

Trem das cores, estação Valença/RJ: itinerário pela saúde LGBTQIA+ no SUS e seus significados

Trem das Cores (Train of Colors), Valença/RJ Station: itinerary through LGBTQIA+ health in SUS and its meanings

Claudio Roberto da Silva Magalhães¹, Adriana Miranda de Castro²

DOI: 10.1590/2358-28982023E19067P

RESUMO Mesmo diante de conquistas recentes, o acesso à saúde pela população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais e outras (LGBTQIA+) ainda é marcado por diversas barreiras, especialmente nos contextos interioranos, em que a oferta de serviços especializados é menor. O objetivo deste artigo, portanto, é trazer à luz aspectos relacionados com a saúde desses sujeitos fundamentado nos seus itinerários terapêuticos e, assim, contribuir para a reorientação das práticas de cuidado com enfoque nas potencialidades da Atenção Primária à Saúde (APS) como dispositivo do sistema de saúde. Baseado na análise de respostas a um questionário e de narrativas obtidas com entrevistas semiestruturadas, constitui-se então este trabalho exploratório e descritivo que busca compreender aspectos relativos à saúde e seus significados para a população LGBTQIA+. A análise vai ao encontro dos apontamentos de outros autores com os quais o estudo dialogou e destaca a APS como equipamento fundamental na rede pública para a garantia do direito à saúde dessa população, considerando os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e os atributos da rede de cuidados primários.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas LGBTQIA+. Integralidade em saúde. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *Even in the face of recent achievements, access to healthcare for the Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite, Transsexual and Transgender, Queer, Intersex, Asexual, and other (LGBTQIA+) population. Therefore, this article's objective is to shed light on aspects related to the health of these individuals based on their therapeutic itineraries and thereby contribute to the reorientation of care practices with a focus on the potential of Primary Health Care (PHC) as a health system device. This exploratory and descriptive study seeks to understand aspects of health and its meanings for the LGBTQIA+ population based on analyzing answers to a questionnaire and narratives obtained through semi-structured interviews. The analysis is in line with the findings of other authors with whom the study dialogued and highlighted primary care as fundamental equipment in the public network to guarantee the right to health for this population, considering the guiding principles of the SUS and the attributes of the primary care network.*

KEYWORDS LGBTQIA+ persons. Integrity in health. Primary Health Care. Health policy.

¹Centro Universitário de Valença (Unifaa) - Valença (RJ), Brasil.
userclaudio@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A discussão acerca da saúde de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais e outras (LGBTQIA+) é bastante recente na história da saúde pública brasileira. Apesar do longo caminho percorrido pelos movimentos sociais, ainda não se alcançou a equidade no atendimento a essa população no Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo um desencontro aos princípios doutrinários que regem o SUS¹ e àquilo que é preconizado nas políticas públicas em saúde para essa população^{2,3}.

Desse modo, a despeito do Processo Transsexualizador no SUS, instituído em 2008, revisto e ampliado em 2013², e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), de 2011³, o acesso e a qualidade do serviço prestado a essa população são ainda considerados excludentes, contribuindo para situações de vulnerabilização desses sujeitos⁴. Os diversos obstáculos por eles enfrentados marcam o distanciamento das unidades de saúde ou acarretam a prestação de serviços de má qualidade^{5,6}.

Especificamente em relação às pessoas transgêneras, destaca-se a falta de profissionais e de unidades especializadas. No Brasil, em 2023, havia apenas cinco hospitais habilitados para atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos. Além disso, muitas das unidades de atendimento ambulatorial estão localizadas em cidades de maior porte. Nota-se, ainda, que as ofertas se centram em parte do que é preconizado pelas normativas vigentes, colocando esse segmento da população em situação de maior risco e vulnerabilidade^{6,7}.

Percebe-se que persistem abordagens que vinculam o atendimento da comunidade LGBTQIA+⁸ às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, no caso das pessoas transgêneras, enfocam a redesignação sexual como único desfecho almejado⁸. Dessa forma, é necessário e urgente trabalhar pela existência efetiva de um modelo de cuidado singularizado e integral.

A compreensão da diversidade e da pluralidade de experiências dos sujeitos implica a construção de um atendimento que se dedique às demandas específicas – negligenciadas e/ou conhecidas – da população LGBTQIA+. No entanto, isso não significa que sua atenção à saúde deva se fazer exclusivamente em ambulatórios especializados, muitos deles criados em serviços direcionados às IST/HIV ou decorrentes de sua transformação, perpetuando a correlação doenças venéreas/anormalidade e reconhecendo a dificuldade em acolher essa população em serviços de saúde abertos a toda a sociedade^{5,8}.

Entende-se que a garantia de abordagens singularizadas e integrais à saúde é parte constitutiva da Atenção Primária à Saúde (APS), que se projeta como ambiente propício para algumas das ações afirmativas de direitos da população LGBTQIA+. Buscando garantir mais acesso e maior resolutividade com respeito às especificidades de cada paciente, a APS emerge como importante ator para minimizar as desigualdades e a exclusão desse grupo social, objetivando efetivamente a equidade em saúde, um dos princípios sobre o qual está estruturado o SUS^{9,10}.

Reconhece-se, porém, que ainda existem equipes despreparadas e unidades que não fornecem ambiente acolhedor, que respeite e perceba essa população como grupo vulnerabilizado e com necessidades específicas em saúde quando comparado à população geral⁹. Assim, faz-se importante que sujeitos LGBTQIA+ sejam ouvidos sobre aspectos relativos à sua saúde com base em seus itinerários terapêuticos, contribuindo para a integralidade do cuidado na APS.

