



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
COORDENAÇÃO ESPECIAL DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE III/CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A SAÚDE
DE PESSOAS LGBTQIA+**

SÃO LUÍS, MA

ABRIL - 2026

CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A SAÚDE
DE PESSOAS LGBTQIA+**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Sara Fiterman Lima

SÃO LUÍS, MA

ABRIL - 2026

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

Abreu, Carla Michelle Rodrigues.

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A
SAÚDE DE PESSOAS LGBTQIA+ / Carla Michelle Rodrigues

Abreu. - 2026.

108 f.

Orientador(a): Sara Fiterman Lima.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São
Luís - Ma, 2026.

1. Minorias Sexuais e de Gênero. 2. Atenção Primária
À Saúde. 3. Profissionais de Saúde. 4. Estratégia da
Saúde da Família. I. Lima, Sara Fiterman. II. Título.

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A SAÚDE
DE PESSOAS LGBTQIA+**

CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Sara Fiterman Lima
Orientador
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Arthur Furtado Bogéa
Examinador Externo
Centro Universitário Santa Terezinha - CEST

Prof. Dra. Luciana Batalha Sena
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Leidy Janeth Erazo Chavez
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a Deus, fonte de força e esperança durante toda essa caminhada. Aos meus pais, Maria Lígia e Carlos Augusto, por me ensinarem, por meio do amor, que ser quem sou é motivo de orgulho. Escrever sobre a saúde da população LGBTQIA+ é, para mim, escrever sobre vida, cuidado e a possibilidade de existir com dignidade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por ter sido minha força durante toda essa caminhada, por me sustentar nos momentos de incerteza e cansaço e por ter sido meu abrigo e minha fonte de esperança ao longo de todo o processo de construção deste trabalho. Sua presença foi essencial para que eu pudesse seguir em frente, mesmo diante dos desafios.

Aos meus pais, Maria Lígia e Carlos Augusto, expresse minha mais profunda gratidão por todo o amor, cuidado e incentivo ao longo da minha vida. Desde muito cedo, vocês me ensinaram que a educação seria a grande chave de transformação da minha trajetória. Obrigada por acreditarem em mim, por me apoiarem incondicionalmente e por nunca medirem esforços para que eu pudesse alcançar meus sonhos. Este trabalho também é de vocês.

À minha irmã, Bianca Rodrigues, por ser minha melhor amiga, meu apoio constante e meu porto seguro. Obrigada pelo companheirismo, pela escuta atenta, pelas palavras de incentivo e por estar presente, especialmente nos momentos de fragilidade. Sua presença foi fundamental para que eu pudesse atravessar essa jornada com mais leveza.

À minha orientadora, professora Sara Fiterman, agradeço imensamente pelo acolhimento, pela sensibilidade e pela confiança ao longo de todo o percurso. Suas palavras, orientações e reflexões foram muito além da escrita deste trabalho, contribuindo significativamente para meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal. Obrigada por todo o direcionamento, pelas trocas e pelo cuidado na condução deste processo, que ultrapassaram a elaboração desta pesquisa e marcaram profundamente minha formação.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA), agradeço pela oportunidade de realizar esta pós-graduação em uma instituição pública comprometida com a produção do conhecimento científico, com a pesquisa e com a transformação social.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFMA) e a todo o corpo docente, minha gratidão pelas contribuições teóricas, metodológicas e críticas que foram fundamentais para a construção deste trabalho e para minha formação enquanto pesquisadora comprometida com o Sistema Único de Saúde e com a equidade em saúde.

À Secretaria Municipal de Saúde do município de São Luís, agradeço pela autorização e apoio institucional para a realização desta pesquisa, possibilitando o acesso aos serviços e aos profissionais de saúde.

Às diretoras das Unidades Básicas de Saúde Bezerra de Menezes, São Francisco, Centro e Liberdade, agradeço pela receptividade e colaboração, assim como a todos os profissionais de saúde que aceitaram participar deste estudo. A disponibilidade e as contribuições de cada um foram essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao grupo de orientação da professora Sara, expresso minha gratidão pelas trocas, pelo apoio e pela construção coletiva ao longo deste percurso. Em especial, agradeço a Livia, Idalina, Layza, Marcus, Ellen, Júlia, Eduarda, Brenda, Fabiana, Juliana e Yasmin, por toda a ajuda, parceria e colaboração durante os processos de coleta de dados, análise e escrita dos resultados. A caminhada foi mais rica e significativa por ter sido compartilhada com vocês.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho e para a conclusão desta importante etapa da minha trajetória acadêmica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

AGLEPS - Associação de Gays, Lésbicas e Profissionais do Sexo.

ALGBT - Associação Lésbica e Gay de Brasília.

ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais.

APS - Atenção Primária à Saúde.

AMATRA - Associação Maranhense de Travestis e Transexuais.

CID - Classificação Internacional de Doenças.

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

GGB - Grupo Gay da Bahia.

LEMA - Grupo Lésbico do Estado do Maranhão.

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não binários e outras minorias sexuais e de gênero.

ODCH - Organização dos Direitos e da Cidadania de Homossexuais.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde.

PNSI-LGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

PSF - Programa Saúde da Família.

SEDHPOP - Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Participação Popular.

SEDIHPOP - Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Promoção da Igualdade.

SOMOS - Grupo de Afirmação Homossexual, precursor da luta homossexual no Brasil.

SUS - Sistema Único de Saúde, sistema de saúde pública do Brasil.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1. Caracterização da equipe multiprofissional. São Luís-MA, 2026.....	56
---	----

RESUMO

Introdução: Apesar dos avanços na criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, as necessidades de saúde da população LGBTQIA+ ainda são desconhecidas por grande parte dos profissionais de saúde. Sem atendimentos adequados, lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgêneras tendem a resistir a buscar suporte qualificado. Nesse contexto, torna-se fundamental que os profissionais desenvolvam habilidades e competências para compreender e valorizar as reais necessidades dessa população. **Objetivo:** Analisar as percepções e atitudes de profissionais da Atenção Primária em relação à saúde da comunidade LGBTQIA+. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e analítico, realizado entre outubro de 2025 a janeiro de 2026 na UBS Bezerra de Menezes, UBS São Francisco, UBS do Centro e UBS da Liberdade, localizadas no em São Luís – MA, com profissionais da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu por meio de grupo focal, utilizando um questionário estruturado para informações sociodemográficas e trajetória profissional e um roteiro semiestruturado de entrevistas. As entrevistas foram transcritas e analisadas segundo a Análise Temática, conforme a perspectiva de Braun e Clarke. **Resultados:** A partir da análise das falas, emergiram três categorias principais: a primeira, Compreensão conceitual sobre identidade de gênero e orientação sexual, é composta por três núcleos de sentido: Desconhecimento das siglas LGBTQIA+ e de seus significados, gerando incompreensão sobre a diversidade sexual e de gênero; Contraste quanto à compreensão da orientação sexual como “opção sexual; Associação de gênero à aparência, vestimenta ou comportamento. A segunda, Atitudes e posicionamentos dos profissionais frente à população LGBTQIA+, é constituída por três núcleos de sentido: Percepção e reconhecimento do preconceito no cuidado à população LGBTQIA+; Influência de crenças pessoais, religiosas, morais ou culturais; Reconhecimento do dever ético-profissional no atendimento. E a terceira, Vivências no atendimento à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde, é composta por quatro núcleos de sentidos: A invisibilidade programada: relatos de pouca ou nenhuma vivência; O reducionismo clínico: atendimento centrado na queixa e na patologização; Condutas marcadas por insegurança, hesitação e atitudes excludentes; A APS como porta de entrada: potencialidades e limitações no acolhimento. **Considerações finais:** As falas dos participantes evidenciam confusão conceitual, constrangimento ao abordar a temática e resistência na utilização correta de pronomes e nomes sociais, revelando fragilidades tanto no campo técnico quanto no cumprimento dos direitos humanos e legais. A influência de valores morais e religiosos pessoais demonstra-se como elemento limitador para a prática profissional orientada pelos princípios éticos e pela universalidade do SUS. **Palavras-chaves:** Minorias Sexuais e de Gênero; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de Saúde; Estratégia da Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Despite advances in the creation of the National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites, and Transsexuals, the health needs of the LGBTQIA+ population are still unknown to a large part of health professionals. Without adequate care, lesbians, gays, bisexuals, and transgender people tend to resist seeking qualified support. In this context, it becomes fundamental that professionals develop skills and competencies to understand and value the real needs of this population. **Objective:** To analyze the perceptions and attitudes of Primary Care professionals regarding the health of the LGBTQIA+ community. **Method:** This is a qualitative, descriptive, and analytical study, carried out between October 2025 and January 2026 at the Bezerra de Menezes Primary Health Care Unit, São Francisco Primary Health Care Unit, Centro Primary Health Care Unit, and Liberdade Primary Health Care Unit, located in São Luís – MA, with professionals from the Family Health Strategy. Data collection was carried out through a focus group, using a structured questionnaire for sociodemographic information and professional trajectory, and a semi-structured interview guide. The interviews were transcribed and analyzed according to Thematic Analysis, following the perspective of Braun and Clarke. **Results:** From the analysis of the statements, three main categories emerged: the first, Conceptual understanding of gender identity and sexual orientation, is composed of three core meanings: Lack of knowledge of the acronym LGBTQIA+ and its meanings, generating misunderstanding about sexual and gender diversity; The first part, "Attitudes and Positions of Professionals Towards the LGBTQIA+ Population," is composed of three core meanings: Perception and Recognition of Prejudice in the Care of the LGBTQIA+ Population; Influence of Personal, Religious, Moral, or Cultural Beliefs; Recognition of Ethical-Professional Duty in Care. The second part, "Experiences in the Care of the LGBTQIA+ Population in Primary Health Care," is composed of four core meanings: Programmed Invisibility: Accounts of Little or No Experience; Clinical Reductionism: Care Centered on Complaint and Pathologization; Conducts Marked by Insecurity, Hesitation, and Exclusionary Attitudes; Primary Health Care as an Entry Point: Potentialities and Limitations in Reception. **Final Considerations:** The participants' statements reveal conceptual confusion, embarrassment when addressing the topic, and resistance in the correct use of pronouns and social names, revealing weaknesses both in the technical field and in the fulfillment of human rights. legal. The influence of personal moral and religious values proves to be a limiting element for professional practice guided by ethical principles and the universality of the SUS (Brazilian Unified Health System).

Keywords: Sexual and Gender Minorities; Primary Health Care; Health Professionals; Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETO DE ESTUDO, PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS	19
3.1	Objeto	19
3.2	Pressupostos	19
3.3	Objetivo Geral	19
3.4	Objetivo Específico	19
4	REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1	Diversidade sexual e de gênero	20
4.2	Significados da Sigla LGBTQIA+	22
4.3	Panorama da Comunidade LGBTQIA+ no Brasil	23
4.4	Panorama da Comunidade LGBTQIA+ no Estado do Maranhão	29
4.5	Interseccionalidade raça, gênero e sexualidade	32
4.6	Saúde da População LGBTQIA+ no Brasil	34
4.7	Saúde da População LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde	37
4.8	Competências Culturais na Prática Profissional em Saúde para Populações LGBTQIA+	40
5	METODOLOGIA	44
5.1	Tipo de Estudo	44
5.2	Local e período de Estudo	44
5.3	População do Estudo	45
5.4	Procedimentos de Coleta de Dados	45
5.5	Análise dos dados	48
5.6	Aspectos Éticos e Legais	49
6	RESULTADOS	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICOS E DE TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	98
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GRUPO FOCAL	100
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA 105

1. INTRODUÇÃO

A garantia dos direitos sociais e de saúde das diversas identidades sexuais e de gênero, incluindo Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e outras minorias sexuais e de gênero (LGBTQIA+), tem enfrentado obstáculos significativos tanto em nível internacional quanto em nações como o Brasil, em que a saúde é um direito constitucional e universal (Miskolci et al., 2022).

Diante das diversas necessidades e particularidades da comunidade LGBTQIA+ no acesso a um atendimento de saúde equitativo, destaca-se a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), estabelecida em 1º de dezembro de 2011 por meio da Portaria nº 2.836 do Ministério da Saúde. A PNSI-LGBT representa um esforço na luta contra a LGBTfobia e na defesa dos direitos dessa comunidade (Brasil, 2013).

Além disso, busca impulsionar iniciativas e políticas que visem proteger os indivíduos LGBTQIA+ contra diversas formas de violência, bem como combater sua invisibilidade no sistema (Brasil, 2013). Sua formulação seguiu as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) e que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3) (Souza; Helal, 2015).

Entretanto, apesar dos avanços na criação da PNSI-LGBT, as necessidades de saúde da população LGBTQIA+ ainda são desconhecidas por grande parte dos profissionais de saúde. Sem atendimentos adequados, lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgêneras resistem, cada vez mais, a buscar suporte qualificado em saúde. Entre as reclamações desse grupo, encontra-se a heterocissexualidade assumida. A relação entre usuário e profissional fica prejudicada e, dessa forma, outros prejuízos são causados ao cidadão. Destaca-se ainda a pobreza da comunicação, fator diretamente conectado ao silenciamento de questões relacionadas à sexualidade, à promoção e à prevenção em saúde (Melo et al., 2020).

A resistência da comunidade LGBTQIA+ em acessar serviços de saúde é multifacetada, sendo influenciada por fatores psicossociais e estruturais. Medo, vergonha e experiências prévias adversas contribuem para essa resistência. A percepção ou ocorrência de discriminação por parte dos profissionais de saúde, aliada a preocupações econômicas, pode dificultar o acesso a cuidados médicos. Para mitigar esse fenômeno, intervenções devem abordar tanto questões individuais quanto sistêmicas. Uma abordagem inclusiva e culturalmente competente por parte dos profissionais de saúde é essencial para criar um ambiente acolhedor e seguro, promovendo assim o acesso equitativo aos serviços de saúde

para todos os membros da comunidade LGBTQIA+, independentemente de sua identidade de gênero ou orientação sexual (Sousa; Sousa, 2021).

Em estudo desenvolvido por Nogueira e Aragão (2019), evidenciou a necessidade de trabalhos éticos-estéticos na saúde, dissociados de juízos de valor, comprometidos com a supressão do preconceito, discriminação e violência, incluindo a institucional. Investimentos em treinamento e capacitação dos profissionais de saúde são fundamentais para garantir que estejam sensibilizados e humanizados no atendimento às populações vulneráveis, sendo possível o estabelecimento do vínculo, contribuindo para a garantia e reconhecimento dos direitos, para promoção da cidadania, exercendo a produção de saúde e ampliando o acesso aos dispositivos disponíveis não só para esses, mas para todos os sujeitos.

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades e competências que lhes permitam compreender e valorizar as reais necessidades da população sob seus cuidados. Isso demanda a criação de um ambiente acolhedor que promova a construção de vínculos e uma relação profissional-usuário aberta, especialmente considerando o contexto marcado por estigmas, discriminação e receios enfrentados por aqueles que buscam os serviços de saúde. É essencial que essa abordagem contemple o rompimento com a violência institucionalizada, o respeito às singularidades individuais e a desconstrução de todas as formas de violência, exclusão e discriminação enfrentadas pela população LGBTQIA+ (Silva; Gomes, 2021).

2. JUSTIFICATIVA

Historicamente, a população LGBTQIA+ enfrenta estigmas, discriminação e violências que repercutem na saúde e na qualidade de vida, produzindo barreiras para acessar serviços de saúde. Essa vulnerabilização se expressa também no cenário institucional, com crescimento e persistência de denúncias oficiais relacionadas à LGBTQIA+fobia, evidenciando a urgência de respostas públicas que se traduzam em proteção e cuidado nos territórios.

De acordo com o Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, o Disque 100 registrou 2.536 denúncias entre janeiro e maio deste ano, em comparação com 565 no mesmo período de 2022, o que representa um aumento de 303%. Em relação às formas de violação, os maiores registros estão associados à integridade psíquica e física das vítimas, com 6,5 mil e 2,7 mil ocorrências, respectivamente. No que diz respeito ao perfil das vítimas, gays, lésbicas e bissexuais foram os grupos mais afetados nesse período, com cerca de 4 mil, 3 mil e 1,9 mil violações registradas, respectivamente, nos cinco primeiros meses do ano (Brasil, 2023).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica por constituir a principal porta de entrada e por coordenar o cuidado. Contudo, a efetivação de um atendimento equânime à população LGBTQIA+ permanece desafiada por obstáculos cotidianos no acolhimento e na comunicação, em tensão com diretrizes do Ministério da Saúde, e da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, o que torna ainda mais relevante compreender como tais direitos são incorporados, ou negligenciados, nas práticas da APS.

Tal descompasso entre política e prática pode ser explicado em parte, por fragilidades na formação e no desenvolvimento profissional, pois observa-se que durante a formação acadêmica, não estão inclusas na grade curricular disciplinas específicas sobre a saúde dessa população. Esta lacuna na educação, pode impactar na qualidade de vida dessa população, uma vez que os profissionais podem não estar adequadamente preparados para atender às suas necessidades individuais. Além disso, na APS, a presença de preconceito/discriminação e o atravessamento de valores morais e religiosos no cuidado, reforçando que não se trata apenas de “falta de informação”, mas de disputas normativas que incidem sobre o cotidiano do serviço.

A escolha pela temática da saúde da população LGBTQIA+ nasce, sobretudo, do meu percurso pessoal e das experiências que atravessam minha existência enquanto mulher bissexual. Ao longo da vida, vivenciei situações de invisibilização, questionamento e

silenciamento que evidenciam como as identidades dissidentes ainda enfrentam barreiras simbólicas e concretas nos diferentes espaços sociais, inclusive nos serviços de saúde. Essas experiências não são isoladas, mas refletem uma realidade compartilhada por muitas pessoas LGBTQIA+, marcada por desigualdades no acesso, no acolhimento e na qualidade do cuidado. Meu envolvimento com o tema, portanto, ultrapassa um interesse acadêmico e se fundamenta em um compromisso ético e político com a promoção da equidade, da dignidade e do reconhecimento dessas existências. Ao assumir esta pesquisa, reconheço também a importância da reflexividade constante sobre meu lugar enquanto pesquisadora e integrante da população estudada, buscando assegurar rigor, sensibilidade e responsabilidade na construção do conhecimento.

Assim, ao analisar as percepções e atitudes de profissionais da APS em relação a saúde de pessoas da comunidade LGBTQIA+, esta pesquisa torna-se relevante por permitir acessar dimensões concretas de como os profissionais lidam com as demandas, direitos e necessidades de cuidado dessa população no âmbito dos serviços de APS, e de como produzem o seu cuidado no cotidiano dos serviços. Dessa forma, justifica-se oferecer subsídios para reflexões sobre a equidade e o cuidado nesse nível de atenção do SUS, que deve ser espaço privilegiado de vínculo e coordenação do cuidado.

Além disso, ao abordar uma temática ainda insuficientemente consolidada em parte da produção aplicada aos serviços, a pesquisa contribui para fortalecer a discussão acadêmica sobre diversidade, direitos e atenção à saúde. Por fim, esta investigação se ancora em um compromisso ético com a promoção de cuidado inclusivo e acolhedor, em consonância com os direitos humanos e com o enfrentamento das desigualdades que atravessam a vida e a saúde da população LGBTQIA+.

3. OBJETO, PRESSUPOSTO E OBJETIVOS

3.1 Objeto de estudo

O objeto de estudo dessa pesquisa são as percepções e atitudes dos profissionais da APS em relação ao cuidado de saúde direcionado à população LGBTQIA+.

3.2 Pressupostos

Partimos do pressuposto que persistem lacunas na compreensão das atitudes de profissionais da APS frente às necessidades específicas dessa população.

Considera-se, ainda, que valores, crenças e a cultura social influenciam a prestação da assistência e que a insuficiência de preparo profissional pode comprometer um acolhimento inclusivo e respeitoso, favorecendo a fragmentação do cuidado ofertado à população LGBTQIA+.

3.3 Objetivo geral

Analisar as percepções de profissionais da Atenção Primária em relação à saúde da comunidade LGBTQIA+.

3.4 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais participantes do estudo;
- Analisar a compreensão dos profissionais sobre as necessidades de saúde da população LGBTQIA+;
- Identificar atitudes e posicionamentos dos profissionais da APS frente ao cuidado à população LGBTQIA+ a partir de seus discursos;
- Conhecer dificuldades e estratégias adotadas pelos profissionais para o cuidado dessa população no contexto da APS.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Diversidade sexual e de gênero

O sexo biológico refere-se à classificação das pessoas como machos, fêmeas ou intersexo, com base em características orgânicas, como cromossomos, níveis hormonais, anatomia sexual, órgãos reprodutivos e genitais. No caso das pessoas intersexo, há a presença de características sexuais congênitas que não se enquadram nos padrões médicos e sociais tradicionalmente definidos como femininos ou masculinos, o que pode resultar em experiências de estigma, discriminação e violência.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida, e engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem sempre todas elas são vividas ou expressas.

O estudo da sexualidade demonstra que, ao redor dos nossos corpos, estão os modos como percebemos, sentimos, definimos, entendemos e, acima de tudo, praticamos os afetos e o sexo propriamente dito. Isso significa dizer que a sexualidade humana vai muito além dos fatores meramente físicos, pois é transpassada por concepções, valores e regras sociais que determinam, em cada sociedade, em cada grupo social e em cada momento da história aquilo que é tido como certo ou errado, apropriado ou impróprio, digno ou indecente (Brasil, 2010).

Já o gênero é a dimensão social e histórica da construção e do entendimento dos significados do masculino/masculinidade (homem) e do feminino/feminilidade (mulher). Refere-se a papéis, comportamentos, atividades, atributos, responsabilidades e oportunidades que uma determinada sociedade considera apropriados para homens e mulheres (Ciasca; Hercowitz; Lopes, 2021). No entanto, não é o sexo biológico o responsável pelo ser/estar mulher ou ser/estar homem na sociedade, e sim as regras e costumes estipulados pelas pessoas. Por ser histórico, estes costumes e regras podem ser modificadas, reconstruídas (Strapazzon; Cesaro, 2021).

Nessa perspectiva, Gênero e sexualidade são dois aspectos que estão intimamente relacionados a um processo mais amplo, por meio do qual se realiza o controle social e a manutenção da ordem, principalmente, por meio de mecanismos duplos e ambíguos, que são exercidos toda vez que uma pessoa transgride as normas e os padrões socialmente estabelecidos para cada um dos sexos (Brasil, 2010).

A construção dos gêneros e das sexualidades dá-se através de inúmeras aprendizagens e práticas. Insinua-se nas mais distintas situações e é empreendida de modo explícito ou dissimulado por um conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais. Trata-se de um processo minucioso, sutil e sempre inacabado. A família, a escola, a igreja, bem como as instituições legais e médicas, mantêm-se, por certo, como instâncias importantes nesse processo constitutivo (Louro, 2008).

Nesse contexto destaca-se outro conceito relevante, a identidade de gênero, sendo a compreensão que uma pessoa tem de si, percebendo-se como sendo do gênero masculino, feminino, combinação de ambos, ou ainda a negação de qualquer um deles. Essa compreensão é incorporada à forma como ela se apresenta socialmente (nome, vestimentas, comportamento), independentemente do sexo biológico que ostente (Brasil, 2023).

Segundo Louro (2003), as identidades de gênero estão continuamente se construindo e se transformando, através das relações sociais, atravessadas por diferentes discursos, símbolos, representações e práticas, os sujeitos vão se construindo como masculinos ou femininos, arranjando e desarranjando seus lugares sociais, suas disposições, suas formas de ser e de estar no mundo.

Desse modo, pode-se apresentar alguns exemplos de identidades de gênero, tais como: cisgênero (pessoa que se identifica com o gênero correspondente ao sexo atribuído no nascimento); transgênero (termo guarda-chuva utilizado para pessoas que se identificam com um gênero diferente daquele atribuído no nascimento); transexuais (pessoas que não se reconhecem no sexo biológico atribuído ao nascer, podendo incluir homens trans e mulheres trans); e travestis (identidade de gênero feminina construída em oposição ao sexo designado no nascimento, expressa nas dimensões social, cultural e interpessoal). Ressalta-se que essas são apenas algumas possibilidades, uma vez que a identidade de gênero constitui um campo em constante construção e disputa, não se limitando a classificações fixas (BRASIL, 2018).

Já a orientação sexual se refere à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero, de mais de um gênero ou de nenhum gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (Reis; Cazal, 2021). A orientação sexual compreende uma multiplicidade de possibilidades de vivenciar e direcionar afetos e desejos. Dentre elas, destacam-se a heterossexualidade, a homossexualidade e a bissexualidade, entre outras formas de experiência da sexualidade.

Nesse sentido, é definido heterossexual, a pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do sexo/gênero oposto. O homossexual se refere à pessoa que se

sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero, sendo classificado com gay (homem que sente atração sexual e afetiva por outro homem) e lésbica (mulher que sente atração sexual e afetiva por outra mulher). Já bissexual se refere a pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo como do sexo oposto. Além disso, existem assexuais, termo que se refere a pessoa que não sente atração sexual, ou seja, não se sente sexualmente atraída por outras pessoas nem manifesta desejo de se envolver em práticas sexuais. No entanto, a assexualidade não exclui necessariamente outras formas de afeto. Nesse sentido, o indivíduo assexual romântico é aquele que, apesar de não apresentar interesse na prática sexual com outra pessoa, pode vivenciar atração romântica, como o desejo de estabelecer vínculos afetivos e relacionamentos amorosos. Em contrapartida, o assexual não-romântico é aquele que não sente atração romântica ou não possui interesse em estabelecer relacionamentos dessa natureza; pansexual, pessoas que podem desenvolver atração física, amor e desejo sexual por outras pessoas, independentemente de sua identidade de gênero ou sexo biológico (Brasil, 2018; AVEN, 2024).

4.2 Significado da Sigla LGBTQIA+

Ao longo da história dos movimentos sociais e organizados de defesa da cidadania e promoção dos direitos humanos da população LGBTQIA+, diferentes siglas foram utilizadas para melhor contemplar a pluralidade de orientações sexuais e identidades que os constroem. Apesar de cada grupo lutar pelo respeito às suas especificidades, não podemos simplesmente colocar cada uma delas em uma “caixinha” (Brasil, 2023).

No Brasil, na década de 1980, fazia-se uso da sigla GLS, de cunho mais mercadológico, a qual representava somente parcela reduzida da comunidade que, naquela conjuntura, possuía maior poder econômico e visibilidade política: gays, lésbicas e simpatizantes – pessoas heterossexuais e cisgênero que respeitavam os direitos humanos dessa população. A primeira alteração veio com a mudança da sigla para GLBT (gays, lésbicas, bissexuais e transexuais) (Brasil, 2023; Lopes *et al.*, 2022).

A Conferência Nacional LGBT, realizada em 2008, decidiu inserir a letra correspondente ao termo "lésbicas" no início da sigla, a fim de conferir às mulheres maior visibilidade, sendo assim utilizada e definida como LGBT. Por décadas, as mulheres foram colocadas em segundo plano, haja vista o machismo presente, inclusive no próprio movimento. Assim, era chegado o momento de legitimar as relações afetivas e sexuais entre mulheres (Brasil, 2018).

Atualmente, no Brasil, a sigla mais utilizada para abranger a pluralidade de orientações sexuais e identidades de gênero é LGBTQIA+. A primeira parte da sigla (LGB)

diz respeito à orientação sexual, às preferências sexuais das pessoas. O “T” representa as pessoas trans, que incluem aqueles que se identificam com um gênero diferente do seu sexo biológico, englobando tanto transexuais quanto travestis. O “Q” refere-se a queer, um termo que abrange pessoas que não se encaixam nas normas tradicionais de gênero e sexualidade, incluindo as identidades não hétero e/ou não cis. O “I” diz respeito às pessoas intersexuais, que nascem com características biológicas que não se encaixam nas definições típicas de masculino ou feminino. “A” representa as pessoas assexuais, que não sentem atração sexual, ou seja, não se sente sexualmente atraída por outras pessoas nem manifesta desejo de se envolver em práticas sexuais.. Por fim, o “+” denota a diversidade das formas de existir e expressar a sexualidade e a identidade de gênero, abrangendo identidades e orientações que não estão necessariamente representadas nas letras anteriores, como pansexuais, entre outras. Essa inclusão do “+” simboliza o reconhecimento contínuo e a valorização das múltiplas experiências que enriquecem a luta por direitos e visibilidade da comunidade LGBTQIA+ (Lopes *et al.*, 2022; Brasil, 2023).

