



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização *lato sensu* em Saúde Pública

Raphaela de Paula Dutra

**VIVÊNCIAS E DESAFIOS DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ ENQUANTO
USUÁRIA E/OU PROFISSIONAL DA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS:
um relato de experiência**

BELO HORIZONTE

2024

Raphaela de Paula Dutra

**VIVÊNCIAS E DESAFIOS DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ ENQUANTO USUÁRIA
E/OU PROFISSIONAL DA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS:
um relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Profº. Me. Joney Fonseca Vieira

Belo Horizonte
2024

D978v

Dutra, Raphaela de Paula.

Vivências e desafios da população LGBTQIAPN+ enquanto usuária e/ou profissional da atenção hospitalar do SUS: um relato de experiência. / Raphaela de Paula Dutra. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

53 f.

Orientador(a): Joney Fonseca Vieira.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. LGBTQIAPN+. 2. SUS. 3. Atenção Hospitalar. 4. LGBTfobia.

I. Vieira, Joney Fonseca. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

III. Título.

NLM WM 617

ATA DE APRESENTAÇÃO DE TCC

Curso de Especialização *lato sensu* em Saúde Pública
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Aos 21 dias do mês de outubro de 2024, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da aluna **Raphaela de Paula Dutra**, intitulado "VIVÊNCIAS E DESAFIOS DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ ENQUANTO USUÁRIA E/OU PROFISSIONAL DA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS: um relato de experiência" foi avaliado pela banca composta por: Joney Fonseca Vieira (Orientador), Amanda Nathale Soares (Avaliadora) e Bruno Reis de Oliveira (Avaliador), sendo considerado (a) APROVADO, obtendo Nota/Conceito 100/A.

Reformulações:

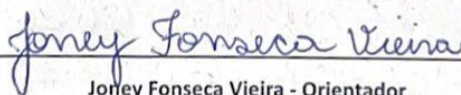
☒ Sugeridas – Conceito A e B.

☐ Exigidas para entrega em versão final – em conceito C.

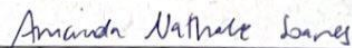
Observações:

REALOCAÇÃO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CORPO DO TCC

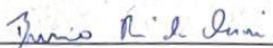
Belo Horizonte, 21 de outubro de 2024.



Joney Fonseca Vieira - Orientador



Amanda Nathale Soares - Avaliadora



Bruno Reis de Oliveira - Avaliador

AGRADECIMENTOS

A todas aquelas e aqueles que, com garra e coragem, apesar de todos os desafios, uniram suas forças e pensamentos para sonharem e construírem um Sistema Único de Saúde brasileiro, universal e gratuito. Muito, muito obrigada!

A toda equipe da ESP-MG: porteiros, coordenação, corpo docente, profissionais da higienização, corpo administrativo, obrigada por manterem vivo um espaço tão acolhedor e rico de boas ideias.

Ao professor Joney pelas aulas espetaculares e pela orientação tão generosa e assertiva! Aproveito para saudar a maravilhosa Scarlett A'Hara e agradecer por todas as gargalhadas compartilhadas!

Aos meus colegas de turma que, com suas histórias de vida e de luta, enriqueceram demais todos os meus momentos durante o curso. Sentirei saudades de cada sorriso e de cada cerveja que tomamos juntos!

A toda população LGBTQIAPN+ e, em especial, à minha namorada Natália, que esteve comigo do início ao fim dessa jornada, tornando tudo mais leve!

Finalmente, faço um agradecimento póstumo à saudosa Dra. Zilda Arns que, com sua determinação e experiência, fundou a Pastoral da Criança, uma Instituição católica com raízes profundas nas bases da Educação Popular em Saúde. Aquela jovem Raphaela de 13 anos de idade não sabia que, ao se capacitar e atuar como voluntária da Pastoral, estava iniciando seu caminho de amor à área da saúde para, 20 anos depois, se tornar uma Sanitarista, assim como foi a Dra. Zilda. Obrigada pela carinhosa inspiração!

EPÍGRAFE

*Tinha um caminho no meio de uma pedra.
Desviei e segui embriagada por vinhos escuros, tintos, vinhos da lucidez.
E da rocha se fez o verbo, a palavra que justifica o ato, a vida.
E do verbo se fez o pão.
Multiplica-vos.
És teu desafio.
Multiplicai-vos.
És tua missão.
É cara, meu caro, custa.
Então, vai, vai pelo sombreado de teus vultos.
Concede-te o direito à escolha.
De teus pulsares erguerás digno,
de teus agires verterás o rio,
o rio em vinho e beberás o sim da tua colheita,
o sim do teu destino.*

Neumann, Zilda Arns (2021, site Pastoral da Criança)

RESUMO

A LGBTfobia é uma das marcas mais frequentes da vivência dos indivíduos LGBTQIAPN+, os quais sofrem discriminação em vários espaços na sociedade, inclusive naqueles que deveriam ser de acolhimento e cuidado: os serviços de saúde. A atenção hospitalar, por ser parte importante da rede de saúde do SUS, também se apresenta como um ambiente complacente ao preconceito contra pessoas que não performam a heterocisnormatividade, sejam elas usuárias ou profissionais. Esse estudo apresenta um Relato de Experiência com o suporte de uma Revisão de Literatura do tipo narrativa, cujo objetivo geral é: discutir as práticas de LGBTfobia na atenção hospitalar do SUS, focadas em usuários e/ou profissionais da saúde, destacando seus impactos, bem como a insuficiência de mecanismos institucionais e a falta de transformação do pensamento hegemônico social, que possam coibir tal ocorrência. As consequências das práticas de LGBTfobia nos equipamentos de saúde do SUS geram repercussões sociais e nos marcadores de saúde dos indivíduos, mas ainda precisam ser mais e melhor abordados nas pesquisas, visto que são escassos os dados, principalmente no âmbito da atenção hospitalar. Nesse sentido, torna-se importante essa abordagem em um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Pública, contribuição que esta pesquisa pretende oferecer.

Palavras chave: LGBTQIAPN+; SUS; Atenção Hospitalar; LGBTfobia

ABSTRACT

LGBTphobia is one of the most frequent hallmarks of the experience of LGBTQIAPN+ individuals, who suffer discrimination in various spaces in society, including those that should be welcoming and caring: health services. Hospital care, as it is an important part of the SUS health network, also presents itself as an environment complacent to prejudice against people who do not perform heterocisnormativity, whether they are users or professionals. This study presents an Experience Report with the support of a narrative-type Literature Review, whose general objective is: to discuss the practices of LGBTphobia in SUS hospital care, focused on users and/or health professionals, highlighting their impacts, as well such as the insufficiency of institutional mechanisms and the lack of transformation of social hegemonic thinking, which can prevent such an occurrence. The consequences of LGBTphobia practices in SUS health equipment generate social repercussions and on individuals' health markers, but they still need to be more and better addressed in research, as data is scarce, especially in the context of hospital care. In this sense, this approach becomes important in a Final Paper for a Specialization Course in Public Health, a contribution that this research intends to offer.

Keywords: LGBTQIAPN+; SUS; Hospital Care; LGBTphobia.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de mortes violentas de pessoas LGBTQIAPN+, no Brasil, de 2000 a 2023.....	16
Gráfico 2 - Motivação/causa presumida das violências contra pessoas trans e travestis, de 2014 a 2022, identificadas no REDS, em Minas Gerais.....	18
Gráfico 3 - Dados de cor/raça das mortes violentas consumadas contra pessoas trans e travestis, de 2014 a 2022, identificadas no REDS, em Minas Gerais.....	19
Gráfico 4 - Despesa pública em saúde (em% do PIB): Brasil e outros países (2014).....	22
Gráfico 5 - Leitos hospitalares disponíveis ao SUS, de 2009 a 2022.....	23

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Faixas etárias das mortes violentas consumadas contra pessoas trans e travestis, de 2014 a 2022, identificadas no REDS, em Minas Gerais..... **29**

Tabela 2 - Documentos das Políticas Públicas de Saúde que contribuíram para a saúde da População LGBT no período de 2004 a 2014..... **35**

Figura 1 - Panorama Nacional de serviços que oferecem o Processo Transsexualizador, em 2024, habilitados e não habilitados..... **37**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADO - Ação Direta de Omissão
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CID - Catálogo Internacional de Doenças
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DSS - Determinantes Sociais da Saúde
EC - Emenda Constitucional
GLS - Gays, Lésbicas e Simpatizantes
GLBTT - Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
GLTB - Gays, Lésbicas, Travestis, Transgêneros e Bissexuais
GM - Gabinete do Ministro
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
LGBT - Lésbica, Gay, Bissexual e Transgênero
LGBTQIAPN+ - Lésbica, Gay, Bissexual, Transgênero, Queer, Intersexual, Assexual, Pansexual, Não-binária, Outros grupos e variações de sexualidade e gênero
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
MS - Ministério da Saúde
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSILGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PL - Projeto de Lei
RAS - Rede de Atenção à Saúde
REDS - Registro de Evento de Defesa Social
STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

T - Trans e Travestis

TFD - Tratamento Fora de Domicílio

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	15
2.1. IMPRESSÕES PESSOAIS.....	18
3. A COMUNIDADE LGBTQIAPN+.....	19
4. A SAÚDE NO BRASIL.....	26
4.1. A ATENÇÃO HOSPITALAR NO ÂMBITO DO SUS.....	29
5. A POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ NO CONTEXTO DA SAÚDE.....	32
5.1. LGBTQIAPN+ ENQUANTO USUÁRIOS DA SAÚDE.....	32
5.2. LGBTQIAPN+ ENQUANTO PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	45
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

1. INTRODUÇÃO

Durante minha trajetória profissional, tive a oportunidade de trabalhar em alguns hospitais da rede SUS, em Belo Horizonte e, ao longo do tempo, me deparei com diversas situações constrangedoras e delicadas que, hoje em dia, consigo classificar como cenas de violência institucional, a qual tem como alvo principal as populações em situação de vulnerabilidade, dentro de um contexto organizacional.

Episódios de injúria racial, machismo, assédio moral, LGBTfobia, capacitismo e outros, são tristes realidades que contaminam o ambiente hospitalar e reafirmam o abismo aberto entre aquilo que está preconizado nas legislações norteadoras do SUS e o que de fato é operado no dia a dia, nos equipamentos de saúde.

A atenção hospitalar, por corresponder aos níveis secundário e terciário, ou seja, que oferta serviços especializados e de maior densidade tecnológica, disponibiliza aos usuários várias possibilidades de ações e serviços de saúde, como internação, atendimento ambulatorial, cirurgia, reabilitação, parto etc e, como tal, deve se integrar à Rede de Atenção à Saúde de forma resolutiva, mas também atenta aos princípios doutrinários do SUS, como universalidade, equidade e integralidade.

A equidade, no âmbito do SUS, deve ser compreendida como a capacidade que o Sistema deve desenvolver para tratar de forma diferente, os diferentes. Portanto, não basta apenas ofertar serviços de saúde para a população de forma homogênea, é necessário que essas ações equacionem, também, as interseccionalidades que atravessam os indivíduos.

O presente trabalho é do tipo Relato de Experiência e conta com o suporte de uma Revisão de Literatura do tipo narrativa, cujo objetivo geral é: discutir as práticas de LGBTfobia¹ na atenção hospitalar do SUS, focadas em usuários e/ou profissionais da saúde, destacando seus impactos gerais e a insuficiência de mecanismos institucionais e a falta de transformação do pensamento hegemônico social, que possam coibir a prática.

A história aqui contada não representa um caso isolado. Assim, nesse estudo, queremos buscar informações a esse respeito, no que tange a vivência tanto dos

¹ Destacamos que esse será o termo utilizado no estudo para designar o preconceito contra as pessoas LGBTQIAPN+.

profissionais, quanto dos usuários LGBTQIAPN+ da atenção hospitalar, que estão expostos a todo tipo de preconceito.

A escassez de estudos que evidenciem as práticas de LGBTfobia no ambiente hospitalar e as consequências desse crime na vida de usuários e profissionais da saúde, justificam a realização desse trabalho.

