

## **Os desafios de implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em Minas Gerais sob a percepção dos gestores e profissionais de saúde de diferentes regiões do estado<sup>1</sup>**

*Samuel Araujo Gomes da Silva,  
Professor Substituto do Departamento de Demografia, UFMG  
[samaraujogo@gmail.com](mailto:samaraujogo@gmail.com)*

*Paula Miranda-Ribeiro  
Professora do Departamento de Demografia e do Cedeplar, UFMG.  
Bolsista de produtividade 1C do CNPq  
[paula@cedeplar.ufmg.br](mailto:paula@cedeplar.ufmg.br)*

*Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha,  
Professora do Departamento de Economia e do Cedeplar, UFMG.  
Bolsista de produtividade 2 do CNPq  
[knoronha@cedeplar.ufmg.br](mailto:knoronha@cedeplar.ufmg.br)*

*Gilvan Ramalho Guedes,  
Professor do Departamento de Demografia e do Cedeplar, UFMG.  
Bolsista de produtividade 2 do CNPq  
[grguedes@cedeplar.ufmg.br](mailto:grguedes@cedeplar.ufmg.br)*

### **Resumo**

O presente trabalho tem por objetivo discutir as limitações e os desafios impostos na implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais sob a percepção dos profissionais de saúde e gestores da política em diferentes regiões de Minas Gerais. Para tanto, as entrevistas semiestruturadas passaram inicialmente por uma análise de conteúdo e foram organizadas posteriormente em uma rede temática. Os resultados apontam que aspectos estruturais como informação sobre a população alvo, a falta de financiamento e de um sistema de monitoramento e avaliação dificulta a execução da Política no estado.

**Palavras-chave:** Saúde; LGBT; Minas Gerais; PNSILGBT

**Área:** Políticas Públicas e Planejamento Regional e Urbano

---

<sup>1</sup> O presente trabalho foi desenvolvido no escopo do projeto de pesquisa “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Adequabilidade do Sistema de Saúde para Lidar com as Necessidades da População LGBT”, financiado pelo edital 07/2017 do PPSUS. As autoras e os autores agradecem às agências brasileiras de fomento pelo suporte dado na produção deste artigo: Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPq); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e, em especial, ao programa de Pesquisas para o SUS (PPSUS).

# **Os desafios de implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em Minas Gerais sob a percepção dos gestores e profissionais de saúde de diferentes regiões do estado**

## **Introdução**

Diversos estudos têm reconhecido a importância dos “determinantes sociais da saúde” para explicar os diferenciais em saúde entre diferentes grupos sociodemográficos, incluindo aqueles definidos pela orientação sexual (COCHRAN et. al. 2014). Para esse grupo de teóricos, para além dos comportamentos e características dos indivíduos em si, os resultados de saúde são determinados também por macro-determinantes que podem ser entendidos como fatores sociais, culturais, políticos e ambientais que se traduzem nas experiências que as pessoas têm no mundo e são refletidas em seus corpos (KRIEGER, 2005; WHITEHEAD e DAHLGREN, 2006).

Para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), a influência dos macro-determinantes nos resultados de saúde é facilmente entendida através da teoria do estresse das minorias. Nesse modelo, Meyer (2003) se vale do argumento de outros pesquisadores (BROOKS, 1981; FRIEDMAN, 1999) para afirmar que o estigma, o preconceito e a discriminação vivenciados por essas pessoas as colocam em um ambiente social hostil e estressante que culmina em maiores ocorrências de problemas mentais. Esses resultados derivam de um processo de estresse mediado por características sociodemográficas, que inclui a experiência iminente e concreta de eventos de violência em decorrência do preconceito em relação à sua condição de minoria social; expectativas de rejeição; tentativa de supressão das identidades; LGBTfobia internalizada; e formas “insalubres” de enfrentamento desse processo. Atualmente, essa relação é a mais validada na literatura para explicar como o estigma social e a exclusão na vida das pessoas LGBTs, resultado de um processo discursivo de gênero, reduz a sua qualidade de vida relacionada à saúde (SANDFORT, GRAAF e BJIL, 2003; MONGELLI et. al., 2019).

Além dos diferenciais nos resultados de saúde e dos seus fatores associados, há uma preocupação em entender também as condições de acesso aos serviços de saúde na população LGBT. Estudos recentes apontam que, ao contrário do que se esperava, os serviços de saúde não estão preparados para cuidar de pessoas não-heterossexuais e transgêneros, sendo este um fator determinante na explicação das dificuldades de acesso

de LGBTs a esses serviços (ALBUQUERQUE et al., 2016). Na prática, os problemas levantados na literatura indicam a existência de restrições estruturais como acesso aos seguros de saúde (BUCHMUELLER e CARPENTER, 2010), preocupações com a violação da confidencialidade das informações dos pacientes por parte dos profissionais de saúde (BOYCE et al., 2012), e dificuldades de implementação de ações de saúde voltadas para a população LGBT (MELO et al., 2011).

No Brasil, a pressão dos movimentos sociais para a construção de uma política de saúde voltada para LGBTs no escopo do Sistema Único de Saúde (SUS) fez com que na primeira década dos anos 2000 algumas ações importantes fossem criadas formalmente. Um marco histórico nas políticas públicas para população LGBT foi a criação do Programa Brasil sem Homofobia em 2004, demonstrando a compreensão da importância em se tratar os aspectos psicossociais que afetam a saúde da população LGBT. Naquele ano também foi criado Comitê Técnico de Saúde da População GLBT (Portaria Nº 2.227, do Gabinete do Ministro, de 14 de outubro de 2004) no Ministério da Saúde. Coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), esse Comitê se constituiu em espaço de articulação, debate de demandas de representações do movimento social, envolvendo todas as áreas pertinentes do Ministério da Saúde para promover a inserção das especificidades de saúde desse contingente populacional nas políticas e ações do SUS. A criação deste Comitê Técnico propiciou a formulação de políticas concretas, como é o caso do Processo Transexualizador no âmbito do SUS, instituído pela Portaria GM nº 1707, de 18 de agosto de 2008 e regulamentado pela Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008 (POPADIUK et. al., 2017). Cabe ressaltar que antes dessas portarias foi estabelecida em 2006 a Carta de Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006) que incluiu o uso do nome social nos atendimentos e no cadastro dos usuários como forma de integrar as(os) transexuais e travestis aos ambientes da saúde notadamente resistente.

No fim de 2011, o governo brasileiro criou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que só foi oficialmente publicada em 2013, com o objetivo de legitimar as demandas específicas e nortear o atendimento integral dessa população. Esse programa orienta a reunião de esforços das três esferas do governo e da sociedade civil organizada em prol da promoção, atenção e cuidado com saúde, com vistas à redução das desigualdades causadas por orientação sexual e identidade de gênero. Também busca o combate à

homofobia, lesbofobia e transfobia, além da redução ou extinção da discriminação nas instituições e serviços do SUS (BRASIL, 2012).

Em Minas Gerais, no intuito de aplicar a política no nível estadual, foi estabelecido em 2016 a criação de comitê técnico de saúde LGBT no estado. Essa esfera participativa, com formação paritária entre o governo e a sociedade civil e com integrantes de todas as identidades que compõe a sigla, têm como principais atividades discutir, propor e monitorar ações para aumento da informação e redução das barreiras para a promoção da saúde entre pessoas LGBT (Resolução Conjunta SES-MG/SEDPAC-MG/SEE-MG n° 207, de 17 de novembro de 2016). Um dos resultados da criação e da atuação do comitê foi a publicação em 14 de agosto de 2020, da Resolução CIB-SUS/MG n. 3.202 que “Aprova, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, a Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT.” Entretanto, o plano operativo da política estadual ainda será desenvolvido pelo comitê.

