoluções e portarias que versaram sobre a disponibilidade de serviços de saúde, disposição sobre direitos dos usuários e regulamentação de políticas de saúde voltadas para a população LGBTQIA+.

Tabela 4. *Categoria temática Acesso a serviços de saúde e práticas profissionais e seus respectivos documentos e disposições.*

Ano	Documento	Disposições
1990	Lei nº 8.080 (Lei do SUS)	Dispõe sobre a promoção, proteção, recuperação, organização e funcionamento dos serviços da saúde.
1997	Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1482	Reconhece as cirurgias de redesignação sexual.
2006	Portaria nº 675	Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que considera a assistência equânime.
2007	Plano de enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST	Consolidação de uma política intersetorial para o combate e o enfrentamento do HIV/Aids em todo território nacional com a população de Gays, HSH e transexuais e travestis.
2008	Portaria nº 1.707	Institui o processo transexualizador no âmbito SUS.
	Portaria nº 457	Modifica o processo transexualizador no âmbito SUS
2008	Criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Dispõe sobre ações acerca da saúde do homem.
	Portaria nº 1.944	Institui no âmbito SUS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
2011	Portaria nº 2.836	Institui no âmbito SUS a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT.
	Resolução nº 2	Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT
2013	Portaria nº 859	Redefine e amplia o processo transexualizador no âmbito SUS.
	Portaria nº 2.712	Redefine o regulamento técnico de procedimentos homoterápicos.
	Portaria nº 2.803	Redefine e amplia o processo transexualizador no âmbito SUS.
2016	Portaria nº 158	Redefine o regulamento técnico de procedimentos homoterápicos.

Fonte: dados da pesquisa

O acesso aos serviços de saúde é garantido pela Constituição Federal do Brasil e por diversos documentos reguladores. No entanto, este ainda é um dos maiores entraves na efetivação de uma rede pública de saúde com qualidade. O acesso não se relaciona apenas com a capacidade de ir aos serviços, mas também à noção de resolutividade das queixas, à capacidade de ser compreendido em sua demanda e ao respeito às suas identidades.

Considera-se, ainda, que o acesso aos serviços de saúde possui relação com a confiabilidade que os usuários e a comunidade têm em torno das equipes. As dificuldades no acesso, além da estrutura e do itinerário percorrido pelo sujeito que precisa de assistência, são perpassadas pelas histórias narradas por outros usuários, pelas quebras de sigilo e pelos atendimentos que negam a identidade ou o reconhecimento efetivo das diversidades (Bittencourt, Fonseca & Segundo, 2005). Quando a população LGBTQIA+ não se sente confortável para buscar um dispositivo em saúde, fica evidente os entraves para a efetivação da própria cidadania.

Ao procurar os serviços de saúde, é imperativo que a população LGBTQIA+ se sinta acolhida e ouvida. O conjunto de práticas ou tecnologias leves (Merhy, 2005) aumenta a chance de superação dos processos de adoecimento. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (2013) foi fundamental para a diminuição das iniquidades e dos preconceitos existentes no campo da saúde. Entre seus objetivos, destaca-se a necessidade de ampliar o acesso aos serviços do SUS, garantindo respeito às diversidades sexuais, de identidade, de gênero e de orientação.

Uma das metas da política é a prestação de serviços de qualidade e especializados, que solucionem as demandas específicas desta população (Lionço, 2008; Ayres et al., 2012). Para tanto, o foco das ações em saúde precisa ser tensionado na medida que os programas de saúde se inserem na comunidade. A descentralização, a busca ativa e o

reconhecimento da área são, por exemplo, formas de encontrar o saber social, igualmente válido, assim como o saber técnico, e gerar um senso de participação comunitária e individual na produção de saúde (Merhy, 2005; Ayres et al. 2012).

Por último, a quarta categoria temática, nomeada de *Fomento da representatividade de pessoas LGBTQIA+ no âmbito político do SUS*, foi constituída por sete documentos. Em geral, os documentos são portarias, decretos e resoluções que versam sobre a composição e atribuições de conselhos e comissões no âmbito das políticas de saúde da população LGBTQIA+ e nas esferas representativas para a tomada de decisão.

Tabela 5. *Categoria temática Fomento da representatividade de pessoas LGBTQIA+ no âmbito político do SUS e seus respectivos documentos e disposições.*

Ano	Documento	Disposições
2001	Decreto nº 3.952	Dispõe sobre o Conselho Nacional de Combate à Discriminação.
2004	Portaria nº 2.227	Criação de comitê técnico para a formulação de propostas de uma política nacional de saúde da população LGBT.
2005	Decreto nº 5.397	Dispõe sobre o funcionamento e composição do Conselho Nacional de Combate à Discriminação.
2009	Resolução nº 410	Estabelece a Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT.
2010	Decreto nº 7.388	Dispõe sobre a composição e funcionamento do Conselho Nacional de Combate à Discriminação.
2011	Portaria nº 2.837	Redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT
2019	Decreto nº 9.883	Dispõe sobre o Conselho Nacional de Combate à Discriminação.

Fonte: dados da pesquisa

Os documentos encontrados foram publicados na última década (2001 a 2019). São normativas que regulam a participação não apenas os membros LGBTQIA+, mas também da sociedade civil que compõem esses espaços. Além disso, a participação inclui profissionais técnicos, que podem ou não ser membros da comunidade LGBTQIA+, ao quais colaboram para a estruturação de programas e ações.

Na última década, a formação de Comitês Técnicos e a regulamentação da representação dos diversos segmentos da sociedade civil foi fundamental para o controle social e para o processo democrático no contexto das políticas públicas. É a participação ativa dos destinatários das políticas que contribui para a construção efetiva de políticas públicas que respondam às reais demandas dos usuários. Por meio da representatividade, é possível elucidar, de modo mais próximo à realidade, os conceitos específicos de cada grupo, expressando as necessidades reais e possíveis caminhos para a superação dos obstáculos (Bittencourt et al., 2015).

A construção do SUS possui uma herança democrática baseada na capacidade de diálogo dos gestores com a sociedade civil organizada, essa é uma forma estratégica para a construção de políticas que promovam impactos reais. Por isso, promover a participação é um modo de ampliar a atuação da população LGBTQIA+ em projetos de saúde que façam sentido e sejam efetivos.

A participação dos usuários na construção das políticas permite uma relação dialógica voltada à corresponsabilização e gestão compartilhada do cuidado em saúde (Ayres et al., 2012; Pretes, 2013). Nesse sentido, o exercício da cidadania é fundamental para o sentimento de pertença e de igualdade social. As medidas públicas para a mitigação de processos de desigualdade é um caminho possível para a mudar o quadro da vulnerabilidade, fomentando o protagonismo (Pretes, 2013).

A análise dos documentos a partir de categorias temáticas evidenciou que a maioria dos documentos versaram sobre políticas de saúde de forma ampla e genérica. São escassos os Documentos que abordam as demandas da população LGBTQIA+. A Constituição brasileira data de 1988, o que corresponde a 33 anos desde a sua promulgação até o momento.

Verificou-se que em diversos documentos o debate sobre a saúde da população LGBTQIA+ não é realizado de forma explícita. No âmbito social, o silenciamento dessas demandas também ocorre em razão do preconceito e em decorrência dos governos ao longo das décadas.

Falar sobre as políticas públicas é, necessariamente, falar sobre a agenda dos governos. Nesse sentido, tem-se a necessidade de ressaltar que, desde a promulgação do SUS, em 1990, a produção voltada a uma ampliação dos direitos sociais não ocorreu na primeira década pós redemocratização, quando o Brasil passava por uma gestão liberal. É na segunda década, no governo Lula, que se observam publicações nesse sentido.

Após o golpe sofrido por Dilma Rousseff, em 2016, verifica-se a retomada de uma agenda neoliberal, o que colaborou para a diminuição de investimentos direcionados à população LGBTQIA+, dificultando os processos de acesso à saúde. Além disso, a partir de 2018, com a eleição de Jair Messias Bolsonaro para o cargo mais alto do executivo, tem-se uma redução, ainda mais drástica, da manutenção dos direitos sociais, da integralidade e universalidade no âmbito SUS.

