



**DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE  
INTEGRAL LGBTQIAPN+**

**CHALLENGES FOR THE IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL LGBTQIAPN+  
COMPREHENSIVE HEALTH POLICY**

**DESAFÍOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE  
SALUD INTEGRAL LGBTQIAPN+**

*Jeandro da Silva Borba<sup>1</sup>*

*Tatiane Lopes Duarte<sup>2</sup>*

**RESUMO**

O estudo tem como objetivo identificar quais os desafios a serem enfrentados pelos gestores para a efetiva implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIAPN+. O pano de fundo teórico diz respeito a formulação das políticas públicas que perpassam questões além da binaridade de gênero, e os preceitos da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIAPN+. Para a coleta de dados foi utilizada a Revisão Integrativa e para análise deles, a Análise Temática Reflexiva. O estudo identificou três eixos de ação prioritários: as Barreiras de Acesso que fazem com que essa população evite, não acesse ou acesse pouco os serviços de saúde; o Despreparo dos Profissionais que acaba prejudicando o atendimento, a retenção dos usuários e a promoção da sua saúde; e os Problemas de Gestão que permeiam a rede de atenção à saúde. Concluiu-se que, mesmo com a política de saúde integral dessa população estar prevista há mais de dez anos, pouco foi implementado e o preconceito, a discriminação, o desconhecimento dos profissionais e a falta de ações com vistas à promoção da saúde desse grupo ainda são desafios contemporâneos.

**Palavras-chaves:** Gênero. LGBTQIAPN+. Saúde. Políticas Públicas.

---

<sup>1</sup> Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Bacharel em Administração Pública. E-mail: [jeandrobomba@hotmail.com](mailto:jeandrobomba@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Administração pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora da Faculdade de Administração da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA). E-mail: [tatiduarte.80@gmail.com](mailto:tatiduarte.80@gmail.com)



## **ABSTRACT**

The study aims to identify the challenges to be faced by managers for the effective implementation of the National LGBTQIAPN+ Comprehensive Health Policy. The theoretical background concerns the formulation of public policies that encompass issues beyond gender binary, and the precepts of the National LGBTQIAPN+ Comprehensive Health Policy. For data collection, the Integrative Review was used and for their analysis, the Reflective Thematic Analysis. The study identified three priority axes of action: Access Barriers that cause this population to avoid, not access or have limited access to health services; the Lack of Preparation of Professionals that ends up harming service, user retention and the promotion of their health; and Management Problems that permeate the health care network. It was concluded that, even though the comprehensive health policy for this population was planned for more than ten years, little was implemented and prejudice, discrimination, lack of knowledge among professionals and the lack of actions aimed at promoting the health of this group still exist. These are contemporary challenges.

**Key-words:** Gender. LGBTQIAPN+. Health. Public policies.

## **RESUMEN**

El estudio tiene como objetivo identificar los desafíos que enfrentarán los gestores para la implementación efectiva de la Política Nacional de Salud Integral LGBTQIAPN+. El fundamento teórico se refiere a la formulación de políticas públicas que abarquen cuestiones más allá del binario de género, y los preceptos de la Política Nacional de Salud Integral LGBTQIAPN+. Para la recolección de datos se utilizó la Revisión Integrativa y para su análisis el Análisis Temático Reflexivo. El estudio identificó tres ejes de acción prioritarios: Barreras de Acceso que provocan que esta población evite, no acceda o tenga acceso limitado a los servicios de salud; la Falta de Preparación de los Profesionales que termina perjudicando el servicio, la retención de usuarios y la promoción de su salud; y Problemas de Gestión que permean la red asistencial. Se concluyó que, a pesar de que la política integral de salud para esta población fue planificada desde hace más de diez años, poco se implementó y aún persisten prejuicios, discriminación, desconocimiento entre los profesionales y la falta de acciones encaminadas a promover la salud de este grupo. Estos son desafíos contemporáneos.

**Palabras clave:** Género. LGBTQIAPN+. Salud Políticas Públicas.

## **1. INTRODUÇÃO**

A saúde é um dos direitos fundamentais que estão preconizados na Constituição Federal brasileira (CF) e foi positivada no Brasil como direito público regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Martins, 2011; BRASIL, 1990). Logo, cabe ao Estado sua prestação - entendida pela regulamentação, gestão, manutenção e distribuição que devem ocorrer baseados em princípios como universalidade de acesso aos serviços e equidade na distribuição das prestações (BRASIL, 1990).

As necessidades de saúde de homens e de mulheres são distintas e algumas políticas públicas já foram desenvolvidas com vistas à universalidade da cobertura desses corpos dentro das suas demandas próprias (OPS, 2010). No entanto, a universalidade, enquanto princípio constitucional, tem seu cumprimento prejudicado, quando uma parcela de homens e mulheres não são atingidos por ela devido às suas especificidades: a população composta por Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Travestis, Intersexo, *Queer*, Assexuais, Pansexuais e Não-binárias e outros (LGBTQIAPN+).

As políticas públicas de saúde foram e são hegemonicamente pensadas a partir de e para corpos cis-heterossexuais, prevendo que somente esses tipos de demandas seriam suficientes, fomentando a invisibilização, a não inclusão e a falta de acesso à saúde por pessoas com identidade de gênero e sexualidade que transcendem o a cis-heterossexualidade.

O Ministério da Saúde, através a portaria nº 2.836 de dezembro de 2011, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) (BRASIL, 2013). No entanto, a mera posituação de uma prerrogativa não garante sua eficácia e eficiência. Se faz necessário que os gestores municipais articulem, desenvolvam e estruturem a PNSI-LGBT em seus territórios.

Dez anos após a publicação da portaria nº 2.836/2011, não se percebe efetividade no que tange a implementação dessa política. No Rio Grande do Sul, por exemplo, apenas três municípios até maio de 2022 tinham a política estruturada em seus territórios (Conte, 2019). Portanto, a partir dessa perspectiva, essa pesquisa tem por objetivo geral conhecer e analisar quais os desafios a serem enfrentados pelos gestores para a efetiva implementação da Política LGBTQIAPN+ nos municípios e, por específicos: conhecer as



barreiras e os desafios encontrados na implementação dessa política; refletir sobre o papel dos Gestores Públicos de Saúde sobre essa realidade e construir uma relação de itens a serem observados para auxiliar os gestores no desenvolvimento dessa política.

A população LGBTQIAPN+ enfrenta uma série de desafios para acessar os serviços de saúde, pois, muitas vezes, é vista como não pertencente a esses espaços por serem dissonante das normas de gênero socialmente construídas (Who, 2016).