Nas poucas avaliações dos serviços de saúde sobre o tema, profissionais da saúde pública de Belo Horizonte reconhecem que a implantação de atenção integral à população LGBT é um desafio. Entre as dificuldades elencadas, estão o respeito à identidade de gênero por meio da utilização do nome social nas unidades de saúde até a falta de serviços especializados que promovam intervenções nos corpos das(os) transexuais, passando pelo precário apoio psicossocial disponível ao grupo e pela falta de preparo dos profissionais para tratar as especificidades de cada identidade/orientação que compõe essa população (PBH, 2015). Segundo Albuquerque et. al. (2016) e Ferreira et. al. (2017), essas dificuldades cotidianas no acesso e utilização dos serviços de saúde são decorrentes da falta de formação específica para os profissionais de saúde cuidarem dessa população, o que se traduz na imposição de atitudes heteronormativas nos serviços de saúde, afastando assim cada vez mais essa população do SUS (ALBUQUERQUE et. al., 2016; FERREIRA et. al., 2017).

No intuito de compreender as limitações e os desafios impostos na implementação da PNSILGBT, discutimos esses aspectos sob a percepção dos profissionais de saúde e gestores da política em diferentes regiões de Minas Gerais. Para tanto, foi feita uma análise de conteúdo com o resultado das entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e gestores da política em diferentes regiões de Minas Gerais, posteriormente organizadas em uma rede temática.

## **Métodos**

Para operacionalizar este estudo, iniciamos pela técnica de análise de conteúdo para categorizar as entrevistas semiestruturadas com gestores públicos e profissionais de saúde responsáveis pela implementação e execução da política nacional de saúde LGBT em diferentes regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais. No processo, buscamos verificar como os serviços públicos e, especialmente, os de saúde, têm se organizado para atender as demandas específicas da população LGBT em Minas Gerais e entender os gargalos entre as determinações legais e a execução dessas políticas no território, bem como suas possíveis razões.

Foram feitas 18 entrevistas semi-estruturadas com gestores públicos responsáveis pela implementação e execução da política nacional de saúde LGBT em diferentes regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais, gestores municipais da capital mineira, gestores do nível central da Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais e profissionais dos serviços de saúde reconhecidos no estado pelo atendimento à população LGBT. As entrevistas aconteceram em duas etapas. A primeira foi inteiramente presencial no local de trabalho dos(as) entrevistados(as), em 8 cidades do estado, entre dezembro de 2018 e agosto de 2019. A segunda etapa se deu como um desdobramento da primeira. Nas análises preliminares das entrevistas com gestores e usuários, verificamos a citação dos serviços que atuam na política de prevenção e controle do HIV/Aids e outras ISTs como referência para o atendimento das pessoas LGBT. Nesse sentido, buscamos conversar com mais dois profissionais que atuam nessa política para entender melhor o funcionamento desses serviços no escopo da política de saúde integral LGBT. Essas entrevistas aconteceram em maio de 2020 via Skype em razão do isolamento social implementado para controlar a pandemia de COVID-19.

Para potencializar a compreensão desses resultados das entrevistas, combinamos a estrutura da análise de conteúdo com as redes temáticas (ATTRIDE-STIRLING, 2001). Essa proposição analítica se caracteriza pela organização dos dados em uma rede de significados que resume as proposições contidas nos dados, levando em consideração 6 passos principais: 1) codificação do material; 2) identificação dos temas; 3) construção da rede temática; 4) sua descrição e exploração; 5) criação de uma estrutura resumo dos

padrões e conexões dessas redes; e 6) sua análise segundo os pressupostos teóricos da pesquisa.

Para o iniciar o processo de análise, todas as entrevistas foram transcritas literalmente e carregadas no software NVivo, a fim de agilizar, aumentar as possibilidades e garantir confiança à análise (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011). As categorias para a codificação do material foram pré-definidas com base na literatura levantada e, uma vez categorizadas, foram utilizadas as ferramentas de visualização comparativa das categorizações para auxiliar na identificação dos temas e construção das redes temáticas.

As categorias de análise das entrevistas com os gestores sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde foram inspiradas especialmente nos protocolos e resultados da pesquisa “Saúde LGBT” (NESP, 2018). Além desses, também utilizamos os resultados da análise documental comparativa entre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN; e de construtos teóricos como a formação dos profissionais de saúde e dificuldades de acesso de LGBTs a esses serviços (ALBUQUERQUE et al., 2016); a existência de restrições estruturais ao acesso (BUCHMUELLER e CARPENTER, 2010); preocupações com a violação da confidencialidade das informações dos pacientes por parte dos profissionais de saúde (BOYCE, BARRINGTON, BOLANÕS, ARANDI E PAZ-BAILEY, 2012) e dificuldades de implementação de ações de saúde voltadas para a população LGBT (MELO, PERILO, BRAZ e PEDROSA, 2011).

**Tabela 1 – Composição dos/das Entrevistados(as) - Fase 1**

Identificação	Grupo etário	Id. Gênero	LGBT	Área de Formação (CAPES)	Lotação
---------------	--------------	------------	------	--------------------------	---------

---

<b>GA 01</b>	35 - 39	Masculina	Sim	Ciências da Saúde	Nível Central Gov. Est. MG
<b>GA 02</b>	30 - 34	Feminina	Sim	Ciências da Saúde	Nível Central Gov. Est. MG
<b>GA 03</b>	35 - 39	Feminina	Sim	Ensino Médio	Nível Central Gov. Est. MG
<b>GA 04</b>	25 - 29	Feminina	Sim	Ciências Humanas	Nível Central Gov. Est. MG
<b>GA 05</b>	45 - 49	Feminina	Não	Ciências Humanas	Nível Central Gov. Est. MG
<b>GA 06</b>	40 - 44	Feminina	Não	Ciências Humanas	Universidade/Equipamento de saúde
<b>GA 07</b>	40 - 44	Masculina	Sim	Ciências Humanas	Equipamento/Serviço
<b>GA 08</b>	30 - 34	Masculina	Sim	Ciências Humanas	Equipamento/Serviço
<b>GA 09</b>	35 - 39	Feminina	Não	Ciências da Saúde	Ref. Téc. SES
<b>GA 10</b>	25 - 29	Feminina	Não	Ciências da Saúde	Ref. Téc. SES
<b>GA 11</b>	30 - 34	Feminina	Não	Ciências da Saúde	Ref. Téc. SES
<b>GA 12</b>	25 - 29	Feminina	Não	Ciências da Saúde	Ref. Téc. SES
<b>GA 13</b>	35 - 39	Feminina	Não	Ciências Biológicas	Ref. Téc. SES
<b>GA 14</b>	35 - 39	Feminina	Não	Ciências da Saúde	Ref. Téc. SES
<b>GA 15</b>	30 - 34	Feminina	Não	Ciências da Saúde	Ref. Téc. SES
<b>GA 16</b>	45 - 49	Feminina	Não	Ciências Humanas	Universidade/Equipamento de saúde
<b>GA 17</b>	30-34	Feminina	Não	Ciências da Saúde	Universidade/Equipamento de saúde
<b>GA 18</b>	70-74	Masculina	Não	Ciências da Saúde	Universidade/Equipamento de saúde

Fonte: Pesquisa Manas (2021)

A tabela 1 mostra a composição dos profissionais entrevistados. Como podemos observar, a maioria dos(as) entrevistados(as) tinham entre 25 e 39 anos, com identidade de gênero feminina, não LGBT e com formação em curso superior na área da saúde. Em relação aos cargos ocupados, 7 eram especialistas em política e gestão de saúde lotadas como referências técnicas da política de saúde LGBT, 5 eram servidores do nível central do governo de Minas Gerais, 2 de equipamentos de políticas gerais para a população LGBT e 4 de universidades e/ou equipamentos de saúde especializados em saúde LGBT.