Coadunando posições semelhantes, Daniel e Parker (1991), Ayres (1997), Ayres et al. (2003), Lionço (2008), Ayres et al. (2012), Duque (2013), Rocon et al. (2016) e Monteiro e Brigeiro (2019), lembram que durante muitos anos a População LGBTQIA+ foi alvo *e ainda é*, [grifo do autor] de estigmas e estereótipos, algo que permitiu inúmeros processos de exclusão. Em contrapartida, as demandas sociais possibilitaram a organização de diversos movimentos, gerando um processo de luta para a garantia e efetivação dos direitos. É importante lembrar que o SUS é uma construção popular. Assim como houve resistência para construí-lo, também haverá resistência para mantê-lo e efetivá-lo.

3.4. CONCLUSÃO

Indubitavelmente, o SUS, enquanto Lei, foi o maior marco da saúde pública no Brasil e trouxe consigo inúmeros avanços. No entanto, quando o assunto é a saúde da população LGBTQIA+, muitos entraves ainda podem ser percebidos. Os processos sociais de aquisição de direitos são matéria fundamental para a construção e consolidação do sistema de saúde brasileiro. Essa característica é essencial para a compreensão de que não há como construir saúde sem considerar as verdadeiras demandas sociais.

Este artigo teve por objetivo analisar o percurso histórico da legislação brasileira em relação à garantia de direitos e políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+. Em geral, os resultados demonstraram que são diversos os documentos publicados, desde a Constituição Brasileira de 1988, que direta ou indiretamente, afetaram as ações em saúde da população LGBTQIA+. Contudo, as publicações sobre as especificidades das demandas da população LGBTQIA+ são escassas.

A escassez de ações nesse sentido pode ter relação com preconceitos socialmente construídos, como o machismo e uma cultura heteronormativa. Ademais, evidencia-se e as agendas de governos neoliberais e conservadores, desde o período de redemocratização do Brasil, o que contribui a negação de direitos das pessoas LGBTQIA+ e com a manutenção de vulnerabilidades em saúde. Nesse sentido, é preciso chamar a atenção para a pouca produção de leis que garantam o acesso e a mitigação dos processos de discriminação, fatores que podem afastar e impedir que a população LGBTQIA+ acesse os serviços de saúde de forma preventiva.

Promover políticas públicas de saúde direcionadas à população LGBTQIA+ demandas o enfrentamento de toda forma de preconceito, incluindo a efetivação de leis e normativas que garantam o respeito e valorização à dignidade humana. Além disso, destaca-se a importância da formação continuada e sistemática dos trabalhadores da

saúde, visto que eles são agentes diretos da efetivação das políticas públicas e são capazes de criar esferas de acolhimento e respeito.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. C. M. (1997). Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. Bol Epidemiol*, 15(3), 2-4.
- Ayres, J. R. C. M. (2002) Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In: Parker, R.; Terto Júnior., V. (Org.). *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS*. (Anais do Seminário Prevenção à AIDS; Limites e Possibilidades na Terceira Década). Rio de Janeiro: ABIA.
- Ayres, J. R. C. N., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e práticas de saúde: novas perspectivas e deságios: In: Czeresnia, D.; Freitas. C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2, 121-143.
- Ayres, J. R. D. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 8, 73-92.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França Júnior, I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Coords.), *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: Vol. I. Da doença a cidadania* (pp. 71-94). San Pablo, SP: Jurúa.
- Bardin, L.(2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70

- Bittencourt, D., Fonseca, V., & Segundo, M. (2015). Acesso da população LGBT moradora de favelas aos serviços públicos de saúde: entraves, silêncios e perspectivas. *Conexões Psi*, 2(2), 60-85.
- Bravo, M. I. S. (2006). Política de saúde no Brasil. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*, 3, 1-24.
- Cazeiro, F. (2020). Saúde da População LGBT para além do HIV/aids e Processo Transexualizador no SUS. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, 3(11), 19-45.
- Conde, M. C. F. (2004). O Movimento Homossexual Brasileiro, sua trajetória e seu papel na ampliação do exercício da cidadania. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia.
- Código de Ética Profissional do Psicólogo*. (2005). Conselho Federal de Psicologia. Brasília - DF.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Daniel, H., Parker, R. (1991). AIDS: a terceira epidemia: ensaios e tentativas. In: *AIDS: a terceira epidemia: ensaios e tentativas*, 127
- Duque, T. (2013). *Gêneros incríveis: identificação, diferenciação e reconhecimento no ato de passar por*. 198 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

- Lima, M. D. A., Souza, A. S., & Dantas, M. F. (2016). Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS). *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 3(11).
- Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e sociedade*, 17, 11-21.
- Mello, L., Brito, W., & Maroja, D. (2012). Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cadernos pagu*, 403-429.
- Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 15, 2297-2305.
- Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
- Ministério da Saúde (2013). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Editora MS; Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.
- Montambeault, F. (2018). Uma Constituição cidadã? Sucessos e limites da institucionalização de um sistema de participação cidadã no Brasil democrático. *Estudos Ibero-Americanos*, 44(2), 261-272.
- Monteiro, S., & Brigeiro, M. (2019). Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00111318.

- Pelúcio, L. & Miskolci, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da AIDS e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, 1, 125-157
- Pretes, E. A. (2013). O papel das Conferências de Direitos Humanos e das Políticas Públicas no combate à homofobia no Estado brasileiro. CASTRO, Dayse Starling Lima; GOMES, Renata Andrade (Coords.). *Direito Público. Belo Horizonte: PUC Minas, Instituto de Educação Continuada*, 63-73.
- Rocon, P. C., Rodrigues, A., Zamboni, J., & Pedrini, M. D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2517-2526.
- Sampaio, J. V., & Germano, I. M. P. (2014). Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. *Psicologia & Sociedade*, 26, 290-300.
- Santos, M. F. R., & Kuhn, M. F. (2021). Saúde como direito humano: vivências do cotidiano no SUS. *Research, Society and Development*, 10(12), e489101220704-e489101220704.
- Silva, L.; Damaceno, A.; Martins, M.; Sobral, K; Farias, I. (2009). Pesquisa Documental: Alternativa Investigativa na Formação Docente. In: *IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia*. PUCPR, p. 4554 - 4566.
- Silva, T. A., Gutierrez, D. M. D., Honorato, E. J. S. A., Fonseca, I. M. H., & Martins, A. A. (2018). Movimento LGBT, políticas públicas e saúde. *Amazônica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação*, 21(1, Jan-Jun), 191-208.
- Sousa, P. J. D., Ferreira, L. O. C., & Sá, J. B. D. (2013). Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2239-2251.

Vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+: práticas sexuais e preventivas e acesso aos serviços de saúde

Ricard José Bezerra da Silva
Josevânia da Silva

Resumo: O estudo teve por objetivo analisar as vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+ em relação às práticas sexuais e preventivas e o acesso aos serviços de saúde. Participaram, de forma não probabilística e por conveniência, 562 pessoas com idades variando de 18 a 65 anos (M=27 anos; DP=6,93). Foram utilizados como instrumentos um Questionário sociodemográfico e um Questionário sobre acesso e satisfação com serviços públicos de saúde e sobre práticas sexuais e preventivas. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Os resultados demonstraram que, apenas, 29,4% dos participantes declararam conhecer a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. Quanto ao acesso, 57,3% da amostra total afirmou procurar os serviços só quando precisa. Para a maioria dos participantes (69,4%), nenhum Agente Comunitário de Saúde faz o acompanhamento da sua residência. Ademais, 46,1% dos participantes consideram que os serviços públicos de saúde não estão preparados para recebê-los. Entre as principais dificuldades para ir ao serviço público de saúde, os participantes destacaram o descaso do serviço público de saúde, o preconceito e o acesso. Contudo, os participantes, em sua maioria, declararam estarem satisfeitos com os serviços de saúde tanto do bairro quanto da cidade onde moram. Conclui-se que população LGBTQIA+ não acessa, efetivamente, os serviços públicos de saúde, o que tem relação com vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

Palavras-chave: Vulnerabilidade, Serviços de saúde, População LGBTQIA+.