4.3 Panorama da Comunidade LGBTQIA+ no Brasil

Os movimentos políticos a favor da legalidade da homossexualidade, já estavam presente na Alemanha, desde a década de 20, com a tentativa de anular o artigo 175, que criminalizava a homossexualidade e nos Estados Unidos (EUA) com *Gay Sunshine*, abrangente periódico homossexual produzido desde 1970. O marco para o início das Paradas do Orgulho Gay, que se espalharam pelo mundo afora, foram os episódios ocorridos no *Stonewall Inn*, bar de Nova Iorque que, em 1969, foi palco da primeira revolta de pessoas devido a forma como eram tratadas por autoridades, por serem identificadas como desviantes das normas sociais (Lima *et al.*, 2020).

No Brasil, no período em que o país passava pela reabertura democrática, muitos movimentos sociais foram reaparecendo, a exemplo do jornal *Lampião da Esquina*, periódico produzido e destinado em grande maioria para o público homossexual que circulou no Brasil entre 1978-1981 e inspirado no *Gay Sunshine* dos EUA, desafiando a censura e questionando a heteronormatividade compulsória (Lima *et al.*, 2020).

Nesse contexto, destaca-se o SOMOS – Grupo de Afirmação Homossexual, reconhecido como precursor da luta homossexual, em que pauta a homossexualidade como tema político (Brasil, 2013). O SOMOS era composto por lideranças socialistas e anarquistas, carregava fortes pretensões libertárias que se refletem, inclusive, na forma de organização interna que incentivava a autogestão e evitava a cristalização de lideranças. As ações se dividiam entre as reuniões dos subgrupos “de reconhecimento”, em que a homossexualidade

era debatida a partir de relatos autobiográficos, e as atividades mais amplas do grupo, como debates, passeatas, manifestações de repúdio à homofobia e todo tipo de opressão (Nogueira; Pereira; Toito, 2020).

Na década de 80, quando se teve conhecimento acerca da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), os veículos midiáticos e sociais associaram fortemente o vírus a homossexualidade o qual ficou conhecido, por muito tempo, como “Peste Gay”, estabelecendo no imaginário social um vínculo entre homossexualidade e AIDS, o que só aumentava a discriminação e o ódio contra a população não heterossexual (Nogueira; Pereira; Toito, 2020). Nesse sentido, o Movimento mobilizou-se politicamente, defendendo princípios éticos como solidariedade, valorização da diversidade e combate à discriminação e estigma contra pessoas soropositivas (Lima *et al.*, 2020; Popadiuk; Oliveira; Signorelli, 2017; Souza, 2022).

Nesse processo, desenvolve-se, a partir de meados dessa década de 1980, um estilo de militância de ação mais pragmática e preocupada com aspectos formais de organização institucional e voltada para a garantia dos direitos civis e contra a discriminação e a violência (Nogueira; Pereira; Toito, 2020). Na época, a Classificação Internacional de Doenças (CID) em vigor categorizava o "homossexualismo" como transtorno sexual, identificado pelo código 302.0. Em 1985, por meio de uma bem-sucedida campanha liderada pelo Grupo Gay da Bahia, que mobilizou políticos, cientistas e jornalistas, o Conselho Federal de Medicina do Brasil suspendeu a aplicação deste código no Brasil. Cinco anos depois, a OMS retiraria definitivamente a homossexualidade da CID (Carrara, 2019). Enquanto isso, a transexualidade permaneceu na CID, inicialmente classificada como “transtorno de identidade sexual” ou “transtorno de identidade de gênero”, sendo posteriormente denominada “incongruência de gênero”. Contudo, passou a integrar uma categoria distinta, relacionada às condições de saúde sexual, sendo retirada da classificação de transtornos apenas em 2019 (BRASIL, 2018).

Na década de 1990, com o fortalecimento dos movimentos LGBTQIA+ caracterizado por iniciativas de organização e mobilização, houve a inclusão dos procedimentos para o tratamento da AIDS ao Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento do credenciamento de hospitais para o acompanhamento de pacientes portadores do HIV em 1991. A colaboração entre os movimentos LGBTQIA+ e as instituições de saúde foi fundamental para mitigar o estigma associado à AIDS, promover a conscientização sobre a doença e assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde (Ferreira; Nascimento, 2022).

Em 2004, foi instituído o programa Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual. Com

isso, sob a responsabilidade da Secretaria de Direitos Humanos, foram resgatadas demandas históricas do movimento, bem como parcerias com universidades e ONGs, no sentido de elaborar metodologias, fundamentação teórica e estruturação para o documento em questão. No âmbito federal, a iniciativa reuniu importantes ministérios: o da Cultura, o da Educação, o da Justiça, o da Saúde, o das Relações Exteriores e o do Trabalho e Emprego, totalizando 17 ministérios associados ao projeto em 2007 (Freitas; Noronha, 2023).

Em 2008, foi realizada a I Conferência Nacional LGBT e, a partir das ações reivindicadas e formuladas pelo movimento LGBTQIA+ (junto com representantes do governo), foi elaborado o I Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Lançado em 2009, o plano tinha como objetivo elencar as ações que o governo executivo deveria desenvolver para atender às necessidades e direitos da população envolvida. E, no final do governo, foi criado o Conselho Nacional LGBT, um órgão colegiado composto por representantes da sociedade civil e do governo, e que tinha por objetivo formular e propor diretrizes da ação governamental voltadas para o combate à discriminação e para a defesa de direitos (Nogueira; Pereira; Toito, 2020; Popadiuk; Oliveira; Signorelli, 2017; Souza, 2022).

No campo da transexualidade, foi lançada, em agosto de 2008, a Portaria nº 1.707 do Ministério da Saúde, que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. Essa portaria garantiu o direito ao acesso a procedimentos médicos voltados para a cirurgia de redesignação sexual, além de tratamentos hormonais e acompanhamento psicológico, todos reconhecidos como de alta complexidade pelo Conselho Federal de Medicina. Alguns meses depois, a Portaria nº 457, também de 2008, foi instaurada para organizar os serviços e procedimentos associados ao Processo Transexualizador (Brasil, 2018).

A Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, instituiu no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), com o objetivo geral de promover a saúde integral para população LGBTQIA+, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (Brasil, 2013).

A PNSI-LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade, sendo um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013).

Essa Política apresenta os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à LGBTfobia e à discriminação nas instituições e serviços do SUS (Brasil, 2018).

Além disso, outros eventos marcantes no Movimento LGBTQIA+ no Brasil incluem: a aprovação do casamento igualitário em 2013, a modificação do registro civil para pessoas transexuais sem exigência de laudo médico, a criminalização da LGBTfobia em 2019 e a revogação da restrição à doação de sangue por homossexuais em 2020, pelo Supremo Tribunal Federal (STF) (Vicenzi, 2023).

A III Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos LGBTI+ ocorreu em 2016 e no mesmo ano foi assinado o Decreto nº 8.727, que autorizou o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de travestis e transexuais. O ano de 2018 foi histórico para o movimento e corrobora com o Dia do Orgulho: a OMS – retirou a transexualidade da lista de doenças, bem como o STF definiu que transexuais e transgêneros podem mudar seus nomes no registro civil sem a necessidade de realizar a cirurgia de readequação sexual como pré-requisito. Em uma decisão histórica, homofobia e transfobia passaram a ser considerados crimes de racismo por decisão do STF em 2019 (Bezerra *et al.*, 2019).

Embora tenham ocorrido avanços e conquistas significativas que favoreceram a visibilidade social e política em questão da diversidade sexual e de gênero, é importante reconhecer que persistem desafios substanciais que afetam diversos aspectos da comunidade LGBTQIA+. Essas vulnerabilidades continuam afetando as dimensões individual, social e programática, abrangendo questões como acesso a serviços de saúde adequados, igualdade de direitos legais, discriminação no local de trabalho e marginalização social (Nogueira; Pereira; Toito, 2020; Ciasca; Hercowitz; Lopes, 2021).

A sociedade brasileira vive um momento marcado pela defesa das liberdades públicas e, ao mesmo tempo, pelo aumento da intolerância. A resistência ao exercício do direito fundamental à igualdade, constitucionalmente assegurado, infelizmente, cresce à medida em que ele passa a ser mais exercido e também à medida em que parcela dos brasileiros (notadamente, os grupos – ditos – minoritários) cobram sua maior efetividade. Confirma essa situação, a crescente onda de violência contra grupos vulneráveis noticiada pela imprensa, em especial, pela população LGBTQIA+ (Santos; Garcia, 2019).

Devido ao preconceito existente na sociedade contra a população LGBTQIA+, surge a palavra “homofobia”, um neologismo formado pelos radicais gregos (*homo* = igual + *phobia*

= medo). O termo foi popularizado em 1972 pelo psicólogo americano George Weinberg com a publicação do livro *Society and the Healthy Homosexual*, no qual define a homofobia como um pânico de partilhar um mesmo espaço com pessoas homossexuais – e, no caso delas mesmas, a autoaversão (Brasil, 2023).

A homofobia, como expressão discriminatória intensa e cotidiana, ocorre sempre que distinções, exclusões, restrições ou preferências anulam ou prejudicam o reconhecimento, o gozo ou o exercício de igualdade de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos econômico, social, cultural ou em qualquer campo da vida pública. Assim compreendida, a qualificação de um ato como homofóbico não depende da intencionalidade do ato ou da situação ocasionadora da lesão aos direitos humanos e liberdades fundamentais afetados. Deste modo, há discriminação homofóbica sempre que, de modo proposital ou não, houver tal espécie de lesão a direitos, decorrente da concretização de preconceito contra pessoas LGBTQIA+ (JUNQUEIRA, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2018), o termo “LGBTfobia” se refere ao preconceito em virtude da identidade de gênero ou orientação sexual, alcançando além da homofobia: Lesbofobia (preconceito contra lésbicas), Gayfobia (preconceito contra gays), Bifobia (preconceito contra bissexuais); e Transfobia (preconceito contra pessoas trans). O preconceito e o estigma enraizado em uma sociedade que teve toda sua formação constituída em uma base patriarcal e machista corrobora para o presente cenário de exclusão e violência hoje tão presente (Figueiredo *et al.*, 2020).

Tratar da LGBTfobia implica em análises complexas dos contextos em que as violências ocorrem, de modo que raramente é possível apontar uma causa única. A própria situação de vulnerabilidade em que parte dessa população está inserida, sobretudo pessoas negras e periféricas, aumenta ainda mais as chances de serem acometidas à violação de direitos. Fatores de risco são repetidamente observados em cada segmento LGBTQIA+, como nos casos de travestis que se encontram em situação de rua e atuam em contextos de prostituição mais precarizados; de lésbicas cisgêneras que não expressam feminilidade hegemônica ou que são perseguidas por ex-parceiros ou que estão em conflitos conjugais com outras mulheres; de gays cisgêneros que moram sozinhos e sofrem discriminação por parte de vizinhos e parentes por não poderem vivenciar suas relações publicamente, pessoas LGBTQIA+ que são expulsas de seus lares e privadas do convívio e acolhimento familiar por assumirem suas identidades e orientações sexuais diversas, entre outros (Acontece, Antra, Abgl, 2024).

Segundo o *Dossiê de Mortes e Violências contra LGBTI+ no Brasil* (2022), o Brasil se constitui como um país extremamente inseguro para a população LGBTQIA+, que indica uma tendência de crescimento no número de mortes violentas de pessoas LGBTQIA+ nas últimas duas décadas. É importante constar que esse aumento no número de mortes está atrelado à articulação e atenção que o movimento LGBTQIA+ tem dado a tal demanda, já que a violência sempre ocorreu historicamente, mas não se tinha um esforço de mensurá-la e combatê-la.

De acordo com o *Dossiê 2023: Mortes e Violência contra LGBTI+ no Brasil* (2024), entre 2000 e 2023, pelo menos 5.865 pessoas morreram predominantemente em função do preconceito e da intolerância de parte da população, e do descaso das autoridades responsáveis pela efetivação de políticas públicas capazes de conter os casos de violência. No que se refere ao ano de 2023 registraram-se 230 mortes de pessoas LGBTQIA+ de forma violenta no Brasil, sendo 184 assassinatos, 18 suicídios e 28 mortes por outras causas.

Nesse sentido, no ano de 2023 verificou-se que os dois grupos mais violentados, como nos anos anteriores, reunindo um pouco mais de 87% dos casos: a população de travestis e mulheres trans, com 61,74% dos casos (142 mortes); e os homens gays, representando 25,65% do total (59 mortes). Também foram encontrados casos de violência contra homens trans e pessoas transmasculinas (13 mortes, 5,65% dos casos); mulheres lésbicas, com 3,04% dos casos (7 mortes); contra pessoa não binária (0,43% - 01 morte); e 8 contra pessoas identificadas como outros segmentos (3,48% - 08 casos). Assim como em 2022, em 2023 não foi registrada nenhuma morte de bissexuais (Acontece, Antra, Abglt, 2024).

Além disso, a população LGBTQIA+, em especial travestis e transexuais, sofrem exclusão social, muitas vezes sendo submetidos à situação de pobreza e vulnerabilidades sociais, como a dificuldade em acessar serviços públicos. A vivência cotidiana de situações de violência, preconceito e discriminação, e que são muitas vezes agregadas pela condição de raça/cor, faz com que parcela da população LGBTQIA+ abandone os estudos, sendo empurradas para a prostituição compulsoriamente pela falta de oportunidades (Brasil, 2018; Benevides; Nogueira, 2021).

Nesse sentido, é notória a importância da visibilidade das demandas de LGBTQIA+ no cenário social e político, com o apoio da mídia e do ativismo LGBTQIA+, para que sejam debatidos os temas das sexualidades e das identidades de gênero, gerando novas aberturas e ressignificações acerca dessa comunidade, de modo a aplacar as desigualdades e construir pontes inclusivas para essas pessoas em contextos sociais, familiares, políticos, religiosos, acadêmicos e organizacionais. O debate qualificado sobre esses temas contribuirá para a

inclusão não violenta das pessoas LGBTQIA+, ampliando espaços de diálogo e oportunidades; reduzindo as discriminações vivenciadas, assim como suas consequências negativas na saúde mental das pessoas LGBTQIA+; e garantindo o direito de todos à vida (Tagliamento *et al.*, 2020).

4.4 Panorama da Comunidade LGBTQIA+ no Estado do Maranhão

No Maranhão, o caso do indígena Tupinambá Tibira o configura como sendo o primeiro caso de LGBTfobia registrado no Brasil. Nesse sentido, o primeiro movimento de articulação de grupo LGBTQIA+ no Maranhão, nos anos 90, foi batizado com o nome “Grupo Tibira”. O Grupo Tibira surgiu em 23 de novembro de 1993 em São Luís, na sede do Partido dos Trabalhadores (PT), destaca-se que o grupo não teve vinculação institucional com o partido, mas sua origem é resultado de ações de expansão e formação política do PT pelo Nordeste (Observatório, 2022).

A partir do Grupo Tibira foram surgindo outras organizações sociais LGBTQIA+ no Maranhão, como a Organização dos Direitos e da Cidadania de Homossexuais – ODCH (São Luís); Grupo Gayvota (São Luís); Grupo Lésbico do Estado do Maranhão – Grupo LEMA (São Luís); Associação das Travestis e Transexuais do Maranhão – ATRAMA (São Luís); Associação de Gays, Lésbicas e Profissionais do Sexo – AGLEPS (Caxias); Grupo Flor de Bacaba (Bacabal); Associação Maranhense de Travestis e Transexuais – AMATRA (São Luís); Grupo Identidade (Bacabal); Grupo Solidariedade Lilás (São José de Ribamar), Grupo Thebas (Raposa), Centro Drag (São Luís), entre outros (Observatório, 2022).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que, no ano de 2019, 69 mil adultos se declararam homossexuais ou bissexuais no Maranhão, sendo que a maioria declarou ser residente no município de São Luís - MA. É importante destacar que a população LGBTQIA+ de São Luís - MA, ainda enfrenta dificuldades numa perspectiva histórico-cultural, no que concerne ao atendimento às demandas sociais, bem como da garantia dos seus direitos básicos. Este cenário, somado a imposição de cunho patriarcal próprio de uma sociedade conservadora, em que as relações de gênero, classe, raça e de afetividade são constantemente pautadas no padrão cis-heteronormativo de comportamento social, tem contribuído para o aumento de todos os tipos de violência estimulado pela LGBTfobia (Semus, 2024).

Atualmente, não se tem indicadores gerados pelo poder público sobre as mortes e violências sofridas pela população LGBTQIA+, seja a nível federal, estaduais e municipais. Na verdade, os levantamentos são realizados por movimentos sociais organizados, como o

Grupo Gay da Bahia (GGB), Associação Acontece Arte e Política LGBTI+ e a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) que são os responsáveis por esse mapeamento a nível nacional contribuindo para o debate e nas políticas públicas de enfrentamento a LGBTfobia (Martins, 2024).

Segundo o *Boletim da Violência Letal LGBTI+ do Maranhão 2022*, 15 pessoas foram alvo da LGBTFOBIA no estado do Maranhão em 2022, em 14 ocorreu o crime de homicídio (93%) e em 01 caso ocorreu a morte por suicídio (7%). Quanto ao indicador de identidade de gênero, dos 15 casos 9,6% eram cisgênero e 6,4% pessoas transgênero e travestis. A respeito do índice de cor e etnia, especificou-se que 6,40% das vítimas eram brancas. Em 5,33% foram identificados como pretas e em 3,20% como pardas. Os demais casos, em que não foi possível determinar essa informação, referem-se ao percentual de 1,7%. No que se refere à localização geográfica da violência, destaca-se que São Luís ocupa o 1º lugar no ranking da violência letal por municípios, com 40% dos registros estaduais de óbito. Seguido por Timon em 2º lugar com 26,67%, Pinheiro em 3º com 13,33%, Açailândia em 4º com 6,67%, Raposa em 5º lugar com 6,67% e Serrano do Maranhão em 6º com 6,67%.

Historicamente, os crimes contra a população LGBTQIA+ divulgados pela mídia local têm sido marcados por requintes de crueldade, com a maioria dos autores permanecendo impune. Isso reflete uma LGBTfobia estrutural, agravada pelo abandono familiar, social e do poder público. O Fórum de Entidades LGBT do Maranhão, criado em 2005, busca mobilizar e fortalecer organizações da sociedade civil para implementar políticas públicas de promoção dos direitos humanos da população LGBTQIA+. Atualmente, o Fórum atua em frentes como a Escola sem LGBTfobia, a Política de Saúde Integral para a População LGBTQIA+ e o acolhimento de pessoas em situação de risco e vulnerabilidade social, além de lutar pelo acesso à saúde pública de pessoas trans privadas de liberdade. Essa abordagem intersetorial destaca a importância de ir além dos direitos humanos ao tratar das demandas da comunidade LGBTQIA+ no município de São Luís e no estado do Maranhão (Semus, 2024).

Instituído pela “Lei nº 10.333, de 02 de outubro de 2015”, o Conselho de Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) do Estado do Maranhão aprovou seu regimento interno por meio da Resolução nº 1, de 18 de outubro de 2016. Trata-se de um órgão colegiado de caráter deliberativo, cuja finalidade é a elaboração, acompanhamento, monitoramento, fiscalização e avaliação de políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+, garantindo a essa comunidade o pleno exercício de sua cidadania. O Conselho está vinculado à Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Participação Popular

(SEDHPOP), sendo coordenado pela Superintendência de Promoção e Educação em Direitos Humanos (Maranhão, 2015).

O “Decreto Nº 37.697, de 6 de junho de 2022”, institui a Rede Estadual de Promoção, Defesa, Proteção e de Articulação de Políticas Públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexos, e Queer no Estado do Maranhão, vinculada administrativamente à SEDIHPOP, com o objetivo de articular e acompanhar programas, serviços e ações que venham a melhorar e aperfeiçoar o atendimento integral necessário à população LGBTQIA+ no Maranhão. Além disso, visa integrar órgãos públicos no enfrentamento à violência contra essa população, sugerindo melhorias nos serviços oferecidos. Também atua na capacitação de profissionais que lidam diretamente com LGBTQIA+, sensibilizando e qualificando-os tecnicamente, e promove ações de conscientização social para combater a LGBTfobia e a visão heteronormativa. A Rede ainda contribui para a criação de programas de formação de opinião pública e fortalece as ações institucionais já em andamento (Maranhão, 2022).

Um avanço para o estado do Maranhão foi a construção da Política Estadual de Saúde Integral para LGBTI+, que resulta da histórica luta do Movimento Social LGBTQIA+ e de deliberações de conferências estaduais e nacionais de saúde, políticas públicas e direitos humanos. O processo inclui a criação de Comitês Técnicos de Saúde LGBTQIA+, a representação do movimento em espaços de gestão participativa e o fortalecimento do Programa “Maranhão sem Homofobia”. Foram realizadas Escutas Participativas em 2019 e 2020, com gestores públicos, ativistas e profissionais da saúde, para identificar demandas e melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população LGBTQIA+, garantindo respeito e cuidado integral. Durante a pandemia, em 2021, as escutas ocorreram de forma virtual, complementadas por formulários aplicados ao público LGBTQIA+ (Estado do Maranhão, 2023).

Essas atividades mobilizaram lideranças e profissionais de saúde nas macrorregionais do estado, abrangendo as cidades de São Luís, Rosário, Pinheiro, Viana, Santa Inês, Bacabal, Chapadinha, Itapecuru Mirim e Zé Doca (Macrorregional Norte); Imperatriz, Balsas, Açailândia e Barra do Corda (Macrorregional Sul); e Caxias, Codó, Presidente Dutra, Pedreiras, Timon e São João dos Patos (Macrorregional Leste). O objetivo geral da política é promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, não-binários e intersexos, eliminando discriminações institucionais e contribuindo para a redução das desigualdades, consolidando o SUS como um sistema universal e equitativo para os 217 municípios das 19 regionais de saúde do Maranhão (Estado do Maranhão, 2023).

4.5 Interseccionalidade: raça, gênero e sexualidade

O conceito de Interseccionalidade surgiu no contexto do movimento feminista Negro, pela ativista norte-americana Kimberlé Crenshaw, sendo inaugurado no artigo publicado em 1989, *“Desmarginalizando a intersecção de raça e sexo: uma crítica feminista negra da doutrina antidiscriminação, teoria feminista e políticas antirracistas”*. Sendo proposto que seja utilizada como uma ferramenta analítica para compreender sobreposições de sistemas de opressão (Crenshaw, 1989).

Para construir o conceito de interseccionalidade, Crenshaw mostra os perigos da invisibilidade interseccional, em situações que a perspectiva de gênero não permite olhar para outros marcadores sociais da desigualdade em que as mulheres se situam, e a leitura da raça somente também não visibiliza outras discriminações. Para isso, a autora utiliza dois conceitos: superinclusão e subinclusão, que pretendem dar conta dessas invisibilidades. Nesse sentido, a autora aponta que, frequentemente, as discriminações sofridas pelas mulheres eram vistas como um problema geral do grande grupo de “mulheres”, ou seja, um problema de gênero. A autora denomina como o “problema da superinclusão”, no qual o marcador de gênero é visto como o único possível para interpretar a condição das mulheres na sociedade. Contudo, a realidade objetiva das mulheres negras demonstra que apenas gênero é insuficiente para oferecer respostas a essas questões (Assis, 2019).

A interseccionalidade analisa a interação entre múltiplos sistemas de opressão. Trata-se de experiência racializada, de modo a requerer sairmos das caixinhas particulares que obstaculizam as lutas de modo global e vão servir às diretrizes heterogêneas do Ocidente, dando lugar à solidão política da mulher negra, pois são grupos marcados pela sobreposição dinâmica identitária. É imprescindível, utilizar analiticamente todos os sentidos para compreendermos as mulheres negras e “mulheres de cor” na diversidade de gênero, sexualidade, classe, geografias corporificadas e marcações subjetivas (Akotirene, 2018).

Nessa perspectiva, quando o subconjunto da identidade racial negra intercruza o subconjunto da homossexualidade, o resultado não reflete a soma de dois segmentos sociais sujeitos ao poder da hegemonia branca heterossexual. Negros e negras heterossexuais, gays e lésbicas brancas reagem a discriminações específicas com os recursos apropriados, sem estabelecer mecanismos de conexão no esforço de resistência contra o inimigo comum. Nesse contexto, as interseções dos conjuntos – negras lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – são o cruzamento de duas identidades que não se cruzam, com resultado na potencialização dos esquemas de vulnerabilidade desse subgrupo (Luz, 2011).

Nesse sentido, a LGBTfobia se expressa de maneiras diferentes entre os vários segmentos da população LGBTQIA+ e sua interação com marcadores de raça e classe social. Se as representações sociais condicionam mulheres negras a um *locus* de subserviência aos interesses do patriarcado capitalista, na intersecção com a homossexualidade, confere às lésbicas negras não apenas o silenciamento social, como também o apagamento do corpo subjetividade e performatividade. São praticamente inexistentes dados de saúde sobre mulheres lésbicas com desagregação racial, de classe ou de identidade de gênero no Brasil (Borret *et al.*, 2021).

A realidade de gênero é performativa, o que significa, de maneira simplificada, que ela só se constitui como real na medida em que é performada. Nesse sentido, determinados atos são frequentemente interpretados como expressão de um núcleo ou de uma identidade de gênero. Tais atos podem estar em conformidade com uma identidade de gênero socialmente esperada ou, de alguma forma, questionar essa expectativa — a qual, por sua vez, se baseia na percepção do sexo, entendido como um dado factual e distinto das características sexuais primárias. Essa concepção, amplamente difundida, sustenta que atos e gestos expressam o gênero como se ele existisse previamente às diversas práticas, posturas e performances por meio das quais é dramatizado e reconhecido socialmente (Butler, 2018).

As lésbicas negras estão em larga desvantagem com relação às brancas e aos gays negros. Essa realidade resulta da intersecção de três conjuntos representativos de segmentos sociais que sofrem discriminação: homossexuais, negros e mulheres. As mulheres negras lésbicas são o elo entre três realidades distintas, distantes e isoladas. A homossexualidade negra é vítima dos processos de dominação da hegemonia e das sub-hegemonias produzidas por mecanismos de opressão diversos. Assim, a mulher lésbica não possui mecanismos sociais de afirmação de identidade política. A contra-hegemonia gay é branca e masculina, o feminismo é heterossexual e branco, a negritude é machista e heteronormativa (Luz, 2011).

A condição de vitimizados pela homofobia não impede que gays cis brancos se utilizem de sua vantagem social de branquitude e masculinidade e objetifiquem e hipersexualizem os gays cis negros, ou que tenham atitudes misóginas diante de mulheres cis e trans. Homens negros gays, condicionados a estereótipos de hipersexualização, agressividade, menos valia, inferioridade intelectual e violência, subjetivam-se e socializam a partir dessas imagens sociais, seja afastando-se delas ou absolvendo-as como possibilidade (Borret *et al.*, 2021).

Desde a implementação do registro de notificação violência contra LGBTQIA+, o número de registros de violência interpessoal contra lésbicas cresceu ano a ano. Em 2015,

foram 1.721 registros. No decorrer de sete anos a quantidade de registros teve um aumento de 50%, ou seja, passou para 3.478. Em relação ao perfil étnico-racial, observa-se que, na maioria dos registros de violência interpessoal contra mulheres lésbicas, as vítimas são negras (56%). Para as lésbicas, a violência física representou 52,7 % dos registros nos anos analisados. Na sequência, encontra-se a violência psicológica/moral, com 25,5%, em seguida, a violência sexual correspondeu a 14,8% dos registros de violência contra lésbicas (Firmino; Matias, 2024).

