

## Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos

Health challenges in the LGBTI+ population in Brazil: a scenario analysis through the triangulation of methods

Richard Miskolci (<https://orcid.org/0000-0002-6405-5591>)<sup>1</sup>  
 Marcos Claudio Signorelli (<https://orcid.org/0000-0003-0677-0121>)<sup>2</sup>  
 Daniel Canavese (<https://orcid.org/0000-0003-0110-5739>)<sup>3</sup>  
 Flavia do Bonsucesso Teixeira (<https://orcid.org/0000-0001-5605-636X>)<sup>4</sup>  
 Mauricio Polidoro (<https://orcid.org/0000-0002-1881-1915>)<sup>5</sup>  
 Rodrigo Otavio Moretti-Pires (<https://orcid.org/0000-0002-6372-0000>)<sup>6</sup>  
 Martha Helena Teixeira de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-5898-9136>)<sup>7</sup>  
 Pedro Paulo Gomes Pereira (<https://orcid.org/0000-0002-0298-2138>)<sup>1</sup>

**Abstract** *This article aims to reflect on the current health challenges of lesbians, gays, bisexuals, transgenders, intersex, and other sexual and gender minorities (LGBTI+) within the Brazilian scenario. This study adopted a triangulation approach, based on two studies developed in the Southeast and South of Brazil, which included policy analysis and qualitative research on the perceptions of key actors from the Brazilian Unified Health System (SUS) – LGBTI+ users, workers, and managers. All data were analyzed by an interdisciplinary team of researchers. The main problems faced by the LGBTI+ population were registered, indicating some of the necessary progress. Some of these challenges include: access of the LGBTI+ population to SUS; the need to train health professionals; the decentralization of health services sensitive to the LGBTI+ population; the distinct forms of violence and discrimination; the lack of research in health care conducted with specific groups, such as lesbians, bisexuals, intersex, and other sexual minorities. The results reinforce the urgency for the complete implementation of the “National Policy for the Comprehensive Health of LGBT”.* The recognition of the LGBTI+ health needs will aid in achieving the principles which are the guiding principles of SUS.

**Key words** *Sexual and gender minorities, LGBT+ population, Minority health, Comprehensive health, Brazil*

**Resumo** *Este artigo objetiva refletir sobre os desafios da saúde de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, intersexuais e outras minorias sexuais e de gênero (LGBTI+) no cenário brasileiro atual. Baseado no método de triangulação, incluiu análise de políticas, pesquisa qualitativa sobre percepções de atores-chave do Sistema Único de Saúde (SUS) – pessoas usuárias LGBTI+, profissionais e gestores(as) – a partir de dois projetos desenvolvidos no Sudeste e Sul do Brasil, analisados por equipe interdisciplinar de pesquisadores(as). Foram elencados os principais problemas enfrentados pela população LGBTI+, sinalizando alguns dos avanços necessários. Alguns desses desafios incluem: o acesso de LGBTI+ ao SUS; a necessidade de capacitação de profissionais; a interiorização e descentralização de serviços sensíveis à LGBTI+; as distintas formas de violências e discriminação; lacunas de pesquisas em saúde de segmentos específicos, como de lésbicas, bissexuais, intersexos e outras minorias sexuais. Os resultados corroboram a urgência da implementação plena da “Política Nacional de Saúde Integral de LGBT”. O reconhecimento das demandas dessa população contribui para alcançar os princípios que norteiam o SUS.*

**Palavras-chave** *Minorias sexuais e de gênero, Pessoas LGBT, Saúde das minorias, Saúde integral, Brasil*

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo. R. Botucatu 740, Vila Clementino. 04023-062 São Paulo SP Brasil.

richard.miskolci@unifesp.br  
<sup>2</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná. Curitiba PR Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

<sup>4</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia MG Brasil.

<sup>5</sup> Instituto Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

<sup>6</sup> Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC Brasil.

<sup>7</sup> Universidade Franciscana. Santa Maria RS Brasil.

## Introdução

O reconhecimento dos direitos sociais e de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, intersexuais e outras minorias sexuais e de gênero (LGBTI+) tem sido de difícil consecução tanto internacionalmente<sup>1</sup> quanto em países como o Brasil, em que a saúde é um direito constitucional e universal. Desde o final do século XIX, essas pessoas têm recebido classificações patologizantes pautadas no modelo biomédico<sup>2</sup>. Foram consideradas, ao longo da história, como pecadores(as) pela Igreja, criminosos(as) pela segurança pública e doentes pela medicina<sup>3</sup>. A partir do terço final do século XX, iniciaram um processo de luta (ainda em curso) pela despatologização e pelos direitos humanos, em busca do reconhecimento de suas demandas de atenção à saúde<sup>4</sup>.