O relato descrito aqui é um entre vários outros que poderiam ter sido escolhidos para compor o pano de fundo desse estudo, mas algo nele me chamou atenção: o desfecho perfeito para um ciclo de violência com início, meio e fim - tal como se espera de uma sociedade LGBTfóbica. À Maria foi negado, de forma irredutível, um direito humano fundamental.

Leia com carinho esse episódio vivenciado por Maria e permita-se extrapolar a reflexão sobre as inúmeras “Marias” que cruzaram seu caminho ao longo da vida, na escola, no trabalho, na igreja, na rua, nos serviços de saúde...

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Enquanto profissional da saúde, atualmente atuando como Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e como estatutária em um hospital da rede SUS-BH e com experiência em outros hospitais do SUS, já presenciei algumas situações de preconceito, que envolvem a discriminação em relação à orientação sexual. Nesse contexto, narrarei aqui uma história real que testemunhei:

Em um dos hospitais que atuava, logo que ingressou, Maria (nome fictício), foi bem recebida pelas colegas e se sentia à vontade naquela equipe, composta somente por mulheres. Como todas as outras que trabalhavam ali, ela comentava, de forma natural, sobre alguns fatos de sua vida pessoal e expunha, inclusive, a sua bissexualidade e o fato de namorar uma mulher. Ela nunca sentiu hostilidade por parte da equipe devido à sua orientação sexual. Pelo contrário, muitas colegas se mostravam interessadas em saber alguns detalhes dessa forma de se relacionar e o assunto era tratado com leveza e bom humor.

Após um período trabalhando nesse equipamento de saúde, Maria foi chamada pela chefia responsável pelos funcionários terceirizados (que era o seu vínculo empregatício) e recebeu a notícia de que a gerente do setor, na qual estava alocada, mandou que ela fosse demitida, sem dar nenhuma explicação. De forma “extraoficial” a chefia lhe disse que não tinha nenhuma reclamação quanto ao seu desempenho profissional, inclusive ela era elogiada por aprender tudo de forma rápida e executar bem as tarefas, mas que a motivação provavelmente era o fato dessa gerente ser declaradamente homofóbica e que essa situação já teria ocorrido outras vezes, com outros funcionários. Essa responsável relatou que conversou com a gerente e demonstrou para ela que Maria preenchia todos os atributos necessários para trabalhar ali e que foi bem avaliada mas, ainda assim, a gestora estava irredutível e chegou a dizer que “queria ver ela fora dali o mais rápido possível”.

Essa conversa deixou Maria muito apreensiva, pois ela precisava trabalhar e estava dando o seu melhor, justamente por acreditar que o usuário do SUS merece ser tratado com o máximo de profissionalismo e respeito. Foi só a partir desse evento que ela começou a perceber que era tratada com desdém pela gerência, pois

quando fazia alguma pergunta referente aos processos de trabalho, recebia respostas ríspidas e notou que existia uma diferença de comportamento no tratamento dispensado a ela.

Em meio a toda essa aflição interna, cerca de uma semana após essa conversa, a Prefeitura de Belo Horizonte decretou as medidas de isolamento social na cidade, para tentar conter o avanço do SARS-Cov-2. O hospital em que Maria trabalhava, um dos maiores da cidade, virou um caos diante desse cenário, pois todos estavam assustados e perdidos quanto às novas normativas municipais. Foram dias penosos para readequar os processos conforme a nova realidade que se revelava e manter a equipe treinada e integrada. Para isso todos tiveram que trabalhar de forma mais extenuante, pois várias colegas grávidas e com comorbidades foram afastadas, sendo que as que ficaram eram imprescindíveis para o andamento do setor. Nesse momento, Maria acreditou que a gerência mudaria de ideia com relação à sua demissão, pois o quadro de funcionários estava defasado. Mas algumas semanas depois, com a situação um pouco mais organizada, a demitiram assim, friamente, no meio da pandemia da COVID-19. Maria se lembra que quando os funcionários da empresa terceirizada estavam com ela na sala para a assinatura dos documentos rescisórios, a gerente passou pelo corredor e deu um sorriso satisfeito. Ela nunca se esqueceu dessa cena.

Esse episódio deixou Maria completamente perturbada e desmotivada, pois ela nunca imaginou sofrer na pele uma ação dessa estrutura essencialmente patriarcal (e conseqüentemente, homofóbica) da nossa sociedade. Isso a levou a refletir muito sobre as violências às quais está sujeita, pelo simples fato de não atender às expectativas ditadas pela heteronormatividade. Ser uma boa funcionária e entregar o trabalho que era solicitado não foi o suficiente, ela precisava também se encaixar nos moldes sociais que são impostos. Por muito tempo ela tentou buscar mais algum elemento que justificasse tal atitude, mas não havia, a única motivação era a discriminação contra a sua orientação sexual.

Tal acontecimento despertou vários gatilhos emocionais em Maria, que só foram parcialmente superados com a ajuda de muita terapia. Até hoje ela sente os reflexos do que aconteceu, gerando impactos na sua autoestima e na confiança que deposita nas pessoas ao seu redor. Atualmente, trabalhando em outro hospital há

alguns anos, Maria nunca comentou sobre o seu relacionamento, pois tem medo de ser estigmatizada e violentada por ser quem é. Deve ser torturante viver assim.

2.1. IMPRESSÕES PESSOAIS

Diante dessa experiência vivenciada por Maria e por tantas outras “Marias e Josés” pelo Brasil afora e, refletindo acerca da conjuntura abordada pela literatura, acredito que, a despeito dos avanços, enquanto sociedade, estamos bem longe de atingir o conceito de equidade que o SUS defende para todos.

Apesar da LGBTfobia ser amparada pela Lei do Racismo, desde 2019, a qual prevê, entre outras coisas, uma pena de reclusão de dois a cinco anos a quem cometer o ato previsto no seu artigo 3º: “impedir ou obstar o acesso de alguém, devidamente habilitado, a qualquer cargo da Administração Direta ou Indireta, bem como das concessionárias de serviços públicos” e de haver uma agravante se tal crime for praticado por funcionário público, podendo as penas serem aumentadas de $\frac{1}{3}$ até a metade (Brasil, 1989), tal delito é corriqueiro no dia-a-dia do funcionalismo público, especialmente nos equipamentos de saúde do SUS.

Maria tem o direito de exercer sua cidadania de forma plena - ela não é bissexual só da porta para fora do seu local de trabalho - a sua orientação sexual influencia sua forma de pensar, de se relacionar, de trabalhar e de interagir com o mundo! Não é razoável, nem agora, nem nunca, que ela, uma mulher maior de 18 anos, tenha que se esconder nas sombras do constrangimento e do medo, anulando a si mesma, por medo de sofrer violências em seu ambiente profissional.

O SUS deve cumprir sua função social de promover, acima de tudo, saúde e, considerando seu conceito ampliado, o respeito à dignidade humana deve ser o cerne de toda ação comprometida com esse Sistema jovem, único, brasileiro, gratuito e universal.

3. A COMUNIDADE LGBTQIAPN+²

Segundo a filósofa feminista Judith Butler, apesar da distinção criada entre o sexo - o qual é definido socialmente, como uma característica determinada biologicamente - e o gênero - que é culturalmente construído - deveria ser natural admitir que as definições de mulher, homem, feminino e masculino, podem significar tanto um corpo feminino como um masculino, desde uma perspectiva, proposta pela autora, que rompe a relação mimética entre ambos, termos, sexo e gênero (Butler, 2003).

Nesse sentido, limitar a sexualidade a uma determinação promovida pela natureza, seria ignorar a pluralidade de vivências dos corpos, que são atravessados por questões políticas e sociais e moldados pela interação entre a subjetividade e a sociedade. Tais provocações são determinantes para a construção das identidades sexuais e de gênero (Louro *et al*, 2000). Essa concepção é corroborada por Foucault, o qual argumenta que a sexualidade não tem origem exclusivamente biológica e nem é um fato natural da vida, mas é formada também em bases culturais, sociais e históricas (Spargo, 2019).

A sexualidade pode ser definida como qualquer demonstração de prazer e afetividade e tais comportamentos determinam a orientação sexual do indivíduo, a qual também pode ser chamada de orientação afetivo-sexual (Brasil, 2018 a). A conformação dessa orientação é permeada por interseccionalidades como raça, gênero e classe social, que forjam identidades sexuais distintas. Sempre houve, ao longo da história, um debate moral concentrado na performance sexual dos indivíduos e uma tentativa acirrada de controle daqueles que apresentam comportamentos considerados como não naturais. Nesse contexto, aquelas pessoas que expõe a sua homossexualidade ou bissexualidade, como forma de afirmação da própria identidade, sofrem com estigmatização e preconceito (Louro *et al*, 2000).

O gênero pode ser compreendido como aquilo que diferencia os indivíduos socialmente, considerando os arquétipos culturais e sociais determinados para mulheres e homens. Nesse sentido, o gênero é uma característica humana que pode ser construída e desconstruída (Brasil, 2018 a).

Para Butler, “a heterossexualidade compulsória se instala no gênero por meio da produção de tabus contra a homossexualidade, o que resulta em uma falsa

² Destacamos que essa será a sigla utilizada nesse trabalho.

coerência entre gêneros aparentemente estáveis ligados aos sexos biológicos adequados”. Essa compulsoriedade, por sua vez, é geradora de diversas violências. (Spargo, 2019, pág. 42).

Devemos observar que a LGBTfobia pode ser caracterizada como a discriminação em decorrência da orientação sexual ou identidade de gênero (Brasil, 2018 a) e se caracteriza por sentimentos e atitudes negativas para com as pessoas LGBTQIAPN+, que culminam com violência psicológica, simbólica, institucional, sexual e física e, geralmente, são motivados por preconceito, ignorância, fundamentalismo religioso e alienação (Rios, 2024).

Dessa forma, na sociedade em que estamos inseridos, a qual cultua o patriarcado hegemônico, o ambiente escolar, por exemplo, é bastante propício para a expressão de atitudes, como isolamento e indiferença, que culminam em práticas LGBTfóbicas e promovem a falta de empatia para com os sujeitos homossexuais. Tal movimento reforça a conjuntura na qual esse indivíduo, para ser aceito, deve mascarar sua condição (Louro *et al*, 2000) para evitar as práticas de *bullying* e *cyberbullying* (Brasil, 2018 a) e a expulsão de sua própria casa, pela família, prática muito recorrente contra adolescentes transexuais e travestis, que acaba por distanciar essas pessoas dos direitos de cidadania e as força a buscar a sobrevivência por meio da prostituição (Brasil, 2015 b).

Assim, a expressão “*sair do armário*” implica romper com esse confinamento da clandestinidade para o ambiente público, como um ato político (Spargo, 2019). Um fato histórico determinante para a resistência homossexual, conhecido como a Revolta de *Stonewall*, ocorreu em 28 de junho de 1969 e ficou marcado pelo conflito da comunidade LGBT de Nova York, frequentadora do bar *Stonewall Inn*, contra os abusos da polícia local, que praticava extorsões e punições contra os indivíduos desse grupo. Nascia ali, a partir de um contexto de violência e violação de direitos humanos, o ativismo gay, que se espalhou dos Estados Unidos para os demais países. Atualmente, o evento que estampa a causa da comunidade LGBTQIAPN+ é a Parada Gay, presente nas principais cidades em todo o mundo (Moreira, 2022).

No Brasil, o movimento GLS, usado para designar gays, lésbicas e simpatizantes, teve início na década de 90, conformando uma militância atenta à causa dos direitos das pessoas de identidades de gênero e orientação sexual que não se enquadram na cisheterossexualidade. Por isso, de lá para cá, o acrônimo precisou ser ampliado para melhor representar essa diversidade, mas não escapou

do desinteresse da sociedade, como um todo, em entender o significado da sigla e quais grupos minoritários ela representa (Moreira, 2022).