A partir desses dados, é possível refletir sobre a vulnerabilidade social da mulher lésbica e negra. A descoberta da orientação sexual, em muitos dos casos, costuma ocorrer na adolescência ou no início da vida adulta, sendo marcado por um período de muitas violências físicas e psicológicas, especialmente no ambiente familiar. Nesse sentido, é comum que essas mulheres vítimas de violências entrem em relações conturbadas com outras mulheres, com o intuito de fugirem do ambiente familiar tóxico.

Desse modo, a clivagem identitária entre gênero e sexualidade produz subalternidades e violências difíceis de serem ultrapassadas seja por pessoas que materializam a identidade lésbica ou por quaisquer pessoas que mesmo não sendo lésbicas possam ser categorizadas como tal. Ou seja, a lesbofobia determina uma homogeneidade ficcional em que não há respeito para as diferenças mesmo que essas diferenças sejam entre as mulheres heterossexuais (Silva; Silva; Miranda, 2029).

4.6 Saúde da População LGBTQIA+ no Brasil

Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Para ter formas de garantir esse direito, foi sancionado pelo Congresso Nacional, a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS. A lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Nessa perspectiva, o SUS é composto por três princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade (Brasil, 1990).

O princípio da Universalização se refere a saúde ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Já o princípio da Equidade tem como objetivo diminuir as desigualdades, apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são

iguais e, por isso, têm necessidades distintas; E por fim, a integralidade, este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, além de, pressupor a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Brasil, 1990).

Para alcançar a universalização em saúde e promover a equidade, é fundamental que os governos invistam em políticas públicas que garantam o acesso e uso equitativo dos serviços de saúde para toda a população, independente da sua situação socioeconômica ou geográfica. Além disso, a implementação de políticas de redução de desigualdades sociais e econômicas, é essencial para garantir a equidade no acesso e uso dos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2023).

Segundo Teixeira e Santos (2023), a questão das desigualdades sociais permaneceu como um referente empírico fundamental para a elaboração e implementação de políticas públicas, tanto políticas mais amplas de “combate à pobreza”, que impactaram as condições de vida e saúde da população, quanto políticas elaboradas e implementadas no âmbito do SUS, ou seja, políticas e estratégias voltadas para garantir a universalidade do acesso a ações e serviços de saúde, e políticas específicas voltadas à promoção da equidade em saúde, na medida em que tomam como população-alvo, grupos portadores de necessidades especiais e/ou grupos vulnerabilizados em função de suas condições de vida, trabalho, educação, habitação etc.

Nesse contexto, apesar dos avanços da PNSI-LGBT, que visa reduzir as vulnerabilidades da população LGBTQIA+ e efetivar os princípios norteadores do SUS, ainda há diversos obstáculos que dificultam a implementação efetiva dessa política nos serviços de saúde (Avelar; Rodrigues, 2023). Em revisão integrativa desenvolvida por Rodrigues e Avelar (2023), com o objetivo de analisar os avanços e desafios na implantação da PNSI-LGBT, verificou-se poucos estudos que contribuam para criação de marcadores em saúde, formação de profissionais da saúde de forma deficitária, e a invisibilidade da população LGBTQIA+, principalmente da população trans e lésbicas. Tudo isso, além de outras barreiras não citadas aqui, contribuem para o reforço de uma discriminação institucionalizada e com isso, favorece a não execução de uma política inclusiva como o PNSI-LGBT.

Nessa perspectiva, existem diversas barreiras que dificultam o acesso equitativo aos serviços de saúde pela comunidade LGBTQIA+. A discriminação, o estigma e a falta de informações sobre os serviços disponíveis são algumas delas. Além disso, a desigualdade socioeconômica também influencia significativamente o acesso à saúde. Pessoas em situação

de vulnerabilidade econômica ou que residem em áreas remotas enfrentam maiores dificuldades, muitas vezes precisando percorrer longas distâncias para receber atendimento de qualidade (Oliveira *et al.*, 2023).

Em pesquisa qualitativa realizado por Shihadeh, Pessoa e Da Silva (2021), com membros da comunidade LGBTQIA+, identificou-se que o afastamento do serviço de saúde pode ser gerado tanto pela falta de um atendimento especializado quanto pelo acolhimento estigmatizado e em muitas situações opressor, ainda justificado pela falta de conhecimento, crenças e preconceitos. Ou seja, nem todos/as profissionais tem um olhar ampliado e escuta sensível, deixando passar despercebidas situações de constrangimento e violência institucional, o que pode afastar os sujeitos de um possível tratamento inicial, fragilizando dessa forma, à atenção básica, principalmente quanto a integralidade e a equidade da atenção à saúde.

Um estudo transversal quantitativo, realizado com 316 pessoas LGBTQIA+ em dois municípios do interior do Nordeste brasileiro, em julho de 2013, evidenciou que minorias sexuais frequentemente evitam buscar serviços de saúde em razão da homofobia institucional. Mesmo em situações que requerem atendimento imediato, a procura por assistência é limitada, com apenas uma pequena parcela de indivíduos LGBTQIA+ efetivamente recorrendo aos serviços de saúde. Muitos optam pela automedicação e pelo uso de medicamentos adquiridos em farmácias, temendo serem alvo de preconceito e discriminação, uma vez que comportamentos estigmatizantes ainda são observados entre os profissionais da área. Além disso, a pesquisa indicou a falta de adesão às diretrizes nacionais de atendimento, comprometendo a qualidade da assistência prestada e dificultando o monitoramento adequado das necessidades de saúde e a promoção do bem-estar integral desse grupo (Alencar; Neves; Parente, 2016).

Nessa perspectiva, o exercício das profissões está imbricado nos valores morais dos indivíduos, sendo que as atitudes e posturas tomadas variam de acordo com os valores que possuem. Entretanto, observa-se que tais valores interferem na qualidade da relação profissional/ usuário (vínculo), relação que se mostra de fundamental importância para a produção de saúde. Ademais, percebe-se que tais juízos de valor prejudicam ou até mesmo provocam distanciamento, chegando a impedir que o acolhimento e o processo de cuidado do usuário ocorram (Nogueira; Aragão, 2019).

Além disso, os serviços de saúde ainda não possuem estrutura e/ou profissionais capacitados para trabalhar a diversidade sexual no seu todo. Nesse sentido, à medida que o serviço oferecido não é qualificado em relação às demandas recorrentes a identidade de

gênero e orientação sexual, nem respeita as garantias constitucionais, estará inviabilizando o atendimento que deveria ser garantido. Marginalizados o público LGBTQIA+ sofre consequências que incidem sobre seu bem-estar social, influenciando diretamente em sua saúde integral (Shihadeh; Pessoa; Da Silva, 2021).

Provedores de cuidado à saúde sem treinamento adequado não são capazes de prestar serviços de saúde apropriados. No campo da saúde sexual, treinamento específico é necessário especialmente na área de aconselhamento acerca da sexualidade, e em aspectos mais gerais para lidar com os vários tipos de usuários(as) de forma respeitosa e livre de julgamentos, com sensibilidade às dimensões de gênero e direitos humanos (OMS, 2015).

Embora iniciativas mundiais e nacionais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBT do Ministério da Saúde, preconizam a qualificação e discussão dessa temática no âmbito da saúde e educação, o tema permanece marginalizado e excluído das grandes discussões, sobretudo nas escolas médicas e na atenção primária, primeiro contato do usuário do SUS com o sistema único de saúde. Estratégias que objetivem discutir as peculiaridades da prevenção, promoção e assistência à saúde desses grupos devem ser estimuladas e reproduzidas, tendo em vista uma melhor qualidade do atendimento, a fim de captar esses pacientes em um ambiente favorável a práticas integrativas com respeito à diversidade sexual (Albuquerque; Botelho; Rodrigues, 2019).

4.7 Saúde da População LGBTQIA+ na Atenção Primária

O preconceito e a discriminação impõem barreiras institucionais que dificultam o acesso aos serviços de saúde, afetando especialmente as populações em maior vulnerabilidade social. Nesse cenário, o SUS assume um papel fundamental na garantia do direito à saúde, com ênfase nos grupos socialmente vulneráveis. Através de seus diferentes níveis de atenção, o SUS assegura o acesso a cuidados abrangentes, sendo a APS o primeiro nível de atenção, caracterizando-se por um conjunto de ações voltadas tanto ao indivíduo quanto à coletividade, englobando a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (Souza; Motta Oliveira, 2023; Brasil, 2012).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018), a APS já se mostrou indispensável para a operacionalização e a efetivação dos princípios do SUS. Desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2011, a APS alcançou cobertura de mais da metade da população brasileira, reduziu a mortalidade infantil e as internações por condições sensíveis e possibilitou a ampliação do acesso a serviços de saúde para populações vulneráveis do ponto

de vista social e sanitário. Entretanto, existe ainda grande heterogeneidade na qualidade da atenção prestada no SUS, assim como persiste o desafio de ampliar o acesso e a capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil.

Como porta de entrada dos usuários no SUS, a APS exige que as equipes de saúde estejam preparadas para lidar com as particularidades de cada situação. Os profissionais devem utilizar os recursos e tecnologias adequados para aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, prevenir e reduzir danos, restaurar a autonomia dos pacientes, melhorar as condições de vida, promover vínculos positivos e reduzir o isolamento e o abandono. Dessa forma, a APS se consolida como um espaço fundamental para a promoção da saúde integral da população, especialmente daqueles que enfrentam maiores dificuldades de acesso aos cuidados (Brasil, 2013).

A falta de informações dos profissionais de saúde em relação às necessidades da população LGBTQIA+ faz com que esses profissionais não se sintam capazes nem informados o suficiente para prestar cuidados a essa população. São raras as situações em que as perguntas sobre orientação sexual e identidade de gênero fazem parte da rotina do atendimento profissional. É necessário reforçar a importância de realizar essas perguntas nas anamneses para fornecer uma avaliação e uma assistência adequadas (Costa *et al.*, 2017).

De acordo com o Relatório Técnico nº 3/2023 sobre a Saúde da População LGBTQIA+, 40% das mulheres lésbicas que buscam serviços de saúde não revelam sua orientação sexual. Entre aquelas que se abrem, 28% relatam uma maior rapidez no atendimento médico, enquanto 17% deixam de solicitar exames que consideram necessários. Em relação à população trans, o Censo Trans indicou que 96,1% dos travestis e transexuais buscavam serviços públicos de saúde, com 73,9% acessando unidades básicas e serviços especializados em ISTs/AIDS. Dentre eles, 95,5% realizaram o teste para HIV, principalmente em ONGs e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Além disso, 85% das travestis e mulheres trans recebiam atendimento regular nos serviços de saúde. Na cidade de São Paulo, metade da população trans procurou esses serviços devido à necessidade de tratamentos específicos, destacando-se a terapia hormonal (55%) e o tratamento de IST/HIV (24%). O relatório também revelou que 96,8% da população de travestis e transexuais já utilizou hormônios, mas apenas 4,6% teve acesso ao processo de transexualização (Ieps; Umane; Instituto Veredas, 2023).

Uma pesquisa desenvolvida por Pereira e colaboradores (2023), com profissionais atuantes na APS do município de Petrolina (PE), verificou-se uma intensa associação do público LGBTQIA+ com as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), que foram citadas

como os principais problemas de saúde que acometem essa população, refletindo o impacto de eventos históricos, como a epidemia de AIDS, na saúde e na qualidade de vida dessa comunidade. Embora esteja comprovado que a AIDS está mais relacionada a comportamentos de risco do que a grupos de risco, o estigma e a discriminação permanecem presentes. Adicionalmente, o processo de revelação da identidade de gênero ou orientação sexual à família, bem como a aceitação ou rejeição por parte desta, pode influenciar diretamente a saúde psicológica da pessoa LGBTQIA+, resultando em quadros de ansiedade, depressão, ideação suicida e abuso de substâncias.

Uma revisão bibliográfica sobre a perspectiva de gênero na educação médica, realizada por Valenzuela-Valenzuela e Velásquez (2020), destacou que pessoas LGBTQIA+ têm sido historicamente negligenciadas pelos profissionais de saúde. A atenção à saúde dessa população tem se limitado à saúde sexual, desconsiderando outras questões importantes e as disparidades de saúde enfrentadas. Entre os problemas prevalentes estão transtornos mentais, como depressão, ansiedade, abuso de substâncias e risco de suicídio, além de cânceres, como mama, colo do útero e próstata, frequentemente diagnosticados tardiamente pela ausência de exames preventivos. Em mulheres lésbicas, observa-se uma alta prevalência de obesidade, impactando no bem-estar integral desse grupo (Alencar; Neves; Parente, 2016).

Além disso, mulheres lésbicas enfrentam uma baixa adesão ao exame de Papanicolau, o que as torna vulneráveis a riscos elevados para câncer de mama, ovário e colo do útero, exacerbados por fatores como tabagismo, obesidade, alcoolismo, depressão, nuliparidade ou baixa paridade e menor uso de anticoncepcionais. A não realização do exame é influenciada por discriminação, homofobia, falta de oportunidades, a percepção de não necessitar de anticoncepção e a crença de que não estão em risco de contrair o Papilomavírus Humano (HPV). Além disso, lésbicas tendem a procurar mais os serviços de saúde em comparação com homens gays, evidenciando a influência do gênero na busca por cuidados de saúde, enquanto as necessidades desse último grupo foram menos abordadas nos discursos dos participantes (Inca, 2022; Pereira, 2023; Bittencourt; Bittencourt, 2020, p. 506; Rodrigues; Ferro, 2012).

A maioria dos homens transgênero não realiza a cirurgia completa de redesignação sexual ou se submete à histerectomia parcial, permanecendo com o colo uterino ao longo da vida. Alguns são submetidos a cirurgias abdominais e não têm clareza sobre a retirada total do útero. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem orientar essa população quanto à necessidade de coleta do Papanicolau após a realização de uma histerectomia parcial, devendo

seguir o mesmo rastreamento que as mulheres cisgênero (Bittencourt; Bittencourt, 2020; Inca, 2022; Gatos, 2018).

Mulheres transgênero possuem um risco elevado de câncer colorretal. Além disso, aquelas que foram submetidas ao procedimento de redesignação sexual também apresentam um alto risco para desenvolver carcinoma neovaginal quando o tecido transplantado é proveniente do próprio intestino. Portanto, mulheres transgênero com antecedentes de câncer colorretal ou com risco elevado, como a presença de pólipos ou história familiar, devem realizar colonoscopia a partir dos 45 anos de idade, repetindo-a com maior frequência de acordo com os riscos individuais. Vaginoscopias e coletas de citologia vaginal também são recomendadas, embora não existam protocolos específicos sobre a periodicidade da citologia (American Cancer Society, 2024; Grosse *et al.*, 2017).

Outro grave problema para a saúde de transexuais e travestis é o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos. Há reconhecida relação entre o uso de hormônios femininos e a ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio entre outros agravos, resultando em mortes ou sequelas importantes. Da mesma forma, os transexuais masculinos demandam acesso aos procedimentos de mastectomia e de histerectomia. A automedicação normalmente realizada com doses elevadas de hormônios masculinizantes é também um agravante no quadro de saúde destas pessoas (Brasil, 2013).

A população LGBTQIA+ como um todo possui particularidades, sendo que cada grupo que a compõem apresenta especificidades que as diferenciam entre si (Santos; Silva; Ferreira, 2019). Desse modo, conhecer as especificidades de cada população em relação às demandas específicas, direciona para um cuidado amplo e inclusivo, com medidas de rastreamento eficazes, assim como seus possíveis tratamentos. Desse modo, os profissionais de saúde atuantes na APS precisam realizar uma abordagem da sexualidade com perguntas diretas e isentas de preconceito, para compreender quem é a pessoa que o procurou e quais as suas demandas. Pessoas são diversas, com vivências, traumas, relacionamentos, doenças e experiências que as fazem seres únicos e que, portanto, não podem ser padronizadas pela sua orientação sexual (Ciasca; Hercowitz; Lopes, 2021).

4.8 Competências Culturais na Prática Profissional em Saúde para Populações LGBTQIA+

No contexto social, cultural, econômico e político brasileiro, observam-se processos de invisibilidade e vulnerabilidade que atravessam diferentes dimensões da vida das populações LGBTQIA+. Esses sujeitos frequentemente enfrentam barreiras no acesso a oportunidades de emprego, além de vivenciarem discriminação no ambiente familiar, no

trabalho, na educação e, de forma marcante, nos serviços de saúde. Quando essas experiências se interseccionam com marcadores sociais como gênero, raça/cor e classe, as desigualdades tornam-se ainda mais complexas e profundas, resultando em formas múltiplas e sobrepostas de exclusão (Ferreira *et al.*, 2019). Nesse contexto, torna-se essencial compreender conceitos que possam orientar práticas inclusivas e culturalmente sensíveis.

Segundo Martinez, Martinez e Calzado (2006), a cultura pode ser compreendida como um padrão integrado de comportamentos humanos que envolve pensamentos, comunicação, práticas, costumes, crenças, valores e instituições, entre outros, presentes em grupos específicos definidos por dimensões como etnia, gênero, nacionalidade, status socioeconômico, orientação sexual, religião ou posição política. A competência, por sua vez, refere-se à capacidade de atuar de forma eficaz. Assim, a competência cultural pode ser entendida como o conjunto de conhecimentos, atitudes, comportamentos e, quando aplicável, políticas e programas reunidos em uma pessoa, organização ou sistema, que lhes permitem atuar de maneira efetiva em contextos interculturais. Essa competência pode ser atribuída a cidadãos, profissionais de serviços, gestores públicos, bairros, centros de saúde, serviços sociais, sistemas jurídicos ou educacionais, entre outros.

Nessa perspectiva, desenvolver a competência cultural implica reconhecer e valorizar a diversidade existente entre indivíduos e grupos, compreendendo que essas diferenças influenciam diretamente suas percepções, escolhas e formas de cuidar. Valorizar a diversidade é enxergá-la e respeitar seu valor. Um sistema de cuidados é fortalecido quando aceita que as pessoas que atende vêm de contextos muito diferentes e farão escolhas distintas com base na cultura. Embora todas as pessoas compartilhem necessidades básicas comuns, existem enormes diferenças na forma como pessoas de várias culturas buscam atender a essas necessidades. Essas diferenças são tão importantes quanto as semelhanças. Aceitar o fato de que cada cultura considera alguns comportamentos, interações ou valores mais importantes ou desejáveis do que outros pode ajudar o sistema de cuidados a interagir com mais sucesso com culturas diversas (Cross, 1989).

Desse modo, práticas assistenciais em saúde culturalmente sensíveis estão relacionadas à capacidade de reconhecer a diversidade cultural e compreender que ela molda o processo de busca e vivência do cuidado. Embora todas as pessoas compartilhem necessidades básicas, existem grandes diferenças na forma como lidam com elas. Assim, é fundamental não apenas reconhecer os distintos padrões de busca por assistência, mas também compreender os modos de comunicar, definir e avaliar a saúde, além das redes de apoio envolvidas. Essas práticas requerem dos profissionais uma postura reflexiva e aberta,

capaz de integrar o conhecimento técnico-científico à compreensão das experiências culturais de cada indivíduo e comunidade (Müller; Lima; Ortega, 2023).

Com base nessa compreensão, Campinha-Bacote (2002) propôs o modelo “O Processo de Competência Cultural na Prestação de Serviços de Saúde”, que visa operacionalizar o desenvolvimento da competência cultural entre profissionais de saúde por meio de cinco construtos inter-relacionados: consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural, encontros culturais e desejo cultural. A consciência cultural envolve o autoexame e a reflexão sobre preconceitos e vieses pessoais, prevenindo práticas etnocêntricas; o conhecimento cultural refere-se à compreensão de crenças, valores e práticas de diferentes grupos, orientando a interpretação da doença e as decisões do cliente; a habilidade cultural diz respeito à capacidade de aplicar informações culturais na avaliação e no cuidado individualizado; os encontros culturais correspondem às interações com pessoas de contextos diversos, que refinam percepções e reduzem estereótipos; e o desejo cultural representa a motivação genuína do profissional em se engajar nesse processo, refletindo um compromisso ético com o cuidado centrado na pessoa e a valorização das diferenças culturais como elemento essencial para a qualidade e equidade na atenção à saúde.

A competência cultural aprimora a comunicação, a escuta e flexibiliza as práticas de cuidado; permite ao profissional migrar de uma abordagem biomédica para a sensibilidade cultural interessada em compreender a diferença, os significados, os valores e os sentidos. Envolve respeito, responsabilidade, aceitação da diferença e a não presunção sobre as pessoas e situações. Aqui está um dos grandes desafios, de ordem pessoal, na implementação e promoção de uma assistência culturalmente competente: reconhecer, dialogar, aprender, envolver-se e deixar-se ser afetado por outra cultura. No contexto da atenção à saúde da população LGBTQIA+, essa competência torna-se ainda mais essencial, pois exige do profissional autoconsciência, autocrítica e disposição em identificar os preconceitos subjacentes à subjetividade que transbordam em uma prática profissional discriminatória, autocentrada, insensível e, em última instância, violenta; e a coragem de transformar essa prática em uma assistência inclusiva e integradora (Silva *et al.*, 2025).

O atendimento qualificado do profissional de saúde é de suma importância para que haja a inclusão e o acolhimento das demandas da população LGBTQIA+ na produção de saúde e no cuidado. No entanto, a falta de conhecimento desses profissionais acerca dessa população resulta no efeito oposto, o distanciamento. Em decorrência disso, observa-se uma dificuldade de acesso a diversas políticas públicas, tanto pela violência institucional pautada em preconceitos e estigmas quanto pelo despreparo presente nos espaços de formação. É,

portanto, imprescindível compreender que o estudo sobre populações vulneráveis deve estar presente em toda a graduação, com a implementação de maiores cargas horárias dedicadas ao tema, além da educação permanente de profissionais já atuantes, a fim de mantê-los atualizados quanto às demandas dessa comunidade e às políticas públicas associadas. Sendo necessária uma análise mais aprofundada sobre os fatores que levam alguns profissionais da área da saúde a permanecerem indiferentes ou resistentes em relação às problemáticas de saúde que envolvem a população LGBTQIA+ (Guedes *et al.*, 2025)

Em estudo desenvolvido por La Violette (2011), foram identificados três componentes essenciais da competência cultural no atendimento a pessoas LGBTQIA+, sendo eles: a consciência da própria visão de mundo cultural e das atitudes em relação às diferenças culturais, o conhecimento sobre diferentes práticas culturais e visões de mundo, e o desenvolvimento de habilidades interculturais.

A consciência da própria visão de mundo e das atitudes culturais refere-se à capacidade do profissional de reconhecer seus próprios valores, crenças e preconceitos, compreendendo como esses elementos influenciam sua prática e interação com pessoas LGBTQIA+. Essa competência envolve trazer à tona os próprios julgamentos e concepções sobre as diferenças culturais, aumentando a conscientização acerca das crenças e valores pessoais. Tal reflexão é fundamental para evitar posturas discriminatórias e promover uma prática mais empática e respeitosa, uma vez que examinar cuidadosamente as próprias crenças e valores é um passo essencial para aprimorar o cuidado e a comunicação com indivíduos LGBTQIA+ (La Violette, 2011).

O conhecimento sobre diferentes práticas culturais e visões de mundo constitui outro aspecto relevante da competência cultural. Trata-se da capacidade de compreender as múltiplas expressões culturais, identidades de gênero e orientações sexuais existentes, reconhecendo que cada indivíduo é atravessado por experiências socioculturais diversas. Quando o profissional de saúde alcança um nível adequado de autoconhecimento intercultural, torna-se mais apto a agir de forma culturalmente competente, o que inclui realizar perguntas abertas, administrar seus próprios preconceitos, demonstrar respeito e evitar pressupor que o outro compartilha de seus valores ou experiências (La Violette, 2011).

Por fim, as habilidades interculturais correspondem à aplicação prática do conhecimento e da consciência desenvolvidos. Envolvem a capacidade de comunicação efetiva e sensível, bem como a condução de atendimentos éticos e inclusivos. No contexto do cuidado à população LGBTQIA+, o desenvolvimento dessas habilidades implica saber realizar entrevistas adequadas, compreender o processo de construção da identidade de gênero

e da orientação sexual em diferentes contextos culturais e reconhecer indícios de homofobia ou transfobia internalizada que possam afetar a expressão e o bem-estar da pessoa atendida (La Violette, 2011).

Desse modo, as três dimensões propostas por La Violette (2011), se complementam e constituem um referencial fundamental para a promoção de um atendimento em saúde mais humanizado, equitativo e sensível às especificidades culturais e identitárias das pessoas LGBTQIA+.

5. METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa intitulado “Barreiras Sociais e de Saúde Enfrentadas pela Comunidade LGBT: uma investigação sobre vulnerabilidades e suas implicações”. Destaca-se que o estudo maior propõe identificar as principais formas de discriminação e estigma social enfrentados pela comunidade LGBTQIA+, analisar as barreiras que dificultam a obtenção de serviços de saúde adequados e avaliar as percepções e atitudes dos profissionais de saúde em relação a essa população. Busca, ainda, investigar as implicações da discriminação e do estigma social para a saúde mental e física das pessoas LGBTQIA+, bem como compreender as estratégias de resiliência e enfrentamento utilizadas para superar barreiras sociais e ampliar a inclusão social e a equidade de oportunidades, e analisar os impactos das barreiras sociais e da discriminação sobre familiares de pessoas LGBTQIA+, considerando repercussões emocionais, sociais e efeitos na dinâmica familiar.

Assim, o presente estudo se debruça sobre um dos seus objetivos e trabalha com parte dos dados qualitativos, obtidos especificamente para fins deste recorte.

5.1 Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, escolhida por ser particularmente adequada quando se pretende compreender sentidos, interpretações e experiências produzidas no contexto social.

Segundo Minayo (2008), o método qualitativo é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam.

5.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em quatro centros de saúde do município de São Luís – MA, que possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família. O município está situado na Mesorregião do Norte Maranhense. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE), em 2022, a população era de 1.037.775 habitantes e a densidade demográfica era de 1.779,87 habitantes por quilômetro quadrado.

De acordo com o Conselho Municipal de Saúde, o município de São Luís – MA, está dividido em 9 distritos sanitários, sendo eles: Itaqui-Bacanga, Vila Esperança, Coroadinho, Centro, Cidade Operária, Tirirical, Bequimão, Cohab, São Francisco (CMS, 2020).

Nesse sentido, o estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes aos distritos de Saúde do Centro e do São Francisco, sendo elas: UBS Centro, UBS da Liberdade, UBS São Francisco e UBS Bezerra de Menezes, escolhida por estar situada em uma área central, com grande fluxo de população, comércio e serviços, o que amplia a representatividade da população atendida pela unidade. O período de coleta de dados foi de outubro de 2025 a janeiro de 2026.

5.3 População do Estudo

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde atuantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os critérios de inclusão foram: a) profissionais com mais de seis meses de atuação na ESF. Os critérios de exclusão foram: a) profissionais que estivessem de férias, licença, afastamento de suas atividades ou com atuação esporádica/não continuada no município.

Com relação à amostra, segundo Minayo (2017), não há regra absoluta que determine o número de entrevistados para amostragem de pesquisa qualitativa. Assim, a amostra foi definida intencionalmente buscando abordar uma maior diversidade das situações encontradas, uma maior variedade de pontos de vista, valores, conhecimentos e experiências.

O número de participantes foi definido pelo critério de saturação. A coleta de dados foi interrompida quando atingiu esse ponto, ou seja, quando as concepções, explicações e significados atribuídos pelos sujeitos passaram a apresentar regularidade em suas manifestações (Minayo, 2017).