Nessa direção, apresenta-se um extrato da pesquisa ‘Saúde da população LGBTQIA+ na atenção primária à saúde em Valença/RJ: barreiras e potencialidades para o cuidado integral’, registrada no sistema CEP/Conep com o CAAE 54947222.9.0000.5240, número do parecer 5.335.681, como previsto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e realizada com recursos próprios dos autores,

na qual foram entrevistados moradores LGBTQIA+ do município do interior do estado do Rio de Janeiro.

Material e métodos

Este trabalho dá voz e detalha aspectos relacionados com as vivências em saúde de algumas pessoas LGBTQIA+ na cidade de Valença, município do Sul Fluminense, herdeiro de uma vocação rural e agrícola, que experimentou seu auge econômico nos períodos da exploração agrícola cafeeira e da indústria têxtil¹¹. Atualmente, possui uma população de 68.088 pessoas habitando sua sede e 6 distritos¹² – e, assim como várias outras regiões do Brasil, traz profundas marcas do passado colonial em que se investiu na dominação dos indígenas e na escravidão¹¹.

No período da pesquisa, o setor de serviços é a principal atividade econômica e tem, na Fundação Dom André Arcoverde (FAA), mantenedora do Centro Universitário de Valença, um dos principais empregadores da cidade. Dentre os cursos superiores por ela mantidos, destaca-se o Curso de Medicina com aproximadamente 200 novos alunos por ano. Seus discentes ocupam toda a estrutura de serviços de saúde gerida diretamente pela Fundação, no caso do Hospital Escola de Valença (HEV), e pelo Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino/Saúde (Coapes) que, assinado em 2018 com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), articula a integração ensino-serviço-comunidade nas 27 unidades de APS, alcançando 90% da população^{11,13}.

Segundo a pesquisa ‘Mosaico Brasil’, em Valença, cerca de 9% dos homens se definem como gays; outros 3%, como bissexuais; e os 88% restantes, como heterossexuais. Entre as mulheres, 6% disseram ser lésbicas; 4%, ser bissexuais; e 90%, heterossexuais¹⁴. Considerada a população do município, há em torno de 7 mil pessoas que se declararam LGBTQIA+ e se beneficiariam de acolhimento qualificado e integral na APS, capaz de olhar suas especificidades, bem como de terem seus

direitos e especificidades incluídos no plano municipal de saúde, o que não acontecia no documento vigente entre 2018-2021¹¹.

Desse cenário, emergiu essa pesquisa, um estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, que se desenvolveu em duas etapas: 1) difusão em plataformas digitais de um questionário auto-aplicável elaborado no *software* Google Forms, cujo objetivo era levantar perfil socioeducativo, necessidades em saúde, busca e acesso por serviços de saúde, percepção quanto à atenção em saúde, conhecimento sobre a PNSI-LGBT³ e o Conselho Municipal LGBT; e 2) realização de entrevistas semiestruturadas¹⁵, que objetivava acessar as percepções e as experiências vividas pela população LGBTQIA+ na busca por cuidado em saúde no município de Valença/RJ, em especial, na APS.

Na primeira etapa, divulgou-se um convite para participar da pesquisa com *link* para o questionário. A mensagem foi enviada para sujeitos-semente do movimento social LGBTQIA+ escolhidos por conveniência, que, tendo em vista a técnica *snowball*¹⁶, a disseminariam a fim de atingir o maior número possível de respondentes no período de 90 dias, no qual o questionário esteve aberto. O instrumento constituía-se de 34 perguntas fechadas para seleção de uma das alternativas disponibilizadas.

A partir da planilha consolidada com as 58 respostas obtidas, excluíram-se participantes que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, menores de 18 anos, autodeclarados cisgênero e heterossexuais. Entre os 53 questionários validados, não havia sujeitos autodeclarados intersexuado nem queer, mas alguns participantes se afirmaram dentro do espectro não binário de gênero. Com base nas informações do questionário e buscando garantir a representatividade de cada grupo LGBTQIA+, consideraram-se: a autodeclaração quanto à identidade de gênero e à orientação sexual; a utilização dos serviços públicos de saúde, especialmente da APS; os marcadores sociais da diferença (cor da pele