Detalhando o monograma LGBTQIAPN+, percebemos que cada letra simboliza um grupo de seres humanos historicamente invisibilizados:

- Lésbicas (L): são mulheres que se relacionam com outras mulheres.
- Gays (G): são homens que se relacionam com outros homens.
- Bissexuais (B): são indivíduos que se relacionam com mulheres e homens.
- Travestis e Transexuais (T): são pessoas que não se reconhecem com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento.
- *Queer* (Q): são indivíduos que transitam entre os gêneros.
- Intersexo (I): são pessoas que possuem características tanto femininas quanto masculinas; é uma condição sexual e não uma orientação sexual (Brasil, 2018 a).
- Assexuais (A): são aqueles que não sentem atração sexual.
- Pansexuais (P): são pessoas que se relacionam com indivíduos de qualquer gênero ou orientação sexual.
- Não-binário (N): são as pessoas que não se enquadram no binarismo feminino e masculino de gênero.
- Símbolo de adição (+): representa os demais grupos e variações de gênero e sexualidade (Moreira, 2022).

Cada um dos grupos de indivíduos englobados pela sigla, apesar de possuírem discursos parecidos e sofrerem discriminação da sociedade, demarcam suas distinções e devem ser considerados em suas particularidades (Melo *et al*, 2020).

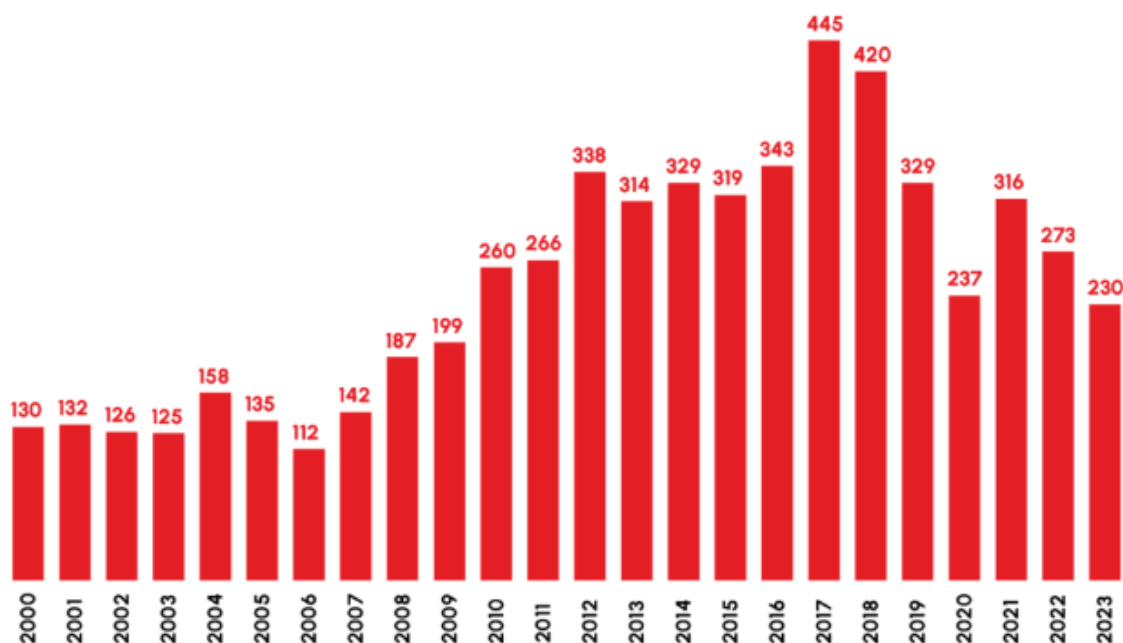
Os indivíduos bissexuais, por exemplo, a depender da pessoa com quem se relacionam, podem ser lidos como homossexuais ou heterossexuais. Tal polarização abre margem para práticas de bifobia (Melo *et al*, 2020).

A própria criação do termo heterossexualidade partiu da necessidade de definir o padrão de normalidade, em contraponto às práticas julgadas como anormais e pecaminosas, pertinentes à homossexualidade, as quais não tinham como objetivo a procriação. A bissexualidade, por exemplo, surgiu da demanda de indicar o comportamento que não se enquadra nessa clara divisão (Louro *et al*, 2000).

Um dado lamentável e que reflete diretamente uma das consequências da LGBTfobia em nosso país, é o fato do Brasil ter o assassinato de 1 pessoa LGBTQIAPN+ a cada 38h, em 2023. Das 230 mortes violentas relatadas nesse período, 80% foram assassinatos, cerca de 8% foram suicídios e 12% por outras causas. Entre as vítimas, 142 eram mulheres trans ou travestis, 59 gays, 13 homens trans, 7 lésbicas, 1 não binária e 8 de outros segmentos. Os tipos de violências destacadas são apedrejamento, disparo de arma de fogo, esfaqueamento, esgarçamento e asfixia (Observatório, 2023).

Esse índice, por incrível que pareça, é o menor, desde 2010. Conforme observamos no **Gráfico 1**, os números de mortes violentas de indivíduos LGBTQIAPN+ sempre foram significativos e sofreram variações ao longo dos anos, principalmente pela ausência de dados oficiais a respeito, o que certamente esconde uma subnotificação (Observatório, 2023).

Gráfico 1 - Número de mortes violentas de pessoas LGBTQIAPN+, no Brasil, de 2000 a 2023



(Fonte: Observatório, 2023)

As pessoas trans e travestis, apesar de estarem inseridas no mesmo grupo político, nem sempre partilham dos mesmos desafios relativos à sexualidade, como acontece com lésbicas, bissexuais e gays, por exemplo. Nesse sentido, a transfobia

diz respeito à identidade de gênero dessas pessoas, as quais são constantemente submetidas a violações de direitos fundamentais, como a negativa do uso do nome social, proibição do uso de banheiros, falta de acesso à educação e ao mercado de trabalho formal e até impedimento de registrar, em delegacias, as violências que sofrem (Jesus, 2016). A repressão de suas identidades, desde a infância, geram traumas que ressurgem na vida adulta (Brasil, 2015 b).

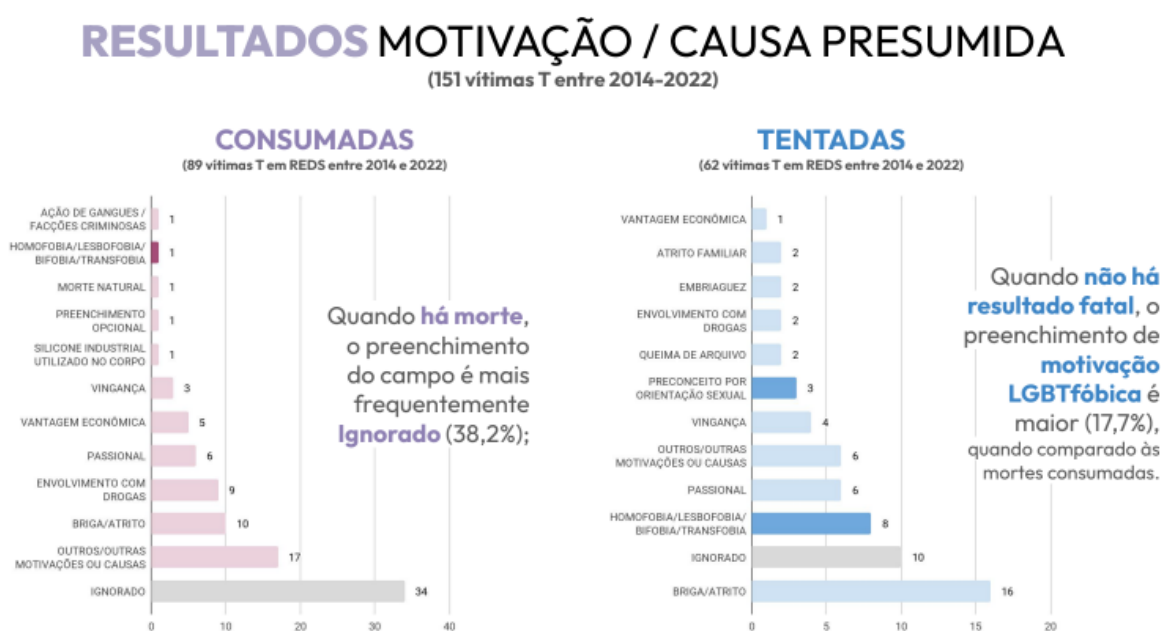
A estigmatização à qual as pessoas travestis e transexuais estão submetidas pela sociedade as coloca numa posição de terem a própria condição de humanidade contestada, transformando seus corpos em objetos repulsivos e os distanciando cada vez mais de espaços fundamentais à cidadania, como escola, trabalho e serviços de saúde (Brasil, 2015 b).

No Brasil, esse cenário é corroborado pelo fato do país ser o que mais mata pessoas trans no mundo, principalmente mulheres trans e travestis. Além das violências as quais estão submetidas, vale destacar também os altos índices de suicídio e tentativa de suicídio que assolam essa população (Jesus, 2016). Esses cenários de opressão são heranças do colonialismo e da ditadura militar, momentos históricos que marcaram a perseguição brutal contra populações LGBTQIAPN+ no país (Brasil, 2015 b).

De acordo com o Relatório de pesquisa: violência contra a população trans e travesti em Minas Gerais de 2014 a 2022, considerando as 151 vítimas trans e travestis que foram identificadas no Sistema de Registro de Evento de Defesa Social (REDS), 89 assassinatos (58,9%) foram classificados como mortes violentas consumadas, enquanto 62 indivíduos (41,1%) foram considerados como vítimas de mortes violentas tentadas. Tais crimes foram praticados, em sua maioria, com o uso de armas de fogo ou instrumentos perfurocortantes, majoritariamente em vias de acesso públicas (Prado *et al*, 2024, p. 17).

No **Gráfico 2** foram elencadas e quantificadas as motivações e causas presumidas dessas violências registradas contra as vítimas T (trans e travestis), no período de 2014 a 2022 (Prado *et al*, 2024).

Gráfico 2 - Motivação/causa presumida das violências contra pessoas trans e travestis, de 2014 a 2022, identificadas no REDS, em Minas Gerais

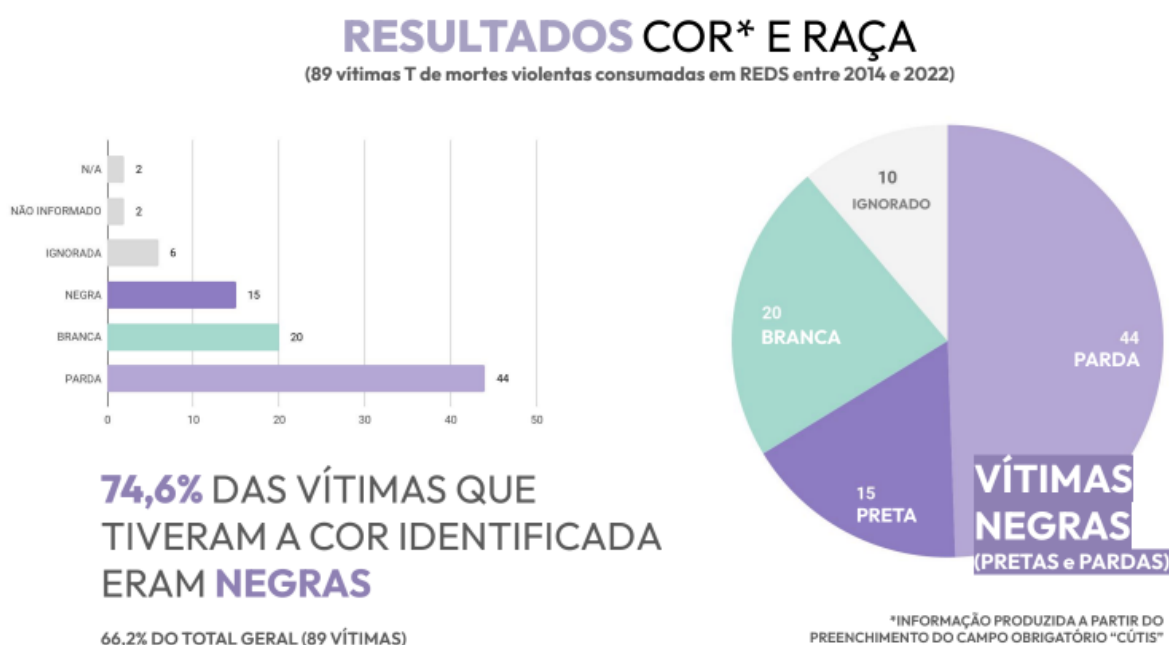


(Fonte:Prado *et al*, 2024, p. 25)

Destaca-se que, ao observar as populações minoritárias brasileiras, como a LGBTQIAPN+, é importante considerar sempre os recortes étnico-raciais, visto que nossa sociedade é intrinsecamente racista (Jesus, 2016).

Nesse sentido, no **Gráfico 3**, observamos que, das 89 vítimas T assassinadas entre 2014 e 2022, em Minas Gerais, 59 delas (66,2%) eram negras (Prado *et al*, 2024).

Gráfico 3 - Dados de cor/raça das mortes violentas consumadas contra pessoas trans e travestis, de 2014 a 2022, identificadas no REDS, em Minas Gerais



(Fonte:Prado *et al*, 2024, p. 28)

Em detrimento de todo esse contexto de violência, em 2019, por entender que houve omissão inconstitucional do Congresso Nacional em não elaborar uma lei específica que criminalize a LGBTfobia, o Supremo Tribunal Federal (STF) concluiu o julgamento da Ação Direta de Omissão 26 (ADO 26), passando a enquadrar a transfobia e a homofobia como crimes de racismo, previsto na Lei 7.716/1989 (Lei do Racismo), até que o Congresso Nacional edite lei específica, qualificando, inclusive, o homicídio doloso, como motivo torpe. Apesar do avanço, a ADO 26 preconiza que a homotransfobia não alcança o exercício da liberdade religiosa, desde que não se caracterize como discurso de ódio (Brasil, 2019).

4. A SAÚDE NO BRASIL

Os termos saúde e doença, ao longo do tempo, experimentaram transformações em suas definições, as quais sofreram a influência do contexto social, político, econômico, ambiental e cultural. Antigamente, não era raro encontrar pessoas que acreditavam que a manifestação de doenças estava intimamente associada a uma consequência de práticas pecaminosas ou à presença de maus espíritos, por exemplo (Scliar, 2007; Neves, 2021).

A partir de 1948, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em um cenário pós Segunda Guerra Mundial (Neves, 2021), foi consolidado o conceito: “saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946-48), reformulando os paradigmas de saúde-doença da época.

Na década de 70, no Brasil, surgiu o Movimento Sanitário, uma importante frente de luta que defendia uma reforma do sistema de saúde, o qual deveria abandonar a visão estritamente biomédica dos problemas de saúde e adotar uma abordagem que considerasse as dimensões políticas e socioeconômicas envolvidas na distribuição desproporcional de doenças, dando destaque para o papel do Estado na promoção da saúde da população, oferecendo serviços de forma democrática, com um sistema regulado e reestruturado (Viacava *et al*, 2018).

Em 1986, um acontecimento brasileiro importantíssimo foi considerado um marco da Reforma Sanitária e ajudou a definir os rumos da saúde pública no país: a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse evento, além da busca por uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, surgiu a noção de Conceito Ampliado de Saúde, o qual dispõe que em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de liberdade, educação, alimentação, renda, habitação, meio ambiente, lazer, trabalho, transporte, emprego, posse da terra e acesso a serviços de saúde (Brasil, 2011; CNS, 2019).

A 8ª Conferência, a primeira aberta à participação popular, lançou a ideia de saúde como direito e as bases para a construção de um sistema de saúde único, descentralizado, exclusivamente público, separado da Previdência e coordenado por um único Ministério, em nível federal (Brasil, 2011; CNS, 2019).

Nessa conjuntura, a saúde, totalmente presa a uma visão assistencial médico-hospitalar àquela época, era um direito apenas de quem contribuía com a Previdência Social. Os demais cidadãos dependiam de caridade e filantropia (Brasil, 2011; CNS, 2019). Essa atenção à saúde estava sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social e ao Ministério da Saúde cabia apenas o papel normativo e de ações preventivas (Viacava *et al*, 2018).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre simultaneamente à promulgação da Constituição Federal brasileira, em 5 de outubro de 1988, a qual expõe, em seu artigo 196 que a saúde é: “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2016).

O SUS nasceu a partir da luta popular na busca por uma política de Estado de assistência à saúde, que possibilitasse a justiça social e a superação de desigualdades. Em 1990 foram promulgadas as leis n.º 8.080 e n.º 8.142, as quais regulamentam as bases de funcionamento do Sistema, os serviços e a participação da sociedade. De lá para cá, várias normativas foram surgindo para aprimorar ainda mais a estrutura e a atuação do SUS (Brasil, 2011).

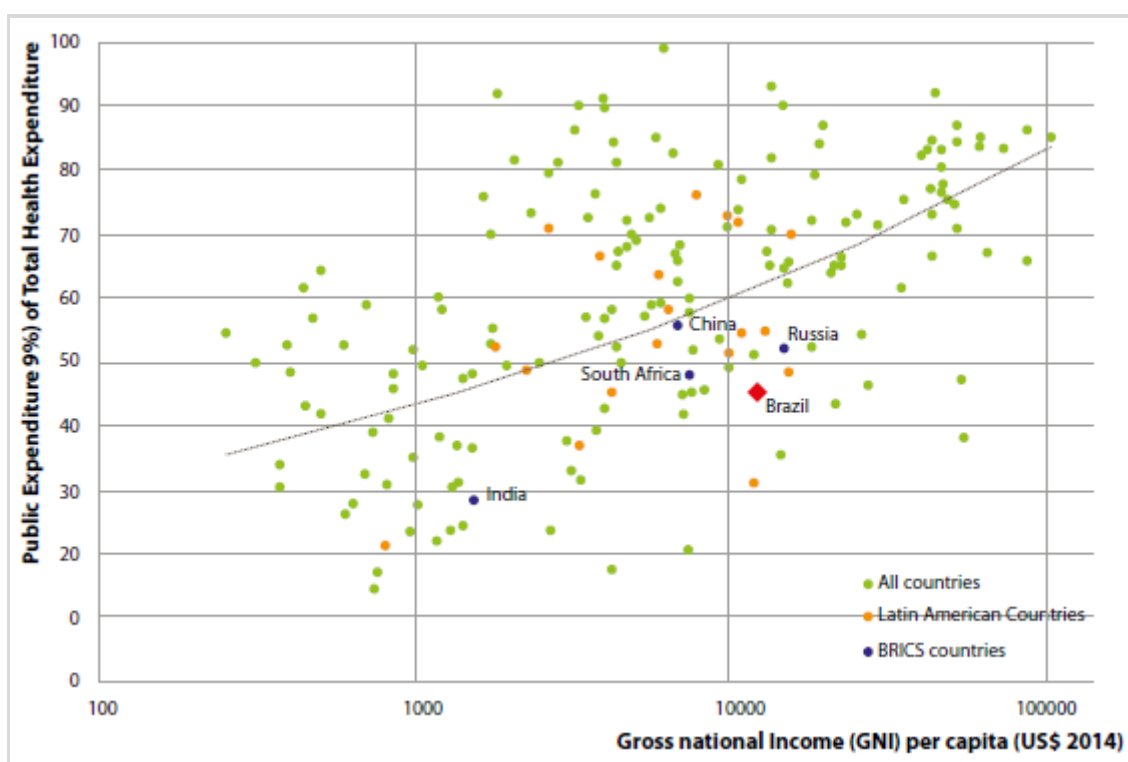
Abandonando a perspectiva hospitalocêntrica e médico centrada, o SUS oferece ações e serviços de saúde em várias frentes de atuação, contando com a colaboração de milhões de trabalhadores multiprofissionais, em uma estrutura organizada e bastante capilarizada. A participação popular e o controle social estão garantidos através das Conferências e Conselhos de Saúde, sendo a gestão efetuada por cada ente em sua esfera governamental, federal, estadual e municipal (BRASIL, 2011).

Graças ao SUS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) reconhece o Brasil como um modelo imprescindível de país comprometido com a universalidade em saúde e gestão pública participativa. O SUS é reconhecido e respeitado em todo o mundo e, seus resultados e forma de estruturação, são muito valorizados (OPAS, 2018).

Apesar de ocupar uma posição de destaque no cenário internacional, o SUS enfrenta vários desafios que o enfraquecem enquanto política pública, como por exemplo, o fato da expansão orçamentária não acompanhar o crescimento do próprio Sistema. Nesse contexto, vale lembrar que, em 2016, foi aprovada a

Emenda Constitucional 95 (EC 95), a qual congelava por 20 anos as despesas públicas com saúde. Tal retrocesso reforça uma conjuntura já consolidada de subfinanciamento, que coloca o Brasil atrás de países da América Latina e Caribe, países de renda média-alta e os que fazem parte da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como pode ser observado no **Gráfico 4** (OPAS, 2018).

Gráfico 4 - Despesa pública em saúde (em% do PIB): Brasil e outros países (2014)



(Fonte: OPAS, 2018, p. 68)

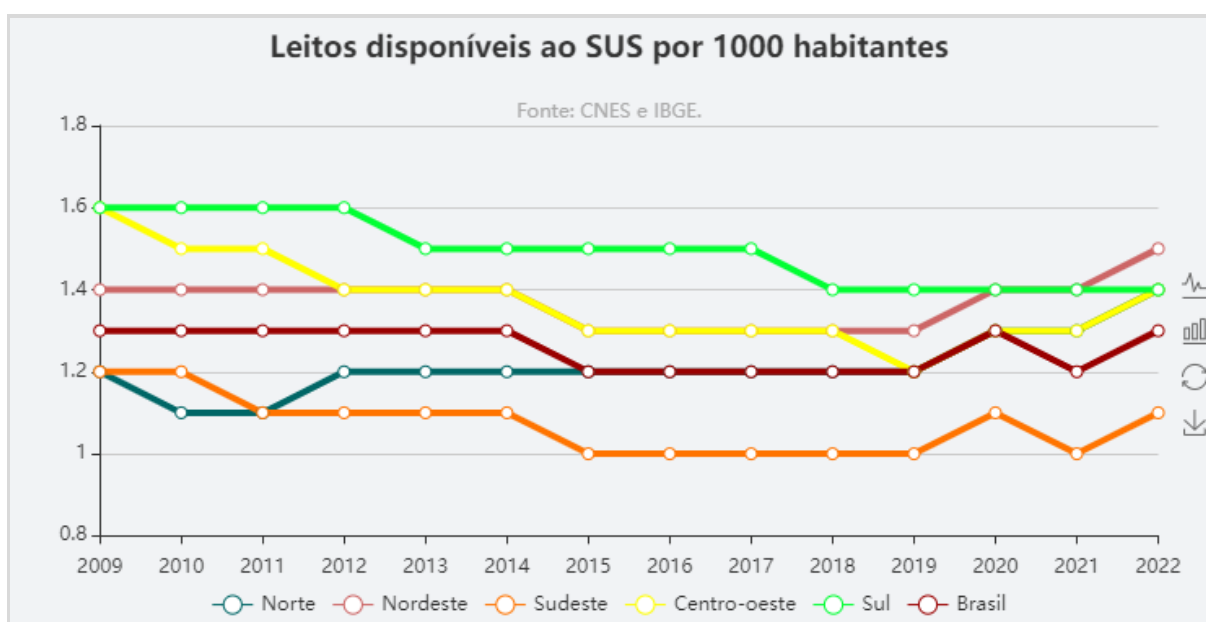
4.1. A ATENÇÃO HOSPITALAR NO ÂMBITO DO SUS

A atenção hospitalar é uma peça indispensável para a boa manutenção da rede de assistência à saúde, tanto pela oferta de serviços de média e alta complexidade, quanto pelo papel de destaque que recebe em um modelo de organização de saúde historicamente hospitalocêntrico (Brasil, 2004).

No Brasil, dispomos de uma média de 1,2 leito hospitalar do SUS, para cada mil habitantes. Esse valor está bem abaixo da média da OCDE e a projeção de necessidade indica uma média de pelo menos 4 leitos. A realidade que se apresenta coloca o país em uma situação de crise persistente de acesso hospitalar (Negri Filho, 2016).

O **Gráfico 5** demonstra os leitos hospitalares disponíveis ao SUS, por mil habitantes, no Brasil e por cada região (PROADESS, 2024).

Gráfico 5 - Leitos hospitalares disponíveis ao SUS, de 2009 a 2022



(Fonte: PROADESS, 2024)

Há uma grande heterogeneidade da carteira de serviços e incorporação tecnológica oferecidas pela atenção hospitalar no Brasil, bem como em sua distribuição, a qual se concentra mais em cidades de grande e médio porte, promovendo um desequilíbrio regional evidente (Brasil, 2004).

Esse panorama crítico se agrava quando se observa que os recursos dispensados aos hospitais são insuficientes e mal alocados, além de existir variáveis sociais, políticas, assistenciais, organizacionais e de formação da mão de obra, que impactam diretamente a vida de usuários, prestadores, profissionais da assistência e gestores (Brasil, 2004).

A partir das necessidades impostas pela lógica de um SUS médico centrado, fragmentado, com profissionais sujeitos a um trabalho precarizado, investimentos insuficientes e falha na comunicação entre os serviços de saúde, provocando uma descontinuidade do cuidado, surgiu a proposta de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como modelo de atenção a guiar a estruturação do SUS. Sua instituição foi descrita na Portaria nº 4.279, de 2010, e estabelece a relação conjunta, horizontalizada e interdependente entre os pontos de atenção: atenção primária, a qual deve fortalecer seu papel de coordenadora da rede e reordenadora do cuidado, atenção secundária e atenção terciária (Souza *et al*, 2018).

A necessidade da mudança desse cenário de desgaste exigiu do Ministério da Saúde a elaboração de uma reforma da atenção hospitalar, cujos eixos norteadores são humanização, garantia do acesso, descentralização, inserção na rede, regionalização, democratização da gestão, melhoria dos contratos de serviços e aprimoramento dos mecanismos de regulação, controle e avaliação. A superação da crise no setor passa, principalmente, por uma transformação que desloque o olhar focado apenas na doença e o conduza a uma percepção ampliada das necessidades do usuário (Brasil, 2004).

Na tentativa de qualificar, reorganizar e alinhar a atenção hospitalar às perspectivas das RAS (Souza *et al*, 2018), foi instituída, em 2013, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a qual apresenta, dentre outras, as seguintes diretrizes:

I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; (...); III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS; IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar; (...); VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; (...); VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente; (...); XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; etc (Brasil, 2013).

A Política Nacional de Humanização (PNH), sendo uma política pública que, dentre outras coisas, transversaliza a atenção hospitalar, deve orientar as práticas

de atenção e gestão do SUS, valorizando suas dimensões subjetiva e coletiva. A humanização do SUS pode ser entendida, também, como o dever do Sistema de identificar a diversidade da população brasileira e oferecer ações e serviços de saúde sem nenhuma discriminação de gênero, orientação sexual, raça/ cor, origem e idade, de acordo com suas especificidades, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania (Brasil, 2010).

5. A POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ NO CONTEXTO DA SAÚDE

5.1. LGBTQIAPN+ ENQUANTO USUÁRIOS DA SAÚDE

Em um passado nada distante, os comportamentos e desejos homoeróticos eram classificados, em manuais médicos, como inversão sexual e perversão (Garcia e Mattos, 2019).

A homossexualidade era vista como motivo suficiente para a internação forçada em hospitais psiquiátricos, os quais ofereciam ambientes e tratamentos insalubres, como é possível observar nesse trecho estarrecedor do livro “Holocausto brasileiro”, de Daniela Arbex:

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (Arbex, 2013, p. 25 e 26).

Na tentativa de promover a cura para a homoafetividade, vários tratamentos clínicos eram disponibilizados, tais como psicoterapia, hormonioterapia, eletrochoque, procedimentos invasivos como injeção de água gelada ou gelo no ânus e vagina, cirurgias que incluíam ovariectomia, clitoridectomia e lobotomia, além de ações de cunho religioso (Garcia e Mattos, 2019).

Tal como afirma-se sobre a heterossexualidade, a homossexualidade, bissexualidade e demais orientações sexuais consideradas dissidentes não são uma escolha do indivíduo, ou seja, são características intrínsecas. Logo não podem ser consideradas doenças, bem como depravações ou distúrbios. Por esse motivo, a OMS, no dia 17 de maio de 1990, retirou a homossexualidade do Catálogo Internacional de Doenças (CID). Nesse sentido, o termo homossexualismo, cujo prefixo “ismo” denota patologia, se torna errôneo e obsoleto (Oliveira, 2022).

Em 1999, o Conselho Federal de Psicologia publicou a Resolução Nº 1/1999, a qual desautoriza a patologização das condutas e práticas homoafetivas, por

profissionais psicólogos. Apenas em 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) ratificou definitivamente essa decisão, proibindo em todo o território nacional, as práticas conhecidas como “cura gay”. Em 2023 foi apresentado o Projeto de Lei (PL) 5034, que objetiva tipificar as “terapias de conversão” como crime de tortura. Nesse ínterim, entretanto, grupos religiosos e partidos de direita buscam, a todo custo, anular a decisão do STF (ILGA, 2024).

Dessa forma, é muito importante destacar como a laicidade do Estado é uma estratégia crucial para o enfrentamento a grupos conservadores e ao retrocesso de direitos humanos fundamentais conquistados (Garcia e Mattos, 2019).

O preconceito sistemático contra as pessoas LGBTQIAPN+ pode revelar diversas facetas que agravam ainda mais as vulnerabilidades dessa população, gerando sofrimento e adoecimento, podendo culminar com morte prematura desses indivíduos. Exemplos como a falta de acesso às ações e serviços de saúde, a negligência por parte dos trabalhadores da saúde e gestores em atender as especificidades desse público e as práticas de assistência baseadas no binarismo heterocisnormativo, contribuem para o não alcance dos princípios doutrinários do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Além disso, tais práticas influenciam na falta de confiança no SUS, na fragilidade da relação entre os profissionais e os usuários, bem como no aumento da dificuldade de promoção de ações preventivas (Laurindo *et al*, 2021).

Relatos de pessoas LGBTQIAPN+, em situações envolvendo profissionais da saúde em hospitais, incluem o uso de precauções excessivas, recusa de tocá-las e de realizar os procedimentos necessários, culpabilização pela situação de saúde, além de violência verbal e física (Hswen *et al*, 2018).

A discriminação em razão da identidade de gênero, por exemplo, pode diminuir em torno de 70% o uso dos serviços de saúde por esses indivíduos (Oliveira *et al*, 2024).

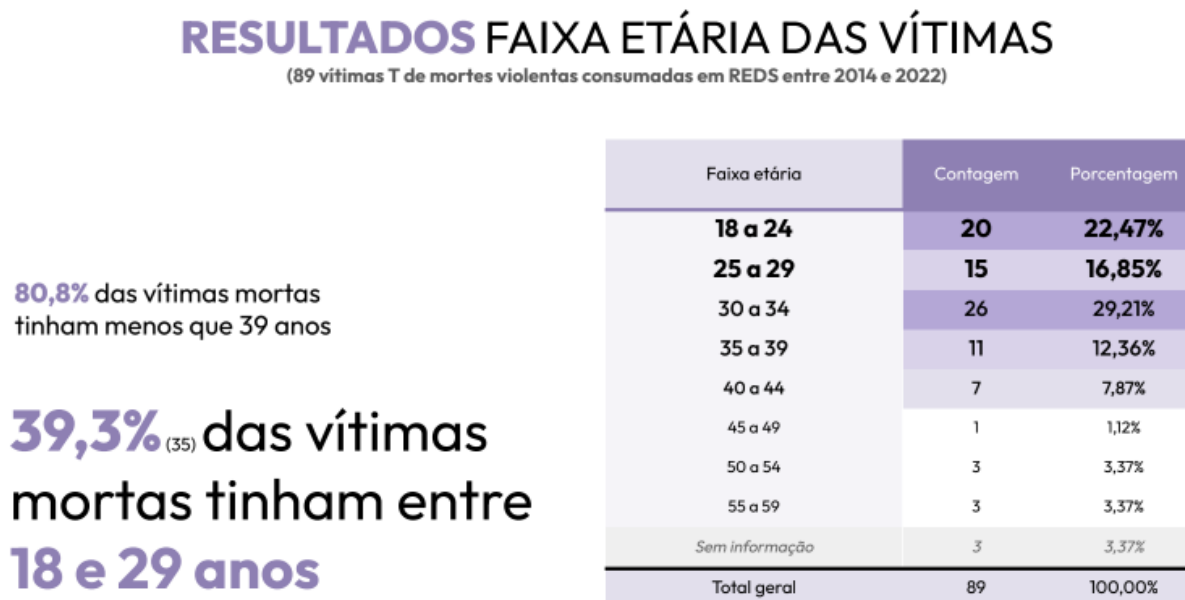
É importante registrar que, embora observados alguns avanços na conquista de direitos, as pessoas travestis e transexuais, para conseguirem retificar seus documentos, até há pouco tempo atrás, dependiam de um laudo psiquiátrico que atestasse sua condição patológica de “disforia ou transtorno por identidade de gênero” (Brasil, 2015 b). Tais termos foram readequados para incongruência ou dissidência de gênero, incluídos no tópico 17 - Condições Relacionadas à Saúde Sexual - do CID 11 (ICD 11, 2022). Só em 2018 o STF publicou a Ação Direta de

Inconstitucionalidade 4.275 (ADI), a qual garante às pessoas travestis e transexuais a substituição do prenome e sexo diretamente no registro civil, sem a necessidade de um parecer médico ou de tratamentos hormonais e cirurgias de transgenitalização (Brasil, 2018 b).

Nesse contexto, é necessário desmistificar uma ideia bastante difundida no país, que diz respeito à expectativa de vida das pessoas travestis e transexuais ser de aproximadamente 30 anos, menos da metade da expectativa média geral prevista para um brasileiro (BRASIL, 2018 a). De acordo com a professora Sayonara Nogueira, essa informação não é correta, visto que as ferramentas confiáveis para fazer essa apuração, como o recenseamento decenal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por exemplo, não investigam corretamente os elementos necessários ao delineamento das questões relativas à população trans no país, portanto, o que temos são dados oficiosos, mas não oficiais. Provavelmente essa referência foi estipulada, pois, infelizmente, a maioria das vítimas trans assassinadas têm entre 18 e 35 anos de idade (informação verbal)³, como é possível verificar na **Tabela 1**, que apresenta dados concretos divulgados pelo Relatório de pesquisa: violência contra a população trans e travesti em Minas Gerais, de 2014 a 2022 (Prado *et al*, 2024).

³ Informação fornecida pela professora Sayonara Nogueira, no evento I Congresso Municipal de Saúde LGBTQIA+, em Belo Horizonte/MG, em 24 de junho de 2024.

Tabela 1 - Faixas etárias das mortes violentas consumadas contra pessoas trans e travestis, de 2014 a 2022, identificadas no REDS, em Minas Gerais



(Fonte: Prado *et al*, 2024, p. 29)

Um dos apontamentos feitos por esse Relatório é de que houve uma melhora na coleta dos dados, após a inclusão dos campos Identidade de Gênero, Orientação Sexual e Nome Social nos boletins de ocorrência policiais, a partir de 2016, mas que ainda é necessário melhorar essas categorias de identificação e ampliá-las, além de aprimorar a integração das informações entre os equipamentos de notificação e planejamento (Prado *et al*, 2024).

As consequências da LGBTfobia são catastróficas, culminando com o triste fato de que o Brasil é o país que mais mata pessoas LGBTQIAPN+ no mundo. Os desdobramentos da prática desse crime se agravam diariamente e caminham para que ele seja considerado um problema de saúde pública (BRASIL, 2018 a).

Levando em conta o fato de que os determinantes sociais da saúde (DSS) são definidos como os aspectos sociais, culturais, psicológicos, étnico/raciais, econômicos e comportamentais que influenciam a incidência de problemas de saúde e seus fatores de risco para a população (Buss Filho, 2007) e, que a discriminação contra os indivíduos com diferentes expressões de gênero e sexualidade, que fogem do escopo heterocisnormativo, faz parte do conjunto dos DSS (Laurindo *et al*, 2021), torna-se fundamental o delineamento de estratégias que contemplem a população

LGBTQIAPN+, visto que trata-se de um grupo muito vulnerável às iniquidades em saúde, que são as desigualdades em saúde importantes, sistemáticas, evitáveis e desnecessárias, que acometem certas populações (Buss Filho, 2007).