5.4 Procedimentos de Coleta de Dados

A técnica utilizada para a obtenção dos dados foi a entrevista do tipo grupo focal, realizada com grupos pequenos. A aplicação ocorreu por meio de um roteiro que evolui do geral ao específico, em ambiente não diretivo, conduzido por um moderador responsável por estimular a participação e captar as percepções de todos os integrantes. O principal valor dessa técnica está na possibilidade de compreender opiniões e atitudes formadas a partir da interação entre os participantes (Minayo, 2014).

As atribuições da equipe de coordenação do grupo focal foram claramente definidas, o que possibilitou o planejamento, a avaliação e o redirecionamento dos encontros conforme o

desenvolvimento do grupo. O moderador teve papel central na condução das discussões, esclarecendo a dinâmica, abordando aspectos éticos e estimulando o debate. O observador também desempenhou função essencial ao registrar a dinâmica grupal, auxiliar no controle do tempo, monitorar a gravação e anotar as falas dos participantes, facilitando a transcrição dos dados (Backes *et al.*, 2011).

Para a composição do grupo, é importante reunir participantes diversificados, a fim de maximizar diferentes perspectivas, embora fatores como hierarquia profissional, classe social e escolaridade possam interferir na expressão individual. O grupo focal constitui, portanto, um processo complexo, caracterizado por sua dinamicidade, dialogicidade e capacidade de análise e síntese reflexivas dos envolvidos. O número de participantes deve variar entre seis e quinze, sendo que grupos maiores são mais adequados quando se deseja gerar o máximo de ideias, enquanto grupos menores permitem maior profundidade na expressão de cada participante (Backes *et al.*, 2011).

Foram realizados seis grupos focais, com o objetivo de contemplar a diversidade de categorias profissionais atuantes nas unidades de saúde participantes do estudo. Desses, um grupo ocorreu na UBS Bezerra de Menezes, um na UBS São Francisco, dois na UBS da Liberdade e dois na UBS Centro, com duração média entre 30 e 60 minutos.

Nas unidades em que foi necessária a realização de mais de um grupo focal, a decisão ocorreu em virtude da ausência de representantes de determinadas categorias profissionais consideradas essenciais para a diversidade pretendida na composição dos participantes. Assim, a realização de grupos adicionais buscou assegurar maior pluralidade de perspectivas e garantir a representatividade das diferentes categorias profissionais na discussão proposta.

No grupo focal realizado na UBS Bezerra de Menezes, participaram sete profissionais de saúde, sendo enfermeiras, agentes comunitários de saúde (ACS) e médico, com duração de 59 minutos.

No grupo focal da UBS São Francisco, participaram cinco profissionais: enfermeira, técnica de enfermagem, médico, ACS e nutricionista, com duração de 57 minutos.

Na UBS da Liberdade, foram realizados dois grupos focais. O primeiro contou com cinco profissionais: educador físico, auxiliar de saúde bucal, assistente social, farmacêutica e enfermeira, com duração de 30 minutos. O segundo grupo foi composto por sete ACS, com duração de 60 minutos.

Na UBS Centro, também foram realizados dois grupos focais. O primeiro contou com sete profissionais, entre enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS, com duração de 60

minutos. O segundo grupo foi composto por três profissionais: médica, fonoaudiólogo e enfermeira, com duração de 47 minutos.

Foram utilizados dois instrumentos:

a) Questionário estruturado, destinado à coleta de dados sociodemográficos e informações sobre a trajetória profissional dos participantes (Apêndice A), incluindo formação, tempo de experiência e função desempenhada.

b) Roteiro semiestruturado de entrevista para o grupo focal (Apêndice B), composto por questões voltadas às vivências, percepções e atitudes dos profissionais em relação à população LGBTQIA+, com foco na assistência prestada a esse público.

Para favorecer o engajamento dos participantes e criar um clima de acolhimento, os encontros tiveram início com a apresentação de uma imagem denominada “*Biscoito Sexual*” (Figura 1). Sua escolha foi feita por apresentar diferenças entre sexo biológico, orientação sexual, identidade e expressão de gênero, atrelados a partes do boneco, sendo associada a uma legenda explicativa (Figura 2), que foi fornecida após a aplicação do grupo para não interferir nas respostas.

A escolha dessa imagem como disparador, teve como propósito estimular uma reflexão inicial sobre a diversidade de formas de ser e existir, de maneira lúdica e acessível, favorecendo a aproximação com a temática proposta.

Figura 1. Biscoito Sexual

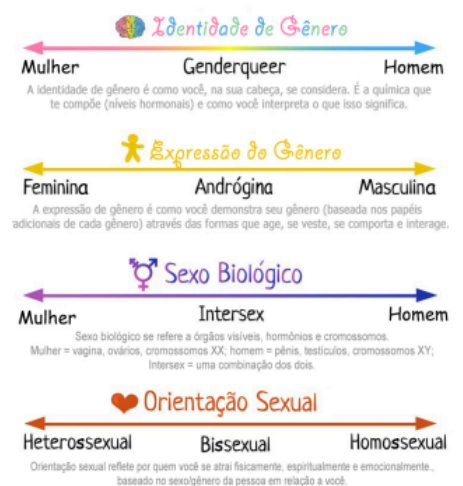


Fonte: SEXU/UFS. O Biscoito Sexual [Internet]. 2010 [citado 2025 Nov 12]. Disponível em:

<https://sexuufs.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/02/o-biscoito-sexual.png>

Para garantir a fidedignidade dos relatos, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise. Cada participante recebeu um código de identificação, assegurando o anonimato e a organização das informações durante o processo

Figura 2. Legenda Explicativa



analítico. Os participantes foram identificados por siglas correspondentes à categoria profissional, seguidas de um número sequencial (por exemplo, M01, M02 e assim por diante). As categorias profissionais foram representadas pelas seguintes siglas: M (médico), ENF (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), ACS (agente comunitário de saúde), TSB (técnico de saúde bucal), NUT (nutricionista), PEF (profissional de educação física), FON (fonoaudiólogo) e SS (assistente social). Esse procedimento assegurou o sigilo das identidades dos participantes e atendeu aos princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos.

5.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados qualitativamente por meio da Análise Temática em Braun e Clarke (2006), que apresentam essa técnica como uma abordagem flexível de análise qualitativa, essencialmente independente de uma teoria ou epistemologia específica, podendo ser aplicada em uma variedade de contextos teóricos e com diferentes tamanhos de conjuntos de dados. Para as autoras a Análise Temática deve ser dividida em seis fases:

Fase 1: Familiarização com os dados.

Nessa etapa, foram realizadas as transcrições integrais das entrevistas dos grupos focais. Os pesquisadores se envolveram com os dados, buscando familiarizar-se com a profundidade e a amplitude do conteúdo. Essa imersão foi caracterizada por leituras repetidas, identificação de significados, padrões e outros elementos relevantes. A leitura completa do conjunto de dados foi feita antes do início da codificação, de modo que a identificação de padrões e ideias foi sendo moldada ao longo dessa fase.

Fase 2: Geração de códigos iniciais.

Essa fase envolveu a produção de códigos a partir dos dados, após o processo de leitura e familiarização com o conteúdo, bem como a elaboração de uma lista inicial de ideias sobre aspectos considerados relevantes. Os códigos identificaram características dos dados (de conteúdo semântico ou latente) significativas para o fenômeno estudado, representando os elementos mais básicos de informação que poderiam ser avaliados de forma significativa.

Fase 3: Busca por temas.

Essa fase teve início após a codificação inicial de todos os dados e o agrupamento dos códigos. Nessa etapa, a análise foi reorganizada em um nível mais amplo, centrado em temas em vez de códigos, por meio da triagem dos diferentes códigos em possíveis temas e da organização dos extratos codificados correspondentes. Foi o momento de analisar os códigos e considerar como diferentes unidades poderiam se combinar para formar temas abrangentes.

Fase 4: Revisão dos temas.

Após a criação do conjunto de temas candidatos, essa fase envolveu o refinamento dos temas. Tornou-se evidente que alguns não se sustentavam empiricamente, seja pela ausência de dados suficientes, seja pela dispersão das informações, enquanto outros foram fundidos ou divididos em categorias distintas, conforme a coerência dos conteúdos.

Fase 5: Definição e nomeação dos temas.

Nessa fase, foi determinado o aspecto dos dados capturado por cada tema, bem como sua relevância para a questão de pesquisa. Cada tema foi definido de forma clara e específica, com foco único e, quando necessário, subdividido em subtemas. Essa etapa exigiu análise minuciosa e seleção de trechos que ilustrassem de forma clara e convincente os achados da pesquisa.

Fase 6: Produção do relatório.

Essa fase ocorreu após o estabelecimento final dos temas, sendo dedicada à análise interpretativa e à redação dos resultados. O objetivo foi construir uma narrativa coerente e significativa a partir dos dados analisados, apresentando os temas e subtemas de modo a responder à questão de pesquisa de forma lógica e fundamentada.

5.6 Aspectos Éticos e Legais

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), seguindo os princípios delineados na Resolução CNS nº 466/12, sob o número do CAAE 87293125.8.0000.5087. A abordagem dos participantes considerou o momento, as condições e o local mais adequado para a realização do estudo. Todos foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa e, após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas rigorosamente as recomendações da Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, que estabelece normas e diretrizes para a execução de pesquisas em instituições que integram o SUS.

6 RESULTADOS

CUIDADO À POPULAÇÃO LGBTQIA+ NA APS: VIVÊNCIAS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CARE FOR THE LGBTQIA+ POPULATION IN PRIMARY HEALTH CARE: EXPERIENCES AND PRACTICES OF HEALTH PROFESSIONALS

ATENCIÓN A LA POBLACIÓN LGBTQIA+ EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

Carla Michelle Rodrigues Abreu¹ <https://orcid.org/0000-0002-6873-0152>; Sara Fiterman Lima¹ <https://orcid.org/0000-0003-0015-3413>

¹ Departamento de Saúde Pública (UFMA). R. Barão de Itapari, 155 - Centro, 65020-070. São Luís-MA, Brasil,

RESUMO

Introdução: O cuidado em saúde direcionado à população LGBTQIA+ demanda o reconhecimento dessa população como sujeito ativo, inserido em um território e portador de demandas, vivências e formas próprias de organização social e de cuidado. **Objetivo:** Analisar as percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) em relação à saúde da população LGBTQIA+. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo e analítico, realizado entre os meses de outubro de 2025 e janeiro de 2026, em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no município de São Luís, Maranhão, com profissionais da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu por meio de grupos focais, utilizando-se um questionário estruturado para levantamento de informações sociodemográficas e da trajetória profissional, além de um roteiro de entrevistas semiestruturadas. As falas foram transcritas na íntegra e analisadas segundo a Análise Temática. **Resultados:** Participaram do estudo 34 profissionais de saúde, com idades entre 21 e 69 anos. Emergiram três categorias analíticas: (1) compreensão conceitual sobre identidades de gênero e orientação sexual, composta por três núcleos de sentido; (2) atitudes e posicionamentos dos profissionais frente à população LGBTQIA+, com três núcleos de sentido; e (3) vivências no atendimento à população LGBTQIA+, composta por quatro núcleos de sentido. **Considerações finais:** O cuidado à população LGBTQIA+ ainda enfrenta importantes desafios, uma vez que as práticas assistenciais permanecem, em muitos casos, atravessadas por estereótipos, moralismos e pela lógica cis-heteronormativa, dificultando o acesso equitativo aos serviços e o atendimento adequado às necessidades específicas dessa população.

Palavras-chave: Minorias Sexuais e de Gênero; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de Saúde; Percepção.

ABSTRACT:

Introduction: Healthcare directed towards the LGBTQIA+ population demands the recognition of this population as an active subject, embedded in a territory and possessing its own demands, experiences, and forms of social organization and care. **Objective:** To analyze the perceptions of Primary Health Care (PHC) professionals regarding the health of the LGBTQIA+ population. **Method:** A qualitative, descriptive, and analytical study was conducted between October 2025 and January 2026 in four Basic Health Units located in the municipality of São Luís, Maranhão, with professionals from the Family Health Strategy. Data collection occurred through focus groups, using a structured questionnaire to gather sociodemographic information and professional trajectory, in addition to a semi-structured interview guide. The transcripts were transcribed in full and analyzed using Thematic Analysis. **Results:** Thirty-four health professionals participated in the study, aged

between 21 and 69 years. Three analytical categories emerged: (1) conceptual understanding of gender identities and sexual orientation, composed of three core meanings; (2) attitudes and positions of professionals towards the LGBTQIA+ population, with three core meanings; and (3) experiences in providing care to the LGBTQIA+ population, composed of four core meanings. **Final considerations:** Care for the LGBTQIA+ population still faces significant challenges, since care practices remain, in many cases, permeated by stereotypes, moralism, and cis-heteronormative logic, hindering equitable access to services and adequate care for the specific needs of this population.

Keywords: Sexual and Gender Minorities; Primary Health Care; Health Professionals; Perception.

RESUMEN: Introducción: La atención sanitaria dirigida a la población LGBTQIA+ exige el reconocimiento de esta población como sujeto activo, inserto en un territorio y poseedor de sus propias demandas, experiencias y formas de organización social y cuidado. **Objetivo:** Analizar las percepciones los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS) sobre la salud de la población LGBTQIA+. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo y analítico entre octubre de 2025 y enero de 2026 en cuatro Unidades Básicas de Salud ubicadas en el municipio de São Luís, Maranhão, con profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia. La recolección de datos se produjo a través de grupos focales, utilizando un cuestionario estructurado para recopilar información sociodemográfica y trayectoria profesional, además de una guía de entrevista semiestructurada. Las transcripciones se transcribieron en su totalidad y se analizaron mediante Análisis Temático. **Resultados:** Participaron en el estudio treinta y cuatro profesionales de la salud, con edades comprendidas entre 21 y 69 años. Surgieron tres categorías analíticas: (1) comprensión conceptual de las identidades de género y la orientación sexual, compuesta por tres significados centrales; (2) Actitudes y posturas de los profesionales hacia la población LGBTQIA+, con tres significados centrales; y (3) Experiencias en la atención a la población LGBTQIA+, compuestas por cuatro significados centrales. **Consideraciones finales:** La atención a la población LGBTQIA+ aún enfrenta desafíos significativos, ya que las prácticas de atención permanecen, en muchos casos, permeadas por estereotipos, moralismo y lógica cis-heteronormativa, lo que dificulta el acceso equitativo a los servicios y la atención adecuada a las necesidades específicas de esta población.

Palabras clave: Minorías sexuales y de género; Atención primaria de salud; Profesionales de la salud; Percepción.

INTRODUÇÃO

As pessoas que integram a comunidade LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, pessoas não binárias e outras identidades de gênero e orientações sexuais) vivenciam experiências em saúde distintas, frequentemente marcadas por desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado. As principais preocupações estão relacionadas às disparidades nos serviços de saúde e às barreiras enfrentadas durante o tratamento, o que evidencia a necessidade de que os profissionais de saúde compreendam melhor as especificidades desse grupo populacional. Historicamente, a comunidade LGBTQIA+ tem sido alvo de discriminação e marginalização social em razão da orientação sexual e da identidade de gênero, fatores que impactam diretamente seu bem-estar e suas condições de saúde (Costa *et al.*, 20217).

É importante compreender que os cuidados em saúde voltados à população LGBTQIA+ devem ter início na Atenção Primária à Saúde (APS), composta pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), e outros serviços. Esses espaços funcionam como porta de entrada para as demandas do processo transexualizador e

demais necessidades de saúde desse segmento, inclusive aquelas de maior complexidade. Isso se deve ao fato de que tais unidades de saúde possuem maior proximidade com a comunidade e com o território, o que facilita o acesso e o acolhimento (Lima; Souza; Dantas, 2016).

A escolha da forma de atendimento faz parte do modo como o profissional e o usuário constroem o cuidado em saúde, considerando tanto as necessidades individuais da pessoa quanto às propostas e possibilidades do serviço. Nesse sentido, é fundamental que o cuidado em saúde dialogue com a realidade da população LGBTQIA+, reconhecendo-a como sujeito ativo, inserido em um território e portador de demandas, vivências cotidianas e formas próprias de organização social e de cuidado (Conselho Federal de Psicologia, 2023).

Essa perspectiva está relacionada à compreensão de que a competência cultural, em muitos contextos, é vista principalmente como uma característica individual dos profissionais de saúde, em vez de ser entendida também como uma responsabilidade institucional, vinculada à organização dos serviços e à gestão do trabalho em saúde. Nessa abordagem, atributos pessoais como sensibilidade, conscientização, humildade, disponibilidade, habilidade e respeito são considerados essenciais para reduzir barreiras de acesso e promover práticas de saúde mais equitativas (Dimenstein *et al.*, 2025).

Assim, promover cuidados individualizados, inclusivos e acolhedores assegura o direito de acesso a ações e serviços de saúde. Ao adotar uma abordagem livre de discriminação e preconceito, cria-se um contexto mais propício à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida de pessoas LGBTQIA+ (Rodrigues *et al.*, 2023).

Nesse contexto, compreender como os profissionais da APS atuam no cuidado à população LGBTQIA+ torna-se essencial, uma vez que esses profissionais estão na linha de frente do cuidado e exercem papel fundamental na efetivação de ações inclusivas e equitativas. Dessa forma, o presente artigo teve como objetivo analisar as percepções e atitudes de profissionais da APS em relação à saúde da população LGBTQIA+.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza descritiva e analítica, realizado entre outubro de 2025 a janeiro de 2026 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes aos distritos de Saúde do Centro e do São Francisco, sendo elas: UBS Centro, UBS da Liberdade, UBS São Francisco e UBS Bezerra de Menezes, localizada no município de São Luís – MA.

Segundo Minayo (2008), o método qualitativo é adequado aos estudos sobre história, representações, crenças, relações, percepções e opiniões, ou seja, aos produtos das

interpretações humanas, considerando a forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam.

Participaram da pesquisa profissionais de saúde atuantes na ESF com tempo mínimo de seis meses de atuação, sendo excluídos aqueles que estavam de férias, licença, afastamento ou que desenvolviam atividades esporádicas ou não continuadas na unidade.

Com relação à amostra, conforme Minayo (2017), não há regra absoluta que determine o número de participantes em pesquisas qualitativas. Assim, a seleção foi intencional, buscando contemplar diversidade de situações, pontos de vista, valores, conhecimentos e experiências. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação, sendo a coleta de dados interrompida quando as concepções e explicações apresentadas pelos participantes se tornaram repetitivas e não surgiram novas informações relevantes.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2025 a janeiro de 2026, utilizando dois instrumentos. O primeiro, um questionário estruturado, abordou dados sociodemográficos e da trajetória profissional (APÊNDICE A), visando à caracterização dos participantes, com informações como formação, tempo de experiência e cargo ocupado ou função desempenhada. O segundo instrumento consistiu em um roteiro semiestruturado de entrevistas, composto por questões voltadas às vivências, percepções e atitudes dos profissionais acerca da população LGBTQIA+, com enfoque na assistência prestada aos membros dessa comunidade (APÊNDICE B).

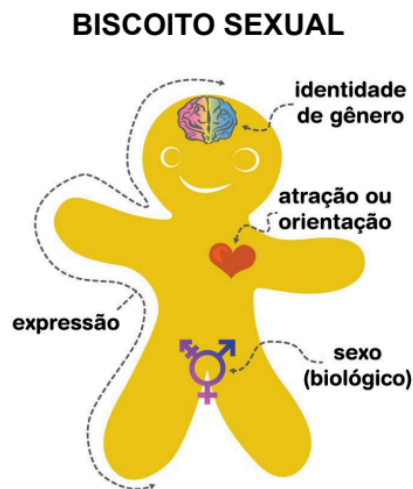
A técnica utilizada para obtenção dos dados foi o grupo focal, modalidade de entrevista que ocorre em grupos pequenos e homogêneos, cuja atividade foi mediada por um moderador responsável por estimular a participação, favorecer o diálogo e captar os diferentes pontos de vista dos participantes. Foram realizados seis grupos focais, com o objetivo de contemplar a diversidade de categorias profissionais atuantes nas unidades. Desses, um grupo ocorreu na UBS Bezerra de Menezes, um na UBS São Francisco, dois na UBS da Liberdade e dois na UBS Centro, com duração média entre 30 e 60 minutos. Nas unidades em que foi necessário realizar mais de um grupo focal, a decisão ocorreu em virtude da ausência de representantes de determinadas categorias profissionais consideradas essenciais para a diversidade pretendida na composição dos participantes. Assim, a realização de grupos adicionais buscou assegurar maior pluralidade de perspectivas e garantir a representatividade das diferentes categorias na discussão proposta.

Para favorecer o engajamento dos participantes e criar um clima de acolhimento, o encontro teve início com a apresentação de uma imagem denominada “*Biscoito Sexual*” (Figura 1). Sua escolha foi feita por apresentar diferenças entre sexo biológico, orientação

sexual, identidade e expressão de gênero, atrelados a partes do boneco, sendo associada a uma legenda explicativa (Figura 2), que foi fornecida após a plicação do grupo para não interferir nas respostas.

A escolha dessa imagem como disparador, teve como propósito estimular uma reflexão inicial sobre a diversidade de formas de ser e existir, de maneira lúdica e acessível, favorecendo a aproximação com a temática proposta.

Figura 1. Biscoito Sexual

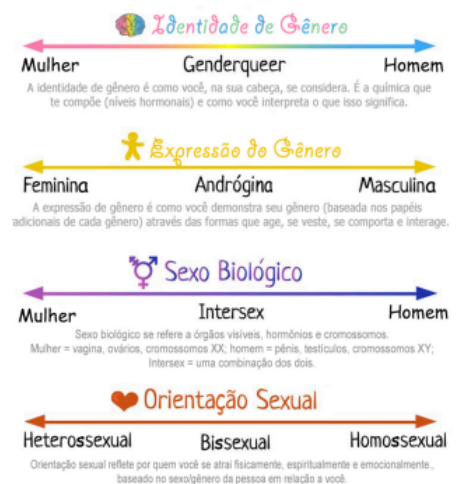


Fonte: SEXU/UFS. O Biscoito Sexual [Internet]. 2010 [citado 2025 Nov 12]. Disponível em: <https://sexusufs.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/02/o-biscoito-sexual.png>

Na sequência, as perguntas, organizadas por blocos com diferentes assuntos, foram realizadas, dando sequência ao andamento das entrevistas para alcançar as informações necessárias ao alcance dos objetivos. Foram realizados seis grupos focais, com o objetivo de contemplar a diversidade de categorias profissionais. Desses, um grupo ocorreu na UBS Bezerra de Menezes, um na UBS São Francisco, dois na UBS da Liberdade e dois na UBS Centro. Os grupos focais tiveram duração média entre 30 e 60 minutos.

As entrevistas foram transcritas na íntegra sendo analisada segundo os preceitos da Análise Temática conforme proposta Braun e Clark (2006), constituída de seis fases: a) familiarização com os dados, a partir da transcrição e revisão dos dados, da leitura e releitura; b) geração de códigos iniciais com o intuito de codificar sistematicamente os aspectos de destaque dos discursos; c) reunião dos códigos em temas potenciais e todos os dados pertinentes a cada tema em potencial; d) revisão dos temas a partir da verificação de sua funcionalidade aos extratos e ao banco de dados; e) definição e nomeação dos temas, refinando-se os detalhes de cada tema e a história contada pela análise; e f) produção do

Figura 2. Legenda Explicativa



relatório com os exemplos vivenciados pelos participantes, considerando a relação dos extratos escolhidos com a pergunta de pesquisa.

A partir das categorias emergentes, procedeu-se à inferência e interpretação dos resultados à luz do referencial teórico sobre competências culturais no cuidado à saúde da população LGBTQIA+ e Gênero e Sexualidade na perspectiva de Michel Foucault.

Para preservar o anonimato dos participantes e garantir a confidencialidade das informações, adotou-se um sistema de codificação nas falas. Os participantes foram identificados por siglas correspondentes à categoria profissional, seguidas de um número sequencial (por exemplo, M01, M02 e assim por diante). As categorias profissionais foram representadas pelas seguintes siglas: M (médico), ENF (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), ACS (agente comunitário de saúde), TSB (técnico de saúde bucal), NUT (nutricionista), PEF (profissional de educação física), FON (fonoaudiólogo) e SS (assistente social).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) conforme os princípios éticos da Resolução CNS nº 466/12, sob o CAAE nº 87293125.8.0000.5087.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo trinta e quatro profissionais de saúde. Estes foram caracterizados quanto à idade, raça/cor, identidade de gênero, religião, estado civil, escolaridade, tempo de atuação profissional em anos e tempo de atuação na instituição em anos, conforme organizado abaixo em Quadro 01.

A idade dos participantes variou entre 21 e 69 anos. Em relação à raça/cor, dezessete participantes se autodeclararam pardos, onze pretas e seis brancas. No que se refere à religião, vinte profissionais declararam-se católicos, dez evangélicos e quatro afirmaram não possuírem religião. Quanto ao estado civil, dezenove participantes eram casados, dez solteiros, quatro divorciados e um viúvo. No tocante à identidade de gênero, vinte e nove participantes se identificaram como mulheres cisgênero e cinco como homens cisgênero. Quanto à orientação sexual, trinta e um declararam orientação heterossexual, dois declararam orientação homossexual e um, bissexual.

Com relação à categoria profissional, dezesseis participantes eram agentes comunitários de saúde, seis enfermeiras, três técnicos de enfermagem, três médicos, além de uma técnica de saúde bucal, uma assistente social, um profissional de educação física, uma nutricionista, uma farmacêutica e um fonoaudiólogo.

O tempo de atuação profissional variou entre 1 a 38 anos, enquanto o tempo de atuação na APS foi de 1 a 38 anos, e na unidade de saúde específica, de 6 meses a 25 anos. No que se refere ao vínculo profissional, dezesseis participantes possuíam vínculo efetivo por concurso público, e dezoito atuavam por contrato temporário.

Quadro 1: Caracterização da equipe multiprofissional. São Luís-MA, 2026.