No que se refere às referências técnicas, entramos em contato com todos(as) os(as) servidores(as) nessa função nas 13 macrorregiões do estado na época, dos quais 7 concordaram participar da pesquisa. Entre as 6 que não foram entrevistadas, 4 não puderam participar por incompatibilidade de agenda e 2 se recusaram a atender a equipe da pesquisa. Dessas, uma alegou que não tinha conhecimento da existência de população LGBT na macrorregião em que ela trabalhava e por esse motivo não tinha nada para agregar ao estudo. A outra reconheceu que não tinha realizado nenhuma atividade voltada para essa população na macrorregião e alegou não se sentir confortável em participar da pesquisa.

## **Resultados**

Como podemos observar, a rede temática se conformou nos temas: diagnóstico, atendimento, familiaridade com tema e política nacional de saúde integral da população LGBT. O tema **diagnóstico** agrupou a percepção dos gestores e profissionais dos serviços de referência para essa população no que se refere à condição de saúde das pessoas LGBT, incluindo suas necessidades e reivindicações. O tema **atendimento** agrupa a descrição dos serviços disponíveis para essa população no estado de Minas Gerais, na capital e nas macrorregiões, bem como os desafios ainda presentes nesse atendimento. No eixo **“familiaridade com tema”**, agrupamos os relatos que demonstram as motivações pessoais e profissionais dos entrevistados em relação ao tema, tangenciando sua experiência profissional, formação e as mudanças contextuais vivenciadas nas últimas décadas. Por fim, o último tema agrega a **percepção da política** propriamente dita, o papel da participação social na sua formulação e execução, os desafios institucionais na sua execução e as proposições de mudança.

**Figura 1 – Rede Temática – Saúde da População LGBT – Gestores/Profissionais**



Fonte: Pesquisa Manas (2019)

## Diagnóstico

Segundo a percepção dos profissionais de saúde e gestores entrevistados, várias das demandas levantadas são entendidas como decorrentes do estigma social e preconceito que as pessoas LGBT são mais expostas, resultando em questões de saúde mental e comportamentos que podem afetar os resultados gerais de saúde.

“[...] um dos principais fatores em relação à saúde é a saúde mental, já falei aqui em princípio, e que por aí desencadeia umas outras séries de transtornos”. (*Mulher trans, LGBT, 30-34 anos*).

Além das questões de saúde propriamente ditas, há também uma percepção que vai ao encontro do levantado por Albuquerque et. al. (2016) e Ferreira et. al. (2017) de que as dificuldades de acesso são parte substancial do problema enfrentado por LGBTs nos serviços de saúde. As questões levantadas variam desde uma busca crescente por serviços, mesmo que esses ainda não estejam qualificado para esses atendimentos, combinada ao despreparo dos profissionais, problemas no acolhimento e no estabelecimento de vínculos. Tudo isso é mediado por uma comunicação entre pares que afasta essa população dos serviços entendidos como pouco acolhedores.

“Essa população ela tem em todos os lugares, municípios de dois mil habitantes aos de quinhentos mil ou mais. [...] e eles estão chegando até as unidades de saúde. Muitos deixam de ir, né? Por constrangimento. Mas os que chegam às vezes não são atendidos por suas necessidades ou então passam por algum constrangimento e deixa de voltar”. (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

“[...] eu estava na rua, e uma das travestis falou assim, ela estava com um olho muito inchado, eu falei [nome] o que que é isso? Ela falou assim: foi uma colega, uma amiga que colocou álcool no meu delineador. Eu falei assim, por que você não procurou o serviço de saúde? Ela falou, eu fui à UBS, mas eles me mandaram para o [nome do hospital], que é nosso serviço especializado em IST/AIDS. Ela falou: tudo que travesti precisa deve ser preservativo. Se eu precisar, tiver dor de garganta e amarrar o preservativo na garganta vai melhorar?” (*Mulher cis, não-LGBT, 45-49 anos*).

A relação com os pares afeta a busca por provedores e serviços específicos ou a recusa de frequentar esses espaços. Fica também evidente nas falas que as mudanças sociais e disseminação das informações sobre os direitos dessa população, em especial dos previstos no escopo da política nacional, faz com que haja uma maior reivindicação pelo seu cumprimento. Essas demandas surgem tanto do usuário direto no serviço, mas também da criação de espaços institucionais de discussão dessas questões.

“[...] obviamente existia a demanda antes, mas quando você constrói uma estrutura, para lidar com isso, vai chegar [a demanda] porque é desperto de outras formas” (*Mulher cis, LGBT, 25-29 anos*).

## **Atendimento**

Pelas entrevistas podemos perceber que boa parte da oferta de serviços disponível para a população LGBT está muito voltada para o atendimento das demandas de HIV/AIDS e outras ISTs, reconhecimento do nome social, os atendimentos nos ambulatórios trans e hormonioterapia em específico.

“[...] por muitos anos somente a população gay tinha um recorte mais claro do acesso à saúde por causa da política de DST-AIDS ou de IST-AIDS. Então sempre foi colocado um recorte específico para essa população”. (*Homem cis, LGBT, 35-39 anos*).

“[...] O que a gente faz de trabalho com o público de atenção primária nos municípios nessa questão do nome social, [é que] a gente tem um acompanhamento que fazemos o monitoramento dos profissionais na área. Não só atenção primária, mas também unidades básicas de saúde, das famílias” (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

No que se refere ao atendimento de pessoas trans, percebemos também uma preocupação em compreender a experiência prévia das pacientes com a utilização dos hormônios e, se for o caso, adequação da dosagem e tipo de hormônio. Também identificamos serviços de aconselhamento para a redução de danos nos casos de aplicação de silicone industrial e cirurgias para solucionar problemas decorrentes de infecções com os silicones já aplicados.

“[...] aqui eu acho que é diferente, porque a gente não julga, se a pessoa já vem com dois anos de testosterona, vamos ver como está a dosagem. Já está usando? Ótimo. Está indo bem? Vamos ver como que vai ser agora. A gente oferece essa possibilidade para essas pessoas”. (*Mulher cis, não-LGBT, 40-44 anos*).

“[...] a gente vincula as pessoas que nunca foi à uma UBS, porque já vem com essa, esse estigma muitas vezes. [pensam] lá eles vão me reprimir, não vão me chamar pelo nome social. [...] A gente orienta atualizar o cartão de vacina, ou seja, o hospital aqui está fazendo com que a Unidade Básica de Saúde, cumpra o papel dela”. (*Mulher cis, não-LGBT, 40-44 anos*).

Por fim, temos poucos ambulatórios no estado específicos para o atendimento da população trans, sendo apenas três no Estado de Minas Gerais (2 em Belo Horizonte e 1 em Uberlândia). Como resultado, observamos um fluxo maior de deslocamento dessas pessoas em busca de atendimento, como discutido por Popadiuk et. al., (2017) e relatado pela maioria das pessoas trans que entrevistamos.