No entanto, a saúde sendo um direito de todos e garantida pelo Estado a partir de políticas públicas descentralizadas, cabe aos Administradores Públicos (Gestores Públicos) fomentar o desenvolvimento de políticas, projetos e ações que busquem integrar esse grupo aos serviços, reduzindo as vulnerabilidades e a exclusão que essas pessoas estão sujeitas. Mas, para que essa política seja efetivamente implementada é necessário que os Gestores Públicos conheçam e reconheçam os desafios a serem enfrentados

## **2. EQUIDADE *VERSUS* IGUALDADE: A PLURALIDADE DE DEMANDAS E A GARANTIA DA UNIVERSALIDADE**

O sistema público de saúde brasileiro, fruto de décadas de lutas sociais, surgiu a partir de um movimento de politização da saúde denominado de Movimento de Reforma Sanitária (Carvalho, 2013), “que articulou movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e políticos, especialmente parlamentares” (BRASIL, 2011, p.16) e foi “instituído no contexto de redemocratização do Brasil e na contramão das propostas hegemônicas de organização de sistemas de saúde focalizados vigentes nos anos oitenta” (Ferraz; Kraiczky, 2010, p.71).

O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe a ruptura do binarismo da saúde pública brasileira: os economicamente incluídos e os não incluídos. O SUS foi então constituído por um conjunto de ações e de serviços de saúde, organizado em forma de redes hierarquizadas e regionalizadas, com atuação em todo território nacional e com direção única em cada uma das esferas do governo (Martins, 2011). Ele nasceu com o objetivo de identificar e divulgar os fatores que condicionam e determinam a saúde; formular

políticas econômicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e agravos; estabelecer condições de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde; e realizar ações assistenciais e atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Todos esses preceitos legais geram expectativa de que as prestações do SUS, através de suas políticas descentralizadas, atinjam a todas as pessoas de maneira universal e igualitária; entretanto, tratando-se de matéria de saúde pública e da diversificação de corpos, de realidades, de necessidades e de demandas, permanece um desafio para o SUS: a garantia de acesso universal à saúde.

Por ser um direito social, a saúde deve atingir igualmente a todas as pessoas e isso é o que busca o princípio da universalidade, que garante o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, o recebimento de cuidado e a solução das demandas de saúde (Martins, 2011).

Portanto, esse princípio visa à efetivação de outro, o da igualdade. A própria Carta de Direitos Humanos trouxe em seu texto que as pessoas são iguais em direitos, isso, porém, não traduz que as pessoas sejam idênticas em pensamentos e necessidades. A igualdade define que nenhuma pessoa é superior ou inferior a outra e que todos têm legitimidade de suprir suas demandas específicas e de ter reconhecidas suas diferenças (Martins, 2011). Esse princípio, que também está expresso na Carta Magna brasileira, assegura igualdade de condições de disputa por prestações estatais; indiferente de gênero, sexo, raça, cor ou qualquer outra determinante. As demandas concorrem em grau de igualdade e ao Estado cabe supri-las a fim de reestabelecer o equilíbrio entre as pessoas, portanto igualdade não significa generalidade.

Considerar as especificidades como determinantes das ações - com vistas à garantir a equidade de acesso, reafirmando o princípio da universalidade - deve ser uma obrigação dos Gestores Públicos de Saúde, uma vez que Bobbio (2004, p.34) nos ensina que "somente de modo genérico e retórico" se pode afirmar a igualdade das pessoas em relação a saúde, pois "não se podem deixar de levar em conta as diferenças específicas,

que são relevantes para distinguir um indivíduo de outro, ou melhor, um grupo de indivíduos de outro grupo”.

Para que se possa garantir efetivamente a universalidade é necessário que o princípio da igualdade seja transpassado pela equidade, que consiste na avaliação das disparidades entre as pessoas a fim de desenvolver mecanismos que busquem gerar um equilíbrio social, tratando os desiguais na medida de suas desigualdades para equipará-los, com investimento onde a carência se apresenta maior (Santos, 2013; Martins, 2011).

## 2.1 GÊNERO E SEXUALIDADE COMO PONTO DE PARTIDA

Levar em consideração as condicionantes de gênero ao se estruturar e implementar políticas públicas sociais é requisito necessário para a efetividade delas (OPS, 2010). Mas, para além da binaridade homem-mulher, é necessário que se faça uma dissolução crítica dos fatores sociais, estruturais e econômicos de formação do masculino e do feminino.

Por certo, nas sociedades contemporâneas, ser homem ou ser mulher resulta em ter de assumir uma posição específica na dinâmica social e exercer determinados papéis ou comportamentos de gênero, denominados de normas de gênero (OPS, 2010). Esses papéis são pré-estabelecidos e geram uma expectativa sobre os comportamentos, as preferências e os desejos da pessoa a partir da relação cisnormativa gênero-sexo biológico, em que, depreende-se como comum e padronizado que pessoas que nascem com determinado sexo biológico, conseqüentemente, terão determinada identidade de gênero, relação que conceitua a palavra cisgênero.

As normas de gênero são construídas considerando atitudes, crenças, valores morais e práticas sociais que influenciam diretamente no que é esperável, aceitável e tolerável por comportamento de homem (masculinidade) ou de mulher (feminilidade). Por mais que se acredite que em masculinidade esteja subentendida a ideia de que homens são fortes, viris, agressivos, competitivos e na feminilidade, que mulheres são meigas, carinhosas, cuidadosas e frágeis; esses termos negam a generalidade ao passo que se apresentam como plurais e subjetivos. Segundo a *Organización Panamericana de*

*la Salud* (2010), masculinidades (no plural) diz respeito às diversas identidades de gênero, expressões e orientações sexuais.

“As masculinidades são construídas historicamente e socio-culturalmente, como um processo em permanente construção e transformação” (BRASIL, 2008, p.15), portanto, ao referi-las é necessário ter um olhar intersetorial, pois homens não são um grupo de pessoas homogêneo e imutável. É importante levar em conta outros determinantes de saúde como etnia, idade, classe social, identidade de gênero e orientação sexual ao se analisar as desigualdades internas de um grupo (BRASIL, 2013).

Na mesma medida em que grupos específicos possuem perfis epidemiológicos diferenciados, homens e mulheres “[...] estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte” (BRASIL, 2004, p.13). Essas especificidades passam a obrigar o Estado a fomentar e desenvolver ações específicas com vistas a suprir essas necessidades e que levem em conta a perspectiva de gênero e sexualidade no planejamento das ações em saúde.

Nesse sentido, a portaria do Ministério da Saúde nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, instituiu a PNSI-LGBT. Essa política foi um divisor de águas e um marco histórico nacional no reconhecimento de demandas da população LGBTQIAPN+, legitimando as necessidades específicas e atuando na promoção da equidade dessa população (BRASIL, 2013).

Essa política é a sintetização de ações anteriores que visavam à redução das desigualdades, à equidade e à ampliação do acesso a ações e a serviços públicos, como o Brasil Sem Homofobia, lançado em 2004 que trazia “recomendações aos distintos setores do governo, no intuito de assegurar políticas [...]” (Brasil, 2013, p.11).