Código	Idade	Raça/Cor	Identidade de Gênero	Religião	Estado Civil	Escolaridade	Categoria profissional	UBS	Tempo de Atuação Profissional em anos	Tempo de Atuação na Instituição em anos
M01	47	Pardo	Homem Cis	Católico	Solteiro	PNS	Médico	Bezerra de Menezes	9	04
ACS01	53	Branca	Mulher Cis	Evangélica	Divorciada	PNT	ACS	Bezerra de Menezes	24	05
ENF01	53	Branca	Mulher Cis	Evangélica	Casada	PNS	Enfermeira	Bezerra de Menezes	30	12
ACS02	55	Parda	Mulher Cis	Católica	Casada	PNT	ACS	Bezerra de Menezes	23	23
ACS03	53	Preta	Mulher Cis	Católica	Solteira	PEM	ACS	Bezerra de Menezes	23	23
ASC04	65	Preta	Mulher Cis	Evangélica	Solteira	PNT	ACS	Bezerra de Menezes	23	23
ENF02	51	Parda	Mulher Cis	Católica	Casada	PNS	Enfermeira	Bezerra de Menezes	16	16
TE01	21	Parda	Mulher Cis	Católica	Casada	PNSI	Técnica de Enfermagem	São Francisco	2	11 meses
ACS5	60	Preta	Mulher Cis	Católica	Casada	PNSI	ACS	São Francisco	22	18
ENF03	40	Branca	Mulher Cis	Católica	Casada	PNS	Enfermeira	São Francisco	12	9 meses
M02	41	Parda	Homem Cis	Evangélica	Casado	PNS	Médico	São Francisco	10	2
NUT01	27	Parda	Mulher Cis	Católica	Solteira	PNS	Nutricionista	São Francisco	3	6 meses
ACS06	58	Branca	Mulher Cis	Católica	Casada	PNT	ACS	Liberdade	25	25
ACS07	65	Preta	Mulher Cis	Católica	Solteira	PNT	ACS	Liberdade	27	27
ACS08	67	Parda	Mulher Cis	Católica	Divorciada	PNT	ACS	Liberdade	25	25
ACS09	68	Parda	Mulher Cis	Evangélica	Solteira	PNT	ACS	Liberdade	27	27
ACS10	69	Preta	Mulher Cis	Católica	Casada	PEF	ACS	Liberdade	27	27
ACS11	69	Preta	Mulher Cis	Católica	Solteira	PNT	ACS	Liberdade	38	38
ACS12	67	Parda	Mulher Cis	Católica	Viúva	PNS	ACS	Liberdade	30	30
SS01	48	Preta	Mulher Cis	Católica	Casada	PNS	Serviço Social	Liberdade	1	1
ENF04	45	Branca	Mulher Cis	Evangélica	Casada	PNS	Enfermeira	Liberdade	20	1
FA01	51	Branca	Mulher Cis	Evangélica	Divorciada	PNS	Farmacêutica	Liberdade	21	2
PEF01	39	Parda	Homem Cis	Católica	Casado	PNS	Profissional de Educação Física	Liberdade	6	3

TSB01	32	Parda	Mulher Cis	Sem religião	Solteira	PNT	Técnico em Saúde Bucal	Liberdade	6	6
TE02	30	Preta	Homem Cis	Sem religião	Casado	PNSI	Técnico de enfermagem	Centro	7	3
TE03	44	Parda	Mulher Cis	Católica	Casada	PNSI	Técnica de enfermagem	Centro	10	1
ACS13	47	Parda	Mulher Cis	Evangélica	Casada	PNT	ACS	Centro	24	2
ACS14	56	Parda	Mulher Cis	Católica	Divorciada	PNS	ACS	Centro	25	2
ACS15	60	Parda	Mulher Cis	Evangélica	Casada	PNT	ACS	Centro	24	2
ACS16	62	Preta	Mulher Cis	Católica	Casada	PNSI	ACS	Centro	23	2
ENF04	30	Preta	Mulher Cis	Evangélica	Casada	PNS	Enfermeira	Centro	6	2
M03	26	Parda	Mulher Cis	Sem religião	Solteira	PNS	Médica	Centro	2	2
FON01	26	Preta	Homem Cis	Católica	Solteiro	PNS	Fonoaudiólogo	Centro	3	3
ENF05	29	Parda	Mulher Cis	Sem religião	Casada	PNS	Enfermeira	Centro	1	1

Legenda: PNS – Pessoa com nível superior; PNSI – Pessoa com nível superior incompleto; PEM – Pessoa com ensino médio; PEF – Pessoa com ensino fundamental; PNT – Pessoa com nível técnico.

Fonte: elaborada pela própria autora (2026).

A partir da análise das falas dos participantes, as narrativas foram organizadas em três categorias analíticas. A primeira, intitulada *Compreensão conceitual sobre identidade de gênero e orientação sexual*, é composta por três núcleos de sentido: (1) Desconhecimento das siglas LGBTQIA+ e de seus significados, gerando incompreensão sobre a diversidade sexual e de gênero; (2) Contraste quanto à compreensão da orientação sexual como “opção sexual”; (3) Associação de gênero à aparência, vestimenta ou comportamento.

A segunda categoria, aqui apresentada com título de *Atitudes e posicionamentos dos profissionais frente à população LGBTQIA+*, está constituída por três núcleos de sentido: (1) Percepção e reconhecimento do preconceito no cuidado à população LGBTQIA+; (2) Influência de crenças pessoais, religiosas, morais ou culturais; (3) Reconhecimento do dever ético-profissional no atendimento.

Em relação a terceira e última categoria, cujo título é *Vivências No Atendimento À População LGBTQIA+ Na Atenção Primária À Saúde*, está composta pelos seguintes núcleos de sentidos: (1) A invisibilidade programada: relatos de pouca ou nenhuma vivência; (2) O reducionismo clínico: atendimento centrado na queixa e na patologização; (3) Condutas marcadas por insegurança, hesitação e atitudes excludentes; (4) A APS como porta de entrada: potencialidades e limitações no acolhimento.

Compreensão conceitual sobre identidade de gênero e orientação sexual

Esta categoria analisa as compreensões de profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca da identidade de gênero e da orientação sexual, evidenciando como o domínio, ou a ausência, desses conceitos influencia diretamente as práticas de cuidado à população LGBTQIA+. Os discursos revelam diferentes níveis de entendimento, permeados por confusões conceituais, estereótipos e referenciais normativos.

Desconhecimento das siglas LGBTQIA+ e de seus significados, gerando incompreensão sobre a diversidade sexual e de gênero

Este núcleo evidencia a dificuldade dos profissionais em nomear e compreender a sigla LGBTQIA+ e os conceitos que a compõem. A percepção da sigla como excessivamente complexa contribui para leituras simplificadas da diversidade sexual e de gênero, reforçando compreensões limitadas e distanciadas da pluralidade identitária, o que impacta negativamente o reconhecimento e o acolhimento dos usuários nos serviços de saúde.

“E outra coisa que também me chamou, assim, que tornou mais confusão, é esse monte de identificação, né. Porque uma identidade de gênero tá na sua mente, é uma atração que você sente no coração, uma expressão ali que você passa pelo seu gesto. O sexo biológico é o que você nasceu, entendeu? Então pra mim tá confuso.” (ACS13)

“É muita letra [...] eu nem sei como chamar, do LGBTQIA+ [...]” (ACS04)

“Agora é tanta coisa diferente... antes tinha a lésbica, o gay [...] hoje não.” (FA01)

A partir das falas dos entrevistados, observa-se a dificuldade tanto para nomear quanto para compreender os conceitos relacionados à sigla LGBTQIA+. Essa dificuldade se expressa na percepção da sigla como algo excessivamente complexo. Essa percepção contribui para a simplificação da diversidade e para o distanciamento em relação às múltiplas identidades que compõem a sigla, favorecendo compreensões limitadas e estereotipadas (Monteiro e Soares, 2025).

Além disso, percebe-se uma noção de diversidade sexual e de gênero como algo recente, excessivo e de difícil compreensão, marcada por comparação entre um antes e um agora. O entrevistado expressa dificuldade em acompanhar a ampliação das categorias identitárias representadas pela sigla, interpretando uma pluralidade como confusa e desorganizada.

No contexto da APS, essa compreensão limitada tem implicações importantes, uma vez que se configura como porta de entrada do sistema e espaço privilegiado para o acolhimento da diversidade sexual e de gênero, reduzindo as identidades a categorias mais conhecidas socialmente legitimadas, o que favorece práticas de reconhecimento baseadas no senso comum e não na autodeclaração do usuário (Gurgel *et al.*, 2025).

Tal compreensão contribui para a reprodução de barreiras simbólicas no acesso aos serviços, fragilizando o acolhimento, o vínculo e efetivação dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado.

Contraste quanto à compreensão da orientação sexual como “opção sexual”

Este núcleo revela compreensões divergentes sobre a orientação sexual, que ora é reconhecida como dimensão constitutiva do sujeito, ora é entendida como uma escolha individual. A permanência da noção de “opção sexual”, ainda que acompanhada de discursos de respeito, sustenta uma lógica cisheteronormativa e moralizante, com implicações diretas na forma como as vivências LGBTQIA+ são legitimadas e acolhidas no contexto da APS.

Nas falas de alguns profissionais, observa-se uma compreensão inicial de que a orientação sexual não constitui uma “opção” ou “escolha”, mas uma dimensão constitutiva da pessoa, bem como a tentativa de definir a diversidade sexual a partir da ideia de atração afetivo-sexual:

“um pouco aqui que é sobre a orientação sexual, que não é uma opção, é uma condição.”

(ACS03)

“Aí tem aqui a expressão ou orientação que pode sentir atração pelo sexo oposto ou igual ao dele, né” (ACS07)

Os trechos acima evidenciam um entendimento assertivo no que se refere à orientação sexual, aproximando-se das definições presentes na “Cartilha de Atendimento ao Público LGBTQIAP+”. Nesse sentido, o termo designa a capacidade que cada sujeito tem de experimentar atração emocional, afetiva ou sexual por um outro. Essa atração pode ser destinada, por exemplo, a pessoas do mesmo gênero, como é o caso da homossexualidade. Além disso, o documento repreende o uso da expressão “opção sexual”, visto que não se trata de uma escolha, mas de algo que independe da vontade do sujeito (Ministério do Trabalho, 2020).

Ainda, a compreensão da orientação sexual como algo intrínseco ao ser humano contribui para o entendimento da diversidade sexual ao passo que legitima a existência da população LGBTQIA+. Essa legitimidade a distância do campo do desvio ou daquilo que foge à regra, uma vez que se trata de uma constituição tal qual a cisheterossexualidade. No entanto, essa compreensão não corresponde à visão geral dos profissionais da saúde.

Embora exista este registro, verifica-se, com maior frequência nos depoimentos, a atribuição da vivência LGBTQIA+ ao registro da “escolha”, mobilizada como categoria explicativa e frequentemente em contraste com a afirmação do “respeito ao outro”:

“[...] a pessoa eu acho que ela é o que é, você tem que não é aceitar, respeitar. são escolhas.” (ENF02)

“[...] tem sexo escolhido pela pessoa depois que já teve filho.” (ACS06)

“[...] tem que respeitar né, todo mundo tem direito a viver a sua vida, então assim eu não gosto de uma pessoa, mas você tem que respeitar, é o outro né, o que ele escolheu para ele. Como ele tá vivendo não está me prejudicando, você tem que respeitar a escolha do outro né.[...]” (ACS03)

Apesar dos discursos virem acompanhados de uma afirmação sobre respeito por parte dos profissionais, eles não devem ser considerados a partir dessa perspectiva superficial, pois revelam uma concepção que mesmo não sendo verbalizada, aponta para a centralidade da cisheteronormatividade. Nesse sentido, a cishetessexualidade é vista como normal e esperada ao desenvolvimento humano, de modo que qualquer orientação sexual que não corresponda à cisheterossexualidade representa uma fuga à norma, ao padrão (Padilha; Fasano; Gallo, 2022).

Além disso, a atribuição da orientação sexual como uma escolha confere a ela uma responsabilização individual que afeta diretamente a maneira como as vivências LGBTQIA+ são reconhecidas nos espaços de cuidado. Ao ser compreendida por profissionais de saúde como uma escolha, a orientação sexual é vista como passível de mudança ou reversão— algo muito problemático e que remonta ao contexto de patologização da homossexualidade. Somente em 1990 a homossexualidade teve sua existência naturalizada e deixou de ser classificada como doença mental pela Organização Mundial da Saúde (Tagliamento *et al.*, 2020). Desse modo, ainda é possível perceber as marcas, mesmo que sutis, desse processo de estigmatização.

Nem sempre a noção de “opção sexual” comparece isolada, mas pode ainda ser perpassada por uma compreensão biologizante e religiosa:

“[...] Quando a pessoa nasce com sexo biológico, mas devido tempo da sua convivência ele pode ter uma modificação de pensamento, opção também né [...] porque todo mundo nasce com sexo né. Não é que ninguém nasce feminino e masculino. Ou é um ou outro. Ai dizem que tem gente que nasce com dois sexo, mas eu não acredito não. Deus só fez o homem e a mulher.” (ACS01)

Nesse contexto, as contribuições de Michel Foucault, permitem aprofundar a compreensão dos discursos analisados, ao evidenciar que o poder não se localiza apenas nas instituições formais ou no Estado, mas se exerce de forma capilar nas relações sociais cotidianas, produzindo saberes, normas e verdades. Para Foucault, múltiplas relações de poder constituem o corpo social, e o poder só existe na medida em que produz regimes de verdade, os quais são engendrados por redes sociais historicamente situadas. Assim, os indivíduos são constituídos por essas redes de poder e de saber, de modo que os discursos considerados

“verdadeiros” carregam consigo efeitos específicos de poder (Souza; Sebatine; Magalhães, 2011).

Boffi; Barbosa; Hasse (2025) afirmam que, em um contexto em que as normas sociais são subordinadas ao binarismo, à cisgeneridade e à heterossexualidade, tudo o que destoia é marginalizado. Isso fica evidente na fala acima, que, atravessada por uma crença de cunho religioso, revela uma compreensão binária de gênero, em que há a legitimação apenas do homem e da mulher cis– “*ou é um ou é outro*”. Ainda, qualquer “variação” durante o desenvolvimento do sujeito é vista pelo(a) entrevistado(a) como resultado de influência social. Os discursos analisados até aqui evidenciam um ponto importante dentro da APS: o cuidado não se inicia apenas no atendimento, mas desde o entendimento que os profissionais têm do seu público.

Nesse cenário, o contraste entre o reconhecimento da orientação sexual como dimensão construtiva do sujeito e a sua compreensão como opção revela uma tensão importante no campo da saúde. Embora alguns profissionais apresentem discursos alinhados às definições técnicas e normativas, esse entendimento ainda não se encontra consolidado de forma homogênea nas práticas e concepções do cotidiano da APS (Costa-Val *et al.*, 2022).

A noção de orientação sexual como escolha individual, mesmo quando acompanhada de discursos de respeito, sustenta uma lógica que desloca a diversidade sexual para o campo da decisão pessoal da moralidade. Assim, o respeito enunciado nos discursos analisados assume um caráter condicional, baseado na ideia de que a diferença é aceitável desde que não confronte diretamente os valores dominantes (Monteiro e Soares, 2025).

Associação de gênero à aparência, vestimenta ou comportamento

Este núcleo aborda a associação da identidade de gênero à aparência, vestimenta e comportamento, revelando tanto tentativas de compreensão ampliada quanto a persistência de estereótipos baseados no modelo binário. A leitura de gênero a partir de critérios visuais reforça práticas normativas que invisibilizam a autodeclaração e fragilizam o cuidado integral à população LGBTQIA+ na APS.

“expressão é uma somatória de coisas intrínseca que a gente pode dizer aí a expressão ela é toda a demonstração que tá na identidade gênero pelo cérebro, a atração ou orientação pelo coração, aí a expressão de gênero gera a expressão própria existência” (PEF01)

É possível perceber no discurso dos profissionais, a tentativa de entendimento acerca da expressão de gênero, com interpretações vinculadas à identidade de gênero, aos sentimentos e à orientação sexual, entendidas como processos internos, manifestados na forma como o sujeito se apresenta socialmente.

Nota-se a comparação entre identidade e “cérebro” e entre orientação e “coração”, evidenciando um esforço em reconhecer que a expressão do sujeito ultrapassa os atributos determinados pela biologia, adentrando o campo da subjetividade. Essa perspectiva dialoga com a noção de performatividade de gênero, segundo a qual os atributos e atos de gênero, isto é, as diversas maneiras pelas quais o corpo produz e expressa significados culturais, não derivam de uma identidade pré-existente. Ao contrário, tais atos são performativos, o que implica compreender que não há uma essência anterior que os determine. Desse modo, não se pode falar em um ato de gênero verdadeiro ou falso, real ou distorcido, uma vez que a própria ideia de uma identidade de gênero “verdadeira” revela-se como uma ficção regulatória (Butler, 2018).

Em contrapartida, alguns depoimentos evidenciam dificuldades de compreensão e imprecisões conceituais sobre identidades e expressões de gênero, articuladas a uma leitura binária (masculino/feminino) e a estereótipos que limitam o reconhecimento da diversidade LGBTQIA+:

“mas porque normalmente a gente põe na cabeça que o homem, o pessoal do LGBTQIA+, eles vêm se identificando e agora é tanta coisa diferente... Antes tinha a lésbica, o gay [...] tinha a mulher lésbica, no meu consentimento, que era a que se vestia como homem. Hoje não. Ela se veste como homem, ela se veste como mulher. Como tem esse intersexo, né? Agora também tem o intersexo, né? Então é uma coisa assim que a gente não tem como identificar.” (FA01)

A marcação temporal de “antes” e “agora”, evidencia a falta de entendimento conceitual frente a pluralidade de existências e formas de expressão, que quebram o paradigma social fixo do que se entende como homem e mulher, bem como a dificuldade em compreender as diversidades de identidade de gênero e orientação sexual.

Esse e outros relatos revelam preconceitos e estereótipos implícitos, ainda que acompanhados de reflexões por parte do profissional, os quais contribuem com a criação de barreiras institucionais que impactam de maneira negativa no acesso e cuidado à população LGBTQIA+, no contexto da APS.

Essas lacunas de conhecimento, apontam falhas importantes na formação dos profissionais de saúde no que tange a diferenciação entre sexo biológico, orientação sexual, identidade e expressão de gênero, distanciando a realidade, dos princípios e diretrizes instituídas pela “Política Nacional de Saúde Integral LGBT”, instituída pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº2.836, em 2011.

“Ela é homem e se veste de mulher. entendeu? E até pelo aspecto dela mesmo a gente pensa que é uma mulher que não se arruma, é com shortinho, camisa a gente acha que é né, que é um homem vestido de mulher” (ACS01)

“Ou seja, ela é mulher e se veste de homem.” (ACS04)

A atribuição de julgamentos baseados em estereótipos de aparência, ao inferir a identidade de gênero a partir da forma pela qual o indivíduo se veste e se apresenta em sociedade, desconsidera o caráter subjetivo e autodeclarado, inviabilizando os processos internos que são inerentes à identificação e reconhecimento, reforçando a ideia de que gênero é identificado visualmente:

“Porque uma identidade de gênero tá na sua mente, é uma atração que você sente no coração, uma expressão ali que você passa pelo seu gesto... então pra mim tá confuso.” (1 CT)

Essa percepção da identidade de gênero associada à aparência, gestos e expressões, mesmo que de forma breve, como observado nos relatos, simplifica e reduz a complexidade das vivências da população LGBTQIA+, e esse não reconhecimento leva ao destaque do fenômeno da leitura social, sendo essa definição associada ao sentido visual para a principal forma de reconhecimento do gênero, atrelada à aparência física e aspectos culturais (Boffi; Barbosa; Hasse, 2025)

De forma semelhante, Silva, Finkle e Moretti-Pires (2019) apontam que as representações sociais de pessoas LGBTQIA+ estão fortemente vinculadas a características pessoais, tanto físicas quanto comportamentais, revelando conteúdos estereotipados. Observou-se, por exemplo, a associação do homem gay a traços afeminados e da mulher lésbica a características masculinizadas. Embora os trabalhadores da saúde reconheçam que a aparência não é suficiente para identificar a sexualidade de alguém, eles frequentemente se orientam pela aparência física e pela linguagem corporal dos usuários, considerando gestos, forma de vestir e postura como modos de agir.

Nesse sentido, a leitura social baseada na aparência funciona como um mecanismo de classificação rápida, porém reducionista, que orienta a forma que os profissionais interpretam, abordam e se relacionam com os usuários nos serviços de saúde. Ao associar a identidade de gênero à vestimenta, comportamento ou expressão corporal, reforça-se uma lógica normativa que invisibiliza identidade dissidentes e deslegitima a autodeclaração como elemento central do reconhecimento do sujeito (Gurgel *et al.*, 2025).

A associação direta entre aparência e identidade revela a permanência de um olhar biomédico e normativo, que busca enquadrar os corpos e identidades dentro de categorias fixas e binárias. Quando a identidade de gênero é inferida a partir de estereótipos visuais, torna possível o uso inadequado do nome social, abordagens constrangedoras, falhas no acolhimento e negação implícita de demandas de saúde, comprometendo o vínculo entre profissional e usuários (Santos *et al.*, 2025).

Tal perspectiva contrasta com avanços normativos e conceituais propostos pelas políticas públicas brasileiras que reconhecem a diversidade de expressões de gênero como parte constitutiva da subjetividade humana e dos determinantes sociais de saúde.

Atitudes e posicionamentos dos profissionais frente à população LGBTQIA+

Esta categoria analisa as atitudes, percepções e posicionamentos adotados por profissionais de saúde no atendimento à população LGBTQIA+, evidenciando como valores pessoais, crenças morais e concepções normativas influenciam as práticas de cuidado. Os achados revelam tensões entre discursos de respeito e acolhimento e a persistência de preconceitos, explícitos ou velados, que impactam a qualidade da atenção ofertada na APS.

Percepção e reconhecimento do preconceito no cuidado à população LGBTQIA+

Este núcleo de sentido reúne falas que expressam a percepção, o reconhecimento e, em alguns casos, a negação do preconceito no cuidado à população LGBTQIA+. Os discursos revelam desde tentativas de neutralidade e igualdade formal até o reconhecimento de preconceitos internalizados, evidenciando conflitos entre valores pessoais, exigências éticas e as demandas por um cuidado inclusivo e equânime.

Além das dificuldades de compreensão acerca das identidades de gênero e orientações sexuais, abordadas na Categoria 1, os profissionais verbalizaram disposições subjetivas, éticas e morais que orientam seu comportamento no atendimento. Essas disposições incluem posturas de acolhimento, neutralidade ou o reconhecimento do próprio preconceito, bem como o deslocamento da percepção do preconceito para outros profissionais.

“[...] minha crítica, é por isso que eu falei assim: “Ah, por que é tão específico a pesquisa?”. Porque pra mim todo mundo é igual. Nosso corpo tem esqueleto, todo mundo pensa. Eu também não vou tratar ninguém desigual, entendeu? Pra mim todo mundo é igual, todo mundo é ser humano” (M02)

A fala da participante evidencia uma perspectiva de atendimento pautada na igualdade formal, em que todos os pacientes são tratados “da mesma forma”, independentemente da identidade de gênero ou da expressão de gênero. Isso demonstra uma tentativa de acolhimento universal, reconhecendo que todos os indivíduos que chegam à unidade de saúde necessitam de cuidado. No entanto, essa abordagem pode revelar limitações importantes quando se considera a população LGBTQIA+.

Em consonância com estudos como o de Prichula *et al.*, 2024, observa-se que os profissionais frequentemente exprimem uma noção de respeito como balizador necessário para o atendimento. No geral, há um entendimento de igualdade entre as pessoas, mas isso se dá com um afastamento da compreensão das minorias sociais e das iniquidades específicas

que a população LGBTQIAPN + enfrenta. Dessa forma, o reconhecimento dessa população se dá muitas vezes de maneira estigmatizante, pautado em diferenças percebidas ou visíveis, que nem sempre correspondem à realidade das experiências e vulnerabilidades vivenciadas por essas pessoas.

Alguns relatos expressam o reconhecimento de que o preconceito pode operar de maneira internalizada e, por vezes, automática, inclusive quando os participantes afirmam não adotar práticas discriminatórias. Ao refletirem sobre sua origem, os entrevistados indicam que esse preconceito pode emergir do próprio sujeito e ser reproduzido no cotidiano, evidenciando a presença de estigmas incorporados e a percepção de necessidade de revisá-los:

[...] Mas eu não sei porque nós seres humanos temos essas coisas dentro da gente [...] Não sei porque isso dentro de mim. Eu tô tentando trabalhar isso dentro de mim, porque visto que alavancou essa situação, aí agora eu tenho que saber tratar todos como querem ser tratados. Entendeu? [...] alavancou então eu tenho que entrar também [...] senão eu fico para trás, senão eu fico taxada de preconceituosa, entendeu? (ACS04)

Mas a gente sempre vai ter preconceito, entendeu? (ACS02)

As falas dos participantes evidenciam a internalização de discursos normativos que operam sobre os sujeitos, produzindo sentimentos de estranhamento, culpa e vigilância de si. Quando o entrevistado afirma “não sei porque isso dentro de mim” e relata o esforço em “trabalhar isso dentro de mim”, observa-se a presença de um processo de autopolicimento, no qual o sujeito reconhece a existência de valores preconceituosos, mas os compreende como algo quase naturalizado e intrínseco. Ao mesmo tempo, o movimento de “entrar” na lógica da mudança para não ser “taxada de preconceituosa” revela a pressão exercida por normas sociais contemporâneas que regulam comportamentos considerados aceitáveis.

À luz de Michel Foucault (1996), tais discursos podem ser compreendidos a partir da concepção do corpo como superfície e cenário de inscrições corporais, atravessado por acontecimentos e por uma ordem discursiva que regula os prazeres, as expressões e os modos de existir. Nessa perspectiva, o preconceito não emerge como uma característica individual isolada, mas como efeito de inscrições culturais historicamente produzidas, que incidem continuamente sobre os sujeitos. O corpo não é suficientemente estável para servir como base fixa de autorreconhecimento, evidenciando que aquilo que o sujeito percebe como “dentro de si” é, na verdade, resultado de processos sociais e discursivos que se atualizam ao longo do tempo.

Nesse sentido, o poder normativo opera de maneira discreta, não se limitando à repressão explícita, mas atuando principalmente por meio da criação de normas que orientam

os corpos, moldam comportamentos e definem quais formas de existência são socialmente reconhecidas como legítimas (Foucault, 1999).

As pessoas carregam preconceitos que se refletem em suas relações sociais (Silva; Camillo; Guaraldo, 2023). O profissional reconhece preconceitos internalizados e evidencia conflito entre valores pessoais e a prática profissional, demonstrando esforço para adequar suas atitudes às demandas de respeito e inclusão. Nesse sentido, a Consciência Cultural envolve o reconhecimento dos próprios vieses, estereótipos e preconceitos (Coutinho *et al.*, 2018). Observa-se, nesse contexto, a presença de autoanálise intencional, característica central da consciência cultural, evidenciando que o sujeito reconhece que determinadas atitudes podem interferir negativamente na oferta de um cuidado sensível e equitativo às pessoas LGBTQIA+.

Nesse cenário, tais preconceitos internalizados podem se expressar de diferentes formas no cotidiano das práticas sociais e profissionais, sendo a homofobia uma de suas manifestações mais recorrentes. Trata-se de um fenômeno social complexo, que se materializa por meio de preconceitos, discriminações, estigmatização e violências dirigidas a pessoas LGBTQIA+ cujas expressões de masculinidade e feminilidade não se enquadram nas normas de gênero culturalmente estabelecidas. No contexto da atuação profissional, essas manifestações podem ocorrer tanto de forma explícita quanto velada, reproduzindo desigualdades e comprometendo a qualidade do cuidado oferecido. Reconhecer que o preconceito ainda constitui um elemento presente, muitas vezes naturalizado entre profissionais de saúde permite refletir sobre a urgência de ampliar os horizontes de discussão e de formação, a fim de promover práticas mais sensíveis, inclusivas e comprometidas com a equidade (Lima; Souza; Dantas, 2016). Nesse sentido, o fortalecimento da competência cultural dos trabalhadores da saúde torna-se essencial para a garantia do direito à saúde e para o acolhimento humanizado da população LGBTQIA+.

Essas falas revelam que o preconceito se manifesta mesmo em sujeitos que se consideram tolerantes, evidenciando a internalização de normas sociais e a dificuldade de neutralizar julgamentos automáticos.

Antes você não via dois homens fazendo carícias na praia, hoje você observa isso. A gente fica em choque. (ACS01)

Demonstrar atos de afetividade é uma das características que marcam os seres humanos. Nesse sentido, em público, as pessoas gostam de demonstrar seus afetos, seus carinhos, seus amores pelo outro. Mas, quando pessoas do mesmo sexo andam de mãos dadas ou abraçadas, os olhares desconfiados e os insultos emergem quase que naturalmente (Silva;

Lima Melchiades, 2020). Essas reações revelam que a afetividade entre pessoas do mesmo sexo ainda é interpretada a partir de um olhar preconceituoso, reforçando desigualdades e a negação simbólica do direito ao afeto.

“Eles querem ir no banheiro né, no banheiro feminino. Mas no banheiro feminino não tem um negócio lá que ele bota o pinto, como é que ele.... ele vai sentar?” (ACS01)

Proibir a utilização do banheiro de acordo com a identidade e expressão de gênero nos espaços públicos pode gerar consequências adversas para a saúde física e mental das pessoas trans, uma vez que a negação do acesso ao banheiro faz com que pessoas trans e travestis evitem utilizar banheiros públicos, ocasionando a retenção intencional de urina e fezes por períodos prolongados, como durante a jornada de trabalho, o que aumenta o risco do desenvolvimento de doenças no trato urinário. Existem, ainda, pessoas trans e travestis que ingerem uma menor quantidade de água para reduzir a ida aos banheiros em locais públicos. Essa atitude acarreta graves consequências à saúde das pessoas transexuais, levando-as a desenvolver problemas urinários e renais (Antra, 2023).