Nesse sentido, considerando o SUS como um espaço promissor de articulação de políticas que percebem gênero e sexualidade como fundamentais no processo saúde-doença (Cruz *et al*, 2023) e da necessidade de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos como elemento essencial da saúde (Brasil, 2018), nasce a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), a partir de um encaminhamento do Seminário Nacional Saúde da População GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais) na Construção do SUS, em 2007, o qual foi o primeiro seminário focado nas demandas da saúde da população LGBTQIAPN+, no país (Brasil, 2015 a).

A PNSILGBT foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2009, mas só teve a Portaria criada em dezembro de 2011 e surgiu a partir da necessidade urgente de garantir o princípio da equidade, a qual é prevista tanto na Constituição Federal quanto na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013 a; Oliveira, 2022).

Pactuada nas três esferas de governo e construída com a participação da sociedade civil, a PNSILGBT parte do princípio de que a saúde e a qualidade de vida são diretamente dependentes do desenvolvimento social e que todas as formas de discriminação, inclusive a homofobia, são determinantes sociais de doença e sofrimento, além do fato de que a população LGBTQIAPN+, permeada de singularidades, demanda ações e serviços de saúde específicos. Dessa forma, dentre outros objetivos, a Política busca romper com o preconceito institucional contra esses indivíduos, construir uma rede cada vez mais acolhedora e qualificada para o atendimento a essa população, com foco em suas demandas de saúde, além de assegurar direitos básicos, como o uso do nome social por pessoas transgêneras (Brasil, 2013 a) e a internação em enfermarias compatíveis com a identidade de gênero (Brasil, 2018 a).

Em novembro de 2013 foi realizado o I Seminário Nacional de Saúde LGBT, com o objetivo de avaliar o Plano Operativo da PNSILGBT e gerar informações para usuários, profissionais e gestores do SUS. Entre outros direcionamentos, foi destacado que: falta capacitação para os trabalhadores e gestores, para aprimorar o acolhimento aos usuários LGBTQIAPN+ e melhor operacionalizar a PNSILGBT; é

urgente promover a conscientização dos usuários quanto a seus direitos, para aperfeiçoar inclusive o acesso dessas pessoas às ações e serviços de saúde do SUS; é necessário haver maior integração entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, a fim de acurar os currículos acadêmicos dos cursos da área da saúde, que qualifiquem os estudantes para o trabalho com a população LGBTQIAPN+ (Brasil, 2015 a).

Embora exista a Política, existe um desalinho entre a sua promulgação e sua concretização no dia-a-dia (Cruz *et al*, 2023), pois a postura dos profissionais de saúde diante de um indivíduo LGBTQIAPN+ são determinantes para a humanização e integralidade do cuidado. Alguns comportamentos como tratamento agressivo, ofensas verbais e negativa de atendimento se mostram como barreiras de acesso a essa população que, por muitas vezes, evita buscar os serviços de saúde, mesmo diante de uma emergência (Paulino *et al*, 2019), inibindo a procura aos equipamentos de saúde, por essas pessoas, desde a Atenção Básica até o atendimento hospitalar, fragilizando, ao mesmo tempo, os princípios doutrinários do SUS da universalidade e da equidade (Borges *et al*, 2020).

As forças de opressão enraizadas no machismo, racismo (Brasil, 2015 b) e na heterocisnormatividade, que é a norma social binarista que dita que o comportamento adequado esperado, e consiste em ser heterossexual e cisgênero, contaminam vigorosamente os espaços de promoção e cuidado à saúde, culminando com abordagens unilaterais, imersas, muitas vezes, em constrangimentos e tabus que impedem o profissional de saúde até de questionar a sexualidade do indivíduo, para uma melhor orientação do serviço. Nesse sentido, é fundamental a presença de trabalhadores capacitados para identificar e suprir as necessidades da população LGBTQIAPN+, além de promover uma assistência respeitosa e sem preconceitos, garantindo a integralidade do cuidado (Oliveira, 2022).

A falta de formação para os colaboradores endossa uma barreira estrutural para o cuidado, diminuindo a qualidade do atendimento e impedindo o acesso e a adesão aos tratamentos. Esse cenário implica na não efetivação dos princípios do SUS e no aumento das vulnerabilidades sociais e de risco ao adoecimento (Brasil, 2015 b).

Alguns profissionais de saúde ignoram, propositalmente ou não, o fato de que as pessoas LGBTQIAPN+ possuem especificidades que demandam um atendimento

diferenciado. É nítido que falta em alguns currículos acadêmicos, como o do curso de medicina, por exemplo, uma abordagem atenta à temática da população LGBTQIAPN+ (Paulino *et al*, 2019). Muitos médicos, inclusive, se sentem incomodados ao atenderem o público LGBTQIAPN+, por não terem recebido uma formação acadêmica que considerasse as iniquidades vivenciadas por essa população (Cruz *et al*, 2023).

Mulheres que fazem sexo com outras mulheres, lésbicas e bissexuais, sofrem com atendimentos ginecológicos que não consideram sua dimensão sexual, a qual, muitas vezes, nem é abordada nas consultas (Ferreira *et al*, 2018).

Homens gays afeminados são alvos de piadas e brincadeiras ofensivas, de cunho machista e homofóbico, nos serviços de saúde e tal comportamento afasta essa população da busca por atendimento (Ferreira *et al*, 2018).

Para as pessoas travestis e transexuais, a despatologização das suas identidades é fundamental para o processo de humanização dentro da sociedade e, principalmente, nas classificações médicas. Cabe citar que a expressão “disforia de gênero”, por exemplo, amplamente utilizada em manuais para caracterizar pessoas trans, é um termo patologizante, visto que infere ser o sofrimento dessa população decorrente de uma consternação com seu próprio gênero e desconsidera a ocorrência dessa angústia em consequência da transfobia que sofrem. Inclusive não é raro se deparar, dentro do SUS, com profissionais que mantêm esse olhar estigmatizante sobre os corpos trans (Jesus, 2016). Vale ressaltar que as pessoas trans e travestis são as que mais se encontram distanciadas das ações e serviços de saúde, pois faltam recursos específicos para ensejar esse acesso (Brasil, 2015 b).

Além das demandas de saúde de ordem biológica e as derivadas das diversas violências que sofrem, as pessoas trans e travestis também são submetidas a procedimentos caseiros insalubres, como a utilização de faixas e coletes bem apertados para camuflar os seios, causando restrição pulmonar, uso indiscriminado de diversos hormônios sem prescrição e acompanhamento médico, e o uso de silicone líquido industrial, produto desaconselhável para humanos. Tais medidas são visadas pois fornecem um resultado mais rápido e evitam os preconceitos que são praticados nos serviços regulares de saúde (Brasil, 2015 b).

Outro constrangimento apontado por pessoas LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde é em relação aos comentários preconceituosos dos profissionais

correlacionando a identidade de gênero ou orientação sexual desses indivíduos aos diagnósticos positivos de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) (Cerqueira-Santos *et al*, 2010). Essa é uma característica marcante nos atendimentos à população LGBTQIAPN+, cujo estigma perpetuado desde a epidemia de HIV, relaciona esses indivíduos às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), acarretando prejuízos na qualidade da assistência, que se torna enviesada e ineficiente (Oliveira, 2022).

Os comportamentos heteronormativos podem desfigurar a tal ponto a relação trabalhador da saúde e usuário, que indivíduos LGBTQIAPN+ relatam que sentem uma piora dos cuidados em saúde, inclusive, no contexto de homoparentalidade, principalmente se a usuária for uma mãe com aparência masculinizada e for atendida por um profissional homem (Oliveira *et al*, 2024).

Nesse contexto, existem relatos de parceiros LGBTQIAPN+ que tiveram negado seu direito de tomar decisões de saúde de seus companheiros internados e, até mesmo, de permanecerem como acompanhantes (HRC, 2024).

A relação entre profissionais da saúde e usuários LGBTQIAPN+ deve ser pautada sempre pelo diálogo e respeito, considerando as várias interseccionalidades que atravessam o sujeito e, principalmente, que não o reduza apenas à sua saúde sexual (Da Silva *et al*, 2018).

Destrinchando a PNSILGBT, observa-se que, entre os seus alvos está o estímulo a uma maior participação social do grupo LGBTQIAPN+ nas Conferências e Conselhos de Saúde e em espaços de formulações de novas políticas, além de incentivo a uma maior produção acadêmica que se atente a assuntos pertinentes a essa população (Brasil, 2013 a).

Vale ressaltar também outros objetivos específicos da Política:

- I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;
- II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; (...)
- V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (...)
- XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; (...) (Brasil, 2013 a, p. 1).

Na tentativa de promover Educação em Saúde e melhoria do alcance da equidade no SUS, a plataforma AVASUS disponibiliza o curso online sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, gratuito e auto instrucional, para profissionais da saúde e está disponível na internet (Brasil, 2018 a).

Anteriormente à criação da PNSILGBT, alguns progressos para a melhoria das condições de saúde da população LGBTQIAPN+ foram verificadas, como o Programa Brasil sem Homofobia, de 2004, e a criação de Portarias como a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de 2005, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, de 2006 e a Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que institui o Processo Transsexualizador, no SUS (Laurindo *et al*, 2021).

Na **Tabela 2** é possível verificar a cronologia do lançamento de documentos das políticas públicas de saúde, que contribuíram para a saúde da população LGBTQIAPN+, a partir de 2004 (Silva *et al*, 2017).

Tabela 2 - Documentos das Políticas Públicas de Saúde que contribuíram para a saúde da População LGBT no período de 2004 a 2014

POLÍTICA	ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVOS
Programa Brasil sem Homofobia	2004	Indução da mudança na educação e comportamento dos gestores públicos, no que se refere à população LGBT, de forma a não aceitar nenhum ato de discriminação, dentro dos serviços públicos.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	2004	Promover melhorias das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.
Comitê Técnico de Saúde da População GLBT no âmbito do MS	2004/2011	Define (2004) e Redefine (2011) o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT).
Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde	2006/2009	Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.
Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e DSTs.	2007	Enfrenta a "feminização" da epidemia do HIV/AIDS e outras DSTs, por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral.
Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DST entre Gays, HSH e Trans.	2007	Enfrenta a epidemia do HIV/AIDS e das DSTs, entre gays, outros HSH e travestis, por meio da redução de vulnerabilidades, estabelecendo política de prevenção, promoção e atenção integral à saúde.
Anais da 1ª Conferência Nacional LGBT	2008	Relatório final da Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais, em Brasília, entre os dias 05 e 08 de junho de 2008.
Processo Transexualizador	2008 / 2013	Define (2008), redefine (2013) e amplia o processo "transexualizador" no SUS.
Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT	2009	Orienta a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela "intersetorialidade" e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas.
III Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH3)	2009	Garantia da participação do controle social nas políticas públicas em direitos humanos, ampliando o controle externo dos órgãos e a promoção dos direitos humanos como princípios orientadores das políticas públicas.
Política Nacional de Saúde Integral LGBT	2008 / 2010	Promove a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime.

Fonte: Silva *et al*, 2017

Algumas dessas conquistas surgiram inspiradas pela necessidade dos avanços discutidos na Iª Conferência Nacional LGBT, cujo tema foi "Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais", convocada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2008 (Oliveira, 2022).

Vale ressaltar que a participação da população LGBTQIAPN+ no Conselho Nacional de Saúde se deu a partir de 2006 e essa atuação é de extrema importância

para o debate e consolidação de propostas de políticas públicas de saúde voltadas para esses indivíduos (Silva *et al*, 2017).

O Programa Brasil sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Travestis, Transgêneros e Bissexuais) e de Promoção da Cidadania Homossexual, tem por propósito a garantia de direitos para gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais e o combate à homofobia e violência, respeitando as especificidades de cada grupo, como pressupostos para a promoção da cidadania desses indivíduos. Para cumprir seus objetivos, o Programa estipula, dentre outras ações, o estímulo às denúncias de violação de direitos humanos dessa população e o incentivo a projetos de entidades que promovam o combate à homofobia e a cidadania homossexual (Conselho, 2004).