“as próprias pessoas via redes sociais descobrem o ambulatório trans, ou por outras formas de comunicação, um colega, esses grupos nas redes sociais. [...] daí eles marcam a consulta aqui e depois a prefeitura solicita

o TFD [tratamento fora do domicílio] e pergunta o que a pessoa vai fazer aqui. Até hoje nenhuma prefeitura questionou a vinda de qualquer usuário aqui no serviço”. (*Mulher cis, não-LGBT, 40-44 anos*).

“[...] gente tem aqui na cidade de maneira recente o ambulatório Trans, que tem sido procurado por outros municípios. Independente de antes do ambulatório, nós temos centros de saúde que já é possível identificar um atendimento específico para população trans e LGBT de modo geral. Um dos centros de saúde tem ativamente feito ações de visibilidade e conscientização e recepção de população LGBT”. (*Homem cis, LGBT, 30-34 anos*).

Mesmo com alguns serviços disponíveis para a população LGBT, o número de desafios ainda é enorme. As questões variam desde a falta de preparo dos profissionais para lidarem com essa população até as estruturas das políticas propriamente ditas. Aspectos pessoais como as crenças individuais, a preocupação com uma possível falta de garantia do sigilo e de criação de vínculo também são desafios que se mostram ainda maiores em cidades pequenas.

“Para mim o gargalo é o preconceito, é o principal. [...] é um preconceito que vem do porteiro ao médico” (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“Eu já vivenciei isso na assistência, de atender travesti e eu escutar risos de dentro da minha sala que estavam vindo dos corredores de [outros] profissionais”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“[...] é uma população que tem uma dificuldade de criação de vínculo mesmo. Porque ela é tão deixada que é difícil você trazer essa população”. (*Mulher cis, não-LGBT, 25-29 anos*).

“Eu acho que não existe um padrão. Aliás esse é um dos problemas que a gente tem na atenção primária. A gente não tem uniformidade, então varia de quem está na linha de frente, do profissional que está atendendo, dá visão que ele teve, até dá visão enquanto pessoa”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“Cidades pequenas o preconceito é sempre mais difícil. A questão da abordagem é mais difícil [...] todo mundo conhece todo mundo [...] eu acho que o principal problema é esse acesso e garantir o sigilo [...] você não consegue ter uma linha de cuidado, porque aí você mora na cidade A mas quando precisa de atendimento vai na B, ou na C, e você vai fazendo rodízio por que você não quer ser julgado, né?”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

A falta de medicamentos disponíveis para pessoas trans, bem como o desconhecimento dos profissionais da atenção primária sobre utilização de hormônios por pessoas trans são alguns dos pontos citados.

“[...] Pelo fato dele [o ambulatório trans] não ser reconhecido e habilitado, a medicação tem que ser comprada pelo usuário [...] você está ofertando uma série de profissionais, uma série de procedimento e na hora que ela vai precisar de um medicamento, ela não consegue pegar a medicação pelo SUS”. (*Mulher cis, não-LGBT, 40-44 anos*).

“já tivemos alguns casos de uma certa resistência na hora da aplicação da testosterona. A enfermeira acha que a pessoa está indo lá para tomar a injeção pra bombar, igual eles falam. Já tivemos ligações aqui, que falaram: tem uma pessoa aqui com uma receita do [nome do hospital] para testosterona. O que é que é isso? Daí a gente explica e a pessoa compreende. Na próxima vez que o usuário vai usar o posto, não tem mais problema”. (*Mulher cis, não-LGBT, 40-44 anos*).

O entendimento de que não há necessidade de uma política específica para esse público pois o princípio da universalidade do SUS por si é garantia de um atendimento igualitário também se mostra como uma barreira ao atendimento.

“A gente já tentou, já iniciamos uma discussão, com o coordenador da atenção básica, foi assustador a reação dele, assustador. [ele falou] não tem que fazer diferente, todo mundo é tratado igual, o acesso é igual é para todos. [...] E a gente está pensando em abordar de uma forma diferente na próxima reunião, trazer o assunto de outra forma”. (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

Por fim, de uma maneira mais reflexiva, alguns entrevistados apontam que a forma como nossas políticas de saúde estão organizadas não dão conta da complexidade necessária para o atendimento das demandas da população LGBT. O resultado disso são serviços e programas prescritivos que, ao invés de atender às necessidades dessa população, a afasta pelo reforço de alguns estigmas e noções de cuidado inadequadas.

“A gente lida com os comportamentos de forma muito estática [...] É importante entender a subjetividade. O que é todo dia você acordar e de alguma forma alguém te acionar falando que tem que falar de HIV? Ou a cada testagem você ficar com muito medo, mesmo quando você não fez nada que te colocasse em uma exposição de risco?” (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“[...] a gente obriga elas [trans/travestis] a ir ao médico. Mas assim, você vai se tiver precisando, do contrário porque que você vai? Tem a ver com a questão de dar experiências ruins no serviço de saúde. Mas também tem a ver com uma questão fundamental que é o que temos a oferecer para elas? É uma pergunta essencial. Você sai na rua e chama as pessoas para ir ao médico? Um dia uma menina que trabalha comigo falou, vamos fazer uma campanha e ir à rua chamando-as para virem ao ambulatório. Eu falei

com ela: minha filha se eu estiver andando na rua e me chamarem para ir ao médico, eu vou achar que querem fazer algo comigo. Por que elas são travestis elas têm que ir?”. (*Mulher cis, não-LGBT, 45-49 anos*).

## **Familiaridade com o Tema**

A investigação sobre a execução de política nacional de saúde integral da população LGBT em Minas Gerais evidenciou a importância da familiaridade com o tema como um fator decisivo na sua implementação. No caso de algumas referências técnicas entrevistadas, percebemos um desconhecimento da política e até um desconhecimento das demandas que a PNSILGBT busca responder.

“Eu sei que existe, mas não conheço [a PNSILGBT]. [...] a gente foi numa reunião mês passado em BH que a referência estadual em equidade fez uma palestrinha para gente, muito bacana assim. Mas eu preciso me inteirar mais com a região”. (*Mulher cis, não-LGBT, 25-29 anos*).

[...] eu já tive alguns contatos em alguns momentos [com a PNSILGBT], mas nunca li ela integralmente, não tenho profundidade”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“[...] eu comecei tem 6 meses com equidade e eu não tenho nenhuma trajetória ligada a Equidade, que me trouxe. Na verdade, é um programa do setor, e aí em função da pessoa que era referência ter saído do setor, eu fui colocada como. Mas nunca tive nenhuma participação, nunca participei de nenhum evento”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

As trajetórias das(os) entrevistadas(os) se mostraram como um pilar central do nível de familiaridade com o tema e, conseqüentemente, com o seu envolvimento com as ações do escopo da política nacional. Algumas pessoas tinham uma motivação pessoal por serem LGBT. Outras haviam tido contato com a pauta pelos movimentos sociais e se aproximaram da discussão e dos serviços. E ainda tinham as que se aproximavam pela formação com foco em saúde pública, em especial no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde.

“Eu trabalho [nesse cargo] desde 2015, três anos e meio. [...] para [pautas voltadas a] a população LGBT, desde 2006 [...] o fato de ser homem gay, influenciou na construção do cargo que atualmente eu ocupo. [...] E a minha formação como enfermeiro, sempre militei pelo sistema único de saúde, trabalhando ali as iniquidades em saúde, para grupos minoritários, populações que tinham as minorias de direitos afetados”. (*Homem cis, LGBT, 35-39 anos*).