A sigla LGBTI+ é uma das variações recentes que busca ampliar e reconhecer a diversidade sexual e de gênero contemporânea. O que hoje se denomina por “Saúde LGBTI+” se originou nos estudos sobre homossexualidade masculina em um momento da história em que tal sigla não existia, mas que gradualmente passou a reconhecer sua diversidade interna<sup>5-7</sup>. Foi ampliada, inicialmente, pela presença de lésbicas, logo depois por bissexuais, pessoas trans (travestis e transexuais) e, mais tarde, intersexos. Mais recentemente, incorpora outras formas de autoidentificação – presentes e futuras – que o sinal “+” busca traduzir, mantendo em aberto a sigla e as demandas políticas das identidades emergentes.

Abordar a “Saúde LGBTI+” como questão de um coletivo é urgente, e envolve reconhecer que há necessidades específicas, mas que as demandas comuns do grupo são fundamentais e podem gerar respostas políticas mais potentes. Não se trata de um grupo homogêneo. Pelo contrário, cada letra que compõe a sigla possui necessidades de saúde específicas. As tensões são múltiplas, internas e externas à sigla, e incluem desde a luta histórica contra as epidemias de HIV/Aids, a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSI-LGBT), as distintas modalidades de violência sofridas, o denominado “processo transexualizador” no Sistema Único de Saúde (SUS), a suposta “cura gay” e procedimentos cirúrgicos mutiladores em recém-nascidos(as) intersexuais, entre outros desafios<sup>8-11</sup>. As especificidades da saúde LGBTI+ ainda se interseccionam com as de outros segmentos, que compartilham o fato de serem historicamente marcados pelo estigma, pela discriminação e pe-

las violências: mulheres, negros(as), indígenas, imigrantes e refugiados(as), pessoas com deficiência, para citar alguns<sup>4,12,13</sup>.

É importante reconhecer o papel pioneiro dos movimentos sociais na inclusão de uma agenda de saúde para pessoas LGBTI+<sup>14</sup>, mas também é preciso atentar às ameaças e retrocessos atuais, tanto no cenário nacional como no internacional, tal como apresentado por McQueen<sup>1</sup>. A arena política brasileira tem sido palco de disputas intensas, e diante de algumas conquistas, setores conservadores e reacionários nos três poderes da República intensificam as tentativas de (re)patologização e deslegitimam as demandas de saúde das pessoas LGBTI+<sup>15</sup>. A patologização opera por meio da recusa das evidências científicas, em favor de propostas assentadas em preconceitos. Os termos usados, como “cura gay”, e as “ações terapêuticas” parecem propor uma contra-pedagogia que disputa espaço com os avanços em direitos no campo da saúde LGBTI+.

Diante dessa conjuntura, este artigo busca refletir sobre os desafios da saúde de pessoas LGBTI+ no cenário brasileiro atual. Baseado em uma abordagem de triangulação, que inclui análise de políticas públicas, pesquisa qualitativa sobre percepções de atores-chave (pessoas LGBTI+ e profissionais do SUS) e análise interdisciplinar de pesquisadores(as), temos o objetivo de contribuir para a identificação dos principais problemas enfrentados por essa população, sinalizando alguns dos avanços necessários. Reconhecer as demandas dessa população é uma forma de contribuir para alcançar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do acesso à saúde, que norteiam o SUS.

## Metodologia

Adotou-se uma abordagem de triangulação<sup>16,17</sup>, visando apreender, sob diferentes prismas, a complexidade que é a saúde de LGBTI+ e seus principais desafios. A triangulação compreendeu<sup>17</sup>: a) múltiplos métodos qualitativos, incluindo entrevistas semiestruturadas, grupos focais e análise documental e de políticas públicas; b) múltiplos perfis de participantes, abrangendo usuários(as) LGBTI+, ativistas LGBTI+, profissionais e gestores(as) do SUS; c) triangulação teórica, com aportes dos estudos de gênero, da saúde coletiva e das ciências sociais e humanas; e d) triangulação de pesquisadores(as), todos(as) com doutorado, de diversas formações (sanitaristas, sociólogos, antropólogo, geógrafo, epidemio-

logista) e integrantes do Grupo Temático (GT) de Saúde da População LGBTI+ da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), que realizaram uma análise interdisciplinar.

Os dados foram coletados por meio de dois projetos guarda-chuva:

Sobre direitos sexuais e reprodutivos da população LGBTI+<sup>18</sup>, que analisou a percepção de profissionais da atenção primária de unidades básicas de saúde (UBS) e seis sedes das regionais de saúde de São Paulo (SP) acerca da saúde da população LGBTI+; e ainda investigou documentalmente a história das políticas de saúde LGBTI+ de abrangência nacional e sua implementação. Ao todo foram entrevistados(as) 29 profissionais, incluindo gestores(as), médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem, durante o ano de 2019. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sob o número 4.842.078.

Sobre análise da implementação da PNSI-LGBT nos três estados da região Sul do Brasil<sup>19,20</sup>, por meio de nove grupos focais (GF) realizados com usuários(as) LGBTI+, ativistas, profissionais e gestores(as) do SUS, nas seguintes capitais, com respectivo número de participantes e ano de realização: Curitiba (n = 48 em 4 GF, 2018); Florianópolis (n = 36 em 3 GF, 2019) e Porto Alegre (n = 21 em 2 GF, 2018). As respectivas secretarias estaduais de saúde dos três estados colaboraram na divulgação, convite e engajamento de participantes também de municípios do interior dos estados. O projeto foi aprovado pelo CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (Parecer nº 2.632.685/2018).

