

Assistência à saúde bucal na população LGBTQIA+

Oral health care in the LGBTQIA+ population

Michele de Oliveira Soares¹, Vania Reis Girianelli¹

DOI: 10.1590/2358-28982023E18970P

RESUMO Objetivou-se analisar a assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+ sob a perspectiva do usuário, considerando a ausência de informação sobre a saúde bucal nessa população e as recentes mudanças na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que fragilizaram avanços nessa área e possibilitaram retrocessos. Realizou-se estudo transversal descritivo, utilizando questionário semiestruturado autoaplicado on-line. Responderam ao questionário 359 pessoas, sendo elegíveis 329 (91,9%). Dessas, 38% eram gays, 23,4%, lésbicas, e 13,4%, transgêneros(as). A maioria tinha entre 18 e 39 anos (73,3%) e era negro(a) (51,4%). A prevalência de assistência foi alta nos cinco anos anteriores à pesquisa (92,9%), bem como nos últimos seis meses (44,7%); sendo mais baixa na população transgênera (88,7% e 18,2% respectivamente). Apenas 18,8% dessa população foi atendida na rede pública, sendo maior entre transgêneros(as) (45,5%) e negros(as) (25,4%). A autopercepção da saúde bucal para a maioria foi boa ou muito boa (53,2%); mas ruim ou muito ruim (45,5%) para os(as) transgêneros(as). A maioria informou preferir ser atendida por profissional LGBTQIA+ (69%). A população transgênera e negra foi a mais vulnerável à assistência, sinalizando que raça, gênero e sexualidade influenciam diretamente no acesso ao cuidado em saúde, portanto, o enfoque interseccional é imprescindível para organização do serviço.

PALAVRAS-CHAVE Direitos humanos. Minorias sexuais e de gênero. Saúde bucal. Enquadramento interseccional.

ABSTRACT *This study analyzes oral health care for the LGBTQIA+ population in view of the lack of information on oral health in this population and the recent changes in the National Oral Health Policy (PNSB), that have weakened progress and enabled setbacks in this area. A descriptive cross-sectional study was carried out, using a semi-structured questionnaire that was self-applied online. A total of 359 people answered, 329 (91.9%) were eligible. Of these, 38% gays, 23.4% lesbians, and 13.4% transgenders. Most were between 18 and 39 years old (73.3%) and Black (51.4%). The percentage of people receiving care was high in the five years prior to the survey (92.9%), as well as in the last six months (44.7%); it was lower in the transgender population (88.7% and 18.2% respectively). Only 18.8% of this population had been treated in the public health system, and this was higher among transgender people (45.5%) and Black people (25.4%). The self-perception of oral health for the majority was good or very good (53.2%); but bad or very bad (45.5%) for transgender. Most reported preferring to be assisted by an LGBT professional (69.0%). The transgender and Black population were the most vulnerable to assistance, indicating that race, gender, and sexuality directly influence access to health care, so an intersectional approach is essential for the organization of the service.*

KEYWORDS *Human rights. Sexual and gender minorities. Oral health. Intersectional framework.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
michelesoares2@yahoo.com.br



Introdução

Historicamente, o cuidado em saúde, bem como o acesso à medicina praticada no período colonial no Brasil, era exclusividade da burguesia e do clero. Pessoas marginalizadas e escravizadas, diante da necessidade de sobrevivência e de resistência às condições desumanas e precárias a que eram submetidas, recorriam ao cuidado em saúde por meio das mãos de curandeiras, parteiras, sangradores e barbeiros¹.

Os barbeiros faziam barba, mas muitos também sangravam, aplicavam ventosas e realizavam pequenas cirurgias, entre elas, extrações dentárias. Essa era uma atividade de baixo prestígio social, geralmente praticada por pessoas marginalizadas, por exemplo, negros escravizados ou alforriados².

No século XX, a odontologia passou por diversos avanços, inicialmente um modelo de saúde higienista, com práticas odontológicas iatrogênicas, mutiladoras e centradas na doença. Isso gerou discussão sobre a necessidade de alinhar um novo modelo de prática odontológica às propostas do movimento da Reforma Sanitária³.

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios doutrinários e organizacionais – como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social⁴ – demandaram uma reorganização e reestruturação das ações e serviços de saúde bucal⁵. Tal processo possibilitou o rompimento com práticas obsoletas e técnicas pouco resolutivas que não correspondiam às necessidades da sociedade.

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Brasil Sorridente, com objetivo de organizar a atenção à saúde bucal no SUS⁴. Essa política propiciou um novo processo de trabalho mediante a produção do cuidado em todos os níveis da atenção.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi instituída, em 2011, com

objetivo de promover a saúde integral dessa população^{6,7}. Também busca eliminar a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo embora o acesso ao serviço de saúde pública da população LGBTQIA+ esteja assegurado na Constituição Federal⁸ e reiterado com o princípio da universalidade do SUS⁹. A sigla LGBTQIA+ é a mais utilizada atualmente, e é uma abreviatura de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexuais ou Intersexos, Assexuais e outras mais possibilidades de existências. Assim como as pessoas, a terminologia LGBT está em evolução visando à inclusão, mas siglas diferentes podem ser utilizadas de acordo com o contexto ou o posicionamento de quem as usa.

Vive-se em uma sociedade com o padrão cis-heteronormativo e binário – feminino e masculino –, em que homens e mulheres são definidos de acordo com os órgãos sexuais. Essa construção, no entanto, não é biológica, ela é social¹⁰. Nesse sentido, é fundamental utilizar conceitos e termos inclusivos: “Escrever ou falar conforme um vocabulário reconhecido pelas pessoas representadas é essencial para valorizar a cidadania”¹⁰⁽¹³⁾.

A importância do acesso e da garantia da saúde bucal brasileira vem sendo pensada e construída há mais de 30 anos, desde a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986¹¹, após a Conferência Nacional de Saúde.

Nesse contexto, a PNSB tem enfoque no cuidado universal, mas de forma generalizada, com a organização em linhas de cuidado: ciclos de vida e grupo etário⁴. Ademais, não fica explícita nas publicações que constroem a Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb) a transversalidade – princípio da Política Nacional de Humanização¹² – com as políticas e programas para populações específicas.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2021/2022) visa avaliar o perfil epidemiológico em saúde bucal da população brasileira, mas

impossibilita identificar pessoas LGBTQIA+, pois não contempla a identidade de gênero e a orientação sexual¹³.

Mudanças no cenário político nacional, no entanto, comprometeram conquistas de anos de luta. Perdas progressivas com o desmonte do SUS, o neoliberalismo e o fascismo fortalecidos por intermédio de *fake news* e outras artimanhas colocaram em risco a democracia e os direitos alcançados. O desmonte do SUS por meio do desfinanciamento inviabiliza a implementação de políticas públicas, em particular, para as populações mais vulneráveis como a população LGBTQIA+¹⁴.

O estudo buscou identificar as dificuldades sinalizadas por pessoas LGBTQIA+ quanto ao acesso ao serviço público de saúde bucal, assim como dar visibilidade às singularidades desses usuários a fim de qualificar a Rasb. Dessa forma, o objetivo do estudo foi analisar a assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+ sob a perspectiva do usuário. Este estudo foi inspirado pela ausência de informação sobre a saúde bucal da população LGBTQIA+ e pelo desmonte da PNSB.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo transversal descritivo para conhecer a utilização e a dificuldade de assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+. No estudo transversal, a unidade de análise é o indivíduo, oriundo de uma população e de um período bem definidos, visando dar um recorte no fluxo histórico do evento de interesse, de forma a descrever suas características. A coleta de dados é realizada em um único momento, para todas as variáveis de interesse, previamente estabelecidas¹⁵.

Foram elegíveis para o estudo: as pessoas LGBTQIA+ que responderam ao questionário semiestruturado autoaplicado on-line, utilizando o Google Forms. Os(as) participantes foram acessados(as) por grupo de WhatsApp, por meio de carta-convite, utilizando a técnica

de bola de neve, sendo os contatos iniciais os(as) alunos(as) do curso de mestrado da primeira autora. Além disso, foi divulgado o *link* para acesso à pesquisa nos movimentos sociais.

O questionário abordou as características socioeconômicas e demográficas: orientação sexual (lésbica, gay, bissexual, assexual, heterossexual e outros), identidade de gênero (cisgênero e transgênero), raça/cor (branca, negra, amarela ou indígena), escolaridade (até ensino fundamental completo, ensino médio incompleto ou completo, ensino superior incompleto ou mais elevado), ocupação (desempregado, servidor público ou em ocupação de nível médio, técnico e superior), idade (18 a 39 anos, 40 anos e mais), município, estado e região de residência dos(as) participantes do estudo; bem como discriminação, autoavaliação (boa ou muito boa, regular, ruim ou muito ruim) e utilização de assistência à saúde bucal nos últimos cinco anos, e as dificuldades vivenciadas.

Calcularam-se a prevalência de utilização da assistência à saúde bucal na população estudada e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%), bem como o percentual de cada categoria das demais variáveis. O teste qui-quadrado de Pearson foi calculado para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os estratos, com correção de Yates quando necessário. Os dados foram exportados para o programa Excel® e analisados no programa estatístico R versão 3.4.3.

A pesquisa (CAAE: 54050321.8.0000.5240) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, número 5.196.679, emitida em 10 de janeiro de 2022.

Resultados

Acessaram o questionário 359 pessoas, porém, 1 não aceitou participar, e 29 não foram elegíveis. Dos 329 (91,9%) elegíveis para o estudo,

125 (38%) eram gays; 77 (23,4%), lésbicas; e 44 (13,4%), transgêneros(as) (tabela 1). Entre os(as) transgêneros(as), a maioria era

heterossexual (36,4%) ou bissexual (34,1%). Homem transexual correspondeu a 52,3% dos participantes transgêneros.

Tabela 1. Características da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022

Orientação sexual	Identidade de gênero					
	Total		Cisgênero(a)		Transgênero(a)	
	N	%	N	%	N	%
Lésbica	77	23,4	76	26,7	1	2,3
Gay	125	38,0	121	42,5	4	9,1
Bissexual	89	27,1	74	26,0	15	34,1
Assexual	3	0,9	2	0,7	1	2,3
Outro	19	5,8	12	4,2	7	15,9
Heterossexual	16	4,9	-	-	16	36,4
Total	329	100,0	285	100,0	44	100,0

Fonte: elaboração própria.

Os(as) participantes tinham predominantemente entre 18 e 39 anos (73,3%); eram negros(as) (51,4%); com ensino superior incompleto ou mais elevado (69,6%); residentes da região Sudeste (79,6%), principalmente do estado do Rio de Janeiro (62,9%); e servidores(as) públicos(as) ou em ocupação de nível médio, técnico e superior (43,8%) (tabela 2). A população transgênera foi proporcionalmente maior do que a cisgênera

quanto a raça/cor negra (65,9%; $p = 0,028$); ensino médio ou inferior (68,2%; $p < 0,001$); residente na região Norte (25%; $p < 0,001$), particularmente do estado do Amazonas (20,5%); e desempregado(a) (15,9%; $p < 0,001$). Já entre as lésbicas, havia proporcionalmente mais residentes da região Nordeste (19,5%; $p < 0,001$), especialmente do estado da Bahia (18,2%), e as demais populações eram mais jovens (77,4%; $p = 0,004$).

Tabela 2. Características sociodemográficas da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022

Características	Total		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	
Faixa etária												
18 a 39 anos	241	73,3	207	72,6	34	77,3	0,064	46	59,7	195	77,4	0,004
40 anos ou mais	88	26,7	78	27,4	10	22,7		31	40,3	57	22,6	
Raça/cor da pele												
Branca	156	47,4	143	50,2	13	29,5	0,028	32	41,6	124	49,2	0,297
Negra	169	51,4	140	49,1	29	65,9		44	57,1	125	49,6	
Amarela ou indígena	4	1,2	2	0,7	2	4,5	-	1	1,3	3	1,2	-

Tabela 2. Características sociodemográficas da população participante do estudo segundo identidade de gênero e orientação sexual. Brasil, 2022

Características	Total		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	
Escolaridade												
Até ensino fundamental completo	12	3,6	3	1,1	9	20,5	< 0,001*	3	3,9	9	3,6	0,401
Ensino médio incompleto ou Completo	88	26,7	67	23,5	21	47,7		16	20,8	72	28,6	
Ensino superior incompleto ou mais elevado	229	69,6	215	75,4	14	31,8		58	75,3	171	67,9	
Região de Residência												
Norte	22	6,7	11	3,9	11	25,0	< 0,001*	1	1,3	21	8,3	< 0,001*
Nordeste	28	8,5	25	8,8	3	6,8		15	19,5	13	5,2	
Sudeste	262	79,6	233	81,8	29	65,9		58	75,3	204	81,0	
Sul	7	2,1	7	2,5	0	0,0		0	0,0	7	2,8	
Centro-Oeste	10	3,0	9	3,2	1	2,3		3	3,9	7	2,8	
Profissão												
Servidor(a) público, ocupação de nível médio, técnico ou superior	144	43,8	139	48,8	5	11,4	< 0,001*	42	54,5	102	40,5	0,001*
Estudante e/ou estagiário(a)	42	12,8	37	13,0	5	11,4		3	3,9	39	15,5	
Outras ocupações	104	31,6	81	28,4	23	52,3		23	29,9	81	32,1	
Aposentado(a)	8	2,4	6	2,1	2	4,5		2	2,6	6	2,4	
Autônomo(a)	10	3,0	8	2,8	2	4,5		2	2,6	8	3,2	
Desempregado(a)	21	6,4	14	4,9	7	15,9		5	6,5	16	6,3	
Total	329	100,0	285	100,0	44	100,0	-	77	100,0	252	100,0	-

Fonte: elaboração própria.

* Aproximação do qui-quadrado pode estar incorreta.

A prevalência de assistência à saúde bucal nos cinco anos anteriores à pesquisa foi alta (92,9%; IC95%: 89,7% – 95,3%), sendo proporcionalmente menor para a população transgênera (88,7%; IC95%: 76% – 95,1%) do que a cisgênera (93,7%; IC95%: 90,2% – 96%). A maior parte dos(as) participantes tiveram assistência à saúde bucal nos últimos seis meses (44,7%; IC95%: 39,4% – 50,1%) (tabela 3). Não

houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de utilização entre lésbicas e as demais orientações sexuais ($p = 0,184$) nem quanto à raça/cor da pele ($p = 0,993$). Com relação à população transgênera, entretanto, a última vez que foi ao dentista ocorreu majoritariamente há 2 anos ou mais (40,9%; $p < 0,001$).

Tabela 3. Prevalência de utilização de assistência à saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Última vez que foi ao dentista	Total*		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p [†]	Lésbicas		Demais		p [†]	Branca		Negra		p [†]	
	N	%	IC95%	N	%	N		%	N	%	N		%	N	%	N		%
Até 6 meses	147	44,7	39,4 - 50,1	139	48,8	8	18,2	< 0,001	35	45,5	112	44,4	0,184	71	45,5	75	44,4	0,993
6 meses até 1 ano	52	15,8	12,3 - 20,1	39	13,7	13	29,5		10	13,0	42	16,7		26	16,7	25	14,8	
1 ano até 2 anos	52	15,8	12,3 - 20,1	47	16,5	5	11,4		19	24,7	33	13,1		24	15,4	27	16,0	
2 anos até 3 anos	35	10,6	7,8 - 14,4	28	9,8	7	15,9		6	7,8	29	11,5		15	9,6	19	11,2	
3 anos até 4 anos	11	3,3	1,9 - 5,9	6	2,1	5	11,4		2	2,6	9	3,6		5	3,2	6	3,6	
4 anos até 5 anos	9	2,7	1,5 - 5,1	8	2,8	1	2,3		1	1,3	8	3,2		5	3,2	4	2,4	
5 anos ou mais	23	7,0	4,7 - 10,3	18	6,3	5	11,4		4	5,2	19	7,5		10	6,4	13	7,7	
Total	329	100,0	-	285	100,0	44	100,0		77	100,0	252	100,0		156	100,0	169	100,0	-

Fonte: elaboração própria.

* Inclui população amarela e indígena.

† As categorias de 4 até 5 anos e de 5 anos ou mais foram agrupadas para permitir a análise.

A assistência à saúde bucal ocorreu principalmente na rede particular (50,5%), mas entre transgêneros(as), a assistência foi proporcionalmente maior no setor público do que entre cisgêneros(as) (45,5%; $p < 0,001$) (tabela 4). A maioria não informou o motivo da consulta (27,1%), contudo, o principal motivo foi a assistência preventiva, como revisão, rotina, prevenção ou limpeza (26,6%). A minoria

informou ter tido dificuldade de assistência (24,9%), mas foi proporcionalmente maior entre a população transgênera (54,5%; $p < 0,001$), que também sofreu mais discriminação (13,6%; $p < 0,001$), especialmente por LGBTfobia. A dificuldade de acesso à assistência foi particularmente devido à morosidade ou à impossibilidade de agendamento (40,2%) e financeira (22%).

Tabela 4. Características da assistência à saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Características	Total*		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		p	Branco(a)		Negro(a)		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Tipo de Consulta																	
Público	62	18,8	42	14,7	20	45,5	< 0,001	11	14,3	51	20,2	0,587	18	11,5	43	25,4	0,007
Plano de Saúde ou Convênio	95	28,9	90	31,6	5	11,4		22	28,6	73	29,0		48	30,8	47	27,8	
Particular	166	50,5	147	51,6	19	43,2		40	51,9	126	50,0		86	55,1	77	45,6	
Outro	6	1,8	6	2,1	0	0,0	-	4	5,2	2	0,8	-	4	2,6	2	1,2	-
Dificuldade de assistência																	
Sim	82	24,9	58	20,4	24	54,5	< 0,001	18	23,4	64	25,4	0,835	30	19,2	49	29,0	0,055
Não	247	75,1	227	79,6	20	45,5		59	76,6	188	74,6		126	80,8	120	71,0	

Tabela 4. Características da assistência à saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Características	Total*		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		p	Branco(a)		Negro(a)		p	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%		
Sofreu discriminação																		
Sim	11	3,3	5	1,8	6	13,6	< 0,001	1	1,3	10	4,0	0,436	3	1,9	7	4,1	0,190	
Não	318	96,7	280	98,2	38	86,4		76	98,7	242	96,0		153	98,1	162	95,9		
Perda de dente																		
Sim	151	45,9	124	43,5	27	61,4	0,040	40	51,9	111	44,0	0,277	54	34,6	94	55,6	< 0,001	
Não	178	54,1	161	56,5	17	38,6		37	48,1	141	56,0		102	65,4	75	44,4		
Preferência de atendimento por profissional LGBT																		
Sim	227	69,0	192	67,4	35	79,5	0,124	54	70,1	173	68,7	0,704	99	63,5	125	74,0	0,115	
Indiferente	93	28,3	86	30,2	7	15,9		20	26,0	73	29,0		53	34,0	40	23,7		
Não	9	2,7	7	2,5	2	4,5		3	3,9	6	2,4		4	2,6	4	2,4		
Total	329	100,0	285	100,0	44	100,0	-	77	100,0	252	100,0	-	156	100,0	169	100,0	-	

Fonte: elaboração própria.

* Inclui população amarela e indígena.

A perda dentária também foi proporcionalmente maior entre os(as) transgêneros(as) (61,4%; $p = 0,040$). A principal causa informada pelos(as) participantes foi cárie, doença periodontal ou abscesso (29,8%), seguida de má higiene oral, falta de cuidado ou interrupção do tratamento (19,9%). Entre os(as) que tiveram perda dentária (151), 72,8% foram menos de cinco elementos dentários (72,8%).

No que tange à autoavaliação da saúde bucal (tabela 5), a população cisgênera informou ser boa ou muito boa (57,5%), enquanto a população transgênera, ruim ou muito ruim (45,5%; $p < 0,001$). A maioria dos(as) participantes informou preferir ser atendidos(as) por profissional LGBTQIA+ (69%).

Tabela 5. Autoavaliação da saúde bucal dos participantes do estudo segundo identidade de gênero, orientação sexual e raça/cor da pele. Brasil, 2022

Autoavaliação da saúde bucal	Total*		Cisgênero(a)		Transgênero(a)		p	Lésbicas		Demais		P	Branco(a)		Negro(a)		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Boa ou muito boa	175	53,2	164	57,5	11	25,0	< 0,001	47	61,0	128	50,8	0,137	93	59,6	80	47,3	0,071
Regular	97	29,5	84	29,5	13	29,5		22	28,6	75	29,8		42	26,9	55	32,5	
Ruim ou muito ruim	57	17,3	37	13,0	20	45,5		8	10,4	49	19,4		21	13,5	34	20,1	
Total	329	100,0	285	100,0	44	100,0	-	77	100,0	252	100,0	-	156	100,0	169	100,0	-

Fonte: elaboração própria.

* Inclui população amarela e indígena.

Discussão

A prevalência de utilização da assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+, entre os(as) participantes do estudo, foi alta nos últimos cinco anos (92,9%), em particular, nos seis meses anteriores à pesquisa (44,7%). A prevalência entre brancos(as) e negros(as) foi similar, mas a população transgênera, que representou apenas 13,4% dos(as) participantes, apresentou uma prevalência mais baixa (88,7%), principalmente nos últimos seis meses (18,2%). Os(as) participantes transgêneros(as) também apresentaram proporcionalmente menor escolaridade, residiam na região Norte e estavam desempregados(as) em relação aos(às) demais ($p < 0,001$). No inquérito nacional realizado em 2013, mais de 40% dos(as) entrevistados(as) relataram ter consultado dentista no último ano¹⁶⁻¹⁸. A consulta regular ao dentista foi informada por 63,7% com maior variação em relação à escolaridade, sendo 36,6% entre os(as) sem instrução e 85,5% com mais de 11 anos de estudo; mas ser negro(a), residir na região Norte ou Nordeste e pertencer a menor classe social também apresentaram maior chance de nunca ter ido ao dentista ou realizar acompanhamento irregular¹⁹.

Apenas 18,8% dos(as) participantes do estudo foram atendidos(as) na rede pública, mas foi proporcionalmente maior entre os(as) transgêneros(as) (45,5%). Inquérito realizado em 2013, entretanto, identificou que 11% dos(as) entrevistados(as) haviam sido atendidos(as) no SUS¹⁸.

A dificuldade de assistência também tem sido maior entre os(as) transgênero(as) (54,5%) do que os(as) demais (20,4%); bem como ter sofrido discriminação – 13,6% e 1,8% respectivamente. As pessoas transgêneras têm mais dificuldade no acesso aos serviços, por isso evitam procurar cuidados em saúde por medo de discriminação²⁰. A maioria dos(as) participantes informou preferir ser atendidos(as) por profissional LGBTQIA+ (69%), principalmente entre os(as) transgêneros(as) (79,5%) e os(as) negros(as) (74%); mas as diferenças entre as

proporções não foram estatisticamente significativas ($p \geq 0,115$), provavelmente pelo pequeno tamanho de amostra na categoria que não tem preferência.

Cabe ainda enfatizar que pessoas transgêneras passam por diversas dificuldades em meio à sociedade em que estão inseridas, visto que sua travestilidade e transexualidade estão expostas em seu corpo. Louro²¹ aponta para a construção social de uma matriz binária e heterossexual que conforma padrões sexuais e de gênero. Nesse contexto, a insegurança inerente às normas de gênero mostra que essas pessoas são menosprezadas e estão à margem da sociedade, em que não existe garantia de direitos e sua própria humanidade é negada. Isso ecoa em diversos âmbitos, inclusive da saúde²².

Já os(as) cisgêneros(as) possuem mais facilidade em não revelar sua orientação sexual aos profissionais de saúde, e, portanto, menos vulneráveis à discriminação pela suposição de serem heterossexuais, a exemplo das lésbicas^{20,23}.

Nesse sentido, a população LGBTQIA+ evita frequentar serviços de saúde, adia ou abandona tratamentos clínicos e de prevenção em decorrência de experiências negativas²⁴. Em estudo de revisão integrativa²⁵, concluiu-se que a população LGBTQIA+ possui menor acesso aos serviços de saúde bucal e que há uma falta de preparo formal dos(as) alunos(as) de graduação para o atendimento. Ademais, discriminações recorrentes no âmbito institucional predis põem essa população ao risco de doenças e transtornos, como depressão, ansiedade, má alimentação, perda de peso e, em especial, descuido com a higiene – fatores que, somados, afetam múltiplas facetas e repercutem na saúde bucal.

Estudo realizado em Ontário, no Canadá, identificou que 43,9% da população transgênera não obteve sucesso no atendimento da saúde, apresentando um percentual três vezes menor do que as pessoas cisgêneras e heterossexuais, bem como tiveram uma pior avaliação dos serviços de saúde²⁶. Estudo realizado nos

Estados Unidos da América também identificou que a população transgênera tende a apresentar mais medo e ansiedade em relação ao tratamento odontológico, o que se correlaciona com a alta prevalência de discriminação e o mal atendimento vivenciado²⁷.

Tal situação fica evidente com o alto percentual dos(as) participantes que já tiveram perda dentária (45,9%), principalmente entre os(as) transgêneros(as) (61,4%) e os(as) negros(as) (55,6%). Estudos internacionais, entretanto, sinalizam que as doenças periodontais e o aumento de cáries não possuem diferenças quando comparados com a população heterossexual, ou seja, o que difere é a autopercepção inerente à saúde bucal²⁵.

A autopercepção da saúde bucal, para a maioria dos(as) participantes do estudo, foi boa ou muito boa (53,2%), bem como para cisgêneros(as) (57,5%), lésbicas (61,0%) e negros(as) (43,7%); entretanto, para os(as) transgêneros(as), foi ruim ou muito ruim (45,5%). Estudo realizado com base no inquérito de 2013 identificou que a prevalência de autopercepção positiva da saúde bucal foi de 67,4% e que a autopercepção negativa era mais elevada na população com renda menor que um salário mínimo, analfabetos(as) e trabalhos precários ou elementares¹⁶. Já Bordin e colaboradores¹⁸ constataram que a autopercepção negativa da saúde bucal está principalmente relacionada com dificuldade de se alimentar, avaliação negativa da última consulta odontológica, autopercepção negativa da saúde geral e não adoção de medidas odontológicas preventivas, como fio dental e revisão de rotina.

Estudo sobre hábitos de vida saudáveis, como autocuidado, não fumar, beber moderadamente, praticar atividade física, entre outros, constatou, entretanto, que mulheres lésbicas e bissexuais aceitam menos tais hábitos quando comparadas a mulheres cisgêneras heterossexuais. Já homens transgêneros apresentaram maior chance do que mulheres transgêneras e pessoas cisgêneras heterossexuais. Não houve diferença na proporção de tais hábitos entre homens cisgênero heterossexuais, gays e bissexuais²⁸.

Uma limitação do estudo é que os(as) participantes da pesquisa apresentaram alta escolaridade e se concentraram nos grandes centros urbanos, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, população que tende a ter mais acesso à informação e a serviços e renda, não representando a realidade da maioria da população LGBTQIA+. É importante destacar, contudo, que, mesmo nesse grupo, a população transgênera e/ou negra teve os piores resultados.

Em contrapartida, o estudo contribui para o tema por incluir de forma inédita a saúde bucal da população LGBTQIA+, contemplando identidade de gênero e orientação sexual, enquanto a pesquisa nacional não incluiu nem mesmo a perspectiva binária – feminino e masculino¹³. Adicionalmente, o estudo também incluiu a população de lésbicas, dando maior visibilidade a essa população tão negligenciada e invisibilizada nos estudos e pesquisas em saúde, buscando atender à reivindicação da identidade lésbica na reorganização de políticas públicas de saúde²⁹.

Há uma quantidade insuficiente de produção científica sobre a temática de saúde bucal LGBTQIA+, cuja maioria é de produção internacional. Assim, a carência de estudos em outros países e a ausência de pesquisas nacionais reforçam e evidenciam a invisibilidade na formação profissional e nas pesquisas em saúde^{25,30,31}.

Discriminações e obstáculos para o acesso aos serviços de saúde são recorrentes. A sociedade patriarcal e heteronormativa estigmatiza, discrimina e exclui a população LGBTQIA+ em decorrência de uma cultura que se dedica essencialmente à heterossexualidade; e, por esse motivo, as desigualdades em saúde vêm crescendo de forma significativa³².

A população LGBTQIA+ enfrenta barreiras em seu cotidiano quando o assunto é saúde. Há uma dificuldade em encontrar profissionais da área que entendam as reais necessidades dessa população, que a tratam com discriminação, atrasam ou até mesmo renunciam ao atendimento dela, deixando de resguardar a essas pessoas o direito à saúde³³.

A procura dessa população pelos serviços de saúde se imbricam em uma perspectiva de negação, violência, negligência e invisibilidade, sendo uma questão estrutural associada à falta de políticas públicas. O não reconhecimento e a falta de atenção se fundamentam prospectivamente no patriarcalismo, no sexismo e no machismo, além do preconceito que afeta todas as relações sociais, ou seja, ocupam todos os espaços, incluindo instituições educacionais e da saúde^{32,34}.

É imprescindível que os profissionais sejam capacitados sobre a temática, o que viabiliza uma visão menos estigmatizada e mais próxima das reais necessidades. A educação permanente em saúde, assim, torna-se o principal recurso a ser utilizado para reconhecimento, planejamento e execução de ações voltadas à população LGBTQIA+³⁵.

Logo, é urgente desenvolver e avaliar uma proposta de educação permanente para a equipe de saúde bucal, buscando identificar e acolher populações em vulnerabilidade, e que permita refletir sobre o combate às variadas formas de discriminação. Isso de forma a promover a proteção do direito à livre orientação sexual e de gênero para a saúde integral dessas pessoas, além de resguardar os direitos humanos e de cidadania conforme previsto, mas não executado⁶.

Nesse sentido, trata-se de promover a prática de uma saúde que não se limite ao tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, ou seja, saúde integral baseada na equidade, que auxiliará no enfrentamento das desigualdades sociais inerentes à saúde da população LGBTQIA+^{6,36,37}.

Considerações finais

A pesquisa de assistência à saúde bucal da população LGBTQIA+ teve como objetivo analisar a saúde bucal dessas pessoas, contribuindo de forma inédita para a inclusão de

identidade de gênero e orientação sexual em estudo nacional de saúde bucal. Mesmo em participantes com maior escolaridade e nos grandes centros urbanos, a população transgênera e negra teve os piores resultados. Isso demonstra que raça, gênero e sexualidade influenciam diretamente no acesso ao cuidado em saúde; logo, que o enfoque interseccional é imprescindível para organização do serviço.

As dificuldades sinalizadas por essa população advêm de múltiplos sistemas de opressões estruturais, que não a reconhecem enquanto composta por sujeitos em decorrência de uma cultura patriarcal, heterossexual, cisgênera e branca.

A carência de estudos em outros países e a ausência de pesquisas nacionais reforçam e evidenciam a invisibilidade na formação profissional e de pesquisas em saúde. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais sejam capacitados sobre a temática, o que viabiliza uma visão menos estigmatizada e mais próxima das reais necessidades. A educação permanente em saúde, nesse contexto, torna-se o principal recurso a ser utilizado para o reconhecimento, o planejamento e a execução de ações voltadas a essa população. Outrossim, são prementes a promoção e a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero que auxiliará no enfrentamento das desigualdades sociais inerentes à saúde de pessoas LGBTQIA+.