“[...] [trabalho no serviço público] vai fazer 11 anos. [...] [e com a população LGBT faz] três meses. [...] eu pedi para vim para promoção, então pensando nos determinantes sociais de saúde, a política de equidade tem uma afinidade muito grande, com a promoção de saúde”. (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

“[...] eu sempre fui um pouco ligada a movimentos sociais. Então eu sempre tive um contato indireto na verdade com a população LGBT, com a população em situação de rua, tenho muitos amigos da comunidade LGBT, então eu sempre tive um contato um pouco maior assim. Foi até por isso eu fui ajudar a [gestora] nessas questões por que eu sempre estive em contato com a comunidade, tenho mais facilidade para entender os termos”. (*Mulher cis, não-LGBT, 25-29 anos*).

A formação como caminho para o contato com a temática é apontada de várias formas. Para alguns, foi no movimento social que ocorreram os primeiros contatos com a noção de saúde LGBT.

“Eu fui aprender sobre isso [saúde da população LGBT] no movimento social”. (*Homem cis, LGBT, 30-34 anos*).

“[...] academia não forma profissionais da saúde para lidar com a diversidade. Então esse é um dos pontos que dificulta sempre um processo de educação permanente”. (*Homem cis, LGBT, 35-39 anos*).

Outros tantos apontam que durante a formação nas faculdades, teve pouco ou nenhum contato com a pauta e por essa razão, veem na formação permanente uma forma de minimizar essa lacuna.

“Na graduação não [aprendi nada sobre saúde LGBT]. A minha experiência, meu contato foi realmente na prática. Quando você está na prática da assistência, aí você cai literalmente na assistência [...] e aí a gente não tem nenhum direcionamento, mas o usuário chega para você. Então, o pouco de experiência que eu tive com o usuário”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“[...] não basta a governabilidade e nem a vivência dessa população. É necessário um campo de pesquisa mais abrangente, mais específico [que] tem mais legitimidade. [...] esses campos de pesquisa é quem traz e afirma à necessidade, porque não se faz políticas públicas com achismo, com possibilidades e sim com fatos, com números com dados”. (*Mulher trans, LGBT, 30-34 anos*).

Para as professoras e professores, há uma lacuna na formação de quem ensina que reflete na forma como as novas gerações são ensinadas.

“Eu acho que o modelo das universidades precisa ser adequado. Pois, eu acho que é muito mais difícil você mudar o profissional que está lá na linha

de frente, do que trabalhar com ele na formação. Porque ele vai estar muito mais à aberto e pode ser inserido nas vivências, né?” (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“[...] eu acho que tem um problema na formação de quem forma também, eu posso dizer do curso de medicina que é o curso onde eu atuo. O que eu vejo hoje é uma geração que vem pautando o que deve ser ensinado e isso me enche de esperança sabe. Minha esperança vem pelos estudantes que estão pautando o que e como [deve ser ensinado]”. (*Mulher cis, não-LGBT, 45-49 anos*).

“[...] nas unidades de saúde, pessoas que não vivenciaram isso na sua formação, que não vivenciaram isso no seu contexto de vida mais ampliado e que tem muita resistência com a temática. Os jovens que vieram para a universidade, em geral vêm com uma disposição a uma abertura maior para a temática, mas muitas vezes saem pensando de fora mais restrita”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

As mudanças sociais que vivenciamos com a conquista de direitos igualitários pela população LGBT fez com que essa pauta ganhasse uma projeção na sociedade. Entre outras coisas, esse movimento fez com que muitas pessoas LGBT falassem abertamente das suas identidades e até demandassem dos profissionais de saúde e do sistema cuidados específicos. No entanto, as ameaças políticas a essa população também fizeram com que muitos profissionais evitassem falar abertamente sobre o atendimento dessa população.

[...] De uns tempos para cá, a visibilidade dessa população, o enfrentamento político que existe hoje, da discussão da identidade de gênero, orientação sexual, da discussão no Supremo Tribunal Federal de agora criminalizar à LGBTfobia, fez com que as pessoas começassem a ver os LGBTs, como amigos e como inimigos, e aí dificulta o melhor do acesso à saúde”. (*Homem cis, LGBT, 35-39 anos*).

“[...] o dia que o cartão [SUS com nome social] saiu, foi uma travesti que até saiu a foto dela na revista, na semana seguinte apareceu mais de 40 travestis, claro que não era consulta que elas queriam. Elas queriam o cartão e nós fizemos. Elas foram embora felicíssimas.” (*Mulher cis, não-LGBT, 45-49 anos*).

“A gente teve avanços, eu acho que em várias dimensões, então, a gente teve uma demanda crescente, tanto da população LGBT quanto de profissionais de saúde, por essas discussões”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

## **Política Nacional de Saúde Integral LGBT**

A importância da criação da PNSILGBT é indiscutível. No entanto, quando questionamos sobre a sua implementação/institucionalização, percebemos que ela ainda é pouco conhecida e, conseqüentemente, pouco executada.

“Às vezes a gente percebe que existe um desconhecimento mesmo dessas políticas, uma falta de compreensão das especificidades mesmo”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“nesses últimos dois anos ficou claro de que as pessoas não têm esse conhecimento. A gente chegava nas capacitações e as pessoas ficavam olhando, parece que a gente estava falando coisas de outro mundo e para eles realmente estávamos falando coisas de outro mundo”. (*Mulher cis, não-LGBT, 40-44 anos*).

“[...] Eu acho também que há uma dificuldade de implantação por ser uma coisa nova, a gente sabe que tem preconceitos, a dificuldade de execução ele existe sim”. (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

“No nível central tem tentado, com a coordenação das coordenadorias, mas eu acho que a gente, na regional eu acho que a gente ainda tem muita dificuldade de trabalhar essas questões com os municípios a gente ainda não consegue trabalhar isso efetivamente”. (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

Para alguns entrevistados, uma das razões da política não ter saído do papel em muitos lugares é a falta de direcionamentos sobre como identificar a população alvo ou a inexistência de recursos específicos para financiar as ações.

“Sendo muito sincera, pelo pouco que eu li, eu achei muito superficial, muito. Não atende de fato a necessidade da ponta. Porque como eu trago essa experiência de ponta. Qualquer política que eu pego, eu penso assim "é executável?", "de fato é executável?". Eu acho muito aberta em tudo e não resolve nada, do pouco que eu li”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“[...] se não tiver o planejamento para fazer, você vai apagando fogueira. Tem que estar direcionado. Esse recurso vai ser destinado para isso, eu vou fazer uma capacitação desse plano para isso. Você tem que direcionar, tem que planejar, tem que ter um plano. Da mesma forma que o que você fez tem que estar monitorado. Tem que ter um indicador para isso. Eu acho que falta isso. As vezes por faltar isso, outras prioridades sempre vão vir na frente”. (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

“Na verdade, no Estado hoje, a gente não tem efetivamente as políticas de Equidade sendo executadas. A gente não tem nenhum direcionamento da central atualmente. Então daí a gente não fazer nada, a gente fica esperando o nível Central. E me assusta hoje, eu falo muito com minha coordenadora, que quando eu estava na assistência eu não tinha esse direcionamento e eu

achava que o Estado daria esse direcionamento, e hoje eu sou o Estado, que teoricamente vai dar esse direcionamento, e continuo sem saber o que fazer”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

Outros avaliam a política como algo ainda em implementação, mas que já obteve sucesso em conseguir delimitar a necessidade de alguns espaços institucionais e despertar na população o desejo de reivindicar um atendimento de qualidade.