Abstract: The study aimed to analyze the health vulnerabilities of the LGBTQIA+ population in relation to sexual and preventive practices and access to health services. Participated, in a non-probabilistic way and for convenience, 562 people with ages ranging from 18 to 65 years (M = 27 years; SD = 6.93). A sociodemographic questionnaire and a questionnaire on access to and satisfaction with public health services and on practices and preventive measures were used as instruments. Data were through descriptive statistics. The results showed that only 29.4% of the participants declared to know the National Policy for Comprehensive Health for the LGBT Population. As for access, 57.3% of the total sample claimed to seek services only when needed. For most participants (69.4%), no Community Health Agent monitors their residence. Furthermore, 46.1% of the participants believe that public health services are not prepared to receive them. Among the main difficulties in going to the public health service, the participants highlighted the neglect of the public health service, prejudice and access. However, most of the participants stated that they were satisfied with the health services both in the neighborhood and in the city where they live. It is concluded that the LGBTQIA+ population does not have access to public health services, which is related to personal, social and programmatic vulnerabilities.

Keywords: Vulnerability, Health services, LGBTQIA+ population.

4.1. INTRODUÇÃO

Na realidade brasileira, a saúde foi reconhecida como bem público e universal da população através da Constituição Federal de 1988. Contudo, a efetiva inclusão de populações distintas e o reconhecimento das diferenças dificultou a elaboração de políticas públicas que garantisse o direito à saúde. Observa-se que muitas políticas de saúde foram implementadas tardiamente e sob diversas reivindicações dos movimentos sociais, a saber: Política Nacional de Atenção à Saúde da População Indígena, em 2002; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em 2006; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2008; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2009; e a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, em 2010.

O tardio reconhecimento das diferentes necessidades de populações dificultou o acesso aos serviços e programas de saúde, aumentando a suscetibilidade ao adoecimento e morte. No contexto da saúde da população LGBTQIA+, as ações direcionadas à assistência à saúde se voltaram, inicialmente, ao combate e tratamento da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). O direcionamento dessas ações, incluindo campanhas de prevenção, pautaram-se numa lógica de grupo de risco.

Ao serem colocado na categoria grupo de risco, as pessoas LGBTQIA+ sofreram preconceitos, o que colaborou para a construção de estereótipos negativos, preconceitos e exclusão social (Daniel & Parker, 1991). No entanto, foi nesse período que políticas voltadas à saúde da população LGBTQIA+ entraram no debate social (Ayres., França Júnior, Calazans & Saletti Filho, 2003; Sampaio & Germano, 2014; Lima, Souza, & Dantas, 2016), ainda que sob o viés meramente preventivo ao HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

Após a quarta década de enfrentamento ao HIV/Aids, ainda existem diversas limitações e lacunas nas políticas públicas e nos marcos legais que possibilitem atender

as demandas que permeiam a população LGBTQIA+ (Mello, Brito, & Maroja, 2012). As políticas públicas, enquanto instrumento dos governos para a diminuição das desigualdades, quando implantadas, fomentam a garantia dos direitos, além de promover saúde e a dignidade da pessoa humana (Ventura, 2010; Mendes, 2011). Contudo, mesmo sendo evidente a necessidade de uma política de saúde voltada a essa população, ainda é necessário avançar no sentido de observar, reconhecer e validar as especificidades presentes nas identidades, orientações sexuais e nas práticas sexuais e preventivas.

As práticas sexuais constituem um conjunto de aspectos e vivências que são perpassadas por representações sociais acerca do modo como se organizam as relações (Guimarães, 1996; Geluda, Bosi, Cunha & Trajman, 2006), bem como passam por uma construção identitária (Gagnon, 2006). As formas de lidar com a sexualidade são múltiplas e, por isso, assumem diferentes aspectos, pois o contexto social atua a partir de premissas coletivas sobre o que é certo ou errado (Mazzariello, 2017). Tais representações orientam as condutas sociais, incluindo os profissionais que atuam em serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde também é construído a partir de um conjunto de representações acerca do que esperar dos profissionais e das instituições. A procura de pessoas LGBTQIA+ por serviços de saúde esbarra em diversas questões, tais como preconceito e falta de formação profissional para lidar com questões que envolvam o gênero.

Considerando o enfrentamento dos entraves que dificultam o acesso aos serviços de saúde da população LGBTQIA+, Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017) destacam a necessidade de três aspectos: a) estruturação da Política Nacional de Saúde LGBT; b) a importância de se ter um maior número de produções sobre o tema; c) atualizações e capacitações para os trabalhadores da saúde e que possibilite maior competência técnica e humana para lidar com essa população e suas demandas.

Não obstante, há que se considerar que níveis de escolaridade e formação acadêmica não são garantias para evitar de atitudes preconceituosas. Além disso, se faz necessário reconhecer as raízes das desigualdades sociais, dos processos políticos e econômicos que colaboram para as iniquidades em saúde.

A problematização dos obstáculos que impedem o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde (Lionço, 2008) passa por ações numa dimensão societal, que inclui a desconstrução de crenças e representações sobre a saúde LGBTQIA+, frequentemente associada às IST's (Ayres, Paiva & França Júnior, 2012). Nesse sentido, a perspectiva teórica da vulnerabilidade considera que os processos de saúde e doenças são perpassados, de forma dialética e inseparável, por elementos individuais, sociais e programáticos.

A dimensão individual da vulnerabilidade considera a intersubjetividade dos indivíduos, o modo como os sujeitos se relaciona com os outros e seu contexto. Nesse sentido, são considerados aspectos como crenças, valores, desejos e outros, os quais colaboram para o sentido atribuído às relações, vínculos e práticas sexuais e preventivas (Ayres et al, 2012). A dimensão individual da vulnerabilidade também avalia os recursos e capacidades de que dispõe os indivíduos para acessar informações de qualidade e incorporá-las em seu cotidiano, bem como se possuem recursos para se proteger.

A dimensão social da vulnerabilidade aponta para os processos de saúde e doença que decorrem do contexto social, tais como: cidadania, acesso aos serviços de saúde, educação, segurança, moradia, justiça, segurança alimentar, trabalho, renda, entre outros. Estes aspectos são fundamentais para efetivar as liberdades individuais e a garantia dos direitos humanos (Ayres et al., 2003; Ayres et al., 2012)

A vulnerabilidade programática refere-se à responsabilidade dos governos e autarquias frente à garantia de direitos, assim como no engajamento de políticas públicas,

na capacidade de articulação com a sociedade, permitindo acesso equânime a todos os cidadãos (Ayres et al., 2012). Nesta dimensão considera-se a existência de serviços públicos que redusam os agravos em saúde, considerando os recursos regionais e articulando possibilidades de enfrentamento das desigualdades (Ayres et al., 2003). A partir deste horizonte teórico, busca-se uma compreensão epidemiológica social da realidade na qual se inserem os sujeitos em questão, investigando quais são os entraves que dificultam o acesso e a efetivação do cuidado.

Os processos de vulnerabilidade da população LGBTQIA+ aparecem em diferentes estudos, a saber: Ayres et al., (2003), Geluda et al., (2006), Lionço (2008), Sampaio & Germano (2014), Ayres et al. (2012) e Popadiuk et. al., (2017). Os estudos evidenciam que os contextos sociais contribuem diretamente com os processos de produção de saúde, visto que geram formas de se comportar frente a práticas de exposição ao risco e a formas de cuidado, prevenção e tratamento de doenças.

Este estudo teve por objetivo analisar as vulnerabilidades em saúde da população LGBTQAI+ em relação às práticas sexuais e preventivas e o acesso aos serviços de saúde. Pautado na teoria da vulnerabilidade, considera-se a complexidade dos processos de saúde e doença, que não são determinados apenas pelo aspecto biológico, mas por uma série de características sociais fundamentais para o estabelecimento da saúde, do adoecimento e do cuidado (Ayres et al., 2003).

4.2. MÉTODO

Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como sendo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada por meio de formulário eletrônico na internet, com abrangência nacional, sendo respondida por pessoas residentes das cinco regiões do Brasil.

Participantes

Participaram, de forma não probabilística e por conveniência, 562 pessoas que se autoidentificaram como Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexuais, Queer e outras manifestações de gêneros e identidades que são divergentes da visão heteronormativa. A idade dos participantes variou de 18 a 65 anos, com média de 27 anos (DP=6,93), sendo a maioria do gênero masculino.

Como critérios de inclusão na amostra, foram considerados os seguintes aspectos:

a) idade igual ou superior a 18 anos; b) se autoidentificar como Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexuais, Queer ou outras manifestações de gêneros e identidades que são divergentes da visão binária e heteronormativa. Como critério de exclusão para compor a amostra, foram considerados os seguintes aspectos: a) não ter acesso a internet; b) pessoas que nunca utilizaram, espontaneamente, qualquer serviço de saúde pública para uso próprio.

Instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: a) *Questionário sociodemográfico*: com o objetivo de caracterizar o perfil dos participantes, que foi constituído por questões versando sobre idade, renda, gênero, orientação sexual, escolaridade, cidade e região de moradia, trabalho (formal ou não formal); b) *Questionário sobre acesso e satisfação com serviços públicos de saúde e sobre práticas sexuais e preventivas*: este questionário foi elaborado pelos pesquisadores a partir dos estudos de Lima e Saldanha (2019; 2020), sendo formado por questões objetivas, que

versaram sobre práticas sexuais e preventivas, acesso aos serviços de saúde e satisfação com os serviços de saúde públicos.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada através do envio do formulário para grupos de redes sociais (Facebook e Whatsapp) que são ligados ao movimento e/ou ao público LGBTQIA+ para que fosse compartilhado, entre os membros, o convite para participar da pesquisa. Ao abrir o endereço eletrônico do formulário, o participante tinha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual eram apresentados os objetivos da pesquisa, bem como os riscos e benefícios da participação no estudo. Caso aceitasse, o participante era guiado para o questionário.

As três primeiras sessões do questionário foram formadas por questões tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão, de modo a filtrar as pessoas que estavam aptas ou não para responder o questionário. Caso o participante atendesse aos critérios de inclusão na amostra, era apresentado, na sessão seguinte, o Questionário sobre acesso e satisfação com serviços públicos de saúde e sobre práticas sexuais e preventivas. Apenas o pesquisador responsável pelo estudo teve acesso à nuvem com os dados das respostas aos questionários. O tempo médio de respostas aos instrumentos foi de 14 minutos.

Análise dos dados

As respostas dadas às questões objetivas foram tabuladas de modo a oferecer dados quantitativos passíveis de análise. Para tal, foram realizadas análises de estatística descritiva (frequência, média, porcentagem, desvio padrão). Para a realização das análises, foi utilizado *Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, v.25)*.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, vinculado à Universidade Estadual da Paraíba, tendo sido aprovado após a sua apreciação. Depois disso, foi iniciado o processo de coleta de dados. Todos os aspectos presentes nas resoluções 465/2012 e 510/2016, relativas aos procedimentos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, foram obedecidos com máxima fidedignidade, a fim de estabelecer um compromisso não apenas teórico, mas ético.

Em todo o processo de coleta dos dados, foi resguardado o anonimato das respostas e a identidade dos participantes. Ademais, antes da aplicação dos instrumentos, os participantes foram informados que poderiam deixar de participar a qualquer momento, sem que isto implicasse em qualquer prejuízo ou dano.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das variáveis sociodemográficas, é possível observar que a idade dos participantes variou de 18 a 65 anos, com média de 27 anos (DP=6,93), sendo a maioria do gênero masculino. Em relação à orientação sexual, em sua maioria, os participantes declararam ser homossexual, seguido da orientação bissexual. Estes e outros dados estão demonstrados abaixo.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes (n=562).

Variáveis	Frequência	Porcentagem
<i>Gênero</i>		
Feminino	180	32,0
Masculino	361	64,2
Não binário	10	1,8
Gênero fluido	09	1,6
Demigênero	01	0,2
Prefere não dizer	01	0,2
<i>Orientação Sexual</i>		
Heterossexual	12	2,1
Homossexual	403	71,7
Bissexual	126	22,4
Pansexual	11	2,0
Demisssexual	04	0,7
Homoromântico	01	0,2
Prefere não dizer	05	0,9
<i>Renda Familiar</i>		
Menor que um salário mínimo* (<R\$ 1.100,00)	41	7,4
1 a 2 salários mínimos (R\$ 1.100,00 a 2.200,00)	114	20,7
3 a 4 salários mínimos (R\$ 2.201,00 a 4.400,00)	180	32,6
5 a 6 salários mínimos (R\$ 4.401,00 a 6.600,00)	86	15,6
Maior que 6 salários mínimos (> R\$ 6.600)	131	23,7
<i>Renda pessoal</i>		
Menor que um salário mínimo (<R\$ 1.100,00)	265	48,0
1 a 2 salários mínimos (R\$ 1.100,00 a 2.200,00)	124	22,5
3 a 4 salários mínimos (R\$ 2.201,00 a 4.400,00)	85	15,4
5 a 6 salários mínimos (R\$ 4.401,00 a 6.600,00)	32	5,8
Maior que 6 salários mínimos (> R\$ 6.600)	46	8,3
<i>Trabalho Formal</i>		
Sim	203	36,1
Não	359	63,9
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental incompleto	02	0,4
Ensino Fundamental completo	06	1,1
Ensino médio incompleto	14	2,5
Ensino médio completo	34	6,0
Ensino superior incompleto	212	37,7
Ensino superior completo	146	26,0
Pós-graduação	148	26,3
<i>Região do país</i>		
Norte	09	1,6
Nordeste	378	68,6
Centro-Oeste	13	2,4
Sudeste	121	22,0
Sul	30	5,4

* Valor do salário mínimo no momento da pesquisa: R\$ 1.100,00.

No que se refere à renda individual dos participantes, esta variou de nenhuma renda a R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), com média de R\$ 2.497,88 (DP=4.829,94). Contudo, verifica-se que a maioria dos participantes possuem renda pessoal menor que

um salário mínimo, bem como não possuíam qualquer trabalho formal (com carteira de trabalho assinada). O desvio padrão elevado indica que, apenas, uma minoria da amostra possui renda elevada, o que contribui para elevar a renda média dos participantes, mas não evidencia a realidade da maioria dos participantes.

A discrepância entre as rendas dos participantes também é observada para a variável renda familiar. Para a maioria, a renda familiar ficou situada entre três e quatro salários mínimos, também com variação de nenhuma renda a R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), com média de R\$ 6.408,59 (DP=12.788,99). A idade com que os participantes começaram a trabalhar variou de 4 a 37 anos, com média de 18,5 anos (DP=4,05).

A escolaridade dos participantes apresentou-se elevada, estando a maioria com ensino superior incompleto, seguido do ensino superior completo. Em parte, é possível que a maior participação de universitários na amostra tenha relação com o compartilhamento do link para a participação na pesquisa entre grupos e pessoas ligadas ao contexto universitário e da pós-graduação, sendo a maioria residente na região Nordeste, onde está localizada a pós-graduação na qual o pesquisador está vinculado.

Este estudo buscou caracterizar os participantes em relação às suas práticas sexuais e preventivas. A partir da análise das respostas, foi evidenciado que a maioria dos participantes declararam possuir vida sexual ativa (77,2%). Além disso, 50% da amostra afirmou estar, no momento da pesquisa, numa relação considerada estável.

A idade da primeira relação sexual, para os que responderam a esta questão (n=552), variou entre 5 e 31 anos (M=16,6 anos; DP=3,29). Para a maioria dos participantes, a primeira relação sexual foi consensual (92,5%) e não foi utilizado qualquer método de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) ou contraceptivos (55,2%). Sobre a idade do parceiro com quem teve a primeira relação

sexual, os participantes (447) informaram que a idade do parceiro variou de 8 a 45 anos, com média de idade igual a 20,7 anos (DP=6,03).

Sobre o uso do preservativo, 25,6% (n=144) da amostra total (n=562) afirmou usar preservativos *sempre* em suas relações sexuais, 28,6% (n=161) utiliza *na maioria das vezes*, 17,4% (n=98) faz uso *apenas algumas vezes* e 28,3% (n=159) afirmou *nunca* utilizar o preservativo. Contudo, a maioria dos participantes (96,4%) afirmou acreditar que o uso do preservativo é a melhor forma para se evitar IST`s. Ademais, 69,2% da amostra afirmou ter preservativo à disposição quando precisa.