Colaboradoras

Soares MO (0000-0001-9132-7065)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão e aprovação da versão final do manuscrito. Girianelli VR (0000-0002-8690-9893)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Pimenta TS. Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. *Cad. Cedes.* 2003; 23-59.
2. Pereira W. Uma História da Odontologia no Brasil. *Perspec.* 2012; (47):147-173.
3. Foratori Junior GA. Brasil Sorridente – reconhecendo a história para reforçar a constante luta pela equidade em Odontologia. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(10):e75101018745.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União.* 2 Dez 2011.
7. 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. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2013.
8. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Set 1990.
10. Jesus JG. Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos. Brasília, DF: Autor, 2012. 24 p.
11. Conselho Nacional de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal: Relatório Final. Brasília, DF: 10 out 1986.
12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Conass, 2015.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2020 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
14. Stevanim LF. Previne Brasil: mudança sem debate. *Radis.* 2019; (207):19-22.
15. Almeida Filho N, Barreto ML, organizadores. *Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
16. Souza JL, Henriques A, Silva ZP, et al. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(6):e00099518.
17. Bastos TF, Medina LPB, Sousa NFDS, et al. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey. 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2019; 22(supl2):E190015. SUPL.2.
18. Bordin D, Fadel CB, Santos CB, et al. Caracterização da condição percebida de saúde bucal na população adulta brasileira. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(9):3647-3656.
19. Galvão MHR, Souza ACO, Morais HGF, et al. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2022; 27(6):2437-2448.

20. Calazans C, Kalichman A, Santos MR, et al. Necessidades de saúde: demografia, panorama epidemiológico e barreiras de acesso. In: Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes Junior A, organizadores. *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado interdisciplinar*. Santana de Parnaíba [SP]: Manole; 2021. p. 82-91.
21. Louro GL. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.
22. Butler J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cad. Pagu*. 2003; (21):219-260.
23. Gomes R, Murta D, Facchini R, et al. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1997-2006.
24. Russell S, More F. Addressing health disparities via coordination of care and interprofessional education: lesbian, gay, bisexual, and transgender health and oral health care. *Dent. Clin. North Am*. 2016; 60(4):891-906.
25. Varotto BLR, Massuda M, Nápole RCD, et al. População LGBTQIA+: o acesso ao tratamento odontológico e o preparo do cirurgião dentista-uma revisão integrativa. *Rev. Abeno*. 2022; 22(2):1542-1542.
26. Giblon R, Bauer GR. Health care availability, quality, and unmet need: A comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1):283.
27. Heima M, Heaton LJ, Ng HH, et al. Dental fear among transgender individuals - a cross sectional survey. *Spec. Care Dent*. 2017; 37(5):212-22.
28. Padilha WAR, Crenitte MRF, Lopes Junior A. Prevenção e cuidados das doenças crônicas. In: Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes Junior A, organizadores. *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado interdisciplinar*. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. p. 346-356.
29. Jesus JG, organizador. *Transfeminismo: teorias & práticas*. Rio de Janeiro: Editora Metanoia; 2015. 206 p.
30. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate*. 2019; 43(esp8):305-323.
31. Eliason MJ, Dibble SL, Robertson PA. Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) physicians' experiences in the workplace. *J. Homosex*. 2011; 58(10):1355-1371.
32. Guimarães RCP, Cavadinha ET, Mendonça AVM, et al. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus*. 2017; 11(1):121-139.
33. Ferreira AP, Nichele CST, Jesus JG, et al. Evidências científicas sobre o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQI+: Revisão de escopo. *Res., Soc. Dev*. 2022; 11(10):e229111032519.
34. Ferreira BO, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Diversidade de Gênero e Acesso ao Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*. 2017; 31(1):1-10.
35. Souza OSL. *Desafios no acolhimento à população LGBT nos serviços do Sistema Único de Saúde do município de Caicó, RN: um estudo sobre a atuação dos profissionais da atenção primária*. [monografia]. Caicó: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2021. 36 p.
36. Mello L, Perilo M, Braz CA, et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca da universalidade, integralidade e equidade. *Sex., Salud Soc*. 2011; (9):7-28.
37. Oliveira CP. *Aproximando a equipe de saúde bucal do cuidado às populações vulnerabilizadas*. [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021. 30 p.

Recebido em 21/10/2023

Aprovado em 22/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Henrique Rabello de Carvalho