“[...] porque essa política eu acho que ela é nova ainda, né? Em comparação as outras políticas, ela é política nova. Pode ser que daqui alguns anos ela tem mais assertividade. Mas tem que trabalhar muito em cima disso, porque essa população sofre muito”. (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

“[...] desde o início, ali de 2004, já era uma discussão que tinha o nome Política LGBT, mas que já tinha o protagonismo da necessidade do grupo trans. Quando você lê a Política, você vê que não tem plano de ação específico para lésbica, gays e bissexuais nem existem. [...] hoje a gente critica o Ministério da Saúde, o quanto a cirurgia [de redesignação sexual] é central na portaria [do processo transsexualizador]. Ela tem uma centralidade impressionante, mas também reflete o momento histórico, daquela disputa. Eu acho que a gente consegue explicar inclusive, essa supremacia cirúrgica, nas discussões, nesse momento agora em 2019. Porque se você for olhar de 2008 – 2019 nada mudou em termos de cirurgia, continua as filas, os gargalos, os impasses os grandes domínios. O que desloca que eu acho fundamental é esse campo de domínio, de disputa de narrativas, mesmo que não enxerguemos, quem é que pode falar, a questão da (despatologização) do serviço, esse questionamento de análises, mas eu fico observando que em muitos lugares isso se desloca enquanto narrativa e não como prática. A prática continua a mesma, é orientada pelo diagnóstico, o direito é dado pelo outro. [...] lá na ponta não chegou, mas você pergunta você viu o cartaz: o que é a política para essas pessoas? O nome social do SUS. A política se resume a isso sabe? A algo que está caduco hoje. Eu me recuso a discutir isso aí o que as pesquisas mostraram. [mas] se para mim está caduco, para vários lugares ainda é um desafio”. (*Mulher cis, não-LGBT, 45-49 anos*).

A participação social como um dos pilares da política nacional de saúde integral LGBT é um ponto bem avaliado por muitos dos entrevistados. A ideia de chamar a população alvo para discutir a formulação da política, é compreendida como um avanço na identificação das demandas e na criação de um senso de pertencimento junto ao movimento social.

“[...] a principal conquista da política é que o reconhecimento de que não fazemos as políticas públicas sem a participação social”. (*Mulher cis, LGBT, 35-39 anos*).

“[...] eu acho que quando você traz essas pessoas para participar da discussão, tanto para elaboração de políticas, quanto para sensibilização eu acho que faz toda diferença. Além do usuário se identificar como protagonista [...] quando você tem pessoas que estão participando desse processo eu acho que isso fortalece” (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“[...] na construção da política, eu acho que é importante também a gente fazer um diagnóstico de Minas, que é um estado enorme. Como no nosso comitê, nós temos representação de vários lugares. Isso possibilita a oportunidade dessas pessoas trazerem a sua demanda, para que nós possamos implementar essas políticas aqui no estado”. (*Mulher cis, não-LGBT, 45-49 anos*).

No entanto, ao mesmo tempo que essa estratégia agrada aos servidores dos grandes centros e do movimento social, algumas das referências técnicas não enxergam da mesma forma. Para elas, as especificidades dos serviços e contextos de cada região não estão sendo levadas em consideração quando a política estadual é construída sem a participação dos profissionais que serão responsáveis pela sua implementação no território.

“[...] eu ouvi foi no nível Central, que eles estão trabalhando em uma Política Estadual de Equidade. Se está trabalhando, eu já considero que ela está começando muito errada. Se eles estão trabalhando, eles estão fazendo sozinhos, sem levar as referências, sem primeiro pegar a realidade para saber qual a linha a seguir. Já tenho medo do que vem aí dessa política” (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“E principalmente quando o ministério, ou o que for desenhar ou escrever essa política, não pensar só nos grandes centros. Pensar um pouco nas especificidades das regiões menores. Porque senão essa política não vai ser aplicada a todos não. A experiência é outra, né?” (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

Para as(os) entrevistadas(os), a implementação da política passa por uma série de desafios institucionais. Entre eles, destaca-se o preconceito que acaba sendo transmitido para os processos e rotinas.

“Você pode mudar um cemitério que é mais fácil que mudar procedimento e rotinas no SUS. Procedimentos e rotinas diz de um cotidiano de cuidado, você tem que mudar as pessoas, o jeito de fazer, o motivo por que se faz, a percepção que você tem do outro”. (*Mulher cis, não-LGBT, 45-49 anos*).

“Não é o profissional de saúde da ponta, porque às vezes a gente também tende a falar 'Nossa, é o profissional da ponta'. É uma rede que, enfim, precisa ser muito desconstruída em todas as suas dimensões”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

“O medo de que possa haver alguma reação de algo, muita das vezes congela o processo ou congela algo. É possível fazer [mudanças], mas tem que fazer de uma maneira estratégica [...] para não chamar atenção indevida e criar um fato político e criar uma resistência a alguma coisa que está operando”. (*Homem cis, LGBT, 30-34 anos*).

Outros fatores que dificultam a implementação da política são a falta de dados que permitam a compressão da situação de saúde dessa população, a inexistência de destinação de recursos específicos para a sua execução, e a escassez de pessoal qualificado combinada à sobrecarga de trabalho que as referências técnicas são submetidas.

“Estou pensando a questão dos recursos, eu acho que a gente deveria ter. Não tem recurso que vem federal para a gente, e a gente vê que tem muita política indígena, prisional tem recurso, acho que para equidade, deveria ter recurso”. (*Mulher cis, não-LGBT, 45-49 anos*).

“Fortalecer de forma orçamentária, porque o orçamento é baixo nesse aspecto, quando a gente pensa em qualidade técnica de servidores, tentar fazer com que eles tenham mais servidores efetivos de carreira que podem construir uma política de estado, uma política de governo, isso também é interessante e que seja um espaço que dê mesmo visibilidade para essas pautas marginalizadas dentro da saúde”. (*Homem cis, LGBT, 35-39 anos*).

“[...] se você não associa a implantação de uma política aos recursos, essa política ela fica discricionária. Implanta quem quer, quem quer fazer e quem quer colocar recursos para ela, ela inclusive cria obrigações e custos políticos para se fazer as coisas. [...] na minha avaliação, não se implementou [a PNSILGBT], né? É uma avaliação de que foi feito uma carta de intenções boas, mas na prática de avaliar um desenho, uma costura de implementação política isso não aconteceu, por vários fatores. Desde à LGBTfobia institucional e o receio de tocar no assunto. Mas acho que falta uma coisa primeira nesse desenho e falo que não acredito em política sem recurso vinculado. Não existe o governo nacional vir e falar assim: vocês vão fazer isso, ou vocês têm que fazer ou eu recomendo que vocês façam isso, sem virar e dizer eu estou vinculando parte do recurso do SUS para vocês fazerem isso, sem orçamento não faz”. (*Homem cis, LGBT, 30-34 anos*).

“[...] eu hoje estou como à referência da saúde da mulher, criança, homem, idoso, atenção às doenças crônicas e agora as equidades. Então assim, se fosse referência só dá equidade, imagina quanta coisa não poderia desenvolver só disso, se ficar só por conta disso, infelizmente é uma realidade bem difícil”. (*Mulher cis, não-LGBT, 30-34 anos*).

Há ainda a necessidade de se estabelecer um sistema de monitoramento e avaliação dos recursos aplicados que dê conta das complexidades da política e de um processo de formação que demonstre sua importância.