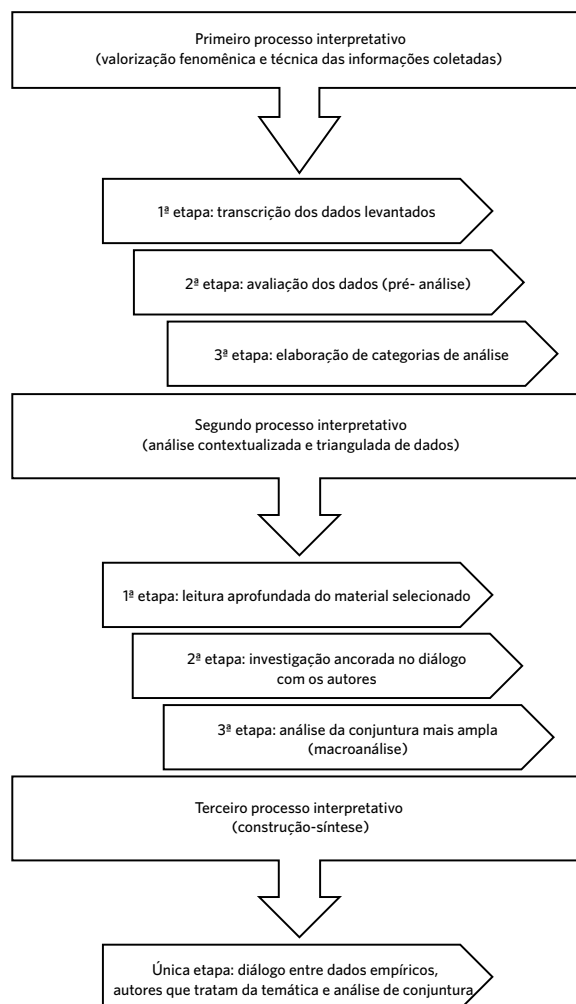
ou etnia, idade e escolaridade); a disposição em seguir na pesquisa; e ter informado contato (telefone, celular ou *e-mail*) a fim de selecionar sujeitos para a segunda etapa da pesquisa. Tais critérios de inclusão significaram um total de 29 possíveis entrevistados, dos quais conseguiu-se efetiva participação de 9 sujeitos na segunda etapa.

Nessa fase, pois, aconteceram nove entrevistas ancoradas em um roteiro semiestruturado, que possibilitou a emergência das narrativas e um processo de construção de sentidos, no qual as histórias contadas abriam espaço para outras histórias em um encadeamento em que

o enredo não era modificado e se abriam diversos caminhos para assuntos não previstos e em conexão com a pesquisa e o interesse do pesquisador para compor o relato. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Durante todo o processo foram respeitados os aspectos éticos e o projeto foi aprovado conforme Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) de número 5.335.681.

O processo de análise do material orientou-se pela proposta esquematizada na *figura 1*, sintetizada por Marcondes, Brisola¹⁷.

Figura 1. Esquema analítico



Fonte: elaboração própria com base em Marcondes e Brisola¹⁷.

No intuito de seguir o compromisso de sigilo e anonimato, os entrevistados foram identificados na pesquisa com as cores da bandeira

LGBTQIA+ proposta em 2018¹⁸. Assim, deseja-se também demarcar a importância dos símbolos das lutas por direitos (*quadro 1*).

Quadro 1. Sujeitos de pesquisa

Cor da Bandeira LGBTQIA+	Identificação	Perfil
Rosa	Rosa	Jovem, autodeclara-se mulher trans e travesti indiscriminadamente na entrevista. Nasceu e vive em Valença
Azul	Azul	Jovem, homem trans
Marrom	Marrom	Jovem, mulher trans, que se autodeclara parda
Preto	Preto	Jovem, homem cis, que se autodeclara gay e negro
Violeta	Violeta	Jovem, mulher cis, que se declara bissexual
Índigo	Índigo	Homem cis, autodeclara-se gay e branco
Verde	Verde	Participante que se declara não binário
Amarelo	Amarelo	Jovem, mulher cis, lésbica, branca e loira
Cinza	Cinza	Participante que se declara assexual

Fonte: elaboração própria.

Nesse quadro sintético dos personagens, optou-se por trazer para o artigo apenas os modos como se autodeclararam os sujeitos, que remetem àquilo que cada um prioriza no momento de se apresentar. É importante sublinhar que as identidades sexuais e de gênero se desenvolvem aconradas em inúmeros mecanismos e em diversas intersecções. A identidade é o que diferencia as pessoas como indivíduos em determinadas posições culturais, políticas e econômicas existentes em cada sociedade; e, entre as várias identidades, assumem-se também identidades sexuais ou de gênero¹⁹, as quais aparecem representando os sujeitos então categorizados na sigla LGBTQIA+.

Define-se como identidade de gênero, portanto, a percepção que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independentemente de sexo biológico²⁰. Assim se declaram os sujeitos entrevistados:

Eu sou uma pessoa muito feminina, mas a minha namorada que não é uma pessoa tão feminina... (Amarelo).

[...] me identificar como uma pessoa LGBTQIA+, né!? Um homem gay cis. (Índigo).

Eu olho pro G que é letra que eu pertença dentro da sigla... (Preto).

Eu sou uma mulher cis bissexual. (Violeta).

Agora ninguém pode me chamar de viadinho, eu sou travesti! (Rosa).

Eu sou uma mulher transtravesti. (Marrom).

Sentia que não fazia parte da realidade e então fui descobrindo que havia pessoas trans e comecei a me identificar. (Azul).

Sou um homem gay demissexual, existe uma ramificação da minha sexualidade. (Cinza).

Quando alguém me pergunta sobre minha sexualidade eu digo que bate mais com pansexual. E quanto a gênero, eu não me identifico totalmente enquanto homem, mas também não me identifico como mulher, tô nesse processo de estudar mais sobre a não-binariedade. (Verde).

Nessas falas, identificaram-se, além da percepção de si em relação aos gêneros, os direcionamentos sexuais desses sujeitos, encampados na sigla que busca representá-los também por essas suas características, portanto, incluindo lesbiandades, homossexualidades e plurissexualidades, bem como outras possibilidades de identificação em relação ao gênero e à sexualidade^{19,20}.