A PNSI-LGBT valoriza o respeito sem preconceitos e sem discriminação como “fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde” (BRASIL, 2013, p.08); pois os comportamentos e estilos de vida são fatores de riscos produtores sociais de doenças (Mendes, 2019). Ela contempla uma série de diretrizes para sua operacionalização, sendo necessários planos que contenham estratégias e

metas sanitárias, desafiando e comprometendo as instâncias governamentais, especialmente as secretarias de saúde estaduais e municipais (BRASIL, 2013).

A política se estrutura em ações transversais nas mais variadas áreas da saúde e prima pela inclusão da temática da atenção integral à população LGBTQIAPN+ na formação permanente dos trabalhadores do SUS; inclusão de itens como orientação sexual e identidade de gênero nos formulários, prontuários, sistemas informatizados e documentos de notificação de violência; ampliação da participação social através dos coletivos LGBTQIAPN+; incentivo à produção científica, inovações tecnológicas e terapêuticas; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; aprimoramento do processo transexualizador; entre outros (BRASIL, 2013).

Kruschnir et al. (2010) salientam que não existe uma maneira ideal de prover os serviços de saúde, no entanto, há escolhas que os gestores e formuladores de políticas públicas fazem para uma melhor alocação dos recursos disponíveis no atendimento das necessidades sociais. Para que essas escolhas tenham efetividade, é imprescindível que sejam baseadas em princípios de igualdade, isonomia e equidade.

Para que as políticas públicas de saúde sejam verdadeiramente equitativas e incluam a população LGBTQIAPN+ é necessário que seja rompida a naturalização da dicotomia de gênero. A valorização da pluralidade de expressões da sexualidade e do gênero é um fator primordial para a eficácia e efetividade das políticas e é a partir dela que a população LGBTQIAPN+ poderá enfim se sentir incluída nos processos sociais, na construção de políticas públicas e pertencentes aos espaços públicos e às unidades de saúde. Sem um olhar ampliado, isento de preconceitos e de vícios dos Gestores Públicos, a garantia do direito à saúde da população LGBTQIAPN+ jamais poderá ser efetivada, afetando diretamente a dignidade dessa população.

Ferraz e Kraickzyk (2010) trazem em seu estudo que o gênero influencia as relações sociais e produz desigualdade entre as pessoas, fazendo urgir que os Gestores Públicos considerem essa perspectiva ao analisar, desenvolver e implementar políticas públicas de saúde. No entanto, na realidade brasileira, ainda se percebe uma lacuna

aparentemente inócua, mas extremamente potencializadora de vulnerabilidade e de fragilizações.

No entanto, é necessário entender quais os desafios que deverão ser enfrentados para que a PNSI-LGBT seja efetivamente implementada nos territórios, especialmente sobre as barreiras que a política precisa romper para que possa ter efetividade e qual o papel dos gestores sobre essa realidade.

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Esta pesquisa de Revisão Integrativa tem caráter quanti-qualitativo do tipo exploratória, que objetiva a familiaridade com o tema e a busca por hipóteses que respondam à pergunta de pesquisa. Minayo (2010) afirma que pesquisas desse tipo trabalham com a análise e a compreensão da realidade transpassada por motivações, valores, atitudes, crenças, inferências dos sujeitos inseridos nos contextos sociais, auxiliando na observação dos processos e dos fenômenos da sociedade.

A pesquisa permite, ainda, o estudo direcionado às pessoas e aos coletivos situados em um dado momento histórico, permeados por ideologias e formas de agir próprios (Zenella, 2019), possibilitando a compreensão de fatos que ocorrem na contemporaneidade e o desenvolvimento de ações com o intuito de criar dispositivos de influência que decorram em resultados esperados para o futuro.

A pesquisa aconteceu em três portais: “Portal Regional da BVS” (<https://pesquisa.bvsalud.org/>), “SciELO” (<https://www.scielosp.org/>) e “LILACS” (<http://bases.bireme.br/>) utilizando-se os descritores “saúde”, “LGBT” e “implementação” e o filtro de últimos cinco anos. Todos os resultados encontrados na SciELO e na LILACS constavam também no Portal Regional da BVS, dessa forma, optou-se por seguir o trabalho nesse portal. A pesquisa resultou em 30 artigos, sendo 21 em português e 12 em inglês (três artigos tinham versão em português e em inglês, no entanto, o resultado da plataforma considerou apenas um de cada na contagem total (30), portanto, foi considerada a exclusão de 9 estudos. Foram excluídos os trabalhos em inglês (9), pois

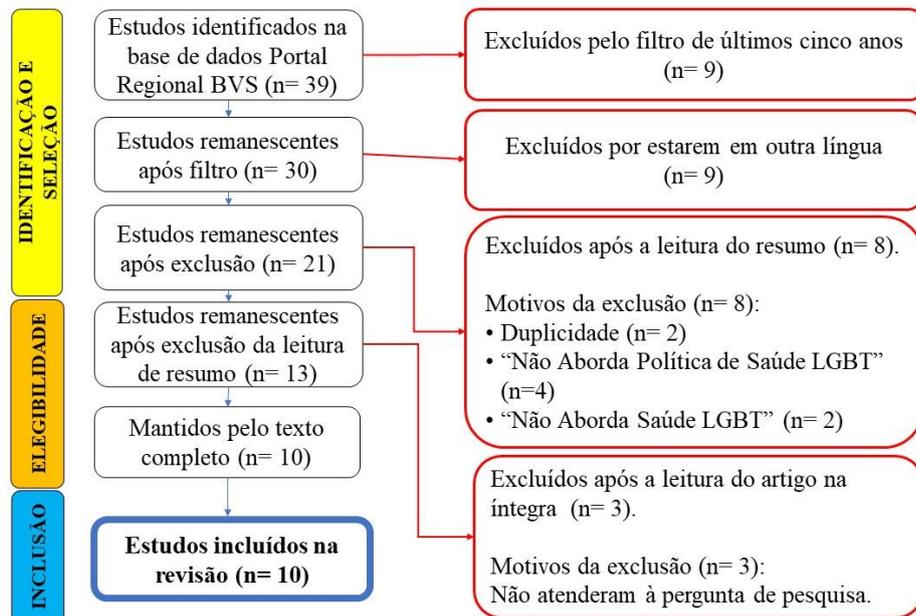
nenhum tratava sobre a implementação da Política de Saúde LGBTQIAPN+ no Brasil. Assim, resultou como “fórmula” da pesquisa: [(saúde) AND (lgbt) AND (implementação) AND ( la:("pt")) AND (year\_cluster:[2017 TO 2022])]. Após, foram lidos os resumos dos 21 trabalhos na busca por artigos que tinham conteúdos correlatos com a pesquisa (implementação da política, desafios da implementação, visão de gestores e profissionais sobre a política).