Além disso, cabe destacar que é imprescindível que os profissionais de saúde deem importância ao preenchimento dos campos de identidade de gênero e orientação sexual, nos sistemas de informação em saúde, para contribuir na melhoria do delineamento das estratégias de gestão e atendimento do SUS (Brasil, 2018).

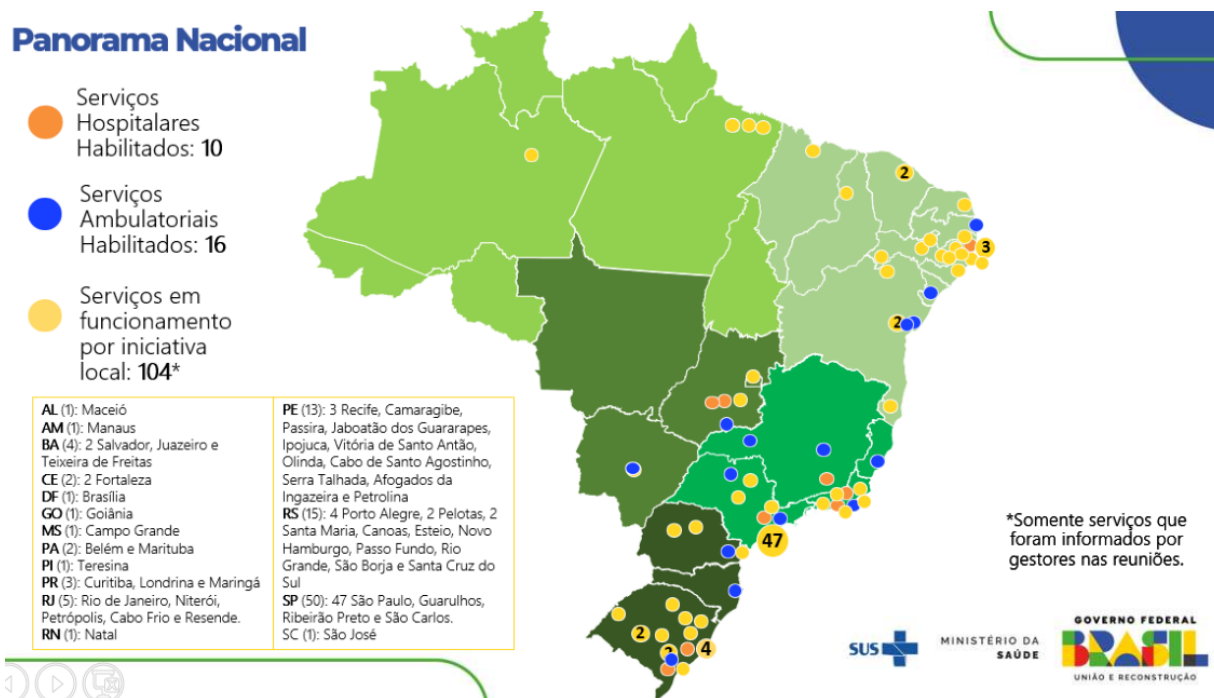
O Processo Transexualizador no SUS, busca garantir às pessoas trans o acesso integral e respeitoso às ações e serviços de saúde, desde o uso do nome social, hormonioterapia e cirurgia de adequação corporal à identidade de gênero. Esse atendimento se inicia na Atenção Básica, que é a porta de entrada preferencial do SUS e coordenadora do cuidado, e segue para a Atenção Especializada, seja ambulatorial (hormonioterapia) e/ou hospitalar (cirurgia e acompanhamento pré e pós-operatório). Vale ressaltar que as cirurgias de transgenitalização são esterilizantes, então cabe à equipe de saúde orientar o indivíduo quanto às opções disponíveis de congelamento de gametas, caso queira ter filhos, para garantir seus direitos reprodutivos (Brasil, 2018 a).

O processo de habilitação e estruturação dos equipamentos de saúde para o Processo Transexualizador é demorado e esse tempo de espera pode provocar ansiedade e depressão nas pessoas trans que aguardam esses serviços, podendo culminar, muitas vezes, com a desistência em realizar as cirurgias de transgenitalização e modelagem corporal (Brasil, 2015 b).

Na **Figura 1**, observamos o mapa com o quantitativo e localização de serviços que oferecem o Processo Transexualizador, em 2024. São 26 habilitados e 104 não

habilitados (informação verbal)⁴, distribuídos de forma desproporcional, gerando vazios assistenciais na maior parte do território brasileiro.

Figura 1 - Panorama Nacional de serviços que oferecem o Processo Transexualizador, em 2024, habilitados e não habilitados



Fonte: informação verbal⁴

Caso o estado de residência do usuário não ofereça os serviços do Processo Transexualizador, a secretaria municipal ou estadual de saúde deve garantir ao indivíduo a autorização para realizar o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), que inclui transporte até o serviço de saúde em outra localidade e auxílio para despesas diárias (Brasil, 2018 a).

A LGBTfobia é uma prática que agride tanto os usuários dos serviços de saúde, quanto os profissionais da área, os quais se deparam com um ambiente de trabalho contaminado por ofensas e piadas que estigmatizam a população LGBTQIAPN+, despertando nesses indivíduos um medo constante de sofrer violências, o que pode ser entendido como o temor de uma morte social (Raimondi, 2023).

⁴ Informação e imagem fornecidas pela Diretora do Programa da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde, Flávia do Bonsucesso Teixeira, no evento I Congresso Municipal de Saúde LGBTQIA+, em Belo Horizonte/MG, em 24 de junho de 2024.

O contexto de preconceito institucionalizado, inclusive, inibe os indivíduos LGBTQIAPN+ a revelarem sua orientação sexual e a denunciarem as práticas de discriminação, as quais são vítimas, no ambiente hospitalar, pelo receio de sofrerem ainda mais violência (Hswen *et al*, 2018).

A escalada política de partidos de extrema direita, no Brasil, escancara a ascensão do conservadorismo, o qual julga as questões sociais como questões morais e, com isso, são inevitáveis as derrotas das pautas de direitos humanos, culminando com uma sociedade mais preconceituosa e violenta (Cruz *et al*, 2023).

Ferramentas como o Disque 100 (denúncias de violação de direitos humanos, do Governo Federal), o número 180 (denúncias de violência contra mulheres, inclusive trans) e o Disque Saúde 136 (ouvidoria do SUS), são exemplos de instrumentos de defesa disponíveis para a população LGBTQIAPN+ (Brasil, 2018 a).

5.2. LGBTQIAPN+ ENQUANTO PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O acesso ao trabalho é um exemplo de direito humano que deve ser garantido à comunidade LGBTQIAPN+, incluindo um ambiente laboral respeitoso, inclusivo, livre de violências e sem barreiras à construção da carreira. É importante destacar que aspectos culturais e religiosos do indivíduo, seja no ambiente profissional ou fora dele, não podem servir como justificativa para a LGBTfobia (Brasil, 2018 a).

Uma das violências a que os indivíduos LGBTQIAPN+ estão sujeitos é o impedimento de se expressarem da forma como são, nos locais de trabalho. Tal realidade contribui para que a pessoa seja inibida de manifestar seus pensamentos, além de dificultar a autoaceitação e o respeito aos demais na mesma condição (Brasil, 2018 a).

Um estudo realizado no Brasil apontou que apenas 47% dos indivíduos LGBTQIAPN+ relatam sua orientação sexual no ambiente de trabalho, por medo de serem prejudicados e que cerca de 38% das empresas evitam contratar pessoas que se enquadram na sigla (Santo Caos, 2015).

Tal cenário de medo, exclusão e violência corrobora com a marca dominante do sistema capitalista de ser reconhecido como um modo de produção essencialmente patriarcal-heteronormativo-racista-capitalista. O mecanismo discriminatório que afeta a população LGBTQIAPN+, é uma das engrenagens que mantém vivo o aparato de dominação da classe operária (Menezes, 2018).

As barreiras impostas à população LGBTQIAPN+ para alcançarem e permanecerem no mercado de trabalho, gera consequências tanto no desenvolvimento profissional, quanto no pessoal dos indivíduos, agravando ainda mais sua posição de vulnerabilidade social (Rios, 2024).

A impunidade é um dos fatores cruciais para a manutenção da LGBTfobia nos ambientes profissionais. Tal comportamento promovido pelos gestores, reforça o padrão de violência institucional e a revitimização das pessoas LGBTQIAPN+ (Rios, 2024).

A imposição de um padrão dominante no trabalho desgasta o sujeito LGBTQIAPN+, pois o obriga a tentar camuflar a sua realidade e o desqualifica de várias formas. Essa opressão culmina com a diminuição da produtividade, além da criação de um espaço artificialmente homogêneo e prejudicial para todos (Brasil,

2018 a). Tal heteronormatividade institucional é uma realidade marcante inclusive nos serviços de saúde (Da Silva *et al*, 2018).

É importante destacar que um ambiente de trabalho heterogêneo e respeitoso à diversidade amplifica suas conexões e a qualidade das decisões, pois aumenta seu repertório interno de qualificação, inovação e criatividade, fazendo com que essa instituição caminhe junto com um mundo em constante evolução. Alguns empregadores além de almejam a não discriminação em seus negócios, estão formando programas de diversidade para promover uma cultura de respeito institucional. O diálogo com os trabalhadores e a educação corporativa para gestores e colaboradores se mostram como caminhos possíveis para a superação das práticas de preconceito (Brasil, 2018 a).

A presença de profissionais LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde, é importante, inclusive, para a promoção de um cuidado mais atento às demandas dessa população, visto que eles educam informalmente seus colegas de trabalho para a manutenção de um ambiente mais inclusivo, equânime e atento às demandas desses usuários (HRC, 2024).

A Convenção sobre Discriminação em Matéria de Emprego e Ocupação (nº 111), é um importante documento elaborado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) direcionado para o combate ao preconceito no ambiente profissional (Brasil, 2018 a).

Dentre outras deliberações, a convenção determina em seus Artigos 1 e 3:

1. Para os fins desta Convenção, o termo "discriminação" compreende: a) toda distinção, exclusão ou preferência, com base em raça, cor, sexo, religião, opinião política, nacionalidade ou origem social, que tenha por efeito anular ou reduzir a igualdade de oportunidade ou de tratamento no emprego ou profissão; b) qualquer outra distinção, exclusão ou preferência que tenha por efeito anular ou reduzir a igualdade de oportunidade ou tratamento no emprego ou profissão, conforme pode ser determinado pelo País-membro concernente, após consultar organizações representativas de empregadores e de trabalhadores, se as houver, e outros organismos adequados; (...)
3. Para os fins desta Convenção, as palavras "emprego" e "profissão" compreendem o acesso à formação profissional, acesso a emprego e a profissões, e termos e condições de emprego (OIT, 1958, p. 1).

Um avanço importante para o combate à LGBTfobia no âmbito dos ambientes de trabalho da saúde foi a instituição do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde - SUS, pela

Ministra da Saúde Nísia Trindade, em 2023. O Programa busca, dentre outros objetivos: promover a equidade de gênero e raça no SUS; viabilizar a formação e educação permanente na saúde, considerando as interseccionalidades no trabalho da saúde e enfrentar as diversas formas de violências relacionadas a ele. Dentro desse objetivo especificamente, é definida como uma das diretrizes a garantia de um ambiente profissional seguro, além de “contribuir para o enfrentamento do machismo cultural, das formas de misoginia, sexismo, discriminação étnico-racial, religiosa, geracional, orientação sexual e identidade de gênero ou quaisquer outras formas de preconceito” (Brasil, 2023).

A LGBTfobia está ancorada em questões profundas e de difícil modificação, por isso é importante garantir que os estabelecimentos de saúde promovam a formação de seus profissionais, além de estabelecer mecanismos institucionais que verifiquem, investiguem e punam as ações discriminatórias (Da Silva *et al*, 2018).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho é possível identificar as distinções de construção da sigla que engloba as diferenças sexuais e de gênero, legitimando o fato de que a performance humana é ilimitada e define bem a palavra diversidade.