“[...] precisamos marcar o que a gestão tem que ser responsabilizada sim. E a produção de dados é muito bom para elaboração, tem que ter dados fechados e obrigatórios. Mais clareza sobre o que esse dado significa, não ter oportunidade de ignorado e outros. Ter mais possibilidade para que as pessoas possam ser identificadas, porque ser identificada é ser legitimada, nesse espaço é um espaço de disputa por visibilidade”. (*Mulher cis, não-LGBT, 45-49 anos*).

“[...] eu vou criar um serviço e esse serviço vai funcionar precariamente, porque além da meta eu não vou fazer. A gente já percebeu que um município, além do grupo, que às vezes mascara mesmo, inventa. Inventar, manda ata de reunião de sábado, domingo de feriado, que isso gente. Pede para as pessoas assinarem, e aí eu acho que o monitoramento que, tem que pensar no método e no monitoramento efetivo dessa meta, porque se ficar só no registro de dados, lá longe eu acho que poderia dar margem para mascarar facilmente.” (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

As indicações de mudanças para garantir a implementação da política passam primeiramente por um reconhecimento regionalizado da população alvo e das suas demandas.

“[...] primeiro é saber onde essa população está para depois traçar um plano de ação. " Qual a prioridade dela?", " O que ela mais necessita? [...] hoje o ministério da saúde tem começado essas políticas muito pela escola, do crescer saudável. Está tudo pautado para escola. Então acho que a escola é um ambiente que é interessante”. (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

Além disso, é indicado a criação de espaços de discussão que reúna não só os movimentos sociais, mas as referências técnicas, os estabelecimentos e os provedores das macrorregiões para pensar a política regionalmente.

“[...] eu acho que você precisa de um diagnóstico, da sua população no estado, para você saber o que você vai focar. [...] apesar de eu achar que o caminho para interiorização ou construção de fato tem que ser o fortalecimento das instâncias de comitê, grupo condutor, que são essas instâncias de controle social, eu fortaleceria esses espaços, espaços mistos de gestão e movimento, sociedade civil, eu fortaleceria esse espaço, para construção dessas políticas”. (*Mulher cis, LGBT, 25-29 anos*).

O fortalecimento da atenção primária na assistência das demandas gerais da população LGBT também é entendido como um ponto de mudança, tendo as agentes comunitárias

de saúde como aliadas nessa disseminação.

“[...] é a atenção primária, porque a gente não vai criar outro dispositivo para causar mais iniquidades, é a atenção primária é a partir dos outros pontos de atenção que vão estar abertos para poder atender a demanda”. (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

“[...] porque hoje, realmente, um agente de saúde passar na sua casa e perguntar qual sua orientação sexual, a pessoa pode perguntar por que você quer saber isso? qual seu interesse? Mas assim, diante de colocar [para o ACS], passar isso para população que está sendo estruturado, que a ideia é essa, informar a população de como isso vai ser feito, aí você consegue executar da forma correta”. (*Mulher cis, não-LGBT, 25-29 anos*).

Por fim, indica-se a promoção de campanhas que levem essa discussão para a população em geral, para as escolas e universidades em específico.

“[...] tem que vir uma campanha para população geral para ajudar né assim que tiver programa, por implantar aquele programa, igual vacina, você vai fazer uma campanha, você faz um cartaz aí. Falar olha, igual a caderneta do adolescente, eles estão plantando a caderneta do adolescente, é uma ação que o PSF vai implantar ali. Olha, a população LGBT, nós estamos chamando para identificar, vai ter uma linha de atendimento, tem direito a tantos e tal exames, para divulgar para chamar a pessoa”. (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

“A escola quando trata da adolescência assim, aí já pode buscar né, as pessoas que quiserem identificar, trabalhar isso dentro da escola, questão dos pais, aceitação dos pais. [...] fazer um trabalho de conscientização da população e da família.” (*Mulher cis, não-LGBT, 35-39 anos*).

## **Discussão e Considerações finais**

Os resultados das entrevistas apontam uma percepção generalizada entre os gestores e profissionais de saúde de que a população LGBT continua mais vulnerável às intercorrências de saúde em decorrência do estigma e do preconceito e de que passam por maiores dificuldades no acesso aos serviços. Entretanto, a discussão recente sobre a garantia dos direitos básicos a essa população colocou o debate em outro patamar, com a percepção de avanços tanto do lado da oferta, como principalmente, da demanda na medida em que esses indivíduos passaram a reivindicar de forma mais direta por serviços qualificados e mais equitativos no SUS. No geral, para os profissionais de saúde que

trabalham na PNSILGBT, a percepção das condições de saúde das pessoas LGBT vão na mesma direção do apontado na literatura, com especial avanço para a inclusão da dimensão das reivindicações nesse processo (MEYER, 2003; SANDFORT, GRAAF e BJIL, 2003; COCHRAN, BJOKENSTAM e MAYS, 2016).

Apesar das conquistas recentes, o atendimento à população LGBT nos serviços de saúde ainda é limitado, sendo em sua maioria centrado nas demandas das populações trans, em virtude da aplicação da portaria do processo transexualizador, e de serviços de prevenção e combate ao HIV/AIDS e outras ISTs. Esse atendimento é repleto de desafios, que incluem desde os mais básicos, como a preocupação com a garantia do sigilo do paciente e do respeito ao nome social, até questões mais estruturais como a falta da disponibilização de hormônios em alguns ambulatórios trans e a inadequabilidade das ações às demandas dessa população, como por exemplo cuidados de saúde sexual que não sejam direcionados exclusivamente à reprodução e o controle de IST. Essas questões vão ao encontro das discussões feitas na literatura (MELO et al., 2011; BOYCE et al., 2012; HECK, RANDALL E GORIN, 2006; ALBUQUERQUE et. al., 2016; FERREIRA et. al., 2017).

Especificamente em relação à hormonização de pessoas trans, uma dificuldade adicional é tentar garantir equidade no acesso e ao mesmo tempo eficiência no provimento dos serviços, considerando a existência de economias de escala. Parte do problema advém de uma indicação inicial publicada na portaria nº2.803 de 19 de novembro de 2013 que considera que a hormonização, no escopo do processo transexualizador, só pode ocorrer em serviços multiprofissionais especializados. No entanto, fundamentada em protocolos internacionais, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) afirma que a hormonização de pessoas trans pode acontecer na Atenção Primária à saúde (APS), uma vez que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde estão inseridos em uma rede de apoio local e regional e podem lançar mão da assistência de profissionais dos níveis secundários e terciários para auxílio no acompanhamento desse processo na APS. Isso restringiria o número de encaminhamentos para os centros especializados e garantiria maior facilidade de acesso e possibilidade de vinculação aos serviços. Obviamente, nos casos clínicos mais complexos, os serviços especializados (nível secundário) devem ser acionados e o encaminhamento feito via regulação, como previsto na estrutura do SUS (SBMFC, 2020). Essa prática já acontece no caso na terapia de reposição hormonal (TRH) para mulheres cis na menopausa (BVS-APS, 2009) e pessoas trans no município de São Paulo (BRASIL, 2015). Essa reavaliação do escopo da

hormonização de pessoas trans é de suma importância para o Brasil e particularmente, Minas Gerais, dada a existência de muitos municípios de pequeno porte, a dimensão territorial do estado e a concentração dos serviços especializados nos grandes centros do estado.