Todos os resultados foram tabulados, extraíndo-se dados como Título, Autores, Resumo, Ano, Participantes e Local para análise através da Planilha de Controle. Após a leitura dos resumos, os artigos foram analisados quanto ao enquadramento ou não ao foco da pesquisa, dessa forma foram eliminados 8 artigos por não se enquadrarem nos critérios do estudo sendo: 2 “Duplicado”; 4 “Não Aborda Política de Saúde LGBT” e 2 “Não Aborda Saúde LGBT”, restando 13 artigos. O critério de “Duplicado” considerou o mesmo artigo disponibilizado mais de uma vez na plataforma; o critério “Não Aborda Política de Saúde LGBT” considerou artigos que, mesmo abordando a temática de saúde LGBT, não se referiam à implementação ou à Política de Saúde LGBT; o critério “Não Aborda Saúde LGBT” considerou os artigos que sequer abordavam a temática. Esses artigos receberam “Não” no item “Se enquadra no objeto da pesquisa?” na Planilha de Controle e após, foram desconsiderados.

A segunda etapa da pesquisa consistiu na leitura integral dos artigos, com foco especial nos resultados e na discussão, buscando encontrar achados que auxiliassem na resposta à pergunta de pesquisa. Nessa etapa foram eliminados 3 (três) artigos por não apresentarem resultados que contemplasse esse requisito, restando 10 estudos.

Nos artigos restantes (10), após lidos na íntegra, foram destacados os excertos que colaboravam com a pesquisa. Os excertos foram tabulados extraíndo: página onde se encontrava e seu conteúdo.

#### Figura 01 – Fluxograma da Revisão Integrativa



Para a análise dos dados, a pesquisa seguiu a Análise Temática Reflexiva (ATR) trazida por Braun & Clarke (2006). Esse método sistemático é definido como flexível pelas autoras, pois permite ao pesquisador focar nos dados por óticas diferentes, podendo analisar o conjunto integral dos dados ou examiná-los através de suas peculiaridades, aprofundando-se nos fenômenos apresentados (BRAUN; CLARKE, 2006). Logo, a ATR possibilita a identificação, a organização e a percepção de padrões de significados, definidos pelas autoras como temas, em um conjunto de dados. Ela possibilita, ainda, a visualização do que se apresenta como comum ao modo como um tópico é falado ou escrito e, a partir disso, dar sentido às informações (BRAUN; CLARKE, 2006; 2012; 2019). A ATR segue um modelo com seis etapas bem definidas:

Os excertos tabulados foram relidos e definidos os temas principais, que neste estudo foram definidos como Eixos de Ação, e os subtemas, que neste estudo foram definidos como Temas. Após, foram analisados os dados de pesquisa e desenvolvida a discussão.

#### 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O estudo foi estruturado em três temas principais, que foram considerados como Eixos de Ação e resultaram em Barreiras de Acesso, Despreparo dos Profissionais e

Problemas de Gestão. O eixo Barreiras de Acesso arrola os temas que se referem a situações ou fatos que influenciam no acesso da população aos serviços de saúde, dessa forma, esse eixo ilustra o direcionamento das ações com foco nos usuários. O eixo Despreparo dos Profissionais traz os temas que dizem respeito à atuação profissional e às dificuldades que são percebidas por esses para a garantia do atendimento à população LGBTQIAPN+. Por fim, o eixo Problemas de Gestão consistem em problemáticas e situações cotidianas que devem ser observadas pelos gestores para que possam dar efeito à PNSI-LGBT, logo, os temas abordam a necessidade do olhar sobre a gestão.

Para cada excerto analisado foram vinculados temas que eram abordados em seu conteúdo, conforme é ensinado por Braun e Clarke (2006, 2019). Não há limites de temas que podem ser arrolados em cada excerto, bem como um mesmo excerto pode trazer conteúdo dos três eixos.

Ao finalizar a Tabela de Controle, verificou-se um total de 195 excertos e 86 temas que aparecem 570 vezes no total. A Discussão se dará através dos temas encontrados, articulando-os com outros conhecimentos e discutindo sua influência e necessidade de atuação sobre eles. Os temas estão descritos em *Itálico (n)* e ao seu lado, entre parênteses, o número de vezes em que ele apareceu nos excertos analisados.

### **Eixo Barreiras de Acesso**

Esse eixo analisa os resultados com o foco nas Barreiras de Acesso e o tema que mais apareceu neste estudo foi *Preconceito (49)*, figurando em todos os artigos analisados. Paralelo a isso, o tema *Discriminação (36)* só não foi citado em um estudo. Isso reflete a realidade vivenciada pela população LGBTQIAPN+ em suas relações sociais e, inclusive, quando busca por prestações positivas do Estado, como é o caso da saúde. O um estudo feito por Santana *et al.* (2020) revelou que as vivências dessa população nos serviços de saúde são expressivamente marcadas por dificuldades traduzidas por preconceito, intimidação, práticas desumanizadas e antiéticas de profissionais de saúde, além do desrespeito desses no atendimento às especificidades dessa população. O

preconceito pode ser considerado com a raiz de vários outros tipos de barreiras que impedem que essa população acesse os serviços de saúde e tenha garantido o seu direito.

O preconceito pode ser visualizado em vários excertos e ele se desdobra em outras barreiras quando as unidades de saúde são consideradas como um lugar não pertencente à população LGBTQIAPN+ (Belém *et al.*, 2018), afastando, invisibilizando e excluindo esse grupo das políticas de saúde pública e coletiva. Não à toa, outras Barreiras de Acesso derivadas do preconceito figuram como temas mais prevalentes nesse estudo, a *Discriminação* (36), a *Violência Institucional* (22), a *Invisibilização* (19), a *Exclusão* (8) e o *Preconceito* (49) aparecem no total em 68% dos excertos. Isso demonstra a relevância desses temas para a promoção de saúde dessa população.

Nem todo mundo que está no posto de saúde é obrigado a suportar ninguém, lógico. Tem que ter uma tolerância, mas chegar alvoroçado numa repartição pública, onde há várias pessoas, inclusive crianças e idosas, é chato, ruim. (Belém *et al.*, 2018, p.5)

Importante observar que o preconceito tem desdobramentos dentro de seu próprio eixo, ora ele se apresenta como um fator que advém dos profissionais para os usuários, ora ele é relatado como algo que acontece do usuário para com ele mesmo:

O preconceito e a discriminação vêm por parte da própria população, que já chega aqui se sentindo excluída e discriminada; sem motivo, vem com expressões agressivas com a equipe, sem nenhuma situação de discriminação e exclusão. O preconceito é próprio deles, não é da equipe, de jeito nenhum! Eles já andam traumatizados. [...] (M2) (Negreiros *et al.*, 2019, p.29)

Acho que o acesso deles é complicado porque eles enfrentam, mesmo, o preconceito. Não é fácil... Muitos deles se sentem constrangidos em procurar a unidade e temem é ser discriminados no atendimento, entendeu? Uma vez um me falou que não vem porque tem medo de não ser atendido... Tem medo de expor o que está se passando e a pessoa não entender. Então, não sinto que tem apoio nenhum na unidade. [...] (Guimarães *et al.*, 2017, p.134)

Essas falas remetem ao tema *Presunção de Preconceito por Parte de Usuários/os* (5) que consiste em a população já presumir que receberá atendimento baseado em preconceito pelos profissionais e isso pode fazer com que esse grupo chegue nas unidades de saúde com medo e/ou receio, ou ainda, que não busque por atendimento. De fato, nem todo profissional estaria despreparado ou teria suas ações baseadas em preconceitos e julgamentos, mas a cultura preconceituosa que permeia a realidade dessa população fomenta a exclusão e os processos de fragilização social e sanitária desse grupo: “Se eu tenho julgamentos morais que uma mulher não pode ter relação sexual com outra mulher, eu não te tratarei bem (Silva et al., 2020, p.4).”