Em ambos os estudos que compõem esta análise, tanto entrevistas quanto GF foram conduzidos por pesquisadores(as) doutores(as), sendo que estudantes de pós-graduação colaboraram na mediação dos GF. O material de campo foi gravado, transcrito e analisado tematicamente a partir das categorias emergentes<sup>21</sup>. Todos(as) participantes consentiram livremente em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a triangulação<sup>16,17</sup>, esses diferentes *inputs* (análise documental, entrevistas e GF), de diferentes participantes (usuários(as), profissionais, gestores(as) e ativistas), foram discutidos pela equipe interdisciplinar de pesquisa, subsidiando a análise final.

## Resultados

Os resultados foram organizados em duas seções: 1) Políticas de saúde; 2) Desafios nos cenários do SUS.

### Políticas de saúde LGBTI+: um pouco da história e dos desafios atuais

A pesquisa documental revelou aspectos significativos sobre a implementação de políticas de saúde voltadas à população LGBTI+, necessários para o entendimento do cenário atual. O Conselho Federal de Medicina, só em 1985<sup>22</sup> se pronunciou oficialmente sobre a retirada do termo “homossexualismo” da Classificação Internacional de Doenças (CID), embora o posicionamento do Editorial da Revista de Saúde Pública, em 1984<sup>23</sup>, defendesse a permanência na CID, deslegitimando a demanda do incipiente movimento social brasileiro e atribuindo à psiquiatria o poder da decisão sobre o tema. Na mesma década, auge da epidemia de HIV/Aids, deu-se a criação do Programa Nacional de DST/Aids e a sua posterior consolidação. Portanto, foi a partir do “pânico da Aids” que se pensou em políticas de saúde para LGBTI+; muito mais no sentido de controlar tal população, compreendida como agentes de transmissão de doenças, do que de fato para protegê-la ou cuidá-la<sup>24</sup>. Todavia, a saúde LGBTI+ não pode ser limitada apenas à prevenção e ao tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), embora esteja profundamente ancorada nesse contexto<sup>25-27</sup>.

Demandas de saúde LGBTI+ foram introduzidas na agenda política de forma mais ampla a partir da menção à categoria homossexual no Programa Nacional de Direitos Humanos (1996)<sup>28</sup>. Já em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reconhecia a necessidade de atenção à saúde de diversos segmentos de mulheres, incluindo lésbicas<sup>29</sup>. No mesmo ano, o governo federal lançou o Programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual<sup>30</sup>. O Ministério da Saúde (MS) criou o Grupo de Trabalho que depois originaria o “Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”<sup>31</sup>. Em diálogo com outras políticas para a promoção da equidade, foi elaborado o conjunto de diretrizes que fundamentou a PNSI-LGBT<sup>32</sup>, cuja versão final foi divulgada em 2010, aprovada em 2011 e pactuada na Comissão Tripartite em 2013.

Antes da PNSI-LGBT ser materializada, outras iniciativas contemplaram a população LGBTI+, como a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde<sup>33</sup>, que explicitava o direito ao cuidado no SUS livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, abrindo espaço para a institucionalização do nome social no SUS. Além disso, a centralidade da saúde enquanto demanda do movimento LGBTI+ é explicitada em outros documentos, como os Anais da I Conferência Nacional LGBT, sendo que das 559 propostas aprovadas pela plenária final, 167 dizem respeito à saúde, o que corresponde a cerca de 30% do total<sup>34</sup>.

A PNSI-LGBT<sup>32</sup> fundamenta-se nos princípios e diretrizes do SUS, priorizando a equidade, a integralidade e a participação social, que envolvem o reconhecimento do direito à saúde como um direito básico e princípio da cidadania. Ela reconhece que a discriminação e o preconceito institucional são barreiras para o acesso e a qualidade da atenção; desloca a lógica que atribui ao indivíduo a responsabilidade única pelo processo e pela condição de estar saudável e coloca o Estado como corresponsável pela produção de saúde; e aponta diretrizes, responsabilidades e atribuições ao MS e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Entretanto, a implementação da PNSI-LGBT nos serviços nem sempre ocorre alinhada às necessidades dos(as) usuários(as), sendo escassos estudos sobre sua materialização<sup>10,19,35</sup>. Sua efetivação depende de vários fatores, inclusive o comprometimento de gestores(as) locais, profissionais de saúde engajados(as) e a articulação com movimentos sociais. Como ações relevantes de sua implementação, podem ser apontadas<sup>10,19,36-38</sup>: a inclusão do nome social no Cartão SUS; a ampliação do processo transexualizador no SUS, habilitando serviços de atendimento especializado nos estados do RS, RJ, SP, GO, PE, RJ, MG, SP e PR; cursos de educação a distância (EaD) sobre a PNSI-LGBT para profissionais do SUS, ofertados por universidades e pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS); a inclusão dos campos “nome social”, “orientação sexual” e “identidade de gênero” nas fichas de cadastro individual do sistema eletrônico e-SUS da atenção básica (SISAB) e de notificação de violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mais o campo “motivação da violência” por “homo/lesbo/bi/transfobia”; e, ainda, o fomento à criação de comitês técnicos de saúde LGBTI+ nos estados, articulando junto às secretarias estaduais de saúde e movimentos sociais a criação de espaços

consultivos de diálogo e controle social para implementação da política em nível local.