A trajetória da comunidade LGBTQIAPN+ é marcada por lutas e resistência, muitas vezes, para exigir o mínimo da dignidade que deveria ser dispensada a um ser humano. No âmbito da saúde não seria diferente. É necessário enfrentar os imbróglios que essa sociedade tão marcadamente patriarcal e homofóbica impõe, ainda que num ambiente que deveria ser apenas de acolhimento e cuidado.

É preciso mais que resiliência para transpor o abismo entre a existência de inúmeras legislações voltadas à garantia de direitos e atenção à saúde da população LGBTQIAPN+, e a realidade praticada nos serviços do SUS, espalhados pelo Brasil.

Durante a pesquisa bibliográfica para a elaboração do trabalho, um receio pessoal se tornou evidente: grande parte dos materiais da saúde, que abordam o universo LGBTQIAPN+, correlacionam essa população aos indicadores de HIV/AIDS e IST, mesmo que discretamente e numa tentativa de não estigmatizar esses indivíduos.

Os dados sobre a interface entre saúde (principalmente sobre a atenção hospitalar) e a população LGBTQIAPN+ são escassos e ditam a real necessidade da Academia e das instâncias de pesquisas de se debruçarem sobre essas questões, a fim de ajudar no delineamento de políticas eficazes, que contribuam para que o SUS alcance a equidade que tanto busca, tanto para seus usuários, quanto para seus colaboradores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro** / Daniela Arbex. – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013. ISBN 978-85-8130-157-0 1.

BORGES, Marianne Raquel Bonfim *et al.* **Avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde Integral LGBT: Revisão Integrativa**. Research, Society and Development, v. 9, n. 11, p. e1249119612-e1249119612, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/346799632_Avaliacao_da_implementacao_do_Plano_Nacional_de_Saude_Integral_LGBT_Revisao_Integrativa. Acesso em: 06/08/24.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989 - Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou cor**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1989. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm. Acesso em: 14/08/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira** [Internet]. Brasília: Editora MS; 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1518.pdf>. Acesso em: 08/08/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasu>. Acesso em: 14/08/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 09/02/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. [Internet]. 2013 . Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 14/08/24.

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., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013 a. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 04/02/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT, I** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília : Ministério da Saúde, 2015 a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_seminario_nacional_saude_lgbt.pdf. Acesso em: 18/06/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015 b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf. Acesso em: 18/06/24.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08/02/24.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Cidadania. Diretora de Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Manual Orientador sobre Diversidade do Ministério dos Direitos Humanos** / Ministério dos Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Cidadania, Diretora de Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília : Assessoria de Comunicação do Ministério dos Direitos Humanos, 2018 a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/dezembro/ministerio-lanca-manual-orientador-de-diversidade>. Acesso em: 11/06/2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI 4275**. Origem: DF - Distrito Federal. Relator: Min. Marco Aurélio. Redator do acórdão: Min. Edson Fachin. 2018 b. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2691371>. Acesso em: 27/06/24.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Omissão - ADO 26**. Origem: DF - Distrito Federal. Relator: Min. Celso de Mello. 2019. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/tesesADO26.pdf>. Acesso em: 14/08/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). **Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde** / Ministério da

Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html. Acesso em: 27/06/24.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>. Acesso em: 27/08/24.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade**. Editora Civilização Brasileira. 2003. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1tOKn6oMTa_sj9F3W7kLAdWvp9U-4bhD_/view. Acesso em: 29/01/24.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder *et al.* **Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde**. Interamerican Journal of Psychology, vol. 44, núm. 2, 2010, pp. 235-245. Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Organismo Internacional. Disponível em: <https://www.cienciasaude.uniceub.br/cienciasaude/article/download/1837/2286>. Acesso em: 24/04/24.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 08/02/24.

CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília : Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. Acesso em: 05/02/24.

CRUZ, Beatriz Angélica; QUERICHELLI, Ana Flávia Azevedo; UBACK, Lucas. **Estamos preparando os futuros médicos para atendimentos de situações de violência com enfoque em gênero e em sexualidades não heterossexuais? Relato de uma “experiência” educacional diagnóstica**. Interface (Botucatu). 2023; 27:e220630. doi: 10.1590/interface.220630. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2023.v27/e220098/pt>. Acesso em: 06/06/2024.

DA SILVA, Tirza Almeida *et al.* **Movimento lgbt, políticas públicas e saúde**. Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq/EDUA. Ano 11, Vol XXI, Número 1, Jan-jun, 2018, Pág. 191-208. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6534670>. Acesso em: 18/07/24.

FERREIRA, Breno de Oliveira *et al.* **Diversidade de Gênero e Acesso ao Sistema Único de Saúde**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde [Internet] , v. 31, n. 1, p.1-10, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6726/pdf>. Acesso em: 24/07/24.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira; MATTOS, Amana Rocha. **“Terapias de Conversão”: Histórico da (Des)Patologização das Homossexualidades e Embates Jurídicos Contemporâneos.** Artigo • Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.) 39 (spe3) • 2019 • Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zksLGXhZsLFVppDN5SvgYXP/#>. Acesso em: 03/09/24.

HRC - Human Rights Campaign Foundation. **Healthcare Equality Index 2024.** Report published by the Human Rights Campaign Foundation, May 2024. Disponível em: <https://reports.hrc.org/hej-2024#employment-non-discrimination>. Acesso em: 25/09/2024.

HSWEN, Yulin *et al.* **Investigating inequities in hospital care among lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) individuals using social media.** Soc Sci Med. 2018 Oct;215:92-97. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.08.031. Epub 2018 Aug 27. PMID: 30219749. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30219749/>. Acesso em: 22/09/24.

ICD-11 - International Classification of Diseases Eleventh Revision. Geneva: World Health Organization; 2022. License: CC BY-ND 3.0 IGO. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 27/06/24.

ILGA World - The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. Jurisdictions database. 2024. Disponível em: <https://database.ilga.org/brazil-lgbtj>. Acesso em: 03/09/24.

JESUS, Jaqueline Gomes. **Operadores do direito no atendimento às pessoas trans.** Rev Direito Práxis. 2016; 7(15):537-56. doi: 10.12957/dep.2016.25377. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaceaju/article/view/25377/18211>. Acesso em: 06/06/24.

LAURINDO, Cosme Rezende; VIEIRA, Francisca Emanuelle Rocha; BARACHO, Luís Felipe Pinto. **Análise da política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no âmbito do sistema único de saúde.** Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 6, p. 56180-56194, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/30997/pdf>. Acesso em: 02/02/24.

LOURO, Guacira Lopes *et al.* **O corpo educado: pedagogias da sexualidade.** Traduções: Tomaz Tadeu da Silva. 2ª Edição. Autêntica. Belo Horizonte. 2000. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/1230>. Acesso em: 30/01/24.

MELO, Izabella Rodrigues *et al.* **O direito à saúde da população LGBT: desafios contemporâneos no contexto do sistema único de saúde.** Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 12, n. 3, p. 63-78, set. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X202000030005&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 18/07/24.

MENEZES, Moisés Santos De *et al.* **Lgbt e mercado de trabalho: uma trajetória de preconceitos e discriminações**. E-book CONQUEER. Campina Grande: Realize Editora, 2018. p. 419-430. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/40228>. Acesso em: 01/10/24

MOREIRA, Geraldo Eustáquio. **POR TRÁS DO MONOGRAMA DO MOVIMENTO LGBTQIAPN+**. Revista Temporis[ação] (ISSN 2317-5516), v. 22, n. 02, p. 20, 28 nov. 2022. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/temporisacao/article/view/13262/9403>. Acesso em: 07/02/24.

NEGRI FILHO, Armando Antonio. **Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS**: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade. 2016. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/T.5.2016.tde-06032017-154754. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-06032017-154754/pt-br.php>. Acesso em: 08/08/24.

NETO, Irineu Ferreira da Silva *et al.* **Saúde um direito de tod(e)s? Impasses encontrados pela população LGBTQIA+ no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. Research, Society and Development, v. 11, n. 9, e52711932142, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/32142/27388/363583>. Acesso em: 24/27/2024.

NEVES, Afonso Carlos. **Conceito Ampliado de Saúde em tempos de pandemia**. Poliética. São Paulo, v. 9, n. 1, pp. 78-95, 2021. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/PoliEtica/article/view/55089/35764>. Acesso em: 08/02/24.

Observatório de Mortes e Violências LGBTI+ no Brasil. **Dossiê denuncia 230 mortes e violências de pessoas LGBT em 2023**. 2023. Disponível em: <https://observatoriomorteseviolenciaslgbtibrasil.org/dossie/mortes-lgbt-2023/>. Acesso em: 01/10/24.

OIT - Organização Internacional do Trabalho. **Convenção sobre Discriminação em Matéria de Emprego e Ocupação nº111**. Conselho de Administração do Secretariado da Organização Internacional do Trabalho, 1958. Disponível em: https://www.trt2.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/OIT/OIT_111.html. Acesso em: 17/06/24.

OLIVEIRA, Claudia Rafaella Santos *et al.* **Quem são as minorias sexuais e de gênero que convivem frequentemente com filhos(as) e sua associação a cuidados em saúde**. Ciênc. saúde coletiva 29 (4) • Abr 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n4/e19222023/pt/>. Acesso em: 07/08/24.

OLIVEIRA, Palloma Caroline Guedes. **Saúde LGBT e reconhecimento social no contexto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT**. UFSC. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/244434>. Acesso em: 01/02/24.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 21/08/24.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando.; TEIXEIRA, Flávia do Bonsucesso **Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família**. Interface (Botucatu). 2019; 23:e180279. doi: 10.1590/Interface.180279. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/CPqMgwMzNcfwqjrRT5PZbbp/?lang=pt>. Acesso em: 06/06/24.

PRADO, Marco Aurélio Máximo *et al.* **Relatório de Pesquisa: Violência contra a população trans e travesti em Minas Gerais 2014-2022**. Parceria do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da Universidade Federal de Minas Gerais (NUH/UFMG) e o Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos do Ministério Público de Minas Gerais (CAO-DH/MPMG). 2024. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1CmBjCk284auSdVzsaKq97jQKwg7F3oqT/view?pli=1>. Acesso em: 03/07/2024.

PROADESS - Projeto de Avaliação do Desenvolvimento do Sistema de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. 2024. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1>. Acesso em: 07/08/24.

RAIMONDI, Gustavo Antônio. **“O mundo está ficando tão chato... não se pode mais falar nada!”: um ensaio autoetnográfico sobre os “mimimis” que insistem em incomodar a formação médica**. Debates: Formação médica e violência de gênero, discussão. Interface. 31 Jul 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2023.v27/e230024/#>. Acesso em: 05/06/24.

RIOS, Maiquel Francisco dos Santos. **AS INTERFACES DA LGBTFOBIA NA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE** / Maiquel Francisco dos Santos Rios.- 2024. 57 p.; 30 cm. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/32254>. Acesso em: 30/09/24.

SANTO CAOS. **"Demitindo Preconceitos"**. 2015. Disponível em: <https://estudos.santocaos.com.br/demitindopreconceitos/>. Acesso em: 01/10/24.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Brazil. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/#>. Acesso em: 08/02/24.

SILVA, Jonatan Willian Sobral Barros da *et al.* **Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social.** REpS: Revista de Saúde Pública do Paraná, [Internet], v. 18, n. 1, p.140 - 149, jul. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-849160>. Acesso em: 24/07/24.

SOUZA, Jéssica Santos de; MARTINS, Juliete Sales; ROSADO, Lilian Barbosa; SANTOS, Thadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. **Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços.** Divulg Saude Debate 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29856/1/Artigo%20Isabela%20Cardoso.%202018.pdf>. Acesso em: 20/08/24.

SPARGO, Tamsin. **Foucault e a teoria queer: seguido de Ágape e êxtase: orientações pós-seculares** / Tamsin Spargo; tradução Heci Regina Candiani; posfácio Richard Miskolci. – 1. ed., 1. reimp. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. – (Argos, 2).

VIACAVA, Francisco *et al.* **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.** Cien Saude Colet 2018; 23(6):1751-1762. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?format=pdf>. Acesso em: 20/08/24.

WHO - World Health Organization – **Constitution of the World Health Organization.** 1946-1948. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em 08/02/24.