Um ponto que chama atenção nos relatos é o reconhecimento da falta de uniformidade no atendimento e no acolhimento dessas populações no serviço. Isso demonstra não só um diferencial de conhecimento em relação às necessidades dessa população, mas uma falta de familiaridade com a temática e com a política nacional. A discussão já presente na literatura existente é percebida na fala dos profissionais sobre a criação da política nacional de saúde integral LGBT como parte de um conjunto de conquistas que as minorias sexuais e de gênero tiveram nas últimas décadas no Brasil (BAHIA e VECCHIATTI, 2013; POPADIUK et. al., 2017; MISKOLCI, 2017; TREVISAN, 2018; COACCI, 2015; 2018). Esses avanços foram de extrema relevância para aumentar a discussão sobre as necessidades dessa população, o que afetou não só o processo de formação dos profissionais de saúde, mas essencialmente a visibilidade e a representatividade das pessoas LGBT. Por outro lado, a aceitação dessas políticas na sociedade ainda enfrenta dificuldades, mesmo entre alguns profissionais de saúde, com impactos diretos na forma em que são executadas afetando a qualidade de vida da população alvo.

Por fim, em concordância com a discussão feita por Silva et. al., (2020), a avaliação da política nacional de saúde integral LGBT reconhece que, apesar dos avanços na criação de espaços institucionais para o seu acompanhamento, pouco foi feito no fortalecimento desses espaços no que se refere à destinação de recursos financeiros específicos, força de trabalho e instrumentos para promoção do diálogo social. Dentre os principais entraves, destacam-se a ausência de dados qualificados sobre essa população e a resistência às mudanças na cultura organizacional do sistema e dos serviços de saúde. Como forma de solucionar esses problemas, são indicados: 1) a criação de uma fonte de financiamento específica, 2) o aumento do diálogo social, 3) o fortalecimento dessa discussão na atenção primária, 4) a inserção dessa discussão nas escolas e a realização de parcerias com as universidades, 5) a criação de espaços de debate regionalizados que auxiliem na implementação dessa política no território e 6) a integração das referências técnicas nas discussões de formulação das ações da política para considerar as especificidades de cada região do estado.

Os resultados levantam algumas discussões e possíveis direções para se pensar a aplicação da Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT em Minas Gerais tanto do ponto de vista gerencial, mas também educativo e assistencial. No entanto, como todos os trabalhos científicos, este artigo também não é isento de limitações. A principal limitação é não conseguir acessar a percepção dos profissionais na assistência e no contato com a população na ponta. Compreender os dilemas cotidianos desses profissionais é de extrema importância para a garantia da implementação plena.

## Referências

ALBUQUERQUE, G. A.; LIMA GARCIA, C.; QUIRINO G. S.; ALVES, M. J. H.; BELÉM, J. M.; FIGUEIREDO, F. W. S.; PAIVA, L. S.; NASCIMENTO, V. B.; MACIEL, E. S.; VALENTI, V. E.; ABREU, L. C.; ADAMI, F. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights* v. 16, n. 2, 2016.

ATTRIDE-STIRLING, J. Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1, 385–405. 2001. doi:10.1177/146879410100100307

BAHIA, A. G. M. F.; VECCHIATTI, P. R. I. ADI N. 4.277 - Constitucionalidade and relevância da decisão sobre união homoafetiva: o STF como instituição contramajoritária no reconhecimento de uma concepção plural de família. *Rev. direito GV*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 65-92. 2013.

BOYCE, S.; BARRINGTON, C.; BOLANÕS, H.; ARANDI, C. G.; PAZ-BAILEY, G. Facilitation acceso a los servicios de salud sexual para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los hombres y mujer personas transgénero en la ciudad de Guatemala. *Cult Health Sex*. 2012;14:313–27.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/ Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 32p.: II(Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira (PCAP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2019 maio 22]. Disponível em: Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>

BRASIL – Agência Brasil. Unidades de saúde de SP oferecerão terapia hormonal para transexuais. 2015. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-10/unidades-de-saude-de-sp-oferecerao-hormonoterapia-para-transexuais#:~:text=As%20nove%20unidades%20b%3%A1sicas%20de,%E2%80%93%2C%20acompanhamento%20psicol%C3%B3gico%20e%20endocrinol%C3%B3gico.>

BROOKS, V. R. *Minority stress and lesbian women*. Lexington, MA: Lexington Books; 1981.

BUCHMUELLER, T.; CARPENTER, C. S. Disparities in health insurance coverage, access, and outcomes for individuals in same-sex versus different-sex relationships, 2000–2007. *Am J Public Health*. 2010; 10:489–95.

BVS-APS. A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) pode ser instituída em Atenção Primária à Saúde? 2009. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/a-terapia-de-reposicao-hormonal-trh-pode-ser-instituida-em-atencao-primaria-a-saude/> . Acesso em: 12 de Dezembro de 2020.

COACCI, T. Do homossexualismo à homoafetividade: discursos judiciais brasileiros sobre homossexualidades, 1989-2012. *Sex., Salud Soc.*, n. 21, p. 53-84, dez. 2015.

COCHRAN, S. D. *et al.* Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bulletin of the World Health Organization*, v. 92, n. 9, p. 672-679, 2014.

COCHRAN, S. D.; BJÖRKENSTAM, C.; MAYS, V. M. Sexual orientation and all-cause mortality among US adults aged 18 to 59 years, 2001-2011. *American Journal of Public Health*, v. 106, n. 5, 2016.

FERREIRA, B. O. *et al.* Caminhos e vivências de investigação acerca da saúde da população LGBT em uma capital do nordeste brasileiro. *Tempus, actas de saúde coletiva*, v. 11, n. 1, 2017.

FRIEDMAN, R. C. Homosexuality, psychopathology, and suicidality. *Archives of General Psychiatry*, v. 56, p. 887-888, 1999.

HECK, J.; RANDALL, V.; GORIN, S. S. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *Am J Public Health*. 2006; 96: 1111–8.

KRIEGER, N. *Embodying Inequality: Epidemiologic Perspectives, Policy, Politics, Health, and Medicine Series*. Amityville, NY: Baywood Pub.).2005

MELO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A.; PEDROSA, C. Health policies for lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and transvestites in Brazil: the pursuit of universality, integrality and equity. *Sexualidad Salud y Sociedad*. 2011;9: 7–28.

MEYER, I. H. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*. v. 129, n. 5, 2003.

MINAS GERAIS. DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.202, DE 14 DE AGOSTO DE 2020.

MISKOLCI, R. Desejos Digitais: Uma análise sociológica da busca por parceiros on-line. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

MONGELLI, F., PERRONE, D., BALDUCCI, J., SACCHETTI, A., FERRARI, S., MATTEI, G., GALEAZZI, G.M., 2019. Minority stress and mental health among LGBT populations: an update on the evidence. *Minerva Psichiatr.* 60, 27–50.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D.. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 15, n. 4, 731-747, 2011.

NESP. Análise do acesso and da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde. 2013. Disponível em: [http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/projeto/PROJETO\\_saudelgbt.pdf](http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/projeto/PROJETO_saudelgbt.pdf). Acesso em: 10 de Julho de 2016.

PBH, 2015

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C.. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1509-1520, May 2017 .

SANDFORT, T. G.; de GRAAF R.; BIJL, R. V. Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Arch Sex Behav.* v. 32. n. 1. p. 15-22, 2003.

SBMFC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Atendimento De Pessoas Trans Na Atenção Primária À Saúde. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-atendimento-de-pessoas-trans-na-atencao-primaria-a-saude/> . Acesso em: 12 de Dezembro de 2020.**

SILVA, S. L. A. da; TORRES, J. L.; PEIXOTO, S. V.. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 783-792, Mar. 2020 .

TREVISAN, J. S. Devassos no paraíso – A Homossexualidade no Brasil da Colônia à Atualidade. 4ª ed. Objetiva: São Paulo, 2018.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. Copenhagen; 2006.