A discriminação é das formas do preconceito colocado em prática: quando ele é expresso através de falas e de ações com vistas a exercer uma posição de superioridade, inferiorizando outros. Dessa forma, podemos visualizá-la como a materialização direta do preconceito que causa dor, sofrimento, exclusão e outros processos de fragilização dos sujeitos.

A discriminação nos serviços de saúde pode ser visualizada nas ações de profissionais, de outros/as usuários/as e de gestores/as; essa ação é nítida, inclusive, entre os próprios profissionais:

Um médico mais antigo pede para colocar paciente gay para outro profissional atender dizendo que esses pacientes “cantam” ele. Eu observo que é uma desculpa porque, na verdade, isso é preconceito (Silva et al., 2020, p.4).

A utilização de poder, de privilégios e de força para dominação de outro ou para gerar danos intencionais (ou não) são as faces explícitas de violência, que se desdobra em *Violência Institucional* (22) quando ocorrida dentro das instituições públicas e privadas incentivada por normas, regras e políticas que são reprodutoras de injustiças sociais (Krug et al., 2002; Minayo, 2013).

Essas atitudes acabam indo de encontro com os objetivos da PNSI-LGBT, que busca a humanização como fator primordial para promoção, proteção, atenção e cuidado

à saúde sem preconceitos e discriminações (BRASIL, 2013). Assim, a discriminação, a invisibilização, a exclusão, o preconceito e as demais formas de Barreiras de Acesso encontradas nesse estudo são de complexa reversão e envolvem medidas bem estruturadas por parte de gestores durante o processo de implementação da política, com vistas à promoção da saúde da população LGBTQIAPN+, pois grupos vulnerabilizados tendem a ser vítimas de estigmas e preconceitos dentro dos serviços de saúde (Fleury et al., 2013; Silva *et al.*, 2017).

Por fim, humanizar o sistema de saúde com vistas à promoção da saúde dessa população é, além de uma forma de aperfeiçoamento os serviços, uma maneira de aprimorar a relação entre usuários e profissionais, levando em consideração a existência de uma tendência das instituições e dos profissionais de exercerem ações extremamente burocratizadas e operarem como fatores de violência institucional (Fleury et al., 2013).

Tabela 01 – Temas Barreiras de Acesso

<b>TEMAS - BARREIRAS DE ACESSO</b>	
<b>Tema</b>	<b>Excertos</b>
Preconceito	49
Discriminação	36
Ausência de/ Baixa Procura pelos Serviços de Saúde	23
Violência Institucional	22
Invisibilização	19
Medo de Exposição da Sexualidade / Identidade de Gênero	10
Exclusão	8
Presunção de Preconceito por Parte de Usuários/as	5
Baixa Adesão às Ações	4
Dificuldade de Comunicação entre Profissionais e Usuários	4
Silenciamento	1
Falta de Acesso a Emprego e Renda	1
Exclusão Social	1
Falta de Segurança	1
Violência Física	1
Violência Psicológica	1
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>

## **Eixo Despreparo dos Profissionais**

Esse eixo analisa os resultados com foco no Despreparo dos Profissionais. O tema que mais foi abordado nos excertos foi *Falta de Conhecimento ou Capacitação (47)*, que expressa a ausência de informação e conhecimento. Um dos motivos dessa realidade é retratada pelos próprios profissionais de saúde quando observam a *Não Abordagem do Tema no Curso de Graduação (12)*:

Como os profissionais aprendem uma coisa muito superficial na faculdade, há a necessidade de capacitação, educação continuada, não somente para o enfermeiro, mas *pra* toda a equipe. (Belém, et al., 2018, p.8).

Não existe disciplina que nos ensine sobre o tema na academia, não falamos sobre isso no trabalho, não sabemos como agir com o usuário LGBT [LGBTQIAPN+]. É tudo novo, toda informação é bem-vinda (Silva et al., 2020, p.8)”.

Alguns profissionais, ainda, trazem outra realidade vivenciada diariamente pela população LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde, retratada no tema *Vinculação da Saúde LGBTQIAPN+ ao HIV/AIDS e/ou às IST (25)*: a presunção de que as demandas de saúde dessa população resumem-se ao HIV/AIDS, que acaba por afastar esse grupo das prestações de saúde integral. Os estudos mostram que: a maior parte das vezes em que os profissionais tiveram contato com as questões de saúde levando em consideração gênero e sexualidade e abordando formas plurais de suas expressões como homossexualidade e transexualidade foi vinculada à transmissão do HIV/AIDS. Isso, focaliza o olhar do profissional no sujeito como um agente causador de doenças e não como um corpo integral que precisa de múltiplos cuidados.

Quando estava na graduação, lembro que teve um seminário sobre sexualidade, que tratava das DST [IST], formas de contágio e prevenção; foi na disciplina de Infectologia, mas tudo foi muito superficial (Negreiros et al., 2019, p.27).

Nenhuma demanda específica com relação a isso. Continua sendo a questão exposição ao agravo sexualmente transmissível continua sendo isso (Pereira et al., 2017, p.59).

Trabalhei no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba para testagem rápida, mas durante vários dias a gente recebia a população LGBT [LGBTQIAPN+] que tinha tentado o atendimento em alguma unidade de saúde e que a partir do momento que falava sobre sua orientação sexual, imediatamente encaminhavam para lá, como se a população LGBT [LGBTQIAPN+] só tivesse questões de doenças sexualmente transmissíveis (Silva et al., 2020, p.9).

Embora seja um problema que tem origem no sistema de educação nacional, seu reflexo é sentido diretamente pelos/as usuários/as na assistência à saúde. Os estudos retratam de forma bastante contundente essa realidade, em especial o estudo de Silva et al. (2020) ao citar o direcionamento e o referenciamento de usuários LGBTQIAPN+ aos serviços de atendimento especializado (para HIV/AIDS) quando esses buscam os serviços de saúde básicos. Isso denota a importância das ações do Estado, seja na educação, seja na saúde, serem vistas de forma integralizada e observando as consequências diretas e indiretas de umas sobre as outras. Por certo que um |Gestor de Saúde não conseguirá mudar diretamente essa realidade, intervindo no sistema de educação, mas ele deve estar preparado para romper com esse problema quando ele chegar na saúde ou ainda evitar que se torne um problema, agindo de forma precoce sobre ele.