Embora alguns avanços sejam notáveis, há muito a ser desenvolvido. Pesquisadores(as) destacam a necessidade de se repensar a formação de profissionais de saúde<sup>18,39</sup>, cujos conteúdos sobre saúde LGBTI+ são parcamente abordados. As ações em saúde voltadas às mulheres lésbicas, pessoas bissexuais, intersexuais e outras minorias identitárias ainda são muito incipientes<sup>35,40</sup>. Cabe ressaltar que a PNSI-LGBT sequer menciona intersexuais ou outras minorias sexuais. Além de não constar no título (LGBT), não há referência alguma no texto da política a esses grupos. A PNSI-LGBT necessita, portanto, de atualização.

Por outro lado, apesar de progressos, nos últimos anos tem havido uma grande lacuna no avanço de ações de abrangência nacional para saúde de LGBTI+, reflexo de governos conservadores e medidas de austeridade, com cortes no financiamento do SUS. O relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019)<sup>41</sup> aponta como desafios sobre a saúde da população LGBTI+ a necessidade de políticas de equidade em uma perspectiva interseccional e intersetorial e a necessidade de intervenções para redução de violências, que demandam efetiva ação do Estado.

### **Desafios de saúde da população LGBTI+ nos cenários do SUS**

As duas pesquisas de campo conduzidas e cuja análise triangulada subsidia este artigo evidenciaram narrativas em comum, que incluem aspectos como<sup>18-20</sup>: o estigma e a discriminação de usuários(as) LGBTI+ por parte dos(as) profissionais de saúde; a necessidade de formação/capacitação de profissionais para o tema; problemas no acesso às redes de atenção; as limitações nos sistemas de informação do SUS, que acabam contribuindo para a falta de informações dessa população; preocupação da gestão com alimentação de dados nos sistemas, e não necessariamente com as demandas dos usuários LGBTI+; visões idealizadas da atenção primária, mas que não condizem necessariamente com a realidade. Uma queixa recorrente foi que os sistemas de informação em saúde não se adaptaram para a existência das pessoas trans, travestis ou não-binárias, embora a demanda não seja recente. Um exemplo que emergiu do campo foi referente à dificuldade de realização de exames ginecológicos como o Papanicolau em homens trans e o exame de próstata em mulheres trans, pois o sistema não permite. Como discute Berenice Ben-

to<sup>42</sup>, a manutenção de situações em que a pessoa deve ser lembrada de sua suposta inadequação ou condição extraordinária faz com que ela dependa do favor ou da benevolência de alguém para “ajustar o sistema”, ou seja, reitera o mecanismo da cidadania a conta-gotas com a qual o governo controla e segrega as pessoas trans.

Não obstante, o não-saber e a necessidade de capacitação são argumentos retóricos que parecem justificar o não-desejo e a não-responsabilização dos(as) profissionais de saúde e gestores(as) na implementação da política, como apontam Paulino e colaboradores<sup>43</sup>. Os problemas relacionados à saúde de travestis e transexuais também não podem ser descontextualizados da violência cotidiana, dos agravos relativos à saúde mental, tais como depressão, tentativa de suicídio e a vulnerabilização ao HIV<sup>25,44</sup>. Os dados, ainda que escassos, permitem destacar que a combinação dos efeitos do estigma, violência, discriminação e transfobia são elementos do cotidiano da violação dos direitos das pessoas trans<sup>44-46</sup>. Nos serviços, apesar das normativas existentes, a discriminação ainda se constitui como obstáculo ao acesso aos serviços e ao cuidado. A melhoria na qualidade de vida da população de travestis e transexuais requer um denso debate sobre o modelo biomédico. Enquanto isso, internacionalmente, mais um passo foi dado rumo à despatologização trans. Apesar de a OMS manter a transexualidade como “incongruência de gênero”, na nova edição do Código Internacional de Doenças (CID-11), vigente a partir de 2022, é retirada da categoria “Desordens mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento” e incluída em “Condições relacionadas à saúde sexual”.