Segundo Alves Neto e Vilaça (2022), as atitudes discriminatórias são muitas vezes construídas a partir da lógica do sistema sexo/gênero, que estabelece convenções sociais sobre identidade, orientação e sexualidade. Tais dispositivos culturais e ideológicos produzem e reforçam desigualdades, impactando a percepção dos direitos das pessoas LGBTQIA+, comprometendo sua segurança, confiança e acesso aos serviços de saúde.

Os depoimentos evidenciam que parte dos profissionais relaciona as dificuldades no cuidado tanto à presença de preconceitos quanto à insegurança e ao despreparo para abordar a temática no atendimento, apontando a necessidade de ampliar conhecimentos e sustentar práticas mais inclusivas e respeitosas:

“Primeiro o preconceito às vezes vem deles. A pessoa se aceitar, entendeu? é aquilo e acabou, todo mundo não tá aí para ninguém. se você quiser aceitar comunidade... pessoa que transmite mas é isso. (ENF02)

“[...] A gente tem essa dificuldade. [...] A gente não sabe nem como chegar pra atender uma pessoa.” Por isso que eles fazem essa discriminação, mas eu acho que não. Acho que a pessoa tem que se identificar pra gente; tanto se ele é hétero como se não é, ele tem que se identificar pra gente, porque fica constrangedor pra gente tomar uma atitude na hora e ser repreendido.” (FA01)

Assim, as falas mostram a tensão entre valores conscientes de respeito e reações espontâneas de estranhamento, mostrando que o preconceito não é apenas deliberado, mas também incorporado culturalmente e manifestado em gestos e olhares. Esse reconhecimento aponta para a possibilidade de autorreflexão e transformação, indicando que, mesmo

internalizado, o preconceito pode ser identificado e trabalhado para promover atitudes mais inclusivas.

Influência de crenças pessoais, religiosas, morais ou culturais

Neste núcleo de sentido, são analisadas falas que evidenciam como crenças pessoais, religiosas, morais e culturais atravessam a compreensão dos profissionais acerca das identidades de gênero e orientações sexuais, influenciando diretamente suas atitudes e práticas de cuidado. Os discursos revelam a reprodução de normas binárias e heteronormativas, bem como o uso de valores religiosos como justificativa para preconceitos e exclusões simbólicas no atendimento à saúde.

“Na verdade, a gente não sabe o que a gente é. A gente responde pelo fato de que os nossos pais e as nossas mães disseram: “Você é menina e ele é menino.” Então, pra nós, eu acredito, a identidade de gênero já vem de quando a gente era criança. Foi assim dito e assim será. [...] Então acho que, pra nós [...], o gênero é masculino e feminino.” (ENF03)

“Muitas das vezes o preconceito vem de dentro de casa, a família não dá apoio, não aceita, então ele traz daquela bagagem de rejeição de casa. Aí chega num lugar, retraído.” (ACS01)

“Tem casos mesmo que eles expulsam até de casa. A maioria. Outros que sofrem violência física: o pai bate, a mãe bate. Eles pensam que a porrada vai fazer a escolha dos filhos mudarem... que eles deixem de ser.” (ACS14)

“Tivemos um caso na semana passada. O pai dele morava na Liberdade. Ele era LGBT e se matou porque a família não aceitava.” (ACS08)

Esses trechos mostram como a discriminação é percebida como internalizada e também socialmente construída, influenciada pelo contexto familiar e cultural. Nesse sentido, à medida que o indivíduo LGBTQIA+ se desenvolve cognitivamente e emocionalmente, a heteronormatividade entra em conflito com sua vivência afetiva. A quebra da figura do “filho idealizado” pode transformar até o lar mais acolhedor em um espaço disfuncional, gerando sofrimento psíquico significativo. Além de lidar com suas próprias questões, o indivíduo enfrenta a falta de suporte familiar, que o marginaliza e estigmatiza. O preconceito, entendido como manifestação de exclusão baseada em padrões heteronormativos, contribui para o medo e a insegurança de expressar a orientação afetiva, de modo que aceitar-se torna-se um ato de resistência e autovalorização, apesar das dificuldades impostas por terceiros que insistem em controlar as identidades alheias (Printes; Muner. 2021).

As falas deste núcleo de sentido refletem tensões entre o dever profissional de acolher e os valores pessoais, morais ou religiosos dos profissionais, evidenciando como crenças individuais atravessam e influenciam as práticas de cuidado. Essas tensões podem ser compreendidas como efeitos de processos históricos de materialização dos corpos e das

subjetividades, nos quais o regime binário se impõe como forma privilegiada de ordenamento social. Tal materialização é continuamente atravessada por referências dominantes que regulam os modos de ser, agir e se comportar no mundo (Souza; Sebatine; Magalhães, 2011).

Nesse processo, diferentes instituições, como o Estado, a Igreja, a família, o direito, a medicina, a psicologia, a escola e a mídia, participam ativamente da produção e manutenção dessas normas, ora operando como instâncias externas de controle, ora sendo incorporadas como regulações internas pelos próprios sujeitos. A ação da subjetivação normatizadora, contribui para a cristalização de valores e expectativas que passam a orientar inclusive os processos desejantes, produzindo o desejo pela norma e a reprodução de seus modelos (Souza; Sebatine; Magalhães, 2011). Assim, os conflitos expressos pelos profissionais não se restringem a dilemas individuais, mas revelam a internalização de regimes normativos que tensionam o exercício do cuidado ético, integral e inclusivo no âmbito da APS.

Nesse contexto, algumas falas revelam transfobia explícita e uso de valores religiosos para justificar preconceito:

[...] essa pessoa da minha área é masculino, masculino é mesmo que a pessoa de ter o pinto lá. Mas o nome é feminino na identidade, em tudo é feminino o nome, entendeu? [...] Beleza, mas é homem tem a coisinha lá, ela não teve condição de tirar as coisas, eu espero em nome de Jesus que ela morra com ele. Aí entendeu? [...] (ACS04)

O discurso apresentado reflete a centralidade do corpo e da genitália como critérios de reconhecimento, bem como a utilização de valores religiosos para reforçar a rejeição à diferença. Esse posicionamento evidencia a persistência de normas cisnormativas e cisheteronormativas nos contextos sociais e profissionais. Nesse sentido, observa-se que a profissional de saúde reduziu a identidade da pessoa transexual à presença do órgão genital, desconsiderando sua identidade de gênero e seu reconhecimento social enquanto mulher.

Segundo Lanz (2016), ser uma pessoa transgênera, na ordem social vigente, equivale a ocupar o lugar de um “não-ser”, isto é, alguém que, embora possua existência material, não é reconhecido institucionalmente, não constituindo uma identidade social legitimada ou inserida na matriz cultural de inteligibilidade. Nessa perspectiva, juridicamente, o “não-ser” não se configura como sujeito de direito, permanecendo à margem das garantias e proteções legais destinadas aos indivíduos reconhecidos pela norma. Para essa mesma ordem, considera-se “normal” que a pessoa nasça com determinados órgãos genitais — pênis ou vagina — e, exclusivamente a partir disso, seja automaticamente classificada como homem ou mulher, sem qualquer consideração sobre sua subjetividade ou autodeterminação. Assim, a atribuição de gênero ocorre de forma impositiva, baseada unicamente nas características biológicas

observadas ao nascimento, fazendo com que o órgão genital opere como um marcador central que orienta expectativas sociais, molda comportamentos e condiciona, de maneira significativa, as trajetórias e possibilidades de existência dos indivíduos no mundo (Lanz, 2016).

Problematiza-se, assim, o corpo não como um dado natural e fixo, mas como uma materialização de discursos reguladores e disciplinares, conforme proposto por Michel Foucault e pela teoria queer. O enunciado do participante expressa a atuação do biopoder, que opera por meio da normatização dos corpos, das identidades e das existências a partir de parâmetros reprodutivos, cisnormativos e heteronormativos. A expectativa violenta de que a pessoa “morra com ele”, associada à impossibilidade de realização da cirurgia, explicita não apenas a negação da identidade de gênero, mas também a produção simbólica da exclusão e da desumanização de corpos dissidentes (Souza; Sebatine; Magalhães, 2011).

A perspectiva de existência de uma coerência natural entre sexo, gênero e sexualidade é uma ideia naturalizada pelo discurso, como pode ser observado nas pessoas transexuais, nas quais a identidade de gênero não corresponde ao sexo designado no nascimento. Nesse sentido, compreende-se que o sujeito transexual é aquele que possui uma identidade de gênero distinta do sexo atribuído ao nascer, evidenciando uma discrepância entre os atributos físicos do sexo biológico e a forma como o indivíduo se reconhece em termos de gênero. Nessa perspectiva, a pessoa transexual pode externar o desejo de passar por cirurgias para adequar seu corpo ao gênero com o qual se identifica, inclusive buscando a cirurgia de redesignação sexual. Importante ressaltar, contudo, que a pessoa transexual pode não desejar a cirurgia de readequação sexual, e isso não significa que não exista dissociação entre o sexo biológico e a identidade de gênero (Fachin, 2017).

Contudo, a transfobia se manifesta de muitas formas, como por exemplo o desrespeito ao nome social, exposições vexatórias onde a identidade de gênero é questionada, médicos que se negam a atender travestis e pessoas transexuais com o argumento de que “não é minha especialidade”, o uso de pronomes de tratamento que não correspondem à identidade de gênero, a proibição do uso de banheiros de acordo com a identidade de gênero (o que obriga travestis e mulheres transexuais a usarem o banheiro masculino), xingamentos e olhares discriminatórios (Moura, 2023).

O percurso de transformação corporal e de efetivação de uma estética de feminino travesti envolve elementos heterogêneos e complexos, capazes de interferir no exercício de direitos e no acesso a bens e serviços de qualidade, bem como nas possibilidades de escolha relacionadas à proteção e às garantias de vida. Entre os marcadores mais relevantes,

destaca-se a condição socioeconômica e cultural da pessoa que busca essa transformação, a qual pode torná-la mais exposta à violência estrutural e às suas consequências, que se manifestam em diferentes intensidades de estigmatização, discriminação, exclusão, violência e morte (Souza; Sebatine; Magalhães, 2011).

É fundamental que os profissionais de saúde possuam conhecimento e sensibilidade cultural sobre a temática, a fim de evitar discursos e práticas transfóbicas, muitas vezes sustentadas por valores morais ou religiosos, que comprometem a ética, o acolhimento e a integralidade do cuidado. Ao relacionar-se ou atender pessoas transexuais, o profissional não deve enfatizar de forma exagerada o papel da cirurgia de redesignação sexual em suas vidas ou em seus processos transexualizadores, reconhecendo que a identidade de gênero não se restringe à adequação corporal, mas envolve dimensões subjetivas, sociais e identitárias (Jesus, 2012).

Assim, os relatos evidenciam a percepção de que a aceitação social da população LGBTQIA+ ainda é marcada por instabilidade e condicionantes, variando conforme valores individuais e contextos familiares, com destaque para situações em que a família, em vez de oferecer apoio, assume papel de rejeição, por vezes atravessada por vínculos religiosos, e potencializa sofrimento psíquico. Também comparece a compreensão de que a sociedade, de modo geral, ainda não está preparada para lidar com a diversidade, e que experiências de estigma e violência podem iniciar precocemente, em espaços como escola e rua, ao mesmo tempo em que alguns participantes reconhecem mudanças recentes na visibilidade do tema mediadas por diferentes meios de comunicação e redes sociais:

“Mas tem uns que são aceitos e tem outros que não são aceitos. Depende muito da cabeça da pessoa se vai aceitar ou não. Foi aquele caso que eu te contei da minha sobrinha. A mãe não aceitou, é da igreja. [...] Quer dizer, são casos que acontecem em que a família, ao invés de dar o apoio, é a primeira a crucificar. Ai, se não tiver amigo, não tiver alguém pra falar com ele, essa pessoa entra em depressão”. (ACS06)

“Eu acho que a sociedade ainda não está preparada, sociedade... então é uma pessoa que, às vezes, a gente não tem lugar de fala pra expressar, a não ser que a gente tenha alguém em casa ou, né, conheça alguém muito próximo. Então, essa pessoa talvez já enfrente isso desde criança... na escola, na rua, nas brincadeiras. Então, ele já tem muito... mais uma vez, eu acho que tem muita mudança, já aconteceu muito pela internet, pela novela, pelo TikTok, por tudo [...]” (M01)

Corroborando com esse achado, em estudo de Tesser Junior *et al.* (2024), é ressaltado que, em diversas situações, os entrevistados reconhecem que houve melhorias na visibilidade

das pessoas LGBTQIA+ nos últimos tempos, porém também concordam que ainda há progresso a ser feito.

Nos últimos anos, houve avanços significativos no reconhecimento dos direitos da população LGBTQIA+, refletidos tanto em conquistas civis quanto na ampliação de políticas públicas inclusivas. Desde então, a PNSI-LGBT vem se consolidando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, assegurando acesso universal e gratuito. Entre os progressos alcançados, destacam-se o uso do nome social no SUS, o direito à adoção por casais homoafetivos, o reconhecimento da união estável e do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo, a licença-maternidade para pais adotivos gays e o direito à pensão por morte do cônjuge homossexual. Todavia, é importante destacar que, embora esses avanços representem conquistas históricas, ainda há desafios quanto à efetivação plena desses direitos e à responsabilidade do Estado na promoção da inclusão e da equidade (Bezerra *et al.*, 2019).

Reconhecimento do dever ético-profissional no atendimento

Este núcleo de sentido aborda o reconhecimento, por parte dos profissionais, do dever ético-profissional de oferecer um cuidado respeitoso, humanizado e livre de discriminação à população LGBTQIA+. As falas destacam a importância do respeito, da comunicação sensível e da atualização profissional, bem como a percepção da necessidade de transformação das práticas em saúde frente às demandas da diversidade sexual e de gênero.

“Então, antes, eu respeito, porque quero ser respeitado, e respeito a outra pessoa pra que me respeite também, né? Isso tá bem aí”. (ACS04)

O cuidado em saúde varia de pessoa para pessoa, exigindo do profissional sensibilidade para lidar com diferenças e respeito por todos, independentemente de idade, cor da pele, religião, cultura, doença, sexo, orientação sexual, nacionalidade, raça ou condição social. A comunicação é fundamental nesse contexto, pois possibilita a troca de informações, sentimentos e emoções, de forma consciente ou inconsciente, evidenciando respeito pela pessoa como um todo. Respeitar as crenças e valores culturais do paciente, criar ambientes inclusivos e formar profissionais culturalmente competentes são essenciais para garantir o respeito à diversidade na saúde (Abrunhosa; Abrunhosa, 2024).

A humanização do atendimento à população LGBTQIA+ fortalece a relação entre profissionais de saúde e usuários, configurando um avanço relevante no enfrentamento das desigualdades no acesso à saúde. Ao assegurar um espaço de cuidado empático e individualizado, contribui-se para a construção de uma sociedade mais justa, independentemente da identidade de gênero (Lima; Andrade; Silva, 2024).

Nesse sentido, o fortalecimento da competência cultural dos trabalhadores da saúde torna-se essencial para a garantia do direito à saúde e para o acolhimento humanizado da população LGBTQIA+.

Essa percepção dialoga com a necessidade de desconstrução de preconceitos e de adaptação a novas formas de compreender e cuidar, pautadas no respeito à diversidade e na humanização das práticas profissionais, como expressa no trecho:

“E é isso que a gente tem que tentar mudar...” (ACS04)

“[...] a gente tem que se atualizar mesmo.” (M01)

Os participantes expressam a percepção de necessidade de mudança, evidenciando a consciência acerca da importância de revisar comportamentos arraigados e desconstruir preconceitos historicamente reproduzidos nas práticas em saúde. A partir desse desejo de transformação, torna-se essencial promover uma formação que proporcione uma compreensão mais ampla e sensível das questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero. Os profissionais de saúde devem ser capacitados para reconhecer e respeitar as diferentes identidades de gênero e orientações sexuais, além de adotar práticas inclusivas e livres de discriminação em seu atendimento. Isso inclui o desenvolvimento de habilidades de comunicação culturalmente sensíveis, o estabelecimento de ambientes acolhedores e seguros para todos os pacientes e o combate ativo ao preconceito e à estigmatização (Tesser Junior *et al.*, 2021).

Nesse contexto, algumas iniciativas já foram realizadas no município de São Luís para promover essa formação. No ano de 2018, foram realizadas 39 oficinas nas UBS, com a participação de profissionais da ESF e demais trabalhadores da saúde. Em 2019, um evento na Universidade Federal do Maranhão (UFMA) abordou temas relacionados à saúde da população LGBTQIA+. Apesar dessas ações, ainda persistem lacunas assistenciais, evidenciando a necessidade de que os profissionais da ESF adotem uma abordagem acolhedora no momento do cadastro, livre de preconceitos, estigmas e julgamentos de valor, o que reforça a importância da formação contínua e do comprometimento com práticas inclusivas (São Luís, 2024).

Também há reconhecimento de avanços culturais, esse trecho revela a percepção de transformação na convivência social, especialmente entre as novas gerações, evidenciando maior naturalidade na aceitação de famílias e relações diversas.

“Mas eu acho até assim [...] que hoje em dia se a gente pega na nossa época de escola, hoje em dia se um coleguinha vê dois meninos ou duas meninas, eu acho que ainda é mais... ainda é mais aceito do que a 15 anos 20 anos atrás. Então é um avanço, assim, né? E às vezes, ele vê sobrinho... sobrinho ou alguém... o sobrinho ou uma sobrinha minha fala: “ah

porque eu tenho um coleguinha que tem duas mães” e tal e fala normal. Antigamente era assim: “meu Deus eu tenho um coleguinha que tem duas mães”. (M01)

Corroborando com esse achado, em estudo de Tesser Junior *et al.* (2024), é ressaltado que, em diversas situações, os entrevistados reconhecem que houve melhorias na visibilidade das pessoas LGBTQIA+ nos últimos tempos, porém também concordam que ainda há progresso a ser feito.

Vivências No Atendimento À População LGBTQIA+ Na Atenção Primária À Saúde

Esta categoria analisa as experiências concretas relatadas pelos profissionais no cotidiano das UBS, revelando como as compreensões teóricas e as atitudes subjetivas se materializam na prática do cuidado. Os relatos evidenciam que, embora a APS seja reconhecida institucionalmente como a porta de entrada do sistema, o exercício do cuidado é atravessado por desafios estruturais, processos de invisibilização e uma fragmentação que compromete a integralidade.

A invisibilidade programada: relatos de pouca ou nenhuma vivência

Um aspecto recorrente nas vivências profissionais diz respeito à percepção de que a população LGBTQIA+ estaria pouco presente, ou mesmo ausente, no cotidiano dos serviços. Essa ideia de “não visualização” é expressa de forma direta por alguns participantes, como evidenciam as falas:

“Na odonto eu não vejo (pacientes LGBTQIA+).” (TSB01)

“A gente quase também quase não vê eles pelos corredores.” (ENF04)

Os depoimentos permitem interpretar que, para parte da equipe, a presença desse público no serviço tende a não ser reconhecida, o que pode estar associado à ausência de uma manifestação explícita da identidade ou ruptura de padrões normativos. No diálogo com a literatura, essa percepção se aproxima do argumento de que a existência e o reconhecimento social desse público são frequentemente condicionados à visibilidade e à transgressão de normas (Gurgel *et al.*, 2025). Ainda nesse sentido, a invisibilidade relatada não deve ser compreendida como ausência real de demanda, mas como um possível indicador de barreiras de acesso e de permanência no cuidado (Tesser Junior *et al.*, 2024).

Essa percepção é reforçada por um participante ao apontar que, para essa população, o acesso aos serviços tende a ser mais dificultado, como sintetiza a fala:

“A busca deles para a saúde é mais difícil.” (SS01)

“Só se eles forem mais contidos.” (ENF04)

Quando o serviço não se estrutura como um espaço de segurança, os usuários tendem a silenciar suas identidades, gerando um vácuo de informação que os profissionais interpretam como inexistência no território (Araujo *et al.*, 2025).

O reconhecimento da presença de usuários na UBS parece depender de marcadores comportamentais ou estéticos que fujam ao padrão socialmente esperado. Isso indica que a equipe opera sob um regime de “leitura social” pautado na cisheteronormatividade presumida (Boffi; Barbosa; Hasse, 2025). Ou seja, quando o usuário não performa uma identidade que rompa com a norma visual, ele é automaticamente assimilado à heterossexualidade, o que contribui para o apagamento de suas necessidades específicas (Monteiro; Soares, 2025).

Essa lacuna de vivências gera um ciclo de desatualização técnica, no qual o profissional passa a justificar a própria falta de preparo pela suposta ausência de casos. Tal percepção evidencia um distanciamento em relação à realidade demográfica do território. Sem o reconhecimento dessa população como usuária regular, a APS deixa de cumprir sua função de ordenadora da rede para grupos vulnerabilizados, mantendo-os à margem das ações de saúde (Bezerra *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a invisibilidade funciona como uma barreira simbólica que fragiliza o vínculo entre profissionais e usuários (Sehnm *et al.*, 2017). A naturalização do não contato com pessoas LGBTQIA+ dificulta a problematização das práticas e impede a evolução das práticas. Para transformar essa realidade, é necessário que o serviço adote protocolos ativos de acolhimento que tornem a diversidade visível e respeitada em todos os setores da unidade básica (Dimenstein *et al.*, 2025).

O reducionismo clínico: atendimento centrado na queixa e na patologização

As vivências assistenciais demonstram que o atendimento à população LGBTQIA+ tende a ser restrito a demandas pontuais e patologizantes. Há uma forte associação entre esse público e procedimentos de diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Esse foco estreito negligencia a integralidade do ser, limitando o cuidado ao campo das patologias transmissíveis (Pereira *et al.*, 2023).

Um achado relevante refere-se à contradição identificada no discurso profissional acerca do acesso dessa população aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que se sustenta a ideia de que esses usuários buscam a unidade para demandas habituais, como vacinação e exames de rotina, reconhece-se que essa procura não se dá de forma contínua ou sistemática. Tal ambivalência evidencia uma tensão entre o princípio da universalidade do acesso e a realidade concreta do uso dos serviços, sugerindo que o cuidado ocorre de maneira mais episódica, possivelmente atravessado por barreiras institucionais e simbólicas.

Nesse sentido, em alguns discursos, observa-se uma associação entre a presença da população LGBTQIA+ no serviço e demandas circunscritas a agravos específicos, o que pode indicar uma compreensão reduzida do cuidado a essa população:

“realização de teste rápido, pacientes soropositivos que vêm fazer tratamento de infecção de tuberculose tem vários. Isso que mais são esses.” (ENF02)

Tal percepção evidencia a tendência de vincular a população LGBTQIA+ a determinadas condições de saúde, especialmente infecções sexualmente transmissíveis, o que pode reforçar estigmas históricos e limitar a compreensão de suas necessidades em saúde de forma integral. Essa abordagem restrita invisibiliza outras dimensões do cuidado, como saúde mental, processos de afirmação de gênero, prevenção ampliada e promoção da saúde, contribuindo para a reprodução de práticas fragmentadas.

O setor de triagem materializa esse reducionismo no fluxo da unidade, evidenciando como essa compreensão limitada se traduz nas práticas cotidianas. Como relata um dos profissionais:

“O público que mais me procura na triagem é para tratamento de IST [...] Então é o grupo que mais me procura, entendeu?” (TEC02)

Embora o diagnóstico de IST seja vital, a exclusividade dessa demanda indica que o serviço não oferece um cuidado que contemple a clínica ampliada e a prevenção para esses sujeitos (Alves Neto e Vilaça, 2022).

A prática assistencial revela uma persistente "biologização" dos corpos. Ao reduzir o cuidado à prescrição de testes, o serviço ignora os determinantes sociais que impactam a vida dessas pessoas (Pereira *et al.*, 2023). A fala de ENF03 resume essa associação:

“Vem muito paciente que vem aqui para fazer o tratamento para LTB [...] aí ele já se identifica como homossexual.” (ENF03)

Foi possível observar uma forte associação entre o público LGBTQIA+ e as ISTs, sendo estas frequentemente citadas como os principais problemas de saúde que acometem essa população. No entanto, reduzir o cuidado em saúde à prevenção de ISTs pode resultar em um atendimento limitado e pautado em preconceitos, reproduzindo visões estigmatizantes (Pereira *et al.*, 2024).

O profissional de saúde deve estar atento às especificidades e necessidades do público LGBTQIA+, mas com cautela para que tais percepções não sejam influenciadas por estigmas que levem a atitudes discriminatórias durante o atendimento. É fundamental compreender que, embora a prevenção das ISTs seja uma pauta importante, não se deve restringir o cuidado a essa dimensão, uma vez que pessoas LGBTQIA+ também procuram os serviços de saúde por diversas outras demandas, como questões relacionadas à saúde mental, ao acesso a terapias hormonais, e à promoção do bem-estar integral (Pereira *et al.*, 2024).

Segundo Tesser e colaboradores (2024), os profissionais da saúde, de maneira geral, possuem limitações para lidar com a necessidade de saúde da população LGBTQIA+, seja no

tratamento pessoal a ser dado ou no respeito às suas individualidades, seja no entendimento de seus modos de vida ou no cuidado a agravos de sua saúde. Observa-se, ainda, um embaraço para entender a multiplicidade de demandas específicas relacionadas à identidade de gênero e às práticas sexuais existentes nessa população, impedindo, dessa forma, um atendimento que possa ser eficaz e eficiente. Mediante o desconhecimento das necessidades específicas de saúde, torna-se necessário que esses profissionais sejam capacitados para compreender as demandas dessa população, a fim de prestar uma assistência qualificada e humanizada.

Condutas marcadas por insegurança, hesitação e atitudes excludentes

As falas deste núcleo de sentido evidenciam atitudes de hesitação e exclusão, revelando fragilidade conceitual e emocional diante das identidades e expressões de gênero, resultando em comportamentos de retração, comunicação inadequada e reprodução de práticas discriminatórias, muitas vezes sustentadas por valores morais e religiosos.

Entre as falas dos participantes, observa-se que os profissionais descrevem suas interações com pessoas LGBTQIA+ de forma pautada na observação e no reconhecimento visual, sem necessariamente promover um diálogo que favoreça o acolhimento e a escuta qualificada.

“[...] quando a gente chegar numa visita familiar e a gente vê que ele é homossexual, ele é uma mulher que é diferente né. Mas a gente não entra em contexto, eu já observo. Eu não fico fazendo perguntas para eles, até porque acho que não gosto, né? A gente já conhece todos e a gente já sabe que é. Aí a gente trata normal né.” (ACS01)

Essa fala demonstra que o profissional reconhece a diversidade, mas limita a interação à observação, evitando perguntas diretas sobre identidade de gênero ou orientação sexual. Essa conduta evidencia um cuidado superficial, que, embora busque respeitar o espaço do outro, pode falhar não apenas em garantir um acolhimento efetivo, mas também na própria prestação do serviço em saúde. Isso porque as dimensões de gênero e sexualidade demandam um olhar profissional qualificado e investigativo. A ausência dessa abordagem pode resultar na invisibilização de demandas específicas, negando a essas pessoas a possibilidade de uma avaliação integral de sua saúde.

Em estudo desenvolvido por Pereira, Graupe e Dall’Igna (2022), observou-se que o acolhimento também foi um ponto comum nos relatos dos participantes. O acolhimento, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH), não se limita à gentileza no momento da recepção do paciente, mas implica o reconhecimento das

peculiaridades, histórias, vivências e singularidades de cada sujeito ou seja, daquilo que ele traz para além da situação patológica.