Outro ponto que necessita de um olhar atento dos gestores é o *Discurso do "Não-normal"* (9) utilizado por alguns profissionais para definir a população LGBTQIAPN+ em relação a população cis-heterossexual, como sendo anormais:

A maneira de falar requer mais cuidado com os homossexuais do que com as pessoas normais. (M9) (Negreiros et al., 2019, p.27).

Devem ser inseridos na população normal pra ser encarados com naturalidade (Pereira et al., 2017, p.56).

Acesso é aquilo que é ofertado para todos, sem distinção, para o normal e para o gay (Guimarães et al., 2017, p.58).

Esse pensamento que se mostra enraizado nas falas dos profissionais analisadas neste estudo fomenta a *Construção e Manutenção de Estereótipos e Estigmas (12)* e o *Atendimento Baseado em Crenças, Dogmas e Estigmas (8)*, fatores que geram as Barreiras de Acesso à saúde por essa população.

Eu não queria trabalhar com esse grupo, porque é tão complexo. Não só envolve doenças sexuais, mas sentimentos, triângulo amoroso, tantas coisas que seria a última coisa que eu queria trabalhar. Eu não gosto, não vou mentir (Belém, et al., 2018, p.6).

Krug *et al.* (2002) afirmam que algumas pessoas tendem a exercer violência sobre as outras a partir de suas bases culturais e ideológicas, sendo guiadas por seu sistema de crenças e valores, portanto, é necessário que se busquem formas de intervenção nas ações dos profissionais com vistas ao aperfeiçoamento e qualificação, objetivando uma maior compreensão sobre a realidade vivenciada por essa população e maior inserção dela nos serviços de saúde.

Por fim, Popadiuk et al. (2017) fazem um importante questionamento que deve ser analisado e respondido pelos Gestores Públicos de Saúde:

Sendo a atenção básica a responsável pela coordenação do cuidado e que é a partir dela que as pessoas trans são encaminhadas para os serviços de referência, indagamos: será que de fato não seriam importantes ações de sensibilização para que equipes da atenção básica e Estratégia Saúde da Família estejam preparadas para acolher essa população? (Popadiuk et al., 2017, p.1517).

Tabela 02 – Despreparo dos Profissionais

<b>TEMAS - BARREIRAS DE ACESSO</b>	
<b>Tema</b>	<b>Excertos</b>
Falta de Conhecimento ou Capacitação	47



Vinculação da Saúde LGBTQIAPN+ ao HIV/AIDS e/ou às IST	25
Culpabilização aos Usuários	17
Não Reconhecimento da Especificidade da Saúde LGBTQIAPN+	13
Não Abordagem do Tema no Curso de Graduação	13
Construção e Manutenção de Estereótipos e Estigmas	12
Desconhecimento da Política de Saúde LGBTQIAPN+	10
Disfunção dos Conceitos de Igualdade e Universalidade	9
Desrespeito ao Uso do Nome Social	9
Discurso do "Não-Normal"	8
Atendimento Baseado em Crenças, Dogmas e Estigmas	8
Falta de Conhecimento sobre Saúde da População LGBTQIAPN+	8
Desrespeito à Identidade de Gênero	6
Insegurança na Atuação Profissional	4
Julgamento do Comportamento dos Usuários	3
Patologização da Sexualidade e Identidade de Gênero	2
Não Querer Atender à População	2
Falta de Acolhimento	1
Falta de Experiência	1
Sensibilização dos Profissionais	1
Reprodução de Preconceitos nos Processos de Ensino	1
Resistência a Mudanças	1
<b>TOTAL</b>	<b>201</b>

## Eixo Problemas de Gestão

Esse eixo analisa os resultados com o foco nos Problemas de Gestão a serem observados no processo de formação de agenda da política pública e o tema que mais apareceu foi *Articulação com Usuários, Comunidade e Controle Social (16)* o que está alinhado com a proposta de ciclo de políticas públicas, que visa o envolvimento da população no processo (Rua, 2014). É importante a articulação com as pessoas que compõem a sigla LGBTQIAPN+, pois essa população tem demandas e necessidades específicas de saúde a serem atendidas pelas ações do Estado, mas só poderão expressá-las se forem convidadas a ocupar espaço de construção junto à gestão.

Outros fatores que se mostraram de importante observação nos achados da pesquisa são a *Articulação Intra e Intersetorial (11)*, a *Articulação entre Profissionais e Gestores (6)* e a *Articulação entre as Esferas de Governo (3)*. A *Articulação Intra e Intersetorial (11)* demonstra a necessidade de a atuação da gestão ser desenvolvida dentro da própria estrutura da saúde, solucionando a *Falta de Definição de Fluxo de Atendimento (7)* e a *Falta de Estratégias de Ação (6)*, estruturando a rede, alinhando os serviços ofertados e potencializando a cobertura da saúde à população.

Essa articulação entre agentes de diferentes subespaços, a complexidade e diversidade das relações estabelecidas, congregando militantes, pesquisadores e burocratas, contribuíram para a complementaridade das diferentes visões e foram fundamentais para a proposição da política, resultando em uma resposta estatal para a formalização da política (Bezerra et al., 2020, p.15).

A *Articulação entre Profissionais e Gestores (6)* é imprescindível para a tomada de decisão sobre quais ações são prioritárias, pois a visão de um profissional que atua no nível operacional é de extrema importância para o planejamento, pois é na operacionalização que os planos são concretizados.

Faltava, portanto, uma formalização da articulação com a gestão da Secretaria de Estado da Saúde que assegurasse perenidade, solidez e amplitude das ações que já se desenvolviam esporadicamente (Góis; Teixeira, 2018, p.371).

Por fim, a *Articulação entre as Esferas de Governo (3)* deve ser observada e fomentada para que se possa lograr sucesso na implementação da PNSI-LGBT, pois o SUS é um sistema descentralizado, regionalizado, em que as prestações têm caráter solidário pelas três esferas do governo, mas cada um é responsável por um nível de atenção e o serviço precisa ser delineado de forma articulada e integralizada.

Faz-se necessário destacar a vulnerabilidade específica de gênero, que precisa ser analisada em maior profundidade, por exemplo, os impactos advindos da pressão normativa sobre os corpos das garotas e jovens lésbicas, e efeitos psicossociais da homofobia na saúde delas (Silva et al., 2017, p.145).

Sendo assim, cabe à gestão compreender Gênero e Sexualidade como *Determinante Social da Saúde (9)* e reconhecer os efeitos desse tema sobre os processos de adoecimento que essa população está sujeita, tendo em vista que as ações de saúde existentes têm uma visão cis-heterossexual das pessoas e de suas necessidades.

Os relatos extraídos no discurso parecem revelar uma rejeição irracional à homossexualidade. As pessoas LGBTQIAPN+ não têm suas necessidades de saúde totalmente assistidas por consequência da LGBTQIAPN+ fobia. (Negreiros et al., 2019, p.28).