O acesso aos serviços de saúde ainda é um grande desafio para a população LGBTI+, e talvez o primeiro a ser enfrentando. Em pesquisa<sup>18</sup> conduzida em São Paulo, cuja análise compõe essa triangulação, profissionais de saúde revelaram barreiras no acesso de pessoas LGBTI+ relacionadas, entre outras razões, à falta de treinamento de pessoal encarregado do acolhimento nas UBS, de cursos de aperfeiçoamento profissional sobre a saúde LGBTI+ e, sobretudo, de um plano que integre ações desse tipo em uma visão estratégica e articulada na atenção básica, a via de entrada das pessoas ao SUS. Gestores(as) de UBS tendem a concordar que são insuficientes as unidades de atendimento especializado. A começar porque a maioria foca apenas em ISTs, mas também porque são poucas e distantes da maioria, pois as demandas LGBTI+ estão capilarizadas e as pessoas tendem a ser mais bem atendidas

quando dispõem de serviços próximos ao seu local de moradia<sup>18</sup>. Essa questão da proximidade dos serviços foi ainda mais premente com os(as) interlocutores(as) de pesquisa no Sul<sup>19</sup> do país, que denunciavam que os serviços de saúde para pessoas LGBTI+ (como ambulatórios trans) estão concentrados apenas em capitais ou grandes centros urbanos. Portanto, um dos desafios colocados é a necessidade de descentralização (do centro para as periferias) e a interiorização (das grandes cidades para o interior) dos serviços de saúde para pessoas LGBTI+.

Se o acesso ao cuidado é fundamental, também cabe reconhecer que as violências e suas consequências se configuram como principais desafios de saúde da população LGBTI+<sup>8,37,44</sup>. Estudos<sup>46,47</sup> reconhecem que esse coletivo frequentemente tem sua saúde mental abalada pelos efeitos da exposição contínua ao preconceito e à discriminação, o que alguns pesquisadores denominam de “estresse minoritário”. Tal condição explica a maior vulnerabilidade de pessoas LGBTI+ à depressão e, no limite, ao suicídio. As violências perpassam os ciclos da vida de LGBTI+<sup>44</sup>: iniciam com violência familiar, relacionada à recusa dos familiares a aceitarem sua orientação sexual e/ou identificação de gênero, prosseguem com *bullying* nas escolas e continuam com atos de violência interpessoal na vida adulta, que podem até culminar em homicídios praticados pelo simples fato de serem LGBTI+, os quais podemos denominar “LGBTcídios”. Em outro estudo desenvolvido em nosso GT de Saúde LGBTI+, identificamos que a violência continua mesmo após a morte, no caso de pessoas trans, fato que denominamos de “violência pós-morte”: suas identidades de gênero não são respeitadas pelas famílias ou por legistas; corpos são vestidos para o velório com roupas do sexo de nascimento; cabelos são cortados; nomes são “des-retificados” nos túmulos e certidões de óbito, entre outros atos violentos<sup>48</sup>.

Sob a pressão do “estresse de minorias” e com escassas fontes estruturais de apoio para desenvolver formas de resiliência, pesquisas futuras poderiam identificar as maneiras de enfrentar as iniquidades que, possivelmente, geram maior propensão à dependência química, tanto de drogas legais, como álcool e antidepressivos, quanto ilegais. Sem a devida assistência e apoio, sujeitos relegados à própria sorte dispõem de um parco leque de alternativas para suportar as dores emocionais que se acumulam. Em síntese, no que se refere à saúde mental, é urgente a indução de pesquisas que explorem as consequências psíqui-

co-sociais do estigma e da discriminação, assim como a criação de formas coletivas e estruturais de enfrentamento do problema e abordagens intersetoriais.

No que se refere à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, emergiram questões recorrentes relacionadas às limitações por parte dos(as) profissionais de saúde na abordagem desse grupo. O fenômeno da invisibilidade lésbica é descrito na literatura<sup>40</sup> e também observado no campo da saúde coletiva. Ainda é escassa a produção científica e serão necessários esforços para conhecimento das diversas especificidades desse grupo. A literatura<sup>40,49-53</sup> sobre mulheres lésbicas e bissexuais indica menor frequência de realização de exames ginecológicos e de prevenção ao câncer de mama, procura tardia de cuidados, somente após agravamentos, menor solicitação de exames por profissionais de saúde que as atendem e atenção limitada às dimensões reprodutivas.

Outro desafio é incentivar pesquisas sobre a saúde das pessoas intersexo. Investigadores(as) têm mostrado que, quando uma pessoa intersexo decide ir a um serviço de saúde, ela percorre diferentes serviços, sendo questionada acerca da designação sexual que lhe foi atribuída ao nascimento<sup>54,55</sup>. Nessa trajetória, entra em contato com distintos(as) profissionais, em percursos marcados por dificuldades e violências. As intervenções são quase sempre cirúrgicas e medicamentosas. Dessa forma, a intersexualidade é compreendida na esfera da doença. Há uma persistência de construção binária do gênero e as ambiguidades corpórea e subjetiva são tratadas como patológicas. Para avançar nos debates sobre diretrizes de cuidado à intersexualidade, é preciso investir na qualificação das equipes atuantes na questão intersexo.

No que se refere aos homens homossexuais, Kerr e colegas<sup>56</sup> mostraram que a prevalência de HIV em *gays* e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) aumentou de 12,1% em 2009 para 18,4% em 2016. Para os(as) autores(as), isso se deve a lacunas de ações de prevenção, movimentos religiosos conservadores no governo e alocação insuficiente de recursos<sup>56</sup>. As campanhas de prevenção ora se voltam para atitudes individuais, deixando de dar ênfase às bases estruturais (como a profilaxia pré-exposição – PreP), ora simplesmente evitando os novos contornos da epidemia, ignorando práticas como a *ChemSex*<sup>57</sup>, fenômeno em que aplicativos de celular facilitam encontros sexuais com o uso de drogas, criando contexto de vulnerabilidade a agravos à saúde. Cenários inéditos como esse

exigem pesquisas, novas estratégias de prevenção, debate e esclarecimento público.