Outro aspecto sensível do cuidado aparece nas dificuldades relacionadas ao uso do nome social e dos pronomes, evidenciando tensões entre o reconhecimento da forma como a pessoa deseja ser tratada e a prática comunicacional no atendimento:

“[...] Eu nunca chamei o nome da pessoa no feminino, sempre no masculino. Por mais que eu saiba o jeito que ele quer ser chamado assim feminino, mas quando eu vou me reportar pro mesmo de feminino, travo [...] Agora pra mim seria mais fácil se fosse masculino [...] Mas eu consigo conversar numa boa na consulta, sempre bato papo e tudo, mas só não consigo chamar o nome no feminino. Eu me acostumei com o masculino.” (ACS04)

Esse relato evidencia o conflito interno entre reconhecimento da identidade da pessoa trans e hábitos linguísticos e sociais consolidados, mostrando que o acolhimento não se restringe apenas a atitudes externas, mas também envolve enfrentamento de padrões internos de linguagem e percepção.

A resistência e a desinformação de profissionais de saúde quanto à utilização do nome social evidenciam a constante violação de direitos vivenciada por pessoas LGBTQIA+. Essas condutas indicam que a assistência prestada por esses profissionais ainda não está em conformidade com os princípios da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Printes; Muner, 2021).

Nesse contexto, o uso do nome social constitui um elemento central da autodeclaração de gênero, representando uma forma de afirmação da identidade e de reconhecimento social. O respeito ao nome social possui um duplo efeito: reforça a identidade quando aceito e nega direitos e autonomia quando desrespeitado. Para profissionais da saúde, essa prática vai além do simbolismo, impactando diretamente a qualidade do cuidado, a relação terapêutica e o acolhimento do paciente (Alves; Moreira, 2015).

Uma das competências culturais está relacionada ao componente de habilidades, que diz respeito ao “saber como” conduzir interações interculturais apropriadas com indivíduos de diferentes grupos (La Violette, 2013). A fala do profissional de saúde, que relata dificuldade em utilizar o nome social no feminino, evidencia a necessidade de fortalecimento dessas habilidades. Embora o profissional acredite manter uma relação respeitosa com o paciente durante a consulta, a não utilização adequada do nome social e dos pronomes condizentes com a identidade de gênero configura uma prática discriminatória, caracterizada como transfobia. Tal conduta revela barreiras que vão além de hábitos linguísticos consolidados,

impactando diretamente na qualidade do cuidado e no reconhecimento da identidade do paciente.

De modo geral, pode-se afirmar que muitas pessoas travestis e transexuais lutam não apenas contra o preconceito, mas também pela dignidade, pelos direitos iguais e por um tratamento respeitoso quanto à própria identidade. Permanecer sendo chamadas por um nome que não as representa implica em prejuízos psicoemocionais, intelectuais e sociais. Nesse sentido, o reconhecimento do nome social constitui uma importante conquista para travestis e transexuais no que diz respeito à afirmação de suas identidades na sociedade, favorecendo sua inserção social livre de preconceitos, inclusive no âmbito da saúde (Ferrari, 2022). Contudo, é fundamental problematizar que, mesmo nos casos em que houve a retificação do nome civil, ainda são frequentes situações em que os pronomes e a identidade de gênero dessas pessoas não são respeitados. Tal cenário evidencia que a garantia formal do nome, por si só, não assegura o reconhecimento pleno da identidade, sendo necessário um compromisso efetivo dos profissionais de saúde com práticas que considerem as dimensões de gênero de forma integral no cuidado.

Faz parte do acolhimento humanizado o respeito pelo nome social e o uso adequado dos pronomes por parte dos profissionais e trabalhadores da saúde. O seu uso é imprescindível para a criação de vínculos entre a equipe de saúde e os usuários, fundamentais para o cuidado e para a adesão às orientações, terapias e procedimentos futuros (Prichula *et al.*, 2025).

Na fala dos participantes, observa-se de forma clara o despreparo e a falta de compreensão técnica e ética no atendimento à população LGBTQIA+, evidenciados pela realização de condutas indevidas que acabam corroborando para o afastamento desse grupo dos serviços de saúde, como pode ser identificado nos relatos a seguir:

“No nosso aplicativo tem uma pergunta, só que a gente acha constrangedor chegar e fazer essa pergunta pra pessoa. Às vezes a gente está acostumado, a gente bota, às vezes a gente só bota ela não, não, não, não, eu da minha parte eu não boto, não [...] Qual a sua orientação sexual?”(ACS01)

“Trans? Como você quer ser chamado?’ [...] Teve um caso na minha área que eu fiz o cadastro dela, mas é claro que eu não botei ela como homem porque eu sei que ela é mulher [...] mas quando ela chegou lá no posto de saúde a enfermeira recusou a fazer o preventivo dela. [...] Como ela ia fazer um preventivo? Se ela é homem e se veste de mulher. Entendeu? Acho que a enfermeira viu ela.” (ACS01)

Essa narrativa evidencia que, mesmo quando profissionais individualmente estão cientes da identidade de gênero, práticas institucionais ou preconceitos podem gerar barreiras

significativas de acesso à saúde, levando à exclusão ou ao não comparecimento aos serviços de cuidado.

Em estudo desenvolvido por Silva e Sampaio (2024), verificou-se que o motivo para inconsistência cadastral foram a vergonha dos profissionais de saúde em perguntar a orientação sexual e a identidade de gênero dos usuários no momento do preenchimento da Ficha de Cadastro Individual do e-SUS, a dúvida em identificar essas pessoas por conta própria e a não possibilidade do questionamento pela presença de familiares no momento.

Embora haja algum conhecimento sobre a importância de coletar informações relacionadas à população LGBTQIA+ no atendimento, ainda persiste um sentimento de desconforto e resistência em colocar esse conhecimento em prática. A profissional revela que a aplicação de perguntas voltadas à identidade de gênero ou orientação sexual é percebida como algo delicado ou inapropriado, o que leva à omissão dessas informações no registro. Essa postura indica que, mesmo com avanços na sensibilização e formação sobre o tema, o constrangimento individual e as normas implícitas do ambiente de trabalho ainda atuam como barreiras para a efetivação de práticas inclusivas no atendimento à população LGBTQIA+.

A situação relatada demonstra como a ausência de formação adequada sobre identidade de gênero e o uso correto dos dados cadastrais pode gerar situações de constrangimento e exclusão no acesso aos serviços de saúde. A profissional expressa sua própria tentativa de corrigir o erro do sistema, porém o faz a partir de uma compreensão limitada e pautada em critérios biológicos ou de experiência gestacional, reproduzindo uma lógica cisnormativa.

O episódio em que a enfermeira recusa a realização do exame preventivo, justificando que a usuária era homem, explicita como a falta de preparo institucional e a presença de estigmas de gênero contribuem para práticas discriminatórias e barreiras concretas no cuidado. Assim, a narrativa revela não apenas a dificuldade individual de lidar com a diversidade de identidades de gênero, mas também a fragilidade das políticas de formação e acolhimento, que deveriam assegurar o atendimento integral e respeitoso às pessoas trans.

A APS como porta de entrada: potencialidades e limitações no acolhimento

A APS se configura como a principal porta de entrada do sistema de saúde, sendo o primeiro espaço de busca por cuidado por parte dos usuários. No caso da população LGBTQIA+, essa centralidade também se evidencia, como no relato:

“Teve uma paciente há pouco tempo que chegou me pedindo orientação de onde ela poderia ir, que ela queria fazer transição [...] Confesso que nem eu mesmo tinha as respostas daí pedi pra esperar [...]” (M01).

Este cenário mostra que a UBS ainda é vista como referência para orientação e cuidado integral (Lima, Souza e Dantas, 2016). Embora a atitude de buscar informações demonstre abertura e compromisso com o cuidado, a ausência inicial de respostas revela lacunas importantes na formação e na organização dos serviços, indicando que o conhecimento sobre o processo transexualizador não está devidamente incorporado às práticas da APS. Tal cenário expõe os usuários a trajetórias marcadas por incertezas e descontinuidades no cuidado, ao mesmo tempo em que transfere para o profissional a responsabilidade de suprir, individualmente, déficits institucionais.

Ainda que a transexualização não seja comumente realizada na APS, o desconhecimento acerca das possibilidades de encaminhamento e das opções terapêuticas disponíveis pode produzir efeitos concretos na saúde dessa população, contribuindo para que pessoas trans recorram a estratégias paralelas e potencialmente inseguras, como o uso de silicone industrial, faixas compressoras (binders) e hormônios sem supervisão (Okano, 2022).

No que se refere ao acolhimento, observa-se que, no cotidiano dos serviços, ele ainda ocorre de forma setorizada, não sendo plenamente assumido como uma responsabilidade compartilhada por toda a equipe multiprofissional. Essa dinâmica é reconhecida pelos próprios profissionais, como expresso no relato:

“esse contato direto é mais com a enfermagem.”(PEF01)

Embora a enfermagem desempenhe papel central na organização do cuidado, essa concentração de responsabilidades revela fragilidades na lógica do trabalho em equipe e na corresponsabilização entre os diferentes profissionais. Tal dinâmica pode indicar não apenas uma divisão funcional das atividades, mas também a ausência de uma cultura institucional que reconheça o acolhimento como atribuição transversal a toda a equipe multiprofissional. Nesse contexto, outros profissionais tendem a se posicionar de forma mais periférica no processo de cuidado, o que pode comprometer a integralidade da assistência e reforçar práticas fragmentadas. Além disso, essa centralização pode sobrecarregar a enfermagem e limitar a construção de abordagens interdisciplinares mais abrangentes, especialmente no atendimento às demandas da população LGBTQIA+, que exigem sensibilidade, articulação e múltiplos saberes. Assim, mais do que uma questão organizacional, trata-se de um indicativo de lacunas na integração do serviço e na efetivação de práticas colaborativas, apontando para a necessidade de reconfiguração dos processos de trabalho e fortalecimento da atuação multiprofissional (Sehnem *et al.*, 2017).

O ACS emerge como um elo estratégico na produção do cuidado, especialmente no que se refere ao acolhimento da população LGBTQIA+, considerando sua inserção direta no

território e proximidade com os usuários. Os profissionais reconhecem que a construção do vínculo se inicia nesse espaço, como evidenciado no relato:

“Os agentes são o nosso elo principal [...] se não tivesse esse olhar no agente de saúde, de observar, de ter o respeito [...] ele vai dizer lá na unidade mesmo é que eu não vou ter.” (M01)

Tal perspectiva evidencia que o acolhimento e a confiança no serviço de saúde, sobretudo por parte de pessoas LGBTQIA+, são fortemente influenciados pela atuação inicial do ACS, que desempenha papel fundamental na mediação entre comunidade e equipe. Nesse sentido, esses profissionais são frequentemente os primeiros a serem acionados diante de demandas de cuidado, realizando uma escuta qualificada e sensível às especificidades dessa população, além de promover o encaminhamento adequado. Posteriormente, os enfermeiros assumem a condução da demanda espontânea, sendo responsáveis pelo atendimento e pelas orientações necessárias. Assim, o fluxo de cuidado se organiza de forma articulada, tendo o ACS como figura central na identificação das necessidades, no fortalecimento do vínculo e na garantia de acesso, especialmente para grupos historicamente vulnerabilizados, como a população LGBTQIA+ (Lopes *et al.*, 2023).

A qualidade do acolhimento oferecido aos usuários impacta diretamente a frequência das visitas às unidades de saúde, sendo esse efeito particularmente relevante no cuidado à população LGBTQIA+, que frequentemente enfrenta barreiras de acesso e estigmatização nos serviços de saúde (Araujo *et al.*, 2025).

Nesse sentido, as barreiras de acesso são também impulsionadas por preconceito, discriminação e medo de violência simbólica ou institucional. Soma-se a isso a dificuldade de comunicação entre profissionais e usuários, problema mais evidente em equipes mais antigas e sem formação continuada, o que limita a escuta qualificada e o estabelecimento de vínculos terapêuticos (Sagaz *et al.*, 2025).

Um aspecto crítico é a personalização do vínculo em detrimento de uma cultura institucional. Relatos mostram usuários que condicionam a permanência no serviço ao atendimento por um profissional específico:

“[...] ele só queria ser acompanhado se fosse por mim. Quando ele chegava e era outra enfermeira, ele dizia: ‘Eu não quero, eu só quero se for ela.’ (ENF03)

Embora a construção de vínculos seja reconhecida como elemento fundamental para a qualidade do cuidado, sua centralização em um único profissional pode indicar fragilidades institucionais mais amplas, especialmente no que se refere à capacidade da equipe e do serviço como um todo em ofertar um atendimento qualificado, seguro e livre de discriminação. Nesse sentido, tal dinâmica sugere que a instituição ainda é percebida como

despreparada para acolher de forma equânime as demandas da população LGBTQIA+, reforçando a necessidade de investimentos em formação, sensibilização e fortalecimento de práticas coletivas que ultrapassem a dimensão individual do cuidado (Lima, Andrade e Silva, 2024).

Portanto, a fragilidade identificada no acolhimento reforça a necessidade de Educação Permanente em Saúde. O fato de usuários manterem contato com profissionais mesmo após estes mudarem de unidade evidencia que o cuidado inclusivo é visto como exceção pessoal e não como regra. Para que a APS cumpra seu papel, o acolhimento deve ser transformado em diretriz compartilhada por todos os profissionais, garantindo equidade e segurança (Tesser Junior *et al.*, 2021).

No que se refere à reflexividade, enquanto componente central da pesquisa qualitativa, implica reconhecer que o pesquisador não ocupa uma posição neutra no processo investigativo, sendo atravessado por suas experiências, valores e pertencimentos. Nesse sentido, minha inserção no campo não se deu de maneira distanciada, mas profundamente implicada, uma vez que, além de pesquisadora, profissional da saúde e integrante da comunidade LGBTQIA+. Essas dimensões não apenas orientaram meu olhar, mas também tensionaram continuamente minha escuta e interpretação dos dados.

A participação na condução dos grupos focais constituiu-se como uma experiência intensa e, por vezes, atravessadora. As falas dos profissionais de saúde, marcadas por avanços, limitações, contradições e, em alguns momentos, pela reprodução de estigmas e preconceitos, mobilizaram em mim diferentes afetos, como identificação, incômodo, inquietação. Em determinadas situações, reconheci, nas falas, práticas e discursos que dialogam com a minha própria trajetória e com experiências vividas no âmbito do cuidado em saúde, seja enquanto profissional, seja enquanto sujeito pertencente à população LGBTQIA+.

Esse lugar de dupla inserção, como profissional da saúde e como integrante da população investigada, exigiu um exercício constante de autorreflexão, no sentido de reconhecer os limites e as potencialidades dessa posição. Se, por um lado, essa proximidade favoreceu uma escuta mais sensível e contextualizada, por outro, demandou vigilância analítica para que as interpretações não fossem reduzidas a experiências individuais ou a posicionamentos prévios. Assim, a reflexividade operou como um dispositivo fundamental para problematizar minhas próprias implicações no campo, permitindo transformar os afetos suscitados em elementos analíticos, sem perder de vista o rigor científico.

Desse modo, compreende-se que a produção do conhecimento, neste estudo, é atravessada por relações, experiências e posicionamentos, sendo resultado de um processo situado, no qual pesquisador e campo se constituem mutuamente. Assumir essa implicação não fragiliza a pesquisa, mas, ao contrário, a torna mais ética, transparente e comprometida com a complexidade das realidades investigadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O presente estudo evidencia que o cuidado em saúde voltado à população LGBTQIA+ permanece como desafio relevante no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Embora sejam identificados esforços individuais de alguns profissionais no sentido do acolhimento e do respeito à diversidade, o conjunto das práticas ainda se mostra atravessado por estereótipos, moralismos e pela lógica cis-heteronormativa, com repercussões para a garantia de acesso equitativo e para a adequação do cuidado às necessidades específicas dessa população.

Os resultados indicam que parte dessas dificuldades se relaciona à insuficiência de conhecimento técnico-científico sobre identidades e expressões de gênero e orientações sexuais, o que se traduz em condutas assistenciais inadequadas, fragilidades na comunicação e na construção de vínculos, além da manutenção de barreiras simbólicas e institucionais no cuidado. Nesse sentido, as falas dos participantes revelam confusões conceituais, constrangimentos e resistências no uso de pronomes e nomes sociais, apontando fragilidades no reconhecimento de direitos e na operacionalização de uma atenção pautada pela dignidade e pelo respeito às pessoas LGBTQIA+.

Ademais, a influência de valores morais e religiosos pessoais emerge como um elemento limitador da prática profissional, ao interferir na adoção de condutas orientadas pelos princípios éticos, pela universalidade, integralidade e equidade que norteiam o SUS. Nesse sentido, o estudo reforça a necessidade de investimentos contínuos em processos de educação permanente em saúde, que promovam o desenvolvimento da competência cultural e incorporem, de forma transversal, os temas da diversidade sexual e de gênero, da equidade e dos direitos humanos na formação e no cotidiano do trabalho em saúde.

Ao abordar uma temática ainda pouco explorada no contexto local, este estudo contribui para fortalecer o debate acadêmico e institucional sobre diversidade e equidade no SUS e para sustentar reflexões sobre a organização do cuidado na APS. Nessa direção, espera-se que seus resultados possam subsidiar discussões e iniciativas no âmbito da gestão, das equipes e das políticas públicas, orientadas à construção de práticas assistenciais mais inclusivas, críticas e comprometidas com o direito à saúde integral da população LGBTQIA+.

O estudo apresenta algumas limitações. Destaca-se a dificuldade de participação de médicos nos grupos focais, bem como o número reduzido de grupos realizados, o que se configurou como uma limitação metodológica. Essas restrições estiveram relacionadas, principalmente, à sobrecarga das equipes de saúde e às dificuldades de negociação com os gestores para o agendamento das entrevistas. Ainda assim, a pesquisa apresenta contribuições relevantes ao revelar percepções, desafios e posicionamentos dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no cuidado à população LGBTQIA+, evidenciando lacunas de conhecimento e possibilidades de transformação das práticas assistenciais. Ao abordar um tema ainda pouco explorado no contexto local, o estudo fortalece o debate sobre equidade e diversidade no âmbito do SUS, além de subsidiar ações de educação permanente e o desenvolvimento de práticas de cuidado mais inclusivas.

FINANCIAMENTO:

O desenvolvimento deste estudo ocorreu com o apoio de bolsa de demanda social da CAPES, vinculada à Universidade Federal do Maranhão.

REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, Â.; ABRUNHOSA, A. O respeito pela diversidade cultural – um princípio transversal à saúde e ao direito. In: VEIGA, F. S.; BARATA, M. S.; BALTAZAR, I. N. (coord.). Estudos sobre Direito, Cidadania e Valores. Porto-Leiria: **Instituto Iberoamericano de Estudos Jurídicos**; Politécnico de Leiria, 2024.

ALVES, C. E. R.; MOREIRA, M. I. C. Do uso do nome social ao uso do banheiro: (trans)subjetividades em escolas brasileiras. **Quaderns de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 59–69, 2015.

ALVES NETO, J.; VILAÇA, T. Você é LGBTQIA+ amigável ou competente? O processo de construção da competência cultural para profissionais da saúde e da educação. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 33, p. 1037, 2022.

Associação Nacional de Travestis e Transexuais. (2023). **Nota técnica sobre direitos humanos e o direito dos banheiros: Vencendo a narrativa do apartheid de gênero que impede as pessoas transgêneras do acesso à cidadania no uso dos banheiros e demais espaços segregados por gênero**. Brasil: Antra.

ARAUJO, L. H. dos S. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto à assistência na atenção primária à saúde à população transexual e travesti: um relato de experiência. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 17, n. 2, e7530, 2025.

BEZERRA, M. V. R. et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 305–323, 2019.

BOFFI, L. C.; BARBOSA, L. M. F.; HASSE, M. “Você tem que aprender a viver e isso dói”: experiências e percepções de violências vividas por homens trans. **Interface (Botucatu)**, v. 29, supl. 1, e240143, 2025.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogos em políticas públicas para população LGBTQIA+**. Brasília: CFP; CREPOP, 2023.

COSTA, L. D. da et al. Competência cultural e atenção à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 105–119, 2017.

COSTA-VAL, A.; MANGANELLI, M. de S.; MORAES, V. M. F. de; CANO-PRAIS, H. A.; RIBEIRO, G. M. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Physis**, v. 32, n. 2, e320207, 2022.

COUTINHO, E. C. et al. A competência cultural em enfermagem e a mediação intercultural preventiva. **Revista Migrações**, n. 15, p. 1–10, 2018.

DIMENSTEIN, M. et al. Competência cultural na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 19, n. 1, e4242, 2025.

FACHIN, L. E. O corpo do registro no registro do corpo: mudança de nome e sexo sem cirurgia de redesignação. **Revista Brasileira de Direito Civil**, v. 1, n. 1, 2017.

FERRARI, K. T. B. A implantação do nome social como ferramenta para humanização nos serviços de saúde: experiência do Ambulatório Médico de Especialidades de São José do Rio Preto e Hospital Estadual João Paulo II. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 54–57, 2022.

FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso. São Paulo: **Loyola**, 1996.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: **Vozes**, 1987.

GURGEL, L. L. et al. Experiências de pessoas trans e travestis na Atenção Primária à Saúde: atravessamentos da cisgeneridade e a produção de vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 8, n. 23, 2025.

JESUS, J. G. de. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. 2. ed. **rev. e ampl.** Brasília: [s.n.], 2012.

LA VIOLETTE, N. Overcoming problems with sexual minority refugee claims: is LGBT cultural competency training the solution? In: SPIJKERBOER, T. (ed.). **Fleeing homophobia: sexual orientation, gender identity and asylum**. Oxon: Taylor & Francis, 2013.

LANZ, Leticia. Ser uma pessoa transgênera é ser um não-ser. **Periódicus**, v. 1, n. 5, p. 205–220, maio/out. 2016.

LIMA, B. B. de; ANDRADE, M. E. P.; SILVA, D. R. G. Humanização do atendimento a pessoas transgênero para a melhoria da relação médico-paciente. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 12, e6914, 2024.

- LIMA, M. D. A.; SOUZA, A. S. da; DANTAS, M. F. Os desafios à garantia de direitos da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 11, 2016.
- LOPES, R. et al. Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 47, n. spe1, e9045, 2023.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. 11. ed. São Paulo: **Hucitec**, 2008.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO (Brasil). **Cartilha – Atendimento ao Público LGBTIQ+**. Brasília: MPT, 2020.
- MONTEIRO, M. R.; SOARES, D. F. Cisheteronormatividade como fato social: origem e sustentáculo da LGBTfobia. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 36, p. 1234, 2025.
- MOTA, Y.; SILVA, A.; RODRIGUES, R. Cuidado à saúde da população LGBTQIA+ na APS: uma revisão de escopo. **Cadernos ESP**, v. 19, 2025.
- MOURA, I. B. Transfobia institucional: o caráter contraditório do Estado frente ao acesso à saúde pública por travestis e mulheres transexuais. In: OLIVEIRA, F. A.; SILVA, R. (org.). **Corpos em diálogo: vivências LGBTQIA+ e os desafios da interseccionalidade**. Foz do Iguaçu: CLAEC; Books, 2023.
- OKANO, S. H. P. Cuidados integrais à população trans: o que cabe ao atendimento na atenção primária à saúde (APS)? **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 19, n. 217, 2022.
- PADILHA, F. M. G.; FAZZANO, L. H.; GALLO, A. E. Relação entre cultura e religião na emissão de comportamentos LGBTfóbicos por psicólogas(os) clínicas(os). **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 13, n. 1, p. 129–141, 2022.
- PEREIRA, M. M.; GRAUPE, M. E.; DALL'IGNA, D. M. Política Nacional de Saúde LGBT: relatos de profissionais da saúde e pessoas LGBT. **RELIES**, 2022.
- PEREIRA, T. I. M. da S. et al. Principais problemas e demandas de saúde do público LGBT na Atenção Primária: relatos dos profissionais de saúde. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 11–22, 2024.
- PRINTES, B.; MUNER, L. Entre preconceitos e laços. **Revista Cathedral**, v. 3, n. 3, p. 83–94, 2021.
- PRICHULA, F. F. et al. Equidade e diversidade: entendimento de profissionais do SUS. **Diaphora**, v. 13, n. 2, p. 72–80, 2025.

- RODRIGUES, T. S.; SANT'ANA, R. S. E.; ZERBINATI, J. P. et al. Abordagem da sexualidade em pacientes LGBTQIAP+ com câncer: revisão de escopo. *BMC Saúde Pública*, v. 23, p. 1269, 2023.
- SAGAZ, L. S. et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento à comunidade LGBTQIAPN+ na atenção primária. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, [S. l.], v. 17, n. 12, p. e10353, 2025.
- SANTOS, D. E. R. et al. Barreiras ao acesso à saúde para pessoas transgênero na atenção primária. *Research, Society and Development*, v. 14, n. 6, e11214649104, 2025.
- SÃO LUÍS (MA). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022–2025**. 3. ed. rev. São Luís: Prefeitura Municipal de São Luís, 2024.
- SEHNEM, G. D.; RODRIGUES, R. L.; LIPINSKI, J. M.; VASQUEZ, M. E. D.; SCHMIDT, A. (Des)preparo técnico-científico para o cuidado às travestis: percepções de enfermeiras(os). *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 7, n. 2, p. 236–244, 2017.
- SILVA, A. L. R.; FINKLE, M.; MORETTI-PIRES, R. O. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 2, e0019730, 2019.
- SILVA, B. D. de O.; CAMILLO, E. S. da; GUARALDO, T. S. B. Competência cultural na gestão da diversidade: estudo de caso em uma biblioteca pública. *Palavra Chave*, v. 13, n. 1, e203, 2023.
- SILVA, E. J. L.; LIMA, G. M. S. de; MELCHIADES, T. N. Os preconceitos contra a população LGBT na educação de jovens e adultos. In: PASTOR-SELLER, E.; SILVA, E. J. L. (org.). *Minorias no Brasil e na Espanha: atores, desafios e políticas*. João Pessoa: **Editora UFPB**, 2020.
- SILVA, F. A.; SAMPAIO, J. V. Contribuições da educação popular em saúde para a formação de profissionais no cuidado à população LGBTQIA+. In: ROCHA, V.; CASTAÑO, L. V. (org.). **Direitos humanos, diversidade e formação superior**. Porto Alegre: Rede Unida; Bogotá: Soucet, 2024.
- SOUZA, Luiz Antônio Francisco de; SABATINE, Thiago Teixeira; MAGALHÃES, Boris Ribeiro de. *Sexualidade, corpo e direito*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: **Cultura Acadêmica**, 2011.
- TAGLIAMENTO, G. et al. Minha dor vem de você: uma análise das consequências da LGBTfobia na saúde mental de pessoas LGBTs. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, v. 6, n. 3, p. 77–112, 2021.
- TESSER JUNIOR, Z. C. et al. A invisibilidade das pessoas LGBT no acesso à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 22, e2743254, 2024.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das narrativas revelou que, embora os profissionais realizem esforços individuais significativos para promover o acolhimento, persistem lacunas conceituais importantes sobre identidades de gênero, orientações sexuais e diversidade sexual. As percepções oscilam entre compreensões pautadas no respeito à diversidade e interpretações marcadas por estereótipos e concepções heteronormativas, incluindo visões biologicistas, moralizantes e influenciadas por valores religiosos. Tais concepções impactam diretamente a qualidade do cuidado, contribuindo para a reprodução de práticas excludentes, constrangimentos e barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Apesar dessas dificuldades, emergiu um movimento de autorreflexão e reconhecimento de preconceitos internalizados. Os profissionais demonstraram disposição para rever atitudes, buscar informações e adaptar práticas, evidenciando processos de aprendizado empírico, autotransformação e desenvolvimento de consciência cultural. A atuação dos ACS mostrou-se central para a mediação do acesso, construção de vínculos e orientação de colegas, reforçando a importância do trabalho coletivo na promoção de um atendimento humanizado e seguro.