Trata-se de momento importante para dialogar com a estratégia de implementação de políticas identitárias resultantes da luta constituída pelos movimentos civis organizados em diálogo com o Estado, em especial, a PNSI-LGBT. Portanto, é necessário articular esse diálogo entre o que se tem como política instituída e o que se alcança na prática, objetivando aprimorar o cuidado em saúde a que todos,

todas e ‘todes’ têm como direito assegurado na Constituição Federal de 1988 (CF/88), na estrutura normativa e organizacional do SUS, no arcabouço programático da PNSI-LGBT, bem como em outras políticas identitárias ou ações para afirmação de direitos^{2,3,21}.

Resultados e discussão – O que é ter saúde para você?

Inicia-se a análise sobre o conceito de saúde para os participantes da pesquisa trazendo aquilo que emergiu nas respostas à pergunta: ‘o que é ter saúde para você?’. Assim, selecionaram-se algumas respostas, organizando-as de acordo com os sentidos no *quadro 2* a seguir:

Quadro 2. Significados de saúde

O corpo	Ausência de doença. Ter responsabilidade com o próprio corpo e obter meios para que isso seja possível. Ter imunidade boa e ficar doente poucas vezes. Livre acesso à rede pública de saúde para exames de rotina, para que meu corpo permaneça em pleno funcionamento, livre de infecções, doenças ou quaisquer coisas que não o permitam estar em pleno funcionamento. Poder ter acesso a profissionais e acessibilidade a medicamentos. Estar saudável. Estar bem e nada me limitar.
O corpo e a mente	Mentalmente em paz. Saúde para mim é estar bem fisicamente e mentalmente. Ter o corpo saudável, não somente a parte física como a mental, dentro de um equilíbrio. Gozar de bem-estar físico e mental, na medida do possível. Ter bem-estar físico e mental. Bem-estar físico e mental. Estar bem tanto física quanto mentalmente. Está bem física e psicologicamente. Bem-estar físico e mental. Estar bem orgânica, física e mentalmente. Cuidado com o corpo e a mente. Saúde é o bem-estar físico e psicológico. É ter um combo de estar saudável fisicamente e mentalmente. Se sentir bem para realizar o que deseja fazer, mentalmente e fisicamente. Equilíbrio e plenitude.
O corpo, a mente e os contextos sociais	Bem-estar biopsicossocial. Não estar doente biopsicossocial. Bem-estar físico, emocional e social. Bem-estar físico, emocional e boa qualidade de vida. É o estado de bem-estar físico e biopsicossocial. Um completo bem-estar físico, mental e social. Estar bem comigo mesmo e com o meio em que convivo. Paz de espírito, tranquilidade mental e aceitação de tudo e todos, inclusive de mim a cada momento. Qualidade de vida relacionado com aspecto, físico, mental e social. Ter saúde é mais que a ausência de doença, é ter qualidade de vida. Vida digna e acesso à saúde pública de qualidade. Estar bem com o próprio corpo, ter acesso básicos como saúde educação lazer etc. Saúde é ter bom estado físico, mental, espiritual, acesso a moradia, conforto, trabalho, educação, com orientações sobre hábitos de vida, é ter lazer e apoio socioeconômico.

Quadro 2. Significados de saúde

	Creio que ter saúde é sobre estar se sentindo bem, possuir qualidade de vida; estar com corpo e mente sã, sem nenhum fator limitador ou que me impeça de ter uma vida longa, produtiva e feliz. Possuir bem-estar completo.
Uma dimensão política	É ter acesso com facilidade ao mínimo que eu, enquanto cidadão, mereço em casos de doenças. É ter acesso aos medicamentos necessários para minha transição e ser bem atendida e respeitada no ambiente de saúde. Acesso universal as políticas públicas de saúde e todas as esferas de governo. Ter saúde, a meu ver, está ligado à qualidade de vida, o que dependerá das particularidades de cada indivíduo. Acredito que ter saúde esteja ligado também ao acesso à saúde e às políticas de saúde pública.

Fonte: elaboração própria.

Diante de um conjunto vasto de interpretações e referenciais na concepção de saúde, o primeiro bloco representa algumas respostas que se associam à concepção de saúde centrada no corpo biológico²², que, nas palavras de Cinza, tem o significado de estar com “*saúde plena, gostando de como eu durmo e acordo, como me alimento, de tudo, tá tudo muito bom assim*”. Portanto, o corpo, para estar em equilíbrio, seria objeto de ações direcionadas à manutenção e ao restabelecimento de suas funções²².

O segundo bloco representa aquelas respostas nas quais há a expressão da saúde relacionada com o bem-estar físico e mental, adotando uma perspectiva de continuidade entre o somático e o psíquico, em que corpo e mente se inter-relacionam^{22,23}. Nessa perspectiva, emerge a importância que a saúde mental vem adquirindo, tanto pelo deslocamento dos conceitos quanto pela ressignificação do sofrimento psíquico como sofrimento legítimo e passível de abordagem terapêutica²³.

Meus pais me levaram ao psiquiatra, mas não cheguei a me consultar porque ela não atendia criança e os meus pais têm muito preconceito com psiquiatra. Eles sabem que eu tenho transtorno e tomo remédio, mas acham que isso é por escolha minha. Como era muito nova eles tinham que concordar, eles só concordaram com psicólogo, psicólogo é saúde também. (Violeta).

Esse fato merece ser analisado tomando como referência as estatísticas, em que a

população LGBTQIA+ figura entre os grupos com maior prevalência de sofrimento psíquico, maior incapacidade causada pelo sofrimento e, conseqüentemente, piores desfechos em saúde, em relação direta com a discriminação enfrentada. Entre os principais diagnósticos psiquiátricos nessa população, figuram depressão, transtornos ansiosos, problemas relacionados com o uso de substâncias, transtornos alimentares e relativos à imagem corporal²⁴.

Para além dessas estatísticas, é importante trazer os relatos que traduzem o sofrimento a que estão submetidos esses sujeitos:

No ensino médio, eu já tinha certeza de quem eu sou; só que ainda assim, como é uma coisa que fica gravada na gente, ainda tinha certo preconceito com minha sexualidade. Foi quando eu tive um episódio depressivo, aí juntou tudo, escola, família, trabalho, relacionamento... (Verde).

A saúde mental... eu poderia ser menos ansioso, mas a quantidade de exercício que faço tem me ajudado, tenho ficado bem tranquilo, sentido pouca angústia. (Cinza).

Eu conhecia a X, ela me pedia várias dicas, me falava as coisas que aconteciam. Eu me vejo tanto na situação dela, eu sinto que se eu não tivesse os privilégios que eu tenho hoje eu ia tá no lugar dela. Não quero que ninguém faça isso nunca mais, não quero nenhuma travesti morrendo, se matando. Isso dói em mim! (Rosa).

Infelizmente, o suicídio é um dos desfechos previstos quando se fala sobre essas identidades dissidentes em decorrência das opressões que sobre elas incidem, correlacionando tal fato com dados que demonstram sua maior prevalência nessa categoria identitária²⁴. Vinculadas às questões de saúde mental, emergem a ideia da vigilância constante sobre as vidas LGBTQIA+ e as opressões que daí emanam, reforçadas em contextos interioranos, resultantes diretamente da discriminação e da interdição de suas vivências, pois essas

[...] pessoas tão na linha de frente, a população trans e travesti, que são espancadas e morrem, aí tem todo um julgamento da sociedade em cima daquela pessoa porque ela fez isso, as pessoas começam a questionar, levantar possibilidades como se tivessem esse poder de exercer esse questionamento da vida de outra pessoa. (Preto).

No bloco analítico seguinte, considera-se a saúde na perspectiva biopsicossocial. É interessante destacar que tal compreensão, ao considerar as questões sociais na definição de saúde, inova ao agregar essa dimensão da vida dos sujeitos no processo saúde-doença, reforçando a ideia de inexistência de uma separação entre mente e corpo e, simultaneamente, colocando o ser humano integral como afetado e constituído pela sociedade em que vive²². Ter saúde é ter “*paz de espírito, tranquilidade mental e aceitação de tudo e todos, inclusive de mim a cada momento*” (Marrom).

Por fim, aflora a indissociabilidade entre saúde e política, aproximando as pessoas do que se denomina conceito ampliado de saúde, um processo que envolve os aspectos social, político e econômico, sob influência significativa do contexto em que os sujeitos estão inseridos. Logo, a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde^{2,11,25}.

A minha saúde de maneira geral além disso [acompanhamento em hormonização] não tem nenhuma outra necessidade não. A mente volta e meia tem uma instabilidade ali, mas nada que eu não possa me aprumar e falar ‘olha garota, não é bem assim, você tá muito ansiosa, controla esses nervos’, eu acho que coisas do cotidiano que todas as pessoas passam, afinal estamos num [momento] que tá difícil pra emprego, tá difícil a questão da alimentação também, então preocupações cotidianas que assolam a mente. (Marrom).

Percebe-se, então, que, ao falar de saúde integral, é necessário atentar às necessidades para além da concepção de saúde na lógica da doença orgânica ou disfunções. Consoante ao conceito ampliado de saúde, fazer saúde demanda articulação entre diversos saberes e instituições, visando à garantia desse direito previsto na CF/88^{3,21,22}. Ademais, aponta caminhos possíveis nos quais a APS deve figurar como central na efetivação das principais políticas públicas de saúde^{4,8}.

Rumo à integralidade do cuidado: APS em destaque

Os cuidados à população LGBTQIA+ ainda se encontram fragmentados, organizados em centros especializados nas cidades de maior porte e vinculados a hospitais universitários principalmente^{5,7,9}, sendo necessário repensar nas práticas e nas redes de cuidado consoante às suas necessidades população. Nesse sentido, alcançando os mais diversos territórios, a APS desponta como local para efetivação das propostas que constam nas diretrizes e políticas pensadas para corrigir iniquidades a que essas pessoas estão sujeitas^{3,8}.

Diante da importância desse dispositivo no sistema de saúde, serão analisados alguns dos atributos da APS²⁶ que emergiram das entrevistas conforme disposto no quadro 3. Na perspectiva deste trabalho, a integralidade só será alcançada na garantia de que os atributos da APS sejam operados de modo que a análise quanto à sua presença e ao seu funcionamento seja transversal a todo o processo da pesquisa efetuada.

Quadro 3. Atributos e responsabilidades da APS

Atributos e responsabilidades da APS em saúde LGBTQIA+	
Saúde Integral	Acesso no primeiro contato (dimensões do acesso)
	Coordenação do cuidado
	Longitudinalidade do cuidado
	Capacidade de resolução dos problemas
	Orientação familiar e comunitária
	Educação em saúde
Barreiras e potencialidades	

Fonte: elaboração própria.

A APS deve ser a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e, portanto, de fácil e oportuno acesso aos serviços, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis em saúde integral²⁶. Quando o acesso está comprometido todos os fluxos de cuidado que ficam inviabilizados, pois “*se eu não tenho acesso à saúde, como tentar buscar ajuda, mesmo que na saúde pública? É onde eu tenho acesso desde sempre*” (Preto).

Assim, é necessário lançar luz sobre o acesso das pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde⁴. Partindo do princípio da integralidade do cuidado, é urgente conferir a elas a atenção necessária de modo a reparar iniquidades e

discutir os pormenores da saúde dessa população, o acesso, o acolhimento, a forma que o SUS trabalha com essa população como as demandas específicas dela. (Índigo).

Do contrário, ocorrerá a vários outros sujeitos a mesma situação que sucedeu a Marrom.

[...] eu já venho correndo atrás [da hormonização] há praticamente 2 anos; dei início na Bahia e foi extremamente difícil porque a minha cidade era uma cidade que não oferecia acessibilidade nenhuma, então eu tive que ir pra capital. (Marrom).

Verifica-se prejudicada a primeira dimensão do acesso caracterizada pela ausência física de serviços, equipamentos e recursos humanos no local apropriado e quando são necessários²⁷.

Desse modo, tanto por questões geográficas quanto em decorrência das exigências protocolares do processo transexualizador, a ampliação do acesso prevista na PNSI-LGBT ainda não se concretizou porque, mesmo na capital,

[...] eles falaram pra mim que ia precisar de um laudo do psicólogo, não disponibilizavam o psicólogo lá porque eu não era da capital. No SUS foi muito complicado achar um psicólogo; particular eu não tinha condições de pagar na época. (Marrom).

Aqui desponta outra dimensão do acesso, a capacidade de pagamento, que compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos²⁷, englobando o debate do financiamento do sistema de saúde, relacionando-se com alguns determinantes sociais da saúde, tais como renda e empregabilidade^{25,27}.

Já a aceitabilidade é a dimensão do acesso que compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades, sendo a dimensão menos tangível e mais difícil de ser avaliada, pois se relaciona com muitos fatores subjetivos, sociais e culturais da relação entre os usuários e os serviços. Além disso, tem como ponto-chave o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços²⁷, o que não acontece nas relações com a diversidade, como diz Amarelo:

Das vivências a que mais me marcou foi uma ida à ginecologista. Chegou aquela parte da anamnese que ela faz aquelas perguntas básicas e eu respondi que eu não era hetero. Aí a consulta mudou completamente, me deixou desconfortável o tempo todo, foi péssimo. (Amarelo).

O desconforto, a desconfiança quanto ao sigilo e o medo dos preconceitos surgem também na decisão de buscar serviços de saúde distantes dos locais de moradia, o que se radicaliza em uma cidade pequena. Verde se refere a essa dimensão do acesso ao narrar sua relação com a unidade de saúde do bairro onde sempre morou em Valença e sua motivação para não frequentar tal serviço para cuidados em saúde sexual, valendo-se de outro equipamento da rede.

Sempre fui muito bem atendido, mas nunca entrei em questão de sexualidade, gênero, nada; é um bairro onde todo mundo se conhece, conhece toda a minha família e tals... Então eu vi que poderia ser HPV e então eu quis falar com alguém que não tivesse qualquer proximidade com a minha família, então eu fui na Casa Coletiva. (Verde).

Por fim, tem-se a informação como dimensão essencial para a compreensão das demais analisadas. A assimetria de informação, quando uma das partes do sistema possui conhecimentos que outras partes do sistema não detêm, inviabiliza o acesso de forma adequada e prejudica a efetividade do cuidado²⁷. A despeito do que está previsto na PNSI-LGBT e dos princípios do SUS^{3,21}, percebe-se que as informações sobre direitos, políticas e serviços em saúde circulam pouco e mal, remetendo à invisibilização desse grupo populacional.

Estou há quase cinco anos na cidade de Valença e pude conhecer várias pessoas LGBTQIA+, ter mais contatos com homens gays; pude perceber a falha de informação em relação às IST, falta de informação relacionada à PrEP e PEP. Acredito que poderia ser pensado em maneiras de fazer com que

a informação chegasse a todos, agora falo sobre isso até com pessoas não LGBTQIA+. (Preto).

Várias dessas características do acesso retratam as desigualdades que se perpetuam na nossa estrutura social. Então, na perspectiva do acesso, pode-se dizer que as narrativas desta pesquisa se conectam à situação geral do sistema saúde que, apesar dos avanços, permanece iníquo²⁸. Aqueles que mais necessitam dos serviços públicos de saúde são justamente os que se concentram nos grupos sociais menos privilegiados da sociedade, como a população LGBTQIA+, e são eles mesmos que têm menor probabilidade de utilizar esses serviços pelas inúmeras barreiras existentes^{3,28}.

Outro atributo importante da APS é a coordenação do cuidado²⁶, entendido a partir do conceito ampliado de saúde, como emerge nas palavras de Índigo:

[É preciso] pensar também nas questões de vulnerabilidade, a gente precisa do trabalho intersetorial com a assistência [social]. Tem pessoas que não têm casa, pessoas trans e pessoas homossexuais que vão ser expulsas de casa e aí eu acho que o trabalho intersetorial é importante pra pensar essas questões de vulnerabilidade social, violência familiar. Por isso eu acho que talvez, se a gente tivesse alguma capacitação, pelo menos a gente daria conta de fazer o nosso papel de coordenar o cuidado dessas pessoas. (Índigo).

Nessa direção, consoante ao previsto nas atribuições da APS, trata-se de ordenar e reorientar o modelo de atenção à saúde tanto naquilo que remete à clínica *stricto sensu* quanto no que se refere à promoção da saúde e à saúde integral²⁶.

Muitas condições referentes à saúde da população LGBTQIA+ poderiam ser acolhidas na APS, conforme já ocorre em alguns municípios brasileiros que organizaram linhas de cuidado em saúde LGBTQIA+ com seguimento longitudinal e estruturadas na APS^{29,30}. Uma crítica ao processo transexualizador instituído no âmbito do SUS consiste justamente em não

haver previsão de que a hormonização possa também ser realizada na APS com profissionais capacitados para esse cuidado^{9,29,30}.

Ofertar um cuidado integral à saúde exige conhecer bem todos aqueles que chegam ao serviço. No relato de Rosa, “*a gente não tem como chegar num posto de saúde e dizer ‘Olha, você vai me ajudar a fazer minha hormonização?’ porque hoje isso não é possível*”. Isso demonstra a necessidade de ampliação do acesso e, principalmente, da possibilidade de um diálogo claro acerca daquilo que facilita e/ou dificulta a garantia do direito à saúde na APS, mas não apenas nesse nível de atenção^{4,31}.

Nesse sentido, Índigo expressa sua motivação para aquisição de novas habilidades em relação aos cuidados que disponibilizam aos usuários LGBTQIA+ na APS e, também, as reflexões acerca das práticas em saúde já institucionalizadas que daí advêm:

Eu tenho aprendido muito com casos de pessoas trans que eu tenho apoiado no momento. E eu aprendo que surgem necessidades que agora eu sei que preciso estar atento, como a necessidade de laudo pra conseguir a cirurgia de retirada da mama, ou de colocação da mama, e aí encaminhar pra psiquiatria; talvez isso caia, tomara que não seja mais necessário. Enfim, saber organizar isso de antemão pra oferecer pro paciente. (Índigo).

Índigo percebe que a importância de assumir um papel de facilitador da longitudinalidade do cuidado, ampliando sua capacidade de resolução de problemas e coordenando o processo^{4,26}. Entretanto, ficam claros os limites na APS tendo em vista os rígidos protocolos instituídos para que alguns sujeitos tenham acesso às intervenções que necessitam, como a ‘psiquiatrização’ da transexualidade expressa nos laudos médicos e/ou psicológicos, que condicionam a possibilidade ou não das modificações corporais^{9,31}.

Merece destaque, no entanto, que são urgentes os processos de sensibilização e de educação permanente dos profissionais de saúde de maneira institucionalizada e contínua

para o cuidado integral à saúde LGBTQIA+, na medida em que o próprio Índigo demonstra certo despreparo na abordagem de mulheres lésbicas.

A maioria dos usuários do SUS que me vem à cabeça com essa pergunta são as mulheres lésbicas. [...] o fato de uma delas nunca ter tido sexo com penetração; e aí a questão da coleta do preventivo que não é necessária. [...] a gente precisa orientar uma outra forma de fazer prevenção de IST que tem algumas particularidades; por outro lado, elas têm menos risco de várias IST porque é um sexo com menos fluidos contaminados. (Índigo).

Com informações parcialmente baseadas em evidências e dificuldade de compreensão das necessidades em saúde das mulheres lésbicas, o que também acontece no caso das mulheres bissexuais, há grande chance de o resultado ser um cuidado de qualidade inferior e o afastamento dessas pessoas dos serviços de saúde.

A despeito, pois, do preconizado em políticas públicas de saúde, prevalece ainda a omissão dos responsáveis pela implementação de ações direcionadas a conferir maior qualidade de atenção à saúde dessa população. Isso se dá em sentido contrário ao disposto no plano operativo da PNSI-LGBT, um dos principais instrumentos na busca por saúde integral das pessoas LGBTQIA+³, que traz em seu texto:

O plano insere-se na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, considerando que a integralidade das ações depende da atuação de equipes interdisciplinares, prestando serviços de forma contínua às pessoas no seu contexto e atuando na qualidade de vida, na promoção da saúde, na prevenção, vigilância em saúde, na atenção básica e atenção especializada³⁽²⁸⁾.

Tal omissão, além de ferir diretrizes programáticas, interdita o acesso à saúde integral desse grupo populacional, acarretando piores resultados em saúde. Como consequência,

problemas comuns passíveis de serem acompanhados pela APS em suas tradicionais e implementadas linhas de cuidado deixam de receber o cuidado adequado; portanto, negligenciados, contribuem para maior carga de sofrimento e piores índices de saúde nessa população^{6,31}.

Não obstante as violências, as invisibilizações e as opressões, as pessoas LGBTQIA+ insistem na potência de viver, como aponta Índigo ao falar da experiência de X, a qual considera síntese da identidade-força que move o ser e da pouco explorada existência na cena rural:

[...] nesse lugar da pessoa que é pobre e tem um outro nível sociocultural, as forças do ser trazem isso, ela bota um vestido e se prepara mesmo morando nessa casa pobre na fazenda. Isso surge, isso encontra caminhos. (Índigo).

Conclusões

A APS é uma importante estratégia do Estado para a efetivação do direito à saúde previsto na CF/88 por consistir em um dos principais equipamentos da rede de saúde pública. Portanto, é fundamental compreender seu papel na consolidação do SUS como política de Estado considerando seus princípios e diretrizes.

É nesse nível de atenção que várias ações podem ser adotadas para realmente alcançar a integralidade no cuidado em saúde. Apesar disso, pouco se tem investido na capacidade da APS para acolhimento da população LGBTQIA+. Há algumas experiências interessantes em cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, e alguns profissionais que atuam nesse nível de atenção que desenvolvem o cuidado à população LGBTQIA+ de maneira singular. Entretanto, ainda há muito a fazer para que

se garanta a universalidade e a qualidade do cuidado a todos que têm na APS seu principal referencial em saúde.

A APS possui a capilaridade necessária para alcançar a grande maioria das pessoas em quaisquer territórios que estejam vivendo, ao contrário da estratégia centralizada em serviços especializados de atenção à saúde à população LGBTQIA+ localizados nas grandes cidades. O acesso a tais serviços, concentrados em poucos municípios, configura importante barreira na efetivação da saúde integral para pessoas LGBTQIA+.

Durante o percurso do estudo, deparou-se com diversos obstáculos ao cuidado em saúde desses sujeitos. Todavia, encontraram-se também pistas que indicam uma mudança de paradigma na atenção à saúde da população LGBTQIA+ na práxis de profissionais que se propõem ao cuidado integral, a despeito das limitações do sistema público de saúde.

Em especial, no cenário pesquisado, os desafios são redimensionados em decorrência dos marcadores sociais e do seu *modus operandi* em um contexto interiorano. Há ainda muitas lutas a vencer, assim, é necessário empoderar a população LGBTQIA+ na busca por seus direitos. Ademais, é importante cobrar a efetiva implementação da PNSI-LGBT e, assim, caminhar rumo à universalidade da atenção e à integralidade do cuidado.

Colaboradores

Magalhães CRS (0000-0003-3473-6596)* contribuiu para concepção e desenho, coleta, análise e interpretação dos dados e produção textual do manuscrito. Castro AM (0000-0003-1190-5828)* contribuiu para análise crítica das informações, produção textual e revisão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate*. 2019; 43(43esp):305-323.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.803/GM, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 20 Nov 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
4. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2013; 37(98):516-524.
5. Bueno NS, Gomes AJR, Carvalho CS, et al. Os desafios no acesso à saúde da comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais no Brasil: uma revisão integrativa. *Braz. J. Hea. Rev*. 2020; 3(4):8524-8538.
6. Hafeez H, Zeshan M, Tahir MA, et al. Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a literature review. *Cureus*. 2017; 9(4):1184.
7. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(5):1509-1520.
8. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2012; 32(3):552-563.
9. Loria GB, Faig Canesin GM, Silva GM, et al. Saúde da população LGBT+ no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e Comunidade/Saúde de Mental em uma universidade pública. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2019; 14(41):1807.
10. Brasil. Lei nº 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. 1990. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
11. Valença. A cidade. Valença. [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://www.valenca.rj.gov.br/contact/>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Valença. [Rio de Janeiro]: IBGE; [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/valenca/panorama>.
13. Associação Nacional das Universidades Particulares. Ano marcante para o curso de medicina de CESVA/FAA. Brasília, DF: Anup.; 2018 [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://anup.org.br/noticias/ano-marcante-para-o-curso-de-medicina-do-cesva-faa/>.
14. Abdo CHN. Mosaico Brasil. Projeto Sexualidade (proSex). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: http://sites2.uai.com.br/tva/ja2/projeto_mosaico_brasil_coletiva_rj_mg.pdf.
15. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.
16. Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa. *Rev. Cien. Emp.* 2021; 22(1):105-117.
17. Marcondes NAV, Brisola EMA. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. *Rev. Univap*. 2014; 20(35):201-208.
18. Diversity Bbox Consultoria de diversidade. Bandeiras: definida como símbolo visual representativo de um povo. Diversity Bbox. [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://www.diversitybbox.com.br/pt-br/definicao-de-bandeira>.

- so em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://diversitybox.com/bandeiras/>.
19. Nemi Neto J. Questões de identidade(s) de gênero(s) e orientação sexual: uma abordagem através da pedagogia queer. *Rev. Espaço Acad.* 2015; 14(168):27-34.
 20. Jesus JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. 2. ed. Brasília, DF: EDA/FBN; 2012.
 21. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
 22. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca de reorientação das práticas. *Hum. Growth Dev.* 2016; 26(1):11-16.
 23. Castro MG, Andrade TMR, Muller MC. Conceito de mente e corpo através da história. *Psicol. Estud.* 2006; 11(1):39-43.
 24. Ciasca SV, Hercowitz A, Junior AL. Saúde LGBTQIA+: práticas do cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole; 2021.
 25. Anais da 8. Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar. 17-21; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
 26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
 27. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2012; 31(3):260-268.
 28. Iturri JA. Acesso e integralidade da atenção. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2014; 8(1):85-90.
 29. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. São Paulo, SP: SMS; 2023.
 30. Chen S, Loshak H. Primary care initiated gender-affirming therapy for gender dysphoria: a review of evidence based guidelines. Ottawa: CADTH; 2020. [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://www.cadth.ca/primary-care-initiated-gender-affirming-therapy-gender-dysphoria-review-evidence-based-guidelines>.
 31. Lionço T. Que direitos à saúde para a população GLBT? Considerando Direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc.* 2008; 17(2):11-21.

Recebido em 15/11/2023
Aprovado em 20/12/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Diádiney Helena de Almeida