Por fim, não há como ignorar os desafios que a pandemia de COVID-19 trouxe para a população LGBTI+. Identidade de gênero e orientação sexual não-hegemônicas são fontes de inequidades e por si só precisam ser consideradas no planejamento de ações de saúde. A pandemia, porém, exacerbou tais inequidades, que somadas à invisibilidade na produção de indicadores sobre os impactos da COVID-19 nessa população, apenas reforçam sua marginalização. É um grupo já submetido à “guetização”, e cujas medidas de isolamento social acabaram por confinar no mesmo espaço domiciliar pessoas LGBTI+ (principalmente as mais jovens) com familiares, que muitas vezes não respeitam sua orientação sexual/identidade de gênero, configurando situações de violência doméstica<sup>58</sup>. O estresse de viver com familiares que não os(as) respeitam leva a uma série de agravos de saúde mental, aumentando risco de depressão, ansiedade, automutilação, tentativa de suicídio, entre outros<sup>59,60</sup>.

É importante ressaltar que o panorama apresentado neste artigo incide diretamente na discussão sobre reconhecimento, na medida em que “o não-reconhecimento [...] significa subordinação social no sentido de ser privado de participar como um igual na vida social”, como propõe Nancy Fraser<sup>61</sup> (p. 107). Para essa autora<sup>61</sup>, as instituições se estruturarão especificamente a partir daquilo que é reconhecido, de forma que o não-reconhecimento implica normas que regulam a valoração e oportunidades díspares “que constituem algumas categorias de atores sociais como normativos e outros como deficientes ou inferiores” (p. 108). Mas não há paridade de oportunidades e de valoração em instituições que não reconheçam as características que colocam socialmente as pessoas enquanto minorias políticas e sociais, seja na saúde ou não.

Cabem ainda as reflexões de McQueen<sup>1</sup> de que as questões de reconhecimento da população LGBTI+ se referem às elaborações estratégicas das normas que governam as relações sociais, em processos pelos quais grupos específicos são construídos, regulados, censurados e até mesmo apagados. O autor ainda aponta que o que é considerado desviante dos conjuntos estabelecidos de normas posiciona essas pessoas como marginais, “exceção”, o que justifica a omissão ou exclusão. McQueen<sup>1</sup> acrescenta que a luta pelo reconhecimento das pessoas LGBTI+ não é apenas para obter reconhecimento, mas de base ontológica em relação ao que é reconhecível.

## Considerações finais

A triangulação conduzida neste estudo leva a considerar que a própria noção de saúde LGBTI+ é nova, e portanto um campo de estudos que precisa ser mais desbravado. Muitas pesquisas se concentram em apenas um dos segmentos da sigla. Na perspectiva da saúde coletiva, priorizamos reconhecer que se trata de um grupo cuja diversidade é ampla e as demandas ultrapassam aquelas apenas articuladas a partir de identidades e segmentos. A triangulação foi uma tentativa de buscar as conexões entre identidades tão diversas mas que compartilham demandas em comum para o campo da saúde coletiva. Reconhecemos as limitações deste estudo, que incluem: pesquisa de campo feita apenas nas regiões Sul e Sudeste, deixando de ouvir interlocutores de outras regiões do país; o fato de não podermos nos aprofundar nos segmentos, já que o intuito era abordar o coletivo que compõe a sigla; e ainda não termos sido capazes de abarcar a discussão sobre as demais minorias sexuais e de gênero.

Enquanto integrantes de um GT de Saúde da População LGBTI+ da ABRASCO, buscamos contribuir para uma agenda de pesquisa ampla para o reconhecimento dessas pessoas, em perspectiva da interseccionalidade dos marcadores. Da mesma maneira, há a necessidade de elaborar formas de cuidado inclusivas e pautadas na equidade, que podem reinventar os caminhos, os itinerários terapêuticos, além de reconfigurar espa-

ços de desenvolvimento das vidas. Tais criações e invenções precisam ser investigadas e incorporadas como políticas públicas intersetoriais.

Os desafios à saúde se articulam com a necessidade de aprofundar reflexões teórico-conceituais envolvendo os direitos humanos daqueles(as) ainda não abarcados e reconhecidos pela saúde, de maneira que a identificação das demandas de saúde LGBTI+ se relacionam e amplificam nossa compreensão sobre essa população. Depois de décadas da incorporação do conceito de gênero e do desenvolvimento das pesquisas sobre sexualidades, hoje é possível afirmar que as fronteiras se modificaram, de modo que, em vez de um segmento fechado, o LGBTI+ pode ser compreendido como a parte mais visível, tal qual a ponta de um *iceberg*, mas que inclui uma população incalculável de pessoas “submersas” aos olhos da maioria, e que se busca abarcar no sinal “+”. Inclui desde identificações emergentes, como as de assexuais e pansexuais, até aquelas que não se identificam no binarismo de gênero (não-binárias).