O *Combate à LGBTfobia e Outras Discriminações (10)* e a *Garantia do Nome Social (9)* devem ser compromissos dos gestores, não só durante o processo de implementação da política, mas durante toda a sua realização, pois são fatores primordiais para a inclusão e a retenção da população LGBTQIAPN+ nos serviços e atuarão diretamente no *Não Desenvolvimento de Vínculo da População aos Serviços (10)*.

Tabela 03 – Problemas de Gestão

<b>TEMAS - PROBLEMAS DE GESTÃO</b>	
<b>Tema</b>	<b>Excertos</b>
Articulação com Usuários, Comunidade e Controle Social	16
Articulação Intra e Intersectorial	11
Não Desenvolvimento de Vínculo da População aos Serviços	10
Combate à LGBTfobia e Outras Discriminações	10
Gênero e Sexualidade como Determinante Social da Saúde	9
Garantia do Nome Social	9
Criação de Comitê Técnico	9
Falta de Definição de Fluxo de Atendimento	7



Desenvolvimento de Planos de Busca Ativa, Captação e Retenção de Usuários/as	7
Investimento em Educação Permanente/Continuada	7
Falta de Estratégias de Ação	6
Descontinuidade de Ações	6
Articulação entre Profissionais e Gestores	6
Falta de Incentivo da Gestão	4
Distanciamento entre Profissionais e Usuários	4
Investimento na Atuação Interdisciplinar e em Rede	4
Consulta à População Alvo das Ações	4
Ações e Programas Transversais	4
Não Inclusão da População LGTBQIA+ nas Políticas de Saúde Existentes	3
Articulação entre as Esferas de Governo	3
Humanização das Ações	3
Incentivo à Participação da População LGBTQIAPN+ no Controle Social	3
Não Utilização Da Rede de Saúde Interdisciplinar	2
Falta de Campanhas que Insiram a População LGBTQIAPN+	2
Não Chama a População LGBTQIAPN+ aos Serviços	2
Suporte Estrutural, Material e Pessoal	2
Sobrecarga de Trabalho das Equipes	2
Descentralização das Ações e Decisões	2
Construção e Manutenção de Estereótipos e Estigmas	2
Desenvolvimento de Planos de Metas de Promoção de Saúde e Indicadores	2
Articulação entre os Níveis de Atenção à Saúde	2
Pessoa ou Setor de Referência para a Política	2
Consideração de Questões Geográficas, Estruturais, Econômicas e Sociais	2
Não Priorização da Política de Saúde LGBTQIAPN+	1
Cis-Heteronormatividade das Políticas de Saúde	1
Pactuação com os Profissionais	1
Insuficiência de Profissionais	1
Planejamento Estratégico Participativo	1
Definição da Atenção Básica como Porta de Entrada da Saúde Para a População LBGTOIA+	1
Divisão por Sexo para Procedimentos	1
Adequação de Cartão SUS, Formulários e Sistemas	1
Monitoramento e Avaliação das Estratégias e Ações	1
Levantamento de Demandas	1
Resistência a Mudanças pelos Profissionais	1



Elaboração de Nota Técnica para Orientação dos Profissionais	1
Previsão de Financiamento no Plano Plurianual	1
Poucos Ambulatórios Trans Instituídos	1
Alta Demanda	1
Investir na Promoção de Saúde LGBTQIAPN+	1
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é um direito de todos e uma obrigação do Estado brasileiro assumida com sua população na promulgação da Constituição Cidadã, que trouxe um novo delineamento para o Estado, tornando-o democrático de direito e como fundamento a promoção de uma sociedade justa, solidária e sem preconceitos (BRASIL, 2019). O compromisso do Estado foi ratificado com a promulgação da Lei 8.080/1990 que definiu o sistema de saúde brasileiro como universal, integral, gratuito e descentralizado (BRASIL, 1990). Para que esse sistema pudesse alcançar a população LGBTQIAPN+, foi instituída a PNSI-LGBT, que busca a equidade das ações de saúde para a população que compõe esse grupo, primando pela quebra do preconceito, da discriminação e o fomento da participação e da inclusão dessas pessoas aos sistemas e políticas de saúde (BRASIL, 2013).

No entanto, a efetiva inserção dessa população ao SUS e a promoção de sua saúde depende de que a PNSI-LGBT seja implementada nos municípios, uma vez que o SUS é estruturado como uma rede de atenção à saúde descentralizada, hierarquizada e regionalizada (BRASIL, 1990).

Os Gestores Públicos de Saúde, para implementarem a PNSI-LGBT, precisam, além de ter um olhar sem preconceitos e julgamentos na direção da promoção de saúde desse público, observar alguns critérios e aspectos que podem servir como diretrizes para essa instituição. Os achados dessa pesquisa mostram que, ao observar processos de implementação da PNSI-LGBT anteriores e estudos com profissionais de saúde para entender como eles vivenciam os aspectos da saúde LGBTQIAPN+ diariamente, é necessário direcionar o trabalho para três eixos de atuação: as Barreiras de Acesso que

fazem com que essa população evite, não acesse ou acesse pouco os serviços de saúde; o Despreparo dos Profissionais que acaba prejudicando o atendimento, a retenção dos usuários e a promoção de sua saúde; e os Problemas de Gestão que permeiam a rede de atenção à saúde.

A luta pelo direito à saúde da população LGBTQIA+ ultrapassa a simples previsão legal de uma possibilidade. Ela insere-se no campo da materialidade, na positivação de ações por parte do Estado, aqui visto no âmbito dos municípios. Mas para que ela aconteça, são necessários esforços dos Gestores Públicos de Saúde para romper com o preconceito, a discriminação e promover o acesso aos serviços. Mas, isso só acontecerá se as ideias e os valores desse gestor estiverem alinhados com os princípios da universalidade, integralidade e equidade que delineiam o SUS.

Esse preconceito não se romperá de forma instantânea, são necessários tempo, discussão e ação. No entanto, a saúde da população LGBTQIAPN+ urge por promoção e proteção, exigindo dos Gestores Públicos de Saúde uma atuação positiva. Os achados dessa pesquisa podem servir de base para esses profissionais, trazendo uma série de itens a serem observados dentro de cada eixo, dando-lhes uma base e um caminho para iniciar a discussão e os trabalhos. Assim, não é preciso que se rompa, necessariamente, o preconceito dos gestores primeiro, ele pode ser rompido aos poucos, durante o processo de implementação, sendo desconstruído e dando espaço para o conhecimento sobre a saúde dessa população que também está sob o seu cuidado.

Essa pesquisa teve como limitação o pouco material disponível discutindo o assunto, mostrando a necessidade de que mais estudos sejam realizados no campo de implementação de políticas públicas de saúde LGBTQIAPN+, possibilitando uma discussão mais ampliada e podendo levar em conta aspectos regionais, uma vez que o Brasil e sua dimensão continental traz fatores como cultura, clima, renda, distribuição geográfica, infraestrutura e outros que impactam diretamente na forma de se construir um sistema de proteção e recuperação da saúde.

Por fim, este estudo não objetiva abordar todos os desafios que devem ser observados pelos Gestores Públicos de Saúde para a implementação da PNSI-LGBT nos

territórios, tampouco esgotar a discussão sobre o assunto. Ele se propõe a encontrar um ponto de partida observacional que auxilie esses profissionais no delineamento e estruturação dessa política.

Estudos posteriores podem complementar a presente pesquisa, trazendo outras questões ou, ainda, sugerindo intervenções sobre os desafios aqui abordados, potencializando este estudo e demonstrando sua importância para a área de Gênero e Sexualidade e de Implementação de Políticas Públicas de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos em Paris [recurso eletrônico]**. 10 dez. 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2022.

BELÉM, Jameson Moreira; ALVES, Maria Juscinaide Henrique; PEREIRA, Emanuely Vieira; MOREIRA, Felice Teles Lira dos Santos; QUIRINO, Glauberto da Silva; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar. Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família. **Rev baiana enferm** (2018);32:e26475.

BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha; MAGNO, Laio; PRADO, Nilia Maria de Brito Lima; SANTOS, Adriano Maia dos. Condições históricas para a emergência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no espaço social da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 37, n. 8, 2020.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos. 7ª reimpressão**. Trad. de Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer. — Nova ed. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da**



**mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS. 2011.

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 : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **[Constituição (1988)]**. Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]. — Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019.

BRAUN, Virginia e CLARKE, Victoria. **Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology** 2006; 3: 77-101.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. **Thematic Analysis**. In H. Hooper (Ed.). APA Handbook of Research Methods in Psychology (2a Ed., Cap. 4, pp. 57-71). Research Designs, 2012.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. **Reflecting on reflexive thematic analysis. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, Londres, v.11, n.4, p.589-597, 2019.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CONTE, Vanessa. Prefeitura de Porto Alegre. **Capital lança política de saúde integral LGBTI+ nesta sexta. 2019**. Disponível em: <  
<https://www.prefeitura.poa.br/sms/noticias/capital-lanca-politica-de-saude-integral-lgbtqi-nesta-sexta>> Acesso em 5 de maio de 2022.



- FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP 9(1)**. 70-82. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 2010.
- FLEURY Sonia, BICUDO Valéria, RANGEL Gabriela. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. **Salud Colectiva**. 2013;9(1):11-25.
- GÓIS, João Bôsko Hora; TEIXEIRA, Kamila Cristina da Silva. A intersectorialidade na implementação dos Centros de Referência da Cidadania LGBT no Rio de Janeiro / The intersectoriality on the implementation of LGBT Citizenship Reference Centers in Rio de Janeiro. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, 17(2), 363 – 378, 2018.
- GRANDO, Juliana Bedin; MENDES, Tiago Meyer. Concepção de cidadania contemporânea e o direito à saúde no Estado democrático de direito. In: STURZA, Janaína Machado; GRANDO, Juliana Bedin; LUCION, Maria Cristina Schneider. (Org.). **Estado, políticas públicas e direito à saúde: ensaios sob a égide dos direitos humanos**. 1ed. v. 1, p. 10-25. Santa Cruz do Sul: Editora Unijui, 2014.
- GUIMARÃES, Rita de Cássia Passos; CAVADINHA, Edu Trute; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, 11(1), Pág. 121-139, 2017.
- GUIMARÃES, Nilo Plantiko; SOTERO, Rafaela Lirio; COLA, João Paulo; ANTONIO, Suzana; GALAVOTE, Heletícia Scabelo. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro**, v. 14, n. 2, p. 372-385, abr./jun. 2020.
- KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIRA, Anilka Medeiros Lima e. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.



MALMEGRIN, Maria Leonídia. Gestão de redes de cooperação na esfera pública / Maria Leonídia Malmegrin. – 3. ed. **rev. atual.** – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2015.

MARTINS, Eduardo Luiz Mendonça. **Seminário Temático 3: Saúde** / Eduardo Luiz Mendonça Martins. — São João del-Rei, MG: UFSJ, 2011.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Correa; MOURA, Ana Lucia (Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MENDES, Eugênio Valença. **Desafios do SUS** / Eugênio Valença Mendes. – Brasília, DF: CONASS, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2010.

NEGREIROS, Flávia Rachel Nogueira de; FERREIRA, Breno de Oliveira; FREITAS, Danilo de Negreiros; PEDROSA, José Ivo dos Santos; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**. 2019, v. 43, n. 1, pp. 23-31.

NUNES, Dymaima Kyzzy. **As gerações de direitos humanos e o estado democrático de direito. 2010.** Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/as-geracoes-de-direitos-humanos-e-o-estado-democratico-de-direito/>> Acesso em 5 de maio de 2022.

OLIVEIRA, João Rezende; COSTA, Tágory Figueiredo Martins. Instituições de Direito Público e Privado. 3. ed. **rev. atual.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2016.

OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Género y Salud: una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud.** Washington D.C., 2010.



PEREIRA, Edson Oliveira; FERREIRA, Breno de Oliveira; AMARAL, Gabriella Sorgatto do; CARDOSO, Camila Vital; LORENZO, Claudio Fortes Garcia. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, 2017, 11(1), Pág. 51-67.

PMSP. Prefeitura do Município de São Paulo. Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBT. Relatório do Processo de Implementação. **GT Atenção à Saúde Integral da População LGBT**. Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. São Paulo. 2014.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 22, n., pp.1509-1520. ISSN 1678-4561.

ROCHA, Ludmilla Elyseu. **Formação e Avaliação de Políticas Públicas: volume único** / Ludmilla Elyseu Rocha – Rio de Janeiro: Fundação Cecierj, 2015.

RUA, Maria das Graças. Políticas Públicas / Maria das Graças Rua. – 3. ed. **rev. atua.** – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014.

SANTANA, Alef Diogo da Silva; LIMA, Marcos Soares de; MOURA, Jefferson Wildes da Silva; VANDERLEY, Isabel Cristina Sibalde; ARAJÚJO; Ednaldo Cavalcante de. Dificuldades no acesso aos serviços de saúde por lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. **Rev enferm UFPE on line**. 2020

SANTOS, Viviane Fernandes dos. **O acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. Orientador: Luiz Carlos Brant. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de especialização em atenção básica da família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SILVA, Jonatan Willian Sobral Barros da; SILVA FILHO, Carlos Nobre e; BEZERRA, Hassyla Maria de Carvalho; DUARTE, Kesia Valentim Nascimento Macedo, QUININO, Louisiana Regadas de. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do



controle social. Espaço para a Saúde - **Revista de Saúde Pública do Paraná**. 2017. 18. 140.

SILVA, Amanda de Cassia Azevedo da; ALCÂNTARA, Anelise Montañes; OLIVEIRA, Daniel Canavese de; SIGNORELLI, Marcos Claudio. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2020, v. 24.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

WHO. **FAQ on Health and Sexual Diversity: An Introduction to Key Concepts**. Geneva: World Health Organization; 2016.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração** – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2009.

**Submissão:** outubro 2023

**Aceite:** dezembro 2023