Tabela 2. *Práticas sexuais e preventivas (n=562)*

Variáveis	f	%
<i>Alguma vez, na vida, você já fez exame para detecção de alguma IST?</i>		
Sim	420	74,7
Não	142	25,3
<i>Alguma vez, nos últimos 12 meses, você fez algum exame para detecção de IST?</i>		
Sim	283	50,4
Não	279	49,6
<i>Você teve que pagar por algum exame de IST?</i>		
Sim	152	27
Não	410	73
<i>Você conhece algum lugar que realize o exame de IST de forma gratuita?</i>		
Sim	341	60,7
Não	221	39,3
<i>Ter parceira (o) fiel e não infectado por IST reduz a chance de infecção?</i>		
Sim	342	60,9
Não	147	26,2
Não sei responder	73	13
<i>Você conhece a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)?</i>		
Sim	362	64,4
Não	200	35,6
<i>Você conhece a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP)?</i>		
Sim	352	62,6
Não	210	37,5
<i>Alguma vez você já foi forçada (o) a manter relações sexuais?</i>		
Sim	114	20,3
Não	448	79,7
<i>Alguma vez você foi forçada (o) a ter relações sexuais sem o uso do preservativo?</i>		
Sim	95	16,9
Não	467	83,1
<i>Você já manteve relações sexuais em troca de alguma retribuição financeira?</i>		
Sim	53	9,4
Não	509	90,6

f: frequência; %: porcentagem.

No que se refere ao conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSI LGBT), os resultados demonstraram que, apenas, 29,4% declararam conhecer a política. Já em relação ao acesso da população LGBTQIA+ aos serviços públicos de saúde, 57,3% (n=322) afirmou procurar os serviços *só quando precisa*, 16% (n=90) faz uso *semestralmente*, 8,6% (n=47) utiliza *mensalmente*, 10,9% (n=61) utiliza os serviços *anualmente* e 7,3% (n=41) *não soube responder*.

Para a maioria dos participantes (69,4%), nenhum Agente Comunitário de Saúde faz o acompanhamento da sua residência. Quando indagados sobre *os serviços públicos de saúde estarem preparados para recebê-los*, 46,1% (n=259) dos participantes afirmou que *não*. Esta percepção de não preparo dos serviços públicos de saúde dificulta a procura da população LGBTQIA+ pelos serviços, o que contribui para vulnerabilidades em saúde.

Não obstante, 62,1% (n=349) dos participantes afirmou não sentir dificuldades em ir ao serviço público de saúde. Já 37,9% (n=213) da amostra afirmou sentir alguma dificuldade. Nesse sentido, foi perguntado aos participantes quais as principais dificuldades que eles sentiam para ir ao serviço público de saúde. Os resultados demonstraram que entre as 332 respostas, destacam-se aspectos relativos ao *descaso do serviço público de saúde, preconceito e acesso*, conforme demonstrado abaixo.

Tabela 3. Principais dificuldades para ir aos serviços públicos de saúde

Variável	f	%
Descaso do serviço público	102	30,7
Preconceito	78	23,5
Acesso	57	17,2
Locomoção	50	15,1
Problemas financeiros	30	9
Demora no atendimento	8	2,4
Descuido com a própria saúde	7	2,1
Total	332	100

f: frequência; %: porcentagem.

Os serviços públicos de saúde, no tocante às responsabilidades a eles atribuída, deveriam ser espaços de acolhimento e de segurança para todos os usuários do SUS. No entanto, quando se verifica que 30,7% (n=102) dos participantes relatam alguma dificuldade em acessar esses espaços, é possível inferir que princípios do SUS não são efetivados, como a universalidade, por exemplo. Além disso, o preconceito é a segunda dificuldade de acesso mais frequente relatada. Nesse sentido, é importante salientar que uma formação defasada e uma não atualização dos conhecimentos profissionais e técnicos dos trabalhadores da saúde pode ter relação com esse dado.

A população LGBTQIA+ ainda é representada, socialmente, como um grupo repleto de estigmas e estereótipos negativos. Esse entendimento afasta os usuários que acabam por procurar os serviços apenas quando precisam, o que aponta para a vulnerabilidade programática e social, uma vez que os agravamentos das demandas em saúde decorrem de preconceitos e de fragilidades nas políticas públicas em atender as demandas dos destinatários das políticas

Os participantes também responderam questões sobre a satisfação com os serviços públicos de saúde. Em sua maioria, verificou-se que os participantes estão satisfeitos com os serviços de saúde tanto do bairro quanto da cidade onde moram. Estes e outros dados podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 4. Satisfação em relação aos serviços públicos de saúde (n=562)

Variável	f	%
<i>Você está satisfeita (o) com os serviços públicos de saúde de seu bairro?</i>		
Nenhum pouco satisfeito	67	11,9
Pouco satisfeito	134	23,8
Satisfeito	228	40,6
Muito satisfeito	107	19
Completamente satisfeito	26	4,6
<i>Você está satisfeita (o) com os serviços públicos de saúde de sua cidade?</i>		
Nenhum pouco satisfeito	57	10,1
Pouco satisfeito	144	25,6
Satisfeito	216	38,4
Muito satisfeito	124	22,1
Completamente satisfeito	21	3,7
<i>Você está satisfeita (o) com a forma com que é tratada (o) nos serviços públicos de saúde?</i>		
Nenhum pouco satisfeito	68	12,1
Pouco satisfeito	112	19,9
Satisfeito	196	34,9
Muito satisfeito	135	24
Completamente satisfeito	51	9,1
<i>Você está satisfeita (o) com os profissionais de saúde que existem no seu bairro?</i>		
Nenhum pouco satisfeito	53	9,4
Pouco satisfeito	110	19,6
Satisfeito	219	39
Muito satisfeito	139	24,7
Completamente satisfeito	41	7,3
<i>Quando você relata alguma questão de saúde para um profissional dessa área, você se sente satisfeita (o) com a compreensão que ele parece ter do que você fala?</i>		
Nenhum pouco satisfeito	29	5,2
Pouco satisfeito	101	18
Satisfeito	216	38,4
Muito satisfeito	150	26,7
Completamente satisfeito	66	11,7
<i>Quando você vai a um serviço público de saúde, você se sente satisfeita (o) com a estrutura física deles?</i>		
Nenhum pouco satisfeito	90	16
Pouco satisfeito	171	30
Satisfeito	177	31
Muito satisfeito	94	16,7
Completamente satisfeito	30	5,3

f: frequência; %: porcentagem.

Quando os participantes questionados sobre o grau de satisfação em relação aos serviços públicos de saúde do seu próprio bairro, apenas a minoria de 26 participantes (4,6%) dos 562 dizem estar completamente satisfeitos com esses serviços. Destes 26 participantes, 23,07% (n=06) frequentam os serviços semanalmente, 26,92% (n=07) de

forma semestral, 3,84% (n=01) de forma anual e 46,15% (n=12) dizem frequentar apenas em caso de necessidade. Quando perguntados sobre o grau de satisfação em torno dos serviços de saúde da cidade, o número de participantes completamente satisfeitos cai para 21 (3,7%), do total de 562 participantes.

Em contrapartida, 67 participantes (11,9%) e 57 participantes (10,1%) estão nenhum pouco satisfeitos com os serviços de saúde de seus bairros e cidades, respectivamente, o que pode apontar que outros elementos relacionados à organização, acolhimento e assistência oferecidas nesses serviços, que afastam mais os usuários do que aproximam. No entanto, a maioria dos participantes se mostra satisfeita em relação aos serviços de saúde de seus bairros e cidades.

Quando perguntados sobre a satisfação acerca de como são tratados nesses serviços, tem-se que 180 participantes estão nenhum pouco satisfeitos (n=68/12,1%) ou pouco satisfeitos (n=112/19,9%). Isso aponta que uma parcela significativa do total de participantes, cerca de 32% do total, não se sente confortável em relação ao modo como são tratados nos serviços públicos de saúde. É importante ressaltar que destes 180 participantes 122 (67,77%) considera-se homossexual.

No tocante à satisfação relacionada com os profissionais de saúde que existem nesses serviços, a maioria dos participantes 39% (n=219) relata estarem satisfeitos com esse quesito. Ainda sobre esse aspecto, 163 participantes estão pouco (n=110/19,6%) ou nenhum pouco (n=53/9,4%) satisfeitos com os profissionais de saúde que existem nos serviços, mesmo sendo um número proporcionalmente menor. Queixas relativas à falta de resolutividade podem gerar um afastamento dos processos de cuidado com a própria saúde.

A satisfação do usuário em relação à compreensão, do profissional de saúde, da queixa relatada também foi um quesito do questionário. Nesse sentido, 130 participantes

relatam que se sentem poucos satisfeitos (n=29/5,2%) ou nenhum pouco satisfeitos (n=101/18%) acerca de como são compreendidos pelos profissionais. Essa quantidade, mesmo sendo minoria, aponta para uma possível falta de preparo e conhecimento dos profissionais de saúde acerca da população LGBTQIA+, sustentando a hipótese de que um dos fatores que afasta essa população dos serviços públicos de saúde ainda é o desconhecimento de suas necessidades de cuidado.

De modo geral, para todos os itens, existiram participantes que declaram estarem nenhum pouco satisfeitos ou pouco satisfeitos, reforçando a ideia de que ainda há muito para percorrer no referente à redução das vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+. Isso demanda avaliar aspectos como formação e atualização profissional, oferta de serviços e combate efetivo ao descaso dos gestores e o preconceito institucional, que é um quesito importantíssimo na teoria da vulnerabilidade.

Não obstante, a estrutura dos serviços também foi questionada e, esse ponto, comparado às outras perguntas, apresentou o menor número de satisfeitos. Foram 177 participantes, cerca de 31%, satisfeitos com a estrutura física dos serviços públicos de saúde, número muito próximo da quantidade de participantes que estão pouco satisfeitos acerca disso (30%). Esses resultados podem apontar para uma problemática que interfere nos serviços ofertados no âmbito da saúde. Serviços com estrutura física sucateadas, com falta de insumos, medicamentos e equipamentos pode gerar um *déficit* no trabalho prestado, no retorno do usuário e na adesão ao projeto terapêutico construído pela equipe para um usuário e/ou grupo.

Os resultados presentes nessa pesquisa evidenciam avanços no atendimento às demandas da população LGBTQIA+, mas também as fragilidades e necessidades de melhoras. Verificou-se que parte dessa população ainda enfrenta processos de preconceito, exclusão, não compreensão de suas demandas, entre outros fatores e, por

isso, a vulnerabilidade a qual essa população está exposta pode gerar prejuízos à saúde e às formas de cuidado. Corroborando a Ayres et al. (2003), Lionço (2008), Valadão e Gomes (2011), Mello et al. (2012), Sampaio e Germano (2014), Sena e Souto (2017) e Bezerra, Moreno, Prado e Santos (2020), a população LGBTQIA+ sempre esteve exposta a processos de vulnerabilidade, o que torna a efetivação de políticas públicas um desafio a ser superado, a fim de garantir a efetivação dos direitos.

Desde a promulgação da Lei do SUS, lei 8.080, em 1990, muitos avanços foram realizados na área da saúde e no enfrentamento das desigualdades, no entanto, ainda há muito o que avançar. As políticas públicas são construções de serviços e programas que busquem a diminuição das iniquidades, quando estas não são sanadas por leis e pelos programas existentes. Nesse sentido, compreender os processos políticos de vida e de organização da sociedade é fundamental para perceber o motivo da manutenção dessas desigualdades.

4.4. CONCLUSÃO

Este estudo teve por objetivo analisar as vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+ em relação às práticas sexuais e preventivas e o acesso aos serviços de saúde. A partir dos dados evidenciados, é possível inferir que o acesso dos pesquisados aos serviços de saúde pública, muitas vezes, é realizado apenas quando há um agravo no estado de saúde.

Em relação às práticas sexuais e preventivas, a maioria dos participantes afirmou que possuem preservativo à disposição quando precisa e que acreditam no uso do preservativo como melhor forma para se evitar IST's. Contudo, apenas uma minoria declarou fazer uso do preservativo em todas as relações sexuais. Há que se considerar que as práticas preventivas não dependem, apenas, do acesso à informação e disponibilidade

de insumos. O modo como as pessoas lidam com seus desejos e vivências em suas relações intersubjetivas vai implicar em suas práticas preventivas e sexuais. Nesse sentido, o acolhimento e o diálogo a partir das reais necessidades da população é uma via de aproximação para compreender os repertórios interpretativos das vivências, o que pode colaborar para diminuir as vulnerabilidades em saúde.

Essa perspectiva aponta a necessidade de que assuntos como práticas sexuais e preventivas sejam abordados em mais espaço, gerando à população LGBTQIA+ e a todas as outras populações que se localizam às margens, um entendimento de que o acesso aos serviços de saúde e o devido acolhimento de suas demandas é um direito. Para tanto, se faz de estruturar uma rede de formação e atualização profissional, a fim de preparar os trabalhadores da saúde para lidar com questões emergentes, tais como questões de gênero e identidade sexual, possibilitando mitigar relações preconceituosas que afastem usuários dos serviços. Uma implicação governamental é fundamental para a eleição de uma agenda política inclusiva e ancorada na diversidade enquanto bem social.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2, 121-143.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França, I., Jr. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Coords.), *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: Vol. I. Da doença a cidadania* (pp. 71-94). San Pablo, SP: Jurúa.

- Bezerra, M. V. D. R., Moreno, C. A., Prado, N. M. D. B. L., & Santos, A. M. D. (2020). Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde em Debate*, 43, 305-323.
- Daniel, H., & Parker, R. (1991). AIDS: a terceira epidemia: ensaios e tentativas. In *AIDS: a terceira epidemia: ensaios e tentativas* (pp. 127-127).
- Gagnon, J. H. (2006). *Uma interpretação do desejo*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Geluda, K., Bosi, M. L. M., Cunha, A. J. L. A. D., & Trajman, A. (2006). " Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1671-1680.
- Guimarães, C. D. (1996). "Mas eu conheço ele": Um método de prevenção do HIV/AIDS. Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 169-79.
- Lima, M. D. A., Souza, A. S., & Dantas, M. F. (2016). Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS). *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 3(11).
- Lima, M. A. S. D., & Saldanha, A. A. W. (2020). (In) visibilidade Lésbica na Saúde: Análise de Fatores de Vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Sexual de Lésbicas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40.
- Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e sociedade*, 17, 11-21.
- Mazzariello, C. C. (2017). *Sexualidade e prevenção do HIV/Aids entre jovens gays numa favela de São Paulo* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

- Mello, L., Brito, W., & Maroja, D. (2012). Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cadernos pagu*, 403-429.
- Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 15, 2297-2305.
- Popadiuk, G. S., Oliveira, D. C., & Signorelli, M. C. (2017). A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1509-1520.
- Sampaio, J. V., & Germano, I. M. P. (2014). Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. *Psicologia & Sociedade*, 26, 290-300.
- Sena, A. G. N., & Souto, K. M. B. (2017). Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 11(1), 09-28.
- Valadão, R. D. C., & Gomes, R. (2011). A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1451-1467.
- Ventura, M. (2010). A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania. In *A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania*(pp. 166-166).

5.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

5.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde, enquanto uma busca constante e frequente de superação de obstáculos e processos que possam provocar adoecimentos, é um tema extremamente complexo e que não pode ser analisado fora de uma conjuntura social, que considera cultura, qualidade e acesso a serviços, nível de educação e renda, além de acesso a lazer e cultura, entre outros aspectos. Nesse sentido investigar os processos de saúde à luz da teoria das vulnerabilidades, permite analisar, de forma ampla, as conjecturas que essa problemática propõe.

Esta dissertação teve como objetivo geral analisar as vulnerabilidades em saúde da LGBTQIA+ em seus aspectos históricos, políticas públicas e em relação às práticas sexuais e preventivas e o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, foram realizados dois estudos, sendo o primeiro uma pesquisa documental e o segundo um estudo empírico.

O primeiro estudo teve por objetivo analisar o percurso histórico da legislação brasileira em relação à garantia de direitos e políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+. Os documentos que trouxessem contribuições e/ou interferência aos processos de acesso e estruturação da saúde da população LGBTQIA+ foram categorizados a partir de eixos temáticos. Em geral, os documentos versaram o nome social e reconhecimento da identidade de gênero, o combate à discriminação de pessoas LGBTQIA+ e práticas profissionais, o acesso à serviços de saúde e o fomento da representatividade de pessoas LGBTQIA+ no âmbito político do SUS.

O estudo evidenciou a pouca produção de leis que garantam o acesso e a mitigação dos processos de discriminação da população LGBTQIA+. Considera-se que a análise das ações no âmbito das políticas públicas fomenta colabora para diminuir as vulnerabilidades e, principalmente, as iniquidades em saúde. A legislação brasileira, a partir da Constituição Federal de 1988, apresenta poucos documentos que efetivem o

direito ao acesso e garantias tais como o processo transexualizador, o uso do nome social e a doação de sangue, fatos que podem afastar a população LGBTQIA+ do protagonismo social e da cidadania.

Ao analisar os aspectos históricos, teóricos e práticos que provocam impactos no campo da saúde das pessoas LGBTQIA+, verifica-se que a branda legislação, associada a uma não agenda de governo e a deficiência das políticas públicas, gera vulnerabilidades e não garantias de direito. Desse modo, a exposição e a marginalidade tornam-se um fator de adoecimento, que gera invisibilidade e estigmas. Nessa perspectiva, é necessário ressaltar a necessidade de que os direitos já garantidos não sejam ceifados por governos que não apostam na agenda da diversidade. Por isso, os trabalhos que elucidem esses temas se tornam ainda mais necessários, além da divulgação desses dados, para que sirvam ao bem comum social, como uma aposta na possibilidade de mitigação do preconceito.

A garantia de direitos, se faz na participação social e na capacidade de governabilidade. O engajamento político de pessoas que busquem a diminuição das desigualdades é de suma importância. A legislação brasileira, embora antiga, apresenta pouco produtiva de documentos que legitimem o direito de ser quem se é e a assistência, nesse caso em saúde, que respeite essas características tão caras à subjetividade. É fundamental que a sociedade civil organizada, perceba que retirar ou negar ou não garantir os direitos de uma parcela da população atinge a sociedade como um todo. Logo, **NENHUM DIREITO A MENOS, PARA NINGUÉM!**

O segundo estudo teve por objetivo analisar as vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+ em relação às práticas sexuais e preventivas e o acesso aos serviços de saúde. Os resultados demonstraram que a maioria, apenas dos participantes não conhecem a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. Quanto ao

acesso aos serviços públicos de saúde, a maioria dos participantes só procuram os serviços quando precisam, e não de forma preventiva. Para a maioria dos participantes, nenhum Agente Comunitário de Saúde faz o acompanhamento da sua residência. Ademais, 46,1% dos participantes consideram que os serviços públicos de saúde não estão preparados para recebê-los.

Entre as principais dificuldades para ir ao serviço público de saúde, os participantes destacaram o descaso do serviço público de saúde, o preconceito e o acesso. Contudo, os participantes, em sua maioria, declararam estarem satisfeitos com os serviços de saúde tanto do bairro quanto da cidade onde moram. Conclui-se que população LGBTQIA+ não acessa, efetivamente, os serviços públicos de saúde, o que tem relação com vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

Esse retrato aponta que, apesar de muitas pessoas LGBTQIA+ acessarem serviços públicos de saúde, uma parcela muito significativa não o faz, ainda por conta de preconceito, mas também pelo não preparo dos trabalhadores de saúde em lidar com questões de gênero, o que não é uma responsabilidade exclusiva dos trabalhadores, mas das gestões e dos cursos de formação. Por isso, cabe continuar caracterizando as vivências dos usuários do SUS a fim de encontrar as lacunas e projetar possíveis soluções.

Identificar os aspectos que limitam e ou dificultam o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços públicos de saúde foi um dos grandes desafios. Foi verificado que avanços foram realizados no âmbito das políticas públicas de saúde e no enfrentamento das desigualdades. No entanto, ainda há muito o que avançar. O preconceito ainda é uma rotina dos serviços de saúde. Nesse sentido, urge que surjam ações efetivas que busquem o combate ao preconceito e a criação de espaços seguros para que a assistência em saúde seja completa e universal.

Os estudos nessa perspectiva ainda precisam ser intensificados, visto que ainda há um número escasso de estudos empíricos que apontem as principais necessidades em saúde da população LGBTQIA+. Examinar os pontos fracos dos processos de assistência em saúde é um caminho importante para a avaliação e consequente manutenção e/ou reformulação de ações. Desse modo, compreende-se que os processos de saúde não são apenas aspectos de competência técnica, mas devem possuir características de acolhimento que permitam que todas e todos os usuários se sintam confortáveis para frequentar os serviços de saúde não apenas quando precisam.

Há que se considerar que este estudo é um recorte e não tem a pretensão de evidenciar dados conclusivos sobre o fenômeno investigado. Sugere-se outros estudos acerca das vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+, assim como investigações sobre as possíveis estratégias de enfrentamento ao preconceito nos serviços de saúde. Além disso, há que se considerar uma perspectiva ampla de saúde e de suas práticas, levando em conta as dimensões que compõem a vulnerabilidade a partir do quadro do direitos humanos.

Os serviços públicos de saúde se estruturam a partir das políticas, bem como das organizações micro sociais de trabalho, como os trabalhadores em saúde. A garantia de direitos com a participação popular permite uma construção sólida de práticas de assistência em saúde, o que pode melhorar o quadro geral de saúde individual e social, bem como diminuir os gastos públicos. Todas essas medidas permitem a possibilidade de uma sociedade mais justa e igualitária, transformando o que parece utopia em realidade.

6.0 REFERÊNCIAS

- Annoni, D. (2008). Os sessenta anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas: contribuições e perspectivas. *Revista Direito, Estado e Sociedade*, (33).
- Ayres, J. R. C. M. (1997). Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. Bol Epidemiol*, 15(3), 2-4.
- Ayres, J. R. C. M. (2002) Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In: Parker, R.; Terto Júnior., V. (Org.). *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS*. (Anais do Seminário Prevenção à AIDS; Limites e Possibilidades na Terceira Década). Rio de Janeiro: ABIA.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2, 121-143.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*. Vol. 8, p. 73-92.
- Ayres, J. R. D. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 8, 73-92.
- Ayres, José Ricardo C. M.. (2007). Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 43-62.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França, I., Jr. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Coords.), *Vulnerabilidade e direitos humanos*.

Prevenção e promoção da saúde: Vol. I. Da doença a cidadania (pp. 71-94). San Pablo, SP: Jurúa.

Brito, J. (2017). Saúde: uma relação com o meio e os modos de vida. *Laboreal*, 13(1), 100-103.

Decreto n. 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>

Gruskin, S.; Tarantola, D. (2012). Um panorama sobre Aids e Direitos Humanos. In Paiva, V.; Ayres, J.R., & Buchalla, C.M. (Orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde*. Livro I. Curitiba: Juruá.

Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 173-181.

Laurentino, A. C. N. (2015). *Políticas Públicas de saúde para a população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT* (Doctoral dissertation, EPSJV).

Mann, J. M., & Tarantola, D. (Eds.). (1996). *AIDS in the world II: global dimensions, social roots, and responses*. Oxford University Press on Demand.

Menicucci, T. M. G. (2009). O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de saúde pública*, 25, 1620-1625.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005

Neves, T. I., Porcaro, L. A., & Curvo, D. R. (2017). Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. *Saúde e Sociedade*, 26, 626-637.

- Paiva, V., & Zucchi, E. (2012). Estigma, discriminação e saúde: Aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/Aids. In Paiva, V.; Ayres, J.R. & Buchalla, C.M. (Orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania-Livro I* (pp. 111-143).
- Scliar, M. História do conceito de saúde. (2007). *Physis: Revista de saúde coletiva*, v. 17, p. 29-41.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezada (o)

Gostaríamos de formalizar um convite para participação na pesquisa intitulada: **VULNERABILIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E EXISTÊNCIAS FORA DO ARMÁRIO,**

sob a responsabilidade de Ricard José Bezerra da Silva, aluno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde e de Josevânia da Silva (Orientadora), docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde. A participação se dará de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações a seguir.

Tem-se como objetivos a Análise das vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+, bem como identificar os fatores que contribuem e/ou dificultam o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de Saúde, além disso busca-se descrever as concepções que as pessoas LGBTQIA+ possuem acerca dos conceitos de saúde e vulnerabilidade. Pretende-se também verificar a relação existente entre os aspectos de vulnerabilidade e as variáveis sócio demográficas dessa população.

Essa pesquisa justifica-se pela necessidade urgente de aproximar a Universidade e suas pesquisas da população em geral, contribuindo para uma sociedade mais igualitária e justa, sem negligenciar os preconceitos sofridos por determinadas populações e contribuindo, diretamente, na formulação e avaliação de políticas públicas em saúde direcionadas à população LGBTQIA+.

Para a coleta de dados, será utilizado um formulário online, disponível unicamente por esse site, que contará com perguntas de múltipla escolha, objetivando a coleta de dados que, por sua vez, servirão para uma análise quantitativa, identificando questões pertinentes às vulnerabilidades em saúde da população LGBTQIA+. Além disso, na última sessão do questionário, você poderá optar por participar de uma entrevista, guiada pelos pesquisadores, que será um instrumento de coleta de outros dados que podem contribuir com a pesquisa, visto que a fala e as opiniões podem servir como material de análise de conteúdo.

A pesquisa pretende provocar o menor dano possível, seja financeiro, psicológico ou físico, sua participação será voluntária e sem ganhos financeiros de

qualquer natureza. Toda a pesquisa está sendo desenvolvida com respaldo na Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que considera a ética em pesquisa como fator determinante para a realização de uma pesquisa séria e de qualidade, comprometida com a mudança social e com a valorização dos seres humanos.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução No. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Ricard José Bezerra da Silva, através do telefone 83 999767508 ou através do e-mail: ricard.bzerra@gmail.com, ou do endereço: Rua José de Alencar, 607, Prata, Campina Grande – CEP 58400-500. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2o andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa VULNERABILIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+: EXISTÊNCIAS FORA DO ARMÁRIO e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou a minha anuência de participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos,

preservando a nossa identidade. Desta forma, marco a opção abaixo que certifica minha autorização.

Você aceita participar dessa pesquisa? *

- Estou ciente e concordo com a minha participação na pesquisa
- Não aceito esses termos e, portanto, não participarei

Anexo B – Formulário da pesquisa: VULNERABILIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQI+: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E EXISTÊNCIAS FORA DO ARMÁRIO

Formulário desenvolvido como material de coleta de dados para a pesquisa intitulada VULNERABILIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQI+: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E EXISTÊNCIAS FORA DO ARMÁRIO, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba

Você possui idade igual ou maior que 18 anos? *

Sim

Não *Pular para a seção 7 (Obrigado pela sua participação!)*

Você já foi a algum serviço público de saúde? Tomando como serviço público de saúde, qualquer espaço em que foram prestados serviços de atendimento à saúde sem nenhum pagamento por isso *

Sim

Não *Pular para a seção 7 (Obrigado pela sua participação!)*

Você se considera LGBTQIA+? *

Sim

Não *Pular para a seção 7 (Obrigado pela sua participação!)*

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

4. Como você gostaria de ser chamada (o)? *

5. Quantos anos você tem? *

6. Qual o seu estado? *

Ex.: João Pessoa - PB

7. Qual o seu grau de escolaridade? *

- Sem grau de escolaridade
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação

Qual a sua profissão/ocupação? *

Ex.: Estudante, Psicólogo, Médico, Professor, Desempregado, ...

Seu trabalho é formal? (com carteira de trabalho assinada) *

- Sim Não

Você começou a trabalhar com quantos anos?*

Em caso de não trabalhar responder com o número zero

Qual o seu Gênero?*

- Feminino
- Masculino

- Não binária (o)
- Gênero Fluido
- Prefiro não dizer
- Outro: _____

Qual a sua orientação Sexual?*

- Heterossexual
- Homossexual
- Bissexual
- Prefiro não dizer
- Outro: _____

Quem mora com você em casa?*

Você pode marcar mais de uma opção

- Pai
- Mãe
- Irmão/Irmã
- E Outros familiares (avós/tias/tios/primas/primos)
- Filha ou Filho
- Companheira (o)
- Amigas (os)
- Moro só
- Outro: _____

Qual a renda financeira total da sua casa? *

Qual a sua renda financeira? *

Com qual idade você teve sua primeira relação sexual? *

Sua primeira relação sexual foi consensual? *

Sim Não

Você usou algum método contraceptivo? *

Sim Não

Que idade tinha sua primeira parceira/ seu primeiro parceiro? *

Caso não saiba a idade, coloque 0

Você possui vida sexual ativa? *

Sim Não

Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT? *

Sim Não

Com qual frequência você visita os serviços públicos de saúde? *

Semanal

Quinzenal

Mensal

Semestral

Anual

Não sabe responder

Só quando precisa

Há uma ou um Agente Comunitário de Saúde que acompanha a sua residência? *

Sim Não

Se sim, com qual frequência?

Semanal

Quinzenal

Mensal

Semestral

Anual

Não sabe responder

Só quando precisa

Você sente alguma dificuldade em ir ao serviço público de saúde? *

Sim Não

Se sim, quais as dificuldades?

Marque todas que se aplicam

Locomoção

Acessibilidade

Preconceito

Descaso do serviço público

Problemas financeiros

Outro: _____

Você acha que os serviços públicos de saúde estão preparados para receber você? *

Sim Não

Em caso de não, por quais motivos os serviços públicos de saúde não estão preparados?

NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM SUA PRÓPRIA SAÚDE E COM OS SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Lendo atentamente todas as alternativas, marque 1 para nenhum pouco satisfeita (o), 2 para pouco satisfeita (o), 3 para satisfeita (o), 4 muito satisfeita (o) e 5 para completamente satisfeita (o)

Você está satisfeita (o) com sua saúde? *

2 3 4 5

Você está satisfeita (o) com os serviços públicos de saúde de seu bairro? *

2 3 4 5

Você está satisfeita (o) com os serviços públicos de saúde de sua cidade? *

1 2 3 4 5

Você está satisfeita (o) com a forma com que é tratada (o) nos serviços públicos de saúde?*

2 3 4 5

Quando você precisa realizar o uso de medicamentos, fica satisfeita (o) com sua própria conduta? *

Referente ao fato de seguir ou não as indicações do profissional de saúde qualificado.

1 2 3 4 5

Você está satisfeita (o) com os profissionais de saúde que existem no seu bairro? *

1 2 3 4 5

Quando você relata alguma questão de saúde para um profissional dessa área, você se sente satisfeita (o) com a compreensão que ele parece ter do que você fala? *

1 2 3 4 5

Quando você vai a um serviço público de saúde, você se sente satisfeita (o) com a estrutura física deles? *

1 2 3 4 5

PROCESSOS DE VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+

Nessa sessão iremos verificar as vulnerabilidades que podem existir entre os membros da população LGBTQIA+

Alguma vez, na vida, você já fez exame para para detecção de alguma IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) podem ser citadas como exemplo a Sífilis, a Gonorréia,

HIV/Aids, Vírus do Papiloma Humano - HPV, Clamídia, Herpes, Hepatite B, entre outras. *

Sim Não

Alguma vez, nos últimos 12 meses, você fez algum exame para detecção de alguma IST?

Sim Não

Você teve que pagar por algum exame de IST? *

Sim Não

Você conhece algum lugar que realize o exame de IST de forma gratuita, excluindo os locais de doação de sangue? *

Sim Não

Alguma vez você já foi forçada (o) a manter relações sexuais? *

Sim Não

Alguma vez você já foi forçada (o) a manter relações sexuais sem o uso do preservativo?

Sim Não

O uso do preservativo é a melhor forma de evitar IST? *

Sim Não Não sei responder

Você conhece a profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)? *

Sim Não

Você conhece a profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP)?

Sim Não

Você já manteve relações sexuais em troca de alguma retribuição financeira?*

Sim Não

Você participa ou já participou de algum movimento LGBT? *

Sim Não

Atualmente você está em alguma relação que considera estável? *

Sim Não

Se sim, há quanto tempo?

Entre 1 mês e 4 meses

Entre 4 meses e 8 meses

Entre 8 meses e 12 meses

Entre 1 ano e 2 anos

Entre 2 e 5 anos

Acima de 5 anos

Você usa preservativo em suas relações sexuais?

Sempre

Nunca

Na maioria das vezes

Apenas as vezes

Você costuma ter preservativos à disposição quando precisa? *

Sim Não

Ter parceira (o) fiel e não infectado por nenhuma IST reduz a chance de infecção? *

Sim Não

Você gostaria de participar de uma entrevista online, que pode ser realizada via aplicativo de vídeo chamada? *

Sim Não

Caso sua resposta tenha sido sim, por gentileza, deixe seu email para que possamos entrar em contato.

Obrigado pela sua participação!