As problemáticas da população LGBTI+ são cada vez mais de interesse coletivo e estrutural para políticas públicas, em especial na área de saúde. Da mesma forma, interpelam o SUS e sua rede de assistência, exigindo o olhar atento e sensível da ciência e de profissionais/gestores da rede, almejando tanto o desenvolvimento de conceitos e teorias quanto a qualificação de práticas afeitas a essa realidade emergente.

## Colaboradores

Os autores e as autoras declaram que participaram colaborativamente na construção do artigo. Idealizaram conjuntamente a proposta, no interior do Grupo Temático (GT) de Saúde da População LGBTI+ da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), executaram as ações de campo, compilando os resultados, efetuando a análise e sistematizando a versão inicial do texto. Todos(as) revisaram igualmente o texto, apontando melhorias na redação e aprovaram a versão final do artigo.

## Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e Ministério da Saúde.

## Referências

1. McQueen P. *Subjectivity, gender and the struggle for recognition*. London: Palgrave Macmillan; 2015.
2. Green JN, Quinalha R, Caetano M, Fernandes M. *História do movimento LGBT no Brasil*. São Paulo: Alameda; 2018.
3. Freire L, Cardinali D. O ódio atrás das grades: da construção social da discriminação por orientação sexual à criminalização da homofobia. *Sex Salud Soc* 2012; 12:37-63.
4. Organização Mundial da Saúde. *Saúde sexual, direitos humanos e a lei*. Porto Alegre; 2020. [acessado 2022 ago 5]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175556>
5. Aguião S. “Não somos um simples conjunto de letrinhas”: disputas internas e (re)arranjos da política “LGBT”. *Cad Pagu* 2016; 46:279-310.
6. Carrara SL. O movimento LGBTI no Brasil, reflexões prospectivas. *Rev Eletron Com Info Inov Saude* 2019; 13(3):450-456.
7. Almeida G, Heilborn ML. Não somos mulheres gays: identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras. *Gênero* 2008; 9(1):225-249.
8. Carvalho MFL, Menezes MS. *Violência e saúde na vida de pessoas LGBTI*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
9. Santos AM, Carmo EM, Magno L, Prado NMBL. *População LGBT+: demandas e necessidades para a produção do cuidado*. Salvador: EdUFBA; 2021.
10. Sena AGN, Souto KMB. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Tempus* 2017; 11(1):9-28.
11. Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A, Barros MEB, Wandekoken KD. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e180633.
12. Paula CEA, Silva AP, Bittar CML. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. *Cien Saude Colet* 2017; 22(12):3841-3848.
13. Pereira GM, Bizerril J. Refugiados no Brasil: estigma, subjetividade e identidade. *Univ Ci Saude* 2008; 5(1):119-134.
14. Gomes R. Participação dos movimentos sociais na saúde de gays e lésbicas. *Cien Saude Colet* 2021; 26(6):2291-2300.
15. Ferreira GG. Conservadorismo, fortalecimento da extrema-direita e a agenda da diversidade sexual e de gênero no Brasil contemporâneo. *Lutas Sociais* 2016; 20(36):166-178.
16. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
17. Santos KS, Ribeiro MC, Queiroga DEU, Silva IAP, Ferreira SMS. The use of multiple triangulations as a validation strategy in a qualitative study. *Cien Saude Colet* 2020; 25(2):655-664.
18. Miskolci R, Pereira PPG. Sexual and reproductive health and rights: a sociodemographic profile of primary healthcare professionals in the city of São Paulo and their perceptions on the issue. *Sexuality Research and Social Policy* 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00701-2>