Os achados indicam, entretanto, que o cuidado ainda tende a se concentrar em questões sobretudo à prevenção e tratamento de ISTs, negligenciando outras necessidades de saúde da população LGBTQIA+. Recomenda-se, portanto, o fortalecimento da competência cultural e da sensibilidade profissional, por meio de capacitação teórica e prática, incentivo à autorreflexão e à desconstrução de estereótipos, bem como a promoção de ambientes de trabalho inclusivos e politicamente conscientes, capazes de garantir atendimento integral, ético e humanizado.

Dentre as limitações desta pesquisa, destaca-se a dificuldade de participação de médicos nos grupos focais, bem como o número reduzido de grupos realizados, o que se configurou como uma limitação metodológica. em razão principalmente, à sobrecarga das equipes de saúde e às dificuldades de negociação com os gestores para o agendamento dos grupos focais. Entretanto, apesar dessas limitações, este estudo apresenta importantes pontos fortes. A investigação proporcionou uma compreensão aprofundada das percepções e experiências dos profissionais da atenção básica sobre o cuidado à população LGBTQIA+, evidenciando limitações de conhecimento, desafios na prática profissional e potenciais caminhos de transformação nas práticas de cuidado. Além disso, ao abordar um tema ainda pouco explorado no contexto local, a pesquisa contribui para o fortalecimento do debate sobre

equidade e diversidade no SUS, servindo como subsídio para ações de educação permanente, formulação de políticas públicas e sensibilização das equipes de saúde quanto à importância da inclusão e do respeito às diferenças no atendimento.

REFERÊNCIAS

- ACONTECE Arte e Política LGBTI+; ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais); ABGLT (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos). **Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2023**. Florianópolis, SC: Acontece, ANTRA, ABGLT, 2024.
- AKOTIRENE, C. Interseccionalidade. (Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro), São Paulo, **Pólen**, 2019
- ALBUQUERQUE, G. A.; DE ARAÚJO, D. N. DE; SOARES, J. P. Assistência a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais Vítimas de Violência nos Serviços de Saúde. **Saúde & Transformação Social**, v. 7, n. 3, 2016, p. 36-48, 2016
- ALBUQUERQUE, M. R. T. C. de; BOTELHO, N. M.; RODRIGUES, C. C. P. Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. **Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]**, v.14, n. 41, p.1758, 2019.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Colorectal cancer screening guidelines** [Internet]. 2024. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html>.
- ASSIS, D. N. C. de. Interseccionalidades. **Instituto de Humanidades, Artes e Ciências**; Superintendência de Educação a Distância, -Salvador: UFBA 2019.
- AVELLAR, C. C. C. de; RODRIGUES, F. B. Avanços e barreiras na implementação da política nacional de saúde integral da população LGBT: uma revisão integrativa. **Journal of Education Science and Health**, v. 3, n. 3, p. 01–11, 2023.
- AVEN, ASEXUAL VISIBILITY AND EDUCATION NETWORK (AVEN). Sobre a assexualidade. [S.l.]: 2024.
- BACKES, Dirce Stein et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BEZERRA, M. V. DA R. et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 8, p. 305–323, 2019.
- BITTENCOURT, D. D.; BITTENCOURT, F. D. Citologia oncótica cervicovaginal na população lésbica e transgêneros. **FEMINA**, v. 48, n. 8, p. 504-82020.
- BORRET, R. H. et al. Vulnerabilidades, interseccionalidades e estresse de minorias. A. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. (Organizadores: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES) - 1. ed. - **Santana de Parnaíba [SP]:Manole**, 202 1.
- Junqueira, R. D. **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**– Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009.
- BRASIL.[Constituição (1988)]. **Constituição Federativa do Brasil de 1988**.

BRASIL. **Decreto nº 37.697, de 6 de junho de 2022.** Institui a Rede Estadual de Promoção, Defesa e Proteção e de Articulação de Políticas Públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexos e Queer, no Estado do Maranhão. Diário Oficial do Estado do Maranhão, 6 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Cadernos de Atenção Básica; v. 1, n. 28, Brasília, DF, 2013.

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 Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. Ed, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diversidades Sexuais: Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares Saúde e Prevenção nas Escolas.** 2010.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Disque 100 registra aumento de mais 300% em denúncias de violações contra pessoas LGBTQIA+ nos primeiros cinco meses de 2023.** Brasília, 6 out. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Cidadania. **Manual Orientador sobre Diversidade.** Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **OMS retira transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais.** 2018.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **O Ministério Público e a Igualdade de Direitos para LGBTQIA+ : Conceitos e Legislação** / Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público do Estado do Ceará. – 3. ed., rev. e atual. – Brasília : MPF, 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990.

BRASIL. **Resolução CNS nº 580, de 22 de março de 2018:** estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. 2018.

BRAUN, V.; CLARKE, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101. ISSN 1478-0887.

BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S. N. B. (Orgs). Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020 /– São Paulo: **Expressão Popular, ANTRA, IBTE**, p.136, 2021.

CAMPINHA-BACOTE, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 13, n. 3, p. 181–184, 2002.

CARRARA, S. L. O movimento LGBTI no Brasil, reflexões prospectivas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 13, n. 3, 2019.

CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES, A. J. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. - 1. ed. - **Santana de Parnaíba** [SP] : Manole, 2021.

COSTA, L. D. da et al. Competência Cultural e Atenção à Saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBT). **Tempus, actas de saúde colet**, v. 11, n. 1, p. 105-119, 2017.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Estudos Feministas**, 2002.

CROSS, T. L. et al. **Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed**. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center, 1989.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL; NUDIVERSI – Núcleo de Defesa da Diversidade Sexual e de Gênero; ADRAI. **Visibilidade intersexo**. [S.l.]: Defensoria Pública do Estado do RS, 2022.

ESTADO DO MARANHÃO (MA). Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção Primária em Saúde. **“Política Estadual de Saúde Integral de Lésbica, Gays, Bissexuais Travestis, Transexuais e Intersexos (LGBTI+) do Maranhão”**. 2023.

FERREIRA, B. de O. et al. “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. **RECIIS**, v. 13, n. 3, 2019

FERREIRA, B. de O.; NASCIMENTO, M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3825–3834, 2022.

FIGUEIREDO, A. S. et al. Violência Contra a População LGBTQ+: Um Problema de Saúde Pública. In: Saúde da População LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública. **Editora Atenas**, 2020.

FIRMINO, C. R.; MATIAS, K. D. Violências contra mulheres lésbicas: perfil dos registros de atendimento no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan (2015 a 2022). **Editora Terra sem Amos**. Parnaíba, 2024. 67p. (e-book).

FREITAS, M. A.; NORONHA, I. O. Movimento LGBTQIA+. In: Movimentos sociais e educação: mútuas influências [online]. Desafios para o século XXI collection, **Editora UEMG**, pp. 97-115, 2023.

GATOS, K. C. A literature review of cervical cancer screening in transgender men. **Nurs Womens Health**. Fevereiro de 2018; v. 22, n. 1, p. 52-62.

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO. **Decreto Nº 37.697, de 6 de junho de 2022**. Institui a Rede Estadual de Promoção, Defesa e Proteção e de Articulação de Políticas Públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexos e Queer, no Estado do Maranhão. São Luís, 2022.

GROSSE, A. et al. Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. **Cytopathology**, v. 28, n. 3, p.184-91, 2017.

GUEDES, I. V. dos S. et al.. Estigmas e novos paradigmas dos profissionais de saúde no cuidado da população LGBTQIA+ que sofreram violência: uma revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 2, p. 1282–1298, 2025.

IEPS; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. Saúde da População LGBTQIA+. Rio de Janeiro: **IEPS**, 2023.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Estimativa 2023** : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados. São Luís - MA**: IBGE, 2022.

BUTLER, Judith. Os atos performativos e a constituição do gênero: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista. Trad. Jamille Pinheiro Dias. **Caderno de leituras** (Edições Chão da Feira), n. 78, jun. 2018, p. 6.

LA VIOLETTE, N. Overcoming Problems with Sexual Minority Refugee Claims: is LGBT Cultural Competency Training the Solution? In: SPIJKERBOER, T. (ed.). **Fleeing Homophobia. Sexual Orientation, Gender Identity and Asylum**. Oxon: Taylor & Francis Books, 2013.

LIMA, M. do R. de A. et al. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 69, n. 5, p. 840–846, 2016.

LIMA, R. M. de et al. Abordagem do Paciente LGBTQ+ no Serviço Primário de Saúde. In: Saúde da População LGBTQ+ Iniquidades em saúde pública. **Editora Atenas**, 2020.

LOPES, A. F. M. et al. Cartilha Inclusão e Direitos LGBTQIA+: Não se limite apenas a levantar a bandeira do arco-íris durante o mês de junho. **Grupo de trabalho LGBTQIA+ da LBS Advogados**, 2022.

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-Posições**, Campinas, v. 19, n. 2 (56), maio/ago. 2008

LOURO, G. L. Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista. **Vozes**, 1997.

LUZ, R. dos S. A intersecção dos conjuntos: gays e lésbicas negras em confronto com as hegemonias e sub-hegemonias. In: Diversidade sexual e homofobia no Brasil /[organizadores Gustavo Venturi, Vilma Bokany]. – São Paulo : **Editora Fundação Perseu Abramo**, 2011.

MARANHÃO. Lei nº 10.333, de 02 de Outubro de 2015, cria o Conselho de Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) do Estado do Maranhão, 2015.

MARTINEZ, M. F.; MARTINEZ, J.; CALZADO, V. La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. **Psychosocial Intervention**, v. 15, n. 3, p. 331–350, 2006.

MARTINS, C. W. S. Movimentos sociais LGBTI+, Políticas Públicas e Estratégias de Enfrentamento à LGBTfobia no Maranhão. In: PIMENTEL, C. V.; ABREU, M. M.; MARTINS, C. W. S. (Org). Teorias, experiências e narrativas sobre sexualidades dissidentes: comunidade LGBTQIA+ no Estado do Maranhão. São Luís : **EDUFMA**, 2024.

MELO, I. R.; AMORIM, T. H.; GARCIA, R. B.; POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Psicologia e Saúde**, [S.l.], p. 63–78, 2020. DOI: 10.20435/pssa.vi.1047.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: **Hucitec-Abrasco**, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo: **Hucitec**, 2008.

MISKOLCI, R. et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3815–3824, 2022.

MÜLLER, M. R.; LIMA, R. C.; ORTEGA, F. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 32, n. 3, e210731pt, 2023.

NOGUEIRA, F. J. S.; ARAGÃO, T. A. P. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde. **Saúde e Pesqui**, v. 12, n. 3, p. 463-470, 2019.

NOGUEIRA, L.; PEREIRA, M.; TOITIO, R. O Brasil fora do armário: diversidade sexual, gênero e lutas sociais. 1.ed. São Paulo: **Expressão Popular**, Fundação Rosa Luxemburgo, 2020.

Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil - 2020: Relatório da Acontece Arte e Política LGBTI+ e Grupo Gay da Bahia; /Alexandre Bogas Fraga Gastaldi; Luiz Mott; José Marcelo Domingos de Oliveira; Carla Simara Luciana da Silva Ayres; Wilians Ventura Ferreira Souza; Kayque Virgens Cordeiro da Silva; (Orgs). – 1.ed. – Florianópolis: **Editora Acontece Arte e Política LGBTI+**, 2021. 79 p. ISBN: 978-65-994905-0-7

Observatório de Políticas Públicas LGBTI+ do Maranhão, organização da Sociedade Civil. **BOLETIM Da violência letal LGBTI+ no Maranhão, Dados de 2022**. 2022.

OLIVEIRA, L. G. F et al. Acesso à Saúde na Atenção Primária à Saúde com Foco Na Longitudinalidade: Estratégias Para Fidelizar Usuários aos Programas a Serviços. In: Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na Atenção Primária à Saúde. **São Carlos: Pedro & João Editores**, 2023.

OLIVEIRA, M. R.; JACOB, J. de. Stonewall para o mundo: A criminalização da LGBTfobia pelo STF. **Revista Científica UNIFAGOC: Caderno Jurídico**, v. vii, n. 2, 2022.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Sexual health, human rights and the law**. Genebra, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Saúde sexual, direitos humanos e a lei** [e-book] / Organização Mundial da Saúde; tradução realizada por projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná, coordenadores do projeto: Daniel Canavese de Oliveira e Maurício Polidoro - Porto Alegre: UFRGS, 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?**. 2018.

PEREIRA, T. I. M. da S. et al. Principais Problemas e Demandas de Saúde do Público LGBT na Atenção Primária: Relatos dos Profissionais de Saúde. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP**, v. 12, n. 1, p. 22, 2023.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. v. 22, n. 5, p. 1509-20, 2017.

REIS, T.; CAZAL, S. Manual de educação LGBTI+ [livro eletrônico] /Curitiba, PR : **IBDSEX**, 2021.

Cardoso, M. R.; Ferro, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

SANTOS, C. J.; GARCIA, C. V. A Criminalização Da LGBTfobia Pelo Supremo Tribunal Federal Do Brasil. **Revista DIREITO UFMS** | Campo Grande, MS | v. 5 | n. 2 | p. 294 - 317 | jul./dez. 2019.

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

SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretário São Luís / Maranhão. **Política Municipal de Saúde Integral da População LGBTI+**. São Luís -MA, 2024.

SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025**. São Luís – MA, 2021.

SHIHADDEH, N. A.; PESSOA, E. M.; DA SILVA, F. F. A (in) visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+. **Barbarói**, n. 58, p. 172-194, 2021.

SILVA, A. DAS N.; GOMES, R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5351–5360, 2021.

SILVA, D. S. N.; MIRANDA, M. H. G. de; SANTOS, M. do C. G. Homofobia e interseccionalidade: sentidos condensados a partir de uma pesquisa bibliográfica. *Interritórios | Revista de Educação Universidade Federal de Pernambuco*, v.6, n.10, 2020.

SOUSA, F. B. de; SOUSA, P. M. L. S. de. Saúde LGBTQIA+: a vulnerabilidade das minorias sexuais. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 13, e273101321241, 2021.

SILVA, R. S.; FIUZA, T. M.; VIANA, F. D. C.; RIBEIRO, M. T. A. M.; SANTOS, F. R. P. dos. Competências culturais para atenção à saúde de minorias sexuais e de gênero: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 36, p. 1252, 2025. DOI: 10.35919/rbsh.v36.1252.

SOUZA, Marina Batista Chaves Azevedo de; HELAL, Diogo Henrique. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: análise descritiva e utilização de dados secundários para pesquisa e prática. *Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades*, [S. l.], v. 9, n. 13, 2016.

SOUZA, V. T. de; MOTTA, J. I. J.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Identidade trans e acesso à saúde na cidade de Macaé (RJ). *Saúde Debate*, v. 47, n. 1, 2023.

STRAPAZZON, J. A.; CESARO, H. L. de. Diversidade Sexual e de Gênero: construir conhecimentos para desconstruir preconceitos. *Instituto Federal Catarinense*, 2021.

TAGLIAMENTO, Grazielle et al. Minha dor vem de você Uma análise das consequências da LGBTfobia na saúde mental de pessoas LGBTs. *Cadernos De Gênero e Diversidade*, v. 6, n. 03, 2021.

TEIXEIRA, C. F.; SANTOS, J. S. DESIGUALDADES SOCIAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE conquistadas, retrocessos e desafios. IN: Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico / organizadores, Lina Faria... [et al]. – Salvador : **EDUFBA**, p, 261, 2023.

VALENZUELA-VALENZUELA A. V., CARTES, R. V. Ausência de uma perspectiva de gênero na educação médica. Implicações em pacientes do sexo feminino e LGBT+, estudantes e professores. *Iatreia*, v.33, n. 1, p. 59-67, 2020.

VICENZI, P. O ARCO-ÍRIS TREMULANDO: A BANDEIRA DOS CORPOS LGBTI+. D'GENERUS: *Revista de Estudos Feministas e de Gênero*, v. 2, n. 1, p. 53-70, 2023.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICOS E DE TRAJETÓRIA
PROFISSIONAL**

Para pesquisadores:

Unidade de Saúde:

Data da coleta:

Código do participante:

Identificação e dados gerais

1. Nome completo: _____
2. Idade (anos): _____
3. Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena
4. Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Umbanda/Candomblé () Sem religião
() Outra: _____
5. Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a)/União estável () Divorciado(a)/Separado(a) () Viúvo(a)

Trajetória e inserção profissional

6. Maior escolaridade: () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto ()
Médio completo () Técnico () Superior/Graduação incompleto () Superior/Graduação completo
7. Titulação/Pós-graduação (assinalar mais de um se aplicável):
() Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado
8. Categoria profissional: _____
9. Tempo de atuação profissional: _____
10. Tempo de atuação na APS: _____
11. Tempo na unidade atual: _____
12. Tipo de vínculo: () Concursado () Temporário/Contrato () Terceirizado () Residente
() Outro: _____

13. Cargo/função na unidade: _____

14. Gênero:

- Agênero (é uma identidade em que a pessoa não se identifica com os gêneros "feminino" e "masculino" ou sente-se sem gênero);
- Homem cisgênero (se identifica como homem e foi designado homem ao nascer);
- Homem trans (não se identifica com o gênero que foi designado ao nascer);
- Mulher cisgênero (se identifica como mulher e foi designada mulher ao nascer);
- Mulher trans (não se identifica com o gênero que foi designado ao nascer);
- Não-binário (pessoa não binária cuja a identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de "masculino" ou "feminino" ou que transitamos dois gênero);
- Prefiro não declarar.

15. Orientação Sexual:

- Assexual (pouca ou nenhuma atração sexual por outras pessoas);
- Bissexual (pessoa que sente atração emocional, afetiva e/ou sexual por indivíduos demais de um gênero);
- Heterossexual (pessoa que sente atração emocional, afetiva e/ou sexual por indivíduos do gênero oposto ao seu);
- Homossexual (atração por pessoas do mesmo gênero);
- Panssexual (atração por pessoas independente do gênero ou da identidade de gênero);
- Prefiro não declarar;
- Outra

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GRUPO FOCAL

Hoje nós vamos conversar sobre suas experiências no atendimento às pessoas da comunidade LGBTQIA+. Gostaríamos de saber das vivências, percepções e atitudes de profissionais da Atenção Primária à Saúde em relação à saúde da comunidade LGBTQIA+.

Assistência a pessoas da comunidade LGBTQIA+

Tópico 1.

Como vamos falar de saúde lgbtqiapn sabemos que existem muitos jeitos de ser. Este ‘biscoito’ brinca justamente com essas diferenças. Então pensamos numa forma divertida de iniciar nossa conversa a partir dessa imagem. Queriam que vocês olhassem a imagem nos falassem, o que acham que ela está dizendo. O que chama atenção de vocês? Que mensagens vocês leem nessa imagem?

Queremos ouvir todo mundo para fazer uma ideia coletiva do grupo sobre sobre o que a imagem comunica. Quem puxa a conversa?

Figura 1. Biscoito Sexual



Figura 2. Legenda Explicativa



Fonte: SEXU/UFFS. O Biscoito Sexual [Internet]. 2010 [citado 2025 Nov 12]. Disponível em:

<https://sexusufs.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/02/o-biscoito-sexual.png>

Tópico 2.

Para gente caminhar no estudo, é muito importante conhecer o serviço e o trabalho de vocês. Daí eu queria que me falassem como é que essa unidade funciona no dia-a-dia. Que

atendimentos e atividades são ofertados aqui e o que cada um faz aqui nesse funcionamento?

Quem pode começar a falar?

Tópico 3.

Geralmente nos serviços de saúde temos alguns pacientes dos quais nos aproximamos mais. Falem para a gente sobre alguns desses pacientes, e como é a relação de vocês.

Agora eu queria saber se entre esses pacientes vocês conseguem identificar alguns que sejam LGBT? Se sim, nos falem sobre eles.

Mas conhecem pessoas da comunidade que costumam ser atendida na unidade?

Tópico 4.

E na prática diária, como vocês descrevem a busca das pessoas da comunidade LGBTQIA+ pelo serviço?

Com que frequência elas procuram o serviço?

Quais são os principais motivos que levam elas procurarem a unidade?

Tópico 5.

Bem, eu acredito que todos vocês já tiveram a oportunidade de atender pessoas da comunidade LGBT

Seria muito bom se pudessem compartilhar com a gente algumas dessas experiências para gente conhecer melhor como vivem isso dia-a-dia vocês. Como foi essa vivência? Do que conseguem lembrar?

Inclusive se quiserem trazer mais de uma situação, fiquem à vontade.

Tópico 6.

O que vocês acham que pode ter ajudado vocês de alguma forma nesses atendimentos? Conseguem identificar alguma vivência que possa ter apoiado sua conduta nesses momentos? (formação, curso, capacitação, filme, série, vivência pessoal, ...)

Tópico 7.

Como vocês percebem as necessidades de saúde específicas dessas pessoas?

O que na prática conseguiram identificar? O que acham que elas mais necessitam considerando as especificidades de serem LGBTQIA+?

Tópico 8.

Como vocês descrevem o preparo dessa unidade para o atendimento dessas pessoas?
Conseguem identificar ações, rotinas, protocolos, fluxos, eventos ou práticas que apoiam a assistência dessa população?

Tópico 9.

Já tiveram contato com a Política de Saúde LGBT em algum momento?
Conseguem descrever algo que tenha chamado atenção nas suas orientações?

Tópico 10.

Como acham que a unidade de vocês está em relação à Política de Saúde LGBT?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do projeto intitulado “BARREIRAS SOCIAIS E DE SAÚDE ENFRENTADAS PELA COMUNIDADE LGBT: uma investigação sobre vulnerabilidades e suas implicações”, número do CAAE: 87293125.8.0000.5087.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Ao assinar você estará autorizando a sua participação no estudo e a futura publicação dos resultados em revistas científicas e em congressos nacionais e internacionais, desde que preservando o sigilo de sua identidade. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

O objetivo deste trabalho é investigar as barreiras sociais e de saúde enfrentadas pela comunidade LGBT, visando compreender as implicações dessas vulnerabilidades em sua qualidade de vida e bem-estar.

Para a realização da pesquisa, será necessário que você se disponibilize a responder um questionário sociodemográfico e uma entrevista.

Sempre que você desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre o estudo e diante dos esclarecimentos, é garantida a você liberdade de recusa, portanto poderá recusar-se de continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e as informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Como benefício, esta pesquisa irá contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas e direcionadas para a promoção da saúde e do bem-estar da comunidade LGBT, bem como para a redução das barreiras sociais que limitam o pleno exercício de seus direitos. A pesquisa também pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações de assistência específicas para as demandas que afetam essa população, bem como para a promoção de práticas de cuidado mais inclusivas e respeitadas em ambientes de saúde.

Espera-se com esse estudo que não sejam gerados quaisquer prejuízos para você, entretanto, os pesquisadores admitem que o estudo oferece risco de desconforto ao demandar seu tempo para participação nesta pesquisa além de existir a possibilidade de deixá-lo incomodado por eventualmente não saber responder da melhor forma de responder alguma pergunta, ou por abordar tema sensível para você. A equipe pesquisadora se compromete formalmente em tentar minimizar estes riscos e assumir as responsabilidades mediante dano cuja causa comprovadamente esteja associada ou seja decorrente deste estudo.

Seguem abaixo para sua informação, as vias de acesso aos pesquisadores para ocorrência de emergências relacionadas ao desenvolvimento da pesquisa e ainda as formas de acesso ao CEP para situações não resolvidas pelos pesquisadores.

São Luís - MA, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do voluntário da pesquisa

Assinatura do pesquisador

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

Pesquisadora responsável:

Sara Fiterman Lima (pesquisadora responsável)

Endereço: Rua Barão de Itapary, Nº 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís/MA

Comitê de Ética em Pesquisa

Endereço: Av. dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga, São Luís - MA, 65080-805

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BARREIRAS SOCIAIS E DE SAÚDE ENFRENTADAS PELA COMUNIDADE LGBT: uma investigação sobre vulnerabilidades e suas implicações

Pesquisador: SARA FITERMAN LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87293125.8.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.736.944

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa que investiga as barreiras sociais e de saúde enfrentadas pela comunidade LGBTQIAPN+ em São Luís. Os trabalhos de investigação consistirão em revisão da literatura, realização de questionários e entrevistas com a comunidade LGBTQIAPN+.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem o seguinte objetivo geral:

- Compreender as vulnerabilidades vivenciadas pela população LGBTQIAPN+ em decorrência das barreiras sociais e de saúde em diferentes contextos, e suas implicações.

Como objetivos específicos, são elencados:

I. Identificar as principais formas de discriminação e estigma social enfrentados pela comunidade LGBTQIAPN+;

II. Analisar as principais barreiras enfrentadas pela comunidade LGBTQIAPN+ para obtenção de serviços de saúde adequados;

III. Avaliar as percepções e atitudes dos profissionais de saúde em relação à comunidade LGBTQIAPN+;

IV. Investigar as implicações da discriminação e estigma social para a saúde mental e física da comunidade LGBTQIAPN+;

V. Investigar as estratégias de resiliência e enfrentamento utilizadas pela comunidade LGBT para superar as barreiras sociais e alcançar a inclusão social e a equidade de oportunidades;

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delegado

Bairro: Bacanga

CEP: 65.080-805

UF: MA

Município: SÃO LUÍS

Telefone: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 7.736.944

VI. Analisar os impactos das barreiras sociais e da discriminação sobre os familiares de pessoas LGBTQIAPN+, incluindo desafios emocionais, sociais e na dinâmica familiar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No projeto, é mencionado que o projeto passará pelo comitê de ética e respeitará as normativas vigentes e que o risco consiste no desconforto que poderá causar.

Os principais riscos correspondem as possibilidades de desconforto, constrangimento e quebra do anonimato.

Os benefícios constam no projeto e correspondem as possibilidades que a investigação fornece para o planejamento de políticas públicas e para a formação profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem delineada, faltou uma melhor explicitação do universo de realização das entrevistas e da estratégias para o preenchimento dos questionários online.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de livre consentimento e os anuências dos locais de pesquisa foram anexados, assim como, os instrumentos de pesquisa (roteiros, formulários).

Recomendações:

Deixar explícitos no projeto: os riscos (como constrangimentos, por exemplo), a possibilidade dos entrevistados se recusarem ou pararem as entrevistas e a questão do anonimato.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favorável a aprovação do projeto. Sugerimos que a questão do anonimato que aparece descrita no termo de livre consentimento seja incluída na parte metodológica do trabalho, de forma que se possa pensar nos riscos de vazamento de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto preencheu todos os requisitos obrigatórios indicados pelas legislações éticas vigentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2506053.pdf	19/03/2025 11:13:08		Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado

Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805

UF: MA **Município:** SÃO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 7.736.944

Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado_assinado_28529_assinado_assinado_1.pdf	19/03/2025 11:09:14	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/03/2025 19:29:04	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/03/2025 19:28:50	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_vulnerabilidades_lgbt.docx	28/02/2025 20:13:07	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_disponibilidade_C_S_Sao_Fran.pdf	23/02/2025 19:46:37	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_disponibilidade_CS_Bezerra.pdf	23/02/2025 19:45:52	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_disponibilidade_CS_Liberdade.pdf	23/02/2025 19:45:37	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_disponibilidade__assinado.pdf	23/02/2025 19:45:24	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	23/02/2025 19:45:07	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Outros	Questionario_quantitativo.pdf	23/02/2025 19:40:26	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_LGBT.pdf	23/02/2025 19:39:57	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	23/02/2025 19:38:39	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_LGBT.docx	23/02/2025 19:33:46	CARLA MICHELLE RODRIGUES ABREU	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Deigado
Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 7.736.944

SAO LUIS, 31 de Julho de 2025

Assinado por:
Marcelo Souza de Andrade
(Coordenador(a))