19. Silva ACA, Alcântara AM, Oliveira DC, Signorelli MC. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2020; 24:e190568;
20. Canavese D, Motta I, Marinho MMA, Rodrigues JB, Benício LA, Signorelli MC, Moretti-Pires RO, Santos MB, Polidoro M. Health and sexual rights: design, development, and assessment of the massive open online course on lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex health promotion in Brazil. *Telemed J E Health* 2020; 26(10):1271-1277.
21. Liamputtong P. *Qualitative research methods*. South Melbourne: Oxford University Press; 2013.
22. Conselho Federal de Medicina (CFM). Processo Consulta CFM nº 05/1985 [Internet]. Brasília; 1985. [acessado 2022 ago 5] Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/1985/5\\_1985.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/1985/5_1985.pdf)
23. Laurenti R. Homossexualismo e a Classificação Internacional de Doença. *Rev Saude Publica* 1984; 8(5):344-345.
24. Pelucio L, Miskolci R. A prevenção do desvio: o positivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sex Salud Soc* 2009; 1:104-124.
25. Teixeira FB, Paulino DB, Raimondi GA, Crovato CA S, Prado MAM. Entre o segredo e as possibilidades do cuidado: (re)pensando os silêncios em torno das narrativas das travestis sobre HIV/AIDS. *Sex Salud Soci* 2018; 29:373-388.
26. Guimarães CD, Terto Jr V, Parker RG. Homossexualidade, bissexualidade e HIV/AIDS no Brasil: uma bibliografia anotada das ciências sociais e afins. *Physis* 1992; 2(1):151-183.
27. Agostini R, Rocha F, Melo E, Maksud I. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4599-4604.
28. Brasil. Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos [Internet]. 1996. [acessado 2022 ago 5]. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/programa-nacional-de-direitos-humanos-1996.pdf>
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasil: MS; 2004.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS)/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: MS; 2004.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.227 de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB. *Diário Oficial da União* 2004; 15 out.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*. Brasília: MS; 2013.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2ª Edição. Brasília: MS; 2007.
34. Brasil. Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH). *Anais da I Conferência Nacional LGBT*. Brasília: SEDH; 2008.
35. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex Salud Soci* 2011; 9:7-28.
36. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1509-1520.
37. Pinto IV, Andrade SSA, Rodrigues LL, Santos MAS, Marinho MMA, Benício LA, Correia RSB, PolidoroM, Canavese D. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(Suppl. 1):e200006.SUPL.1.
38. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JIJ. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1397-1397.
39. Miskolci R, Pereira PPG. Educação e Saúde em disputa: movimentos anti-igualitários e políticas públicas. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e180353.
40. Lima MAS, Saldanha AAW. (In)visibilidade lésbica na saúde: análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. *Psicol Cienc Prof* 2020; 40:e202845.
41. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Relatório Nacional Consolidado – 16ª Conferência Nacional de Saúde*. In: 16ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília: CNS; 2019. [acessado 2022 ago 5]. Disponível em: [https://bvmsms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/16\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_nacional\\_consolidado.pdf](https://bvmsms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/16_conferencia_nacional_saude_relatorio_nacional_consolidado.pdf)
42. Bento B. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. *Contemporânea* 2014; 4(1):165-182.
43. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. 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.
44. Souza MHT, Malvasi P, Signorelli MC, Pereira PPG. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(4):767-776.
45. Monteiro S, Brigeiro M, Barbosa RM. Saúde e direitos da população trans. *Cad Saude Publica* 2019; 35(4):e00047119.
46. Chinazzo IR, Lobato MIR, Nardi HC, Koller SH, Saadeh A, Costa AB. Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 3):5045-5056.
47. Gomes R, Murta D, Facchini R, Meneghel SN. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1997-2006.
48. Souza MHT, Miskolci R, Signorelli MC, Figueiredo Balieiro F, Pereira PPG. Post-mortem violence against travestis in Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(5):e00141320.

49. Facchini R, Barbosa RM. *Saúde das mulheres lésbicas – Dossiê* [Internet]. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2006. [acessado 2022 ago 5]. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie\\_da\\_sau\\_de\\_da\\_mulher\\_lesbica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_sau_de_da_mulher_lesbica.pdf)
50. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2):s291-s300.
51. Silva A das N, Gomes R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Suppl. 3):5351-5360.
52. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27(4):e2017499.
53. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: Sexual behavior and identity. *J Urban Health* 2006; 83(5):970-979.
54. Costa AG. Concepções de gênero e sexualidade na assistência em saúde à intersexualidade. *(SYN)THESIS* 2016; 9(1):51-62.
55. Lima SAM, Machado PS, Pereira PPG. (Des)encontros no hospital: itinerário terapêutico de uma experiência intersexo. *Cad Pagu* 2017; 49:e174916.
56. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, Maria de Brito A, Merchant-Hamann E, Pontes AK, Leal AF, Knauth D, Castro ARCM, Macena RHM, Lima LNC, Oliveira LC, Cavalcante MDS, Benzaken AS, Pereira G, Pimenta C, Pascom ARP, Bermudez XPD, Moreira RC, Brígido LFM, Camillo AC, McFarland W, Johnston LG. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling Observational Study. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(1S Suppl. 1):S9-S15.
57. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: a systematic review of the literature. *Int J Drug Policy* 2019; 63:74-89.
58. Signorelli M, Moretti-Pires RO, Oliveira DC, Miskolci R, Polidoro M, Pereira PPG. The health of LGBTI+ people and the COVID-19 pandemic: a call for visibility and health responses in Latin America. *Sexualities* 2021; 24(8):979-983.
59. Kauss B, Polidoro M, Costa A, Canavese D. “Semente para Luta”: ativismos, direito à saúde e enfrentamentos de pessoas LGBTI na pandemia da covid-19. *Saude Soci* 2021; 30(3):1-11.
60. Braga LHR, Menezes CS, Martins IV, Silva JDP, Torres JL. Fatores associados à piora no estilo de vida durante a pandemia de COVID-19 na população brasileira de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e identidades relacionadas: estudo transversal. *Epidemiol Serv Saude* 2022;31(1):1-14.
61. Fraser N. Reconhecimento sem ética? *Lua Nova* 2007; 70:101-138.

Artigo apresentado em 26/04/22

Aprovado em 27/04/2022

Versão final apresentada em 